

DEPARTAMENT PERSONALITAT, AVALUACIÓ I  
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

ESTUDIO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON OBESIDAD  
MÓRBIDA SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:  
ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES VARIABLES QUE  
PUEDEN AFECTAR A LA PÉRDIDA DE PESO

REGINA FERNÁNDEZ CANET

UNIVERSITAT DE VALENCIA  
Servei de Publicacions  
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 14 de novembre de 2008 davant un tribunal format per:

- D<sup>a</sup>. Adelia de Miguel Negro
- D. Abilio Reig Ferrer
- D. Antonio José Torres García
- D<sup>a</sup>. Amelia Díaz Martínez
- D<sup>a</sup>. Angela Beleña Mateo

Va ser dirigida per:

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Báguena Puigcerver  
D. Joaquín Ortega Serrano

©Copyright: Servei de Publicacions  
Regina Fernández Canet

---

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7431-3

D.L.:V-1290-2009

Edita: Universitat de València  
Servei de Publicacions  
C/ Artes Gráficas, 13 bajo  
46010 València  
Spain  
Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALENCIA  
Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



**ESTUDIO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON OBESIDAD  
MÓRBIDA SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:  
ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES VARIABLES QUE PUEDEN  
AFECTAR A LA PÉRDIDA DE PESO**

Memoria presentada por:  
Regina Fernández Canet  
Para obtener el grado de:  
Doctora en Psicología

Directores:  
Dra. María José Báguena Puigcerver  
Dr. Joaquín Ortega Serrano

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que de una manera u otra, han hecho posible este trabajo de investigación:

En primer lugar a los pacientes, por su generosidad y paciencia, adornadas de simpatía, que respondieron a las entrevistas y encuestas con la intención de favorecer a futuros pacientes. Igualmente, a todo el equipo médico, por el gran trabajo que desarrollan y por la experiencia profesional y humana que ha significado el trabajar junto a ellos. Deseo mostrar mi agradecimiento a mi compañera de equipo Sagrario que ha colaborado en la recogida de datos y que me ayudó en la puesta en marcha de esta idea de proyecto. Y también, a Wolfgang Gralke por su ayuda en el manejo del SPSS.

De manera especial, mi cariñoso agradecimiento para la Directora de mi tesis, la Dra. M<sup>a</sup> José Báguena, por el tiempo dedicado, por las oportunas sugerencias, por su efectividad, por su sinceridad, por su compañerismo, en definitiva, por una ejemplar dirección de tesis. Y al Dr. Joaquín Ortega por su apoyo y asesoramiento. La ayuda de ambos ha sido fundamental en la consecución de este trabajo de investigación.

Quiero agradecer cariñosamente, la entrega de mi familia, especialmente mi marido, que han sabido adaptarse a la exigencia de un trabajo de estas características, y de los que he recibido ayuda y fuerza para llevarlo a cabo.

Valencia, septiembre de 2008.

# I N D I C E

<b>Capítulo 1: Introducción</b>	1
<b>1.1. Obesidad mórbida</b>	1
1.1.1. Clasificación de la obesidad	2
1.1.2. Genética y obesidad	3
<b>1.2. Datos epidemiológicos</b>	4
1.2.1. Factores de prevalencia de obesidad relacionados con hábitos de vida	6
1.2.2. Costes económicos de la obesidad	7
<b>1.3. Problemas asociados</b>	8
1.3.1. Factor de riesgo cardiovascular	9
1.3.2. Obesidad y cáncer	10
1.3.3. Alteraciones digestivas	11
1.3.4. Alteraciones respiratorias	11
1.3.5. Alteraciones gonadales	12
1.3.6. Alteraciones de la gestación	12
1.3.7. Alteraciones articulares	12
1.3.8. Alteraciones dermatológicas	13
1.3.9. Alteraciones nefrológicas	13
<b>1.4. Problemas psicosociales</b>	15
<b>1.5. Intervención</b>	16
1.5.1. Intervención quirúrgica	16
1.5.2. Intervención psicológica	19
<b>1.6. Influencia en los niños</b>	20
1.6.1. Prevalencia	20
1.6.2. Aspectos etiopatogénicos de la obesidad en la infancia	21
1.6.3. Prevención en el niño obeso	23
1.6.4. Tratamiento en el niño obeso	26
<b>1.7. Variables psicológicas estudiadas</b>	28
1.7.1. Entrevista Boston	28
1.7.1.1. Variables demográficas/variables de éxito	28
1.7.1.2. Conocimiento y Expectativas	29

1.7.1.3. Trastornos en la alimentación previos a la intervención	32
1.7.2. Alimentación	35
1.7.3. Imagen corporal	36
1.7.4. Calidad de vida	39
1.7.5. Sintomatología psicológica	41
1.7.6. Autoestima	45
1.7.7. Estrategias de afrontamiento a la enfermedad	46
1.7.8. Apoyo social	47
<b>Capítulo 2: Diseño y Procedimientos</b>	<b>49</b>
2.1. Objetivo general	49
2.2. Objetivos específicos	49
2.3. Hipótesis	50
2.4. Diseño correlacional con medidas repetidas	52
2.5. Instrumentos	53
2.5.1. Entrevista Boston	53
2.5.2. TFEQ (The Three-Factor Eating Questionnaire)	56
2.5.3. BSQ (Body Shape Questionnaire)	57
2.5.4. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg	58
2.5.5. SF-36 Health Survey (Calidad de Vida)	58
2.5.6. SCL-90-R (Sintomatología Psicológica General)	62
2.5.7. COPE	63
2.5.8. MOS	64
2.6. Descripción de la muestra	65
2.7. Procedimiento seguido	67
2.8. Análisis estadísticos realizados	71
<b>Capítulo 3: Resultados I: Datos a nivel descriptivo correspondientes a los hábitos de alimentación y ejercicio físico de los pacientes de la muestra</b>	<b>73</b>
3.1. Análisis descriptivo de los datos obtenidos de la entrevista inicial pre-operatoria (Entrevista Boston)	73
3.1.1. Historia de peso y nutrición	73
3.1.2. Intentos para perder peso actualmente y en el pasado	75
3.1.3. Conductas de alimentación	81
3.1.4. Otras conductas de alimentación	82
3.2. Actividad física	85
3.3. Conclusiones del capítulo	88

<b>Capítulo 4: Resultados II: Análisis descriptivo general de las características evaluadas en los pacientes obesos</b>	90
<b>4.1. Fiabilidad de las variables utilizadas en la investigación</b>	90
<b>4.2. Análisis estructural</b>	94
4.2.1. Análisis bivariado	94
4.2.1.1. Entrevista Boston	94
4.2.1.2. Cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (TFEQ)	97
4.2.1.3. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)	100
4.2.1.4. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg	102
4.2.1.5. Cuestionario de Sintomatología Psicológica General (SCL-90)	104
4.2.1.6. Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)	107
4.2.1.7. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE)	109
4.2.1.8. Cuestionario de Apoyo Social (MOS)	110
<b>4.3. Análisis multivariado</b>	111
<b>4.4. Conclusiones del análisis descriptivo</b>	112
<b>Capítulo 5: Resultados III: Evolución de los cambios registrados en la salud y bienestar psicológico de los pacientes tras la intervención quirúrgica</b>	115
<b>5.1. Análisis de medias</b>	115
5.1.2. Índice de Masa Corporal (IMC)	116
5.1.3. Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (TFEQ)	116
5.1.4. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)	118
5.1.5. Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)	120
5.1.6. Cuestionario de Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de Derogatis	122
5.1.7. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg	124
<b>5.2. Variables predictoras</b>	125
<b>5.3. Conclusiones del capítulo</b>	132
<b>Capítulo 6: Resultados IV: La influencia del género en la muestra de pacientes intervenidos de <i>by-pass</i> gástrico</b>	139
<b>6.1. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos del grupo de hombres (N=14)</b>	139
6.1.1. Análisis de las variables medidas antes de la intervención en el grupo de hombres (N=14)	140
6.1.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de hombres (N=14)	140
6.1.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) de los hombres	140
6.1.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) de los hombres	141

6.1.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) de los hombres	143
6.1.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) de los hombres	144
6.1.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de los hombres	147
6.1.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) de los hombres	149
<b>6.2. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra de mujeres (N=46)</b>	149
6.2.1. Análisis de las variables evaluadas antes de la intervención en el grupo de mujeres (N=46)	149
6.2.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de mujeres (N=46)	150
6.2.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) de las mujeres	150
6.2.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) de las mujeres	151
6.2.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) de las mujeres	152
6.2.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) de las mujeres	154
6.2.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de las mujeres	157
6.2.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) de las mujeres	159
<b>6.3. Comparaciones entre grupos</b>	160
<b>6.4. Análisis discriminantes</b>	163
6.4.1. Análisis discriminante antes de la intervención	163
6.4.2. Análisis discriminante a los 6 meses de la intervención	171
6.4.3. Análisis discriminante al año de la intervención	175
<b>6.5. Conclusiones de este capítulo</b>	178
<b>Capítulo 7: Resultados V: Análisis de la muestra de pacientes intervenidos de <i>by-pass</i> gástrico según las influencias del <i>setting</i> hospitalario</b>	182
<b>7.1. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra pertenecientes al hospital público (N=38)</b>	182
7.1.1. Análisis de las variables medidas antes de la intervención en el hospital público (N=38)	182
7.1.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital público (N=38)	183
7.1.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) en los pacientes intervenidos en el hospital público	183
7.1.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) en los pacientes intervenidos en el hospital público	184
7.1.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) en los pacientes intervenidos en el hospital público	185
7.1.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) en los pacientes intervenidos en el hospital público	187
7.1.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-	189



90) en los pacientes intervenidos en el hospital público	
7.1.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) en los pacientes intervenidos en el hospital público	191
<b>7.2. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra de pacientes operados en el hospital privado (N=22)</b>	192
7.2.1. Análisis de las variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital privado (N=22)	192
7.2.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital privado (N=22)	193
7.2.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	193
7.2.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	194
7.2.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	195
7.2.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	197
7.2.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	199
7.2.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) en los pacientes intervenidos en el hospital privado	202
<b>7.3. Comparaciones entre grupos</b>	202
<b>7.4. Análisis discriminantes</b>	205
7.4.1. Análisis discriminante antes de la intervención	206
7.4.2. Análisis discriminante a los 6 meses de la intervención	213
7.4.3. Análisis discriminante al año de la intervención	216
<b>7.5. Conclusiones de este capítulo</b>	219
<b>Capítulo 8: Resumen y Discusión de los resultados</b>	222
<b>8.1. Confirmación de hipótesis</b>	222
<b>8.2. Sugerencias</b>	228
<b>8.3. Limitaciones del estudio</b>	230
<b>Referencias bibliográficas</b>	232
<b>Anexo</b>	253
<b>Apartado I: Entrevista Boston y actividad física</b>	254
<b>Apartado II: TFEQ</b>	264
<b>Apartado III: BSQ</b>	269
<b>Apartado IV: Autoestima de Rosenberg</b>	272
<b>Apartado V: SF-36</b>	275

<b>Apartado VI: SCL-90</b>	282
<b>Apartado VII: COPE</b>	285
<b>Apartado VIII: MOS</b>	288

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Obesidad mórbida

Según el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez traduce un incremento de peso. Aunque no todo incremento de peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica cotidiana el concepto de obesidad se relaciona con el peso corporal.

No sólo es importante el peso corporal total a la hora de definir la obesidad. El porcentaje de grasa corporal y su distribución en determinados lugares anatómicos del organismo están relacionados con la morbilidad e incluso con la mortalidad a largo plazo, y se consideran un factor de riesgo importante para presentar determinadas enfermedades físicas crónicas y por las repercusiones emocionales y psicopatológicas que representan (Quintero et al., 2005) (citado en Chinchilla, 2005).

En la exposición de estos aspectos seguiremos a Quintero. Existen muchos métodos para aproximarnos a la medición de la masa corporal que por lo general se utilizan para la investigación como densitometría, impedancia, ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, técnicas dilucionales, etc. Pero en la práctica clínica generalmente se utilizan datos antropométricos, que se basan en la medición del peso y la talla, circunferencias y pliegues cutáneos; de forma que se sugieren distintos tipos de índices:

1. Índice peso-talla e índice de Benn. Mide la masa corporal total, no diferenciando la grasa corporal.

2. Índice de masa corporal (IMC), índice de Quetelet o Body Mass Index (BMI). Se obtiene de dividir el peso en kilogramos entre la talla al cuadrado, en metros. Es el método más ampliamente difundido en la práctica clínica ya que se considera un estimador válido de la grasa corporal (a partir de ahora será el método utilizado de referencia).

3. Circunferencias. Es otro dato antropométrico que se añade a los anteriores. Principalmente se consideran tres: a) circunferencia de la cintura, b) circunferencia de la cadera, y c) circunferencia del muslo.

4. Pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular, abdominal, muslo y pantorrilla). Se consideran una medida directa y sencilla para valorar los depósitos de grasa en determinadas regiones anatómicas.

### 1.1.1. Clasificación de la Obesidad

En función de la distribución de la grasa corporal se puede clasificar la obesidad en (SEEDO, 1995):

1. Obesidad de distribución homogénea. Existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
2. Obesidad gluteofemoral o ginoide. Existe un aumento de la grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.
3. Obesidad abdominal, central o androide. Acumulación excesiva de grasa en la región abdominal.

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

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

IMC	CLASIFICACIÓN DE LA SEEDO (2000)
18,5-24,9	Normopeso
25,0-26,9	Sobrepeso grado I
27,0-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad tipo I
35-39,9	Obesidad tipo II
40-49,9	Obesidad tipo III (mórbida)
>50	Obesidad tipo IV (extrema)

Según la edad de aparición de la obesidad se clasifica en:

1. Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia. Aunque el criterio más utilizado es el IMC, este valor no es siempre eficaz durante la infancia y se deben tomar otras alternativas para definir la obesidad en esta franja de edades. La mayoría de autores recomiendan el uso de los percentiles de las tablas normativas de peso y talla por sexos. La OMS sitúa en el percentil 85 el corte para el sobrepeso. Otra alternativa es considerar obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde para su talla. Suele ser rebelde al tratamiento.

2. **Obesidad del adulto.** Es más frecuente que la anterior y la edad de inicio se sitúa entre los 20 y 40 años.

En función de la distribución celular de la grasa se puede hacer otra clasificación:

1. **Hipertrófica.** El aumento de grasa se debe principalmente al incremento en el tamaño de los adipocitos, sin que se produzca un aumento de la cantidad. Este tipo se asocia a un mejor pronóstico.

2. **Hiperplásica.** Cuando existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de adipocitos. Es más frecuente en épocas de crecimiento, tiene peor pronóstico y presenta más riesgo de complicaciones.

Según la causa que produce la obesidad, se divide en:

1. **Primaria.** Entre el 95 y el 99%.

2. **Secundaria.** Entre el 1 y el 5%. Dentro de ellas las más frecuentes son las de origen endocrino y las provocadas por el efecto secundario de fármacos.

Dentro de la obesidad con origen endocrino destacan los siguientes síndromes:

1. Síndrome de Cushing

2. Síndrome del ovario poliquístico.

3. Insulinoma.

4. Hipogonadismos.

5. Hipotiroidismos.

Otro tipo de obesidad secundaria es la de origen hipotalámico ya que el centro de la saciedad se encuentra en el hipotálamo ventral medial y el centro que controla la conducta alimentaria está situado en el hipotálamo lateral. Pueden producirse lesiones en el centro ventral medial por un traumatismo craneal, un tumor o una enfermedad inflamatoria.

### **1.1.2. Genética y Obesidad**

La obesidad es una enfermedad compleja en cuya patogenia interaccionan factores ambientales y determinadas características genéticas; en este sentido, estudios en niños adoptados o en gemelos monocigotos permiten deducir la influencia de estos factores genéticos, no solo en la obesidad, sino también en los patrones de distribución de la grasa.

Existen formas, generalmente raras, y que a menudo pueden coincidir con obesidades extremas, que se pueden acompañar de alteraciones de un determinado gen. Así, algunos cuadros de obesidad están relacionados con mutaciones en genes implicados en las vías centrales que controlan la ingesta de alimentos. Se han descrito mutaciones en homocigosis en el gen de la leptina (hormona anorexizante producida por la grasa) o en su receptor en cuadros de obesidad precoz en la infancia asociada con ingesta exagerada de alimentos; en algunos de estos casos el tratamiento con leptina ha mejorado considerablemente el cuadro clínico. También alteraciones en genes implicados en la vía de

síntesis y actuación de la melanocortina, molécula que inhibe la ingesta alimenticia, [gen de la proopiomelanocortina (POMC), gen de la prohormona-convertasa 1 (PC-1), gen del receptor de la melanocortina (MC4R), se asocian con formas variables de obesidad.

No obstante, estas formas monogénicas de obesidad son raras (menos del 5%), y la mayoría de los cuadros clínicos se asocian a una herencia de carácter poligénico o multifactorial que de alguna forma controla la evolución del ser humano desde la delgadez al sobrepeso. Estos genes de susceptibilidad o riesgo no están totalmente caracterizados y tampoco su mecanismo de actuación ha sido claramente definido, pero estudios en genes candidatos (en base a su papel en la homeostasis energética) o diferentes análisis completos del genoma, realizados fundamentalmente en familias o en caso/control y en diferentes poblaciones, han permitido identificar más de 400 regiones cromosómicas implicadas en la regulación de la ingesta, en el control del gasto energético o de las diferentes rutas metabólicas que potencialmente podrían estar asociadas con la obesidad, la insulinoresistencia y el síndrome metabólico. Los resultados de estos estudios a veces son discordantes, pero se han identificado diferentes genes con regiones variables [genes de las proteínas desacoplantes (UCP), genes de receptores adrenérgicos  $\beta 2$  y  $\beta 3$ , gen del receptor activado por el proliferador de peroxisomas  $\gamma$  (PPAR $\gamma$ ), gen del factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), gen de la insulina, etc.], en los que algunas formas polimórficas se asocian con riesgo a la obesidad o a sus complicaciones.

A pesar de que en un futuro la caracterización genética de la obesidad y la comprensión de los mecanismos moleculares implicados en su patogenia permitirán utilizar diferentes estrategias terapéuticas dirigidas a poblaciones diana concretas, hoy en día apenas, salvo en casos muy particulares de alteraciones monogénicas, se puede intervenir en la prevención de la obesidad o de sus complicaciones a partir de los hallazgos de los estudios moleculares. Por lo tanto el conocimiento genético, si bien es clave para definir los mecanismos implicados, debe situarse dentro de esquemas de investigación y de mejora del conocimiento, y la actuación clínica dirigida a prevenir o curar la obesidad todavía se ha de dirigir a controlar los factores ambientales y sociales implicados en la misma (Castaño, 2004).

## 1.2. Datos epidemiológicos

Siguiendo a Navio, la obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental, y de importancia creciente en los países en desarrollo. En los últimos años se han obtenido datos epidemiológicos que demuestran el incremento de la prevalencia del proceso que ha pasado a ocupar un preocupante lugar entre los causantes de más altos costes sociosanitarios. La obesidad supone un coste anual de 70 billones de dólares, de los que sólo se destinan a investigación 34 millones.

Ya en la Declaración de Milán, realizada en el 9º Congreso Europeo de Obesidad, celebrado en julio de 1999, se estimó que la prevalencia de obesidad entre la población adulta de Europa estaba alrededor del 15%, lo que representaba unos 5-6 millones de personas, y reconocía que en algunas áreas geográficas la tasa alcanzaba el 40-50%.

La situación de España no era menos preocupante, pues la prevalencia media (entre

25 y 60 años) con un IMC superior a 30 kg/m era del 13,4% correspondiendo el 11,5% a los varones y el 15,2% a las mujeres. Este incremento era más elevado en personas mayores de 45 años, en el sexo femenino, y cuando el nivel de instrucción era menor. Si se habla de sobrepeso el porcentaje en la población española se sitúa en el 19,3%, afectando al 23,3% de los varones y al 15,3% de las mujeres. Únicamente el 41,9% de la población se encuentra en rango de peso normal, según datos procedentes de la SEEDO (1997). La sobrecarga ponderal global (sobrepeso+obesidad o  $IMC > 25$ ) se encuentra en el 58,9% de los varones y en el 46,8% de las mujeres. Los datos que ofrece la Encuesta Nacional de Salud, basados en talla y peso referidos por el encuestado, son muy inferiores a los señalados anteriormente: se había estimado una prevalencia de obesidad para la población española mayor de 20 años del 7,8% (8,4% en mujeres).

En el Documento de Consenso publicado en el año 2000 se recoge la evolución de la obesidad en algunos países europeos en la década de 1990, y destaca la tendencia al incremento ya señalada, sobre todo en el Reino Unido, donde casi dos tercios de los hombres y la mitad de las mujeres padecen exceso de peso u obesidad. En los demás el aumento oscila entre el 10-40% en los últimos 10 años (10-20% en varones y 10-25% en mujeres). Fuera de Europa la tendencia es idéntica, sobre todo en Australia, Brasil, Canadá y Estados Unidos, destacando por su magnitud el ocurrido en mujeres estadounidenses de raza negra.

El estudio WHO-MONICA realizado en España entre 1983 y 1986 aportó datos comparativos de la prevalencia de obesidad en distintos países europeos, en el caso de España referido a la población catalana de Manresa. De acuerdo con este estudio, la prevalencia de obesidad en España era de grado medio en relación con otros países europeos. Mediante el análisis de datos de este estudio puede observarse una prevalencia mayor de obesidad en los países mediterráneos y del este de Europa frente a los países del norte y centro oeste europeo.

La evolución de la prevalencia en España no ha mostrado clara tendencia al incremento a diferencia de otros países, si bien sólo ha sido posible comprobar la evolución de ésta en Cataluña, donde se cuenta con encuestas nutricionales realizadas en 1983 y 1992, con el 11 y 11,1%, respectivamente (Navio, 2005).

Teniendo en cuenta los estudios de Aranceta-Bartrina (2006), sin duda, la magnitud del problema de la obesidad en España hace que se configure como un problema de primer orden en salud pública sobre el que es necesario actuar con urgencia. El análisis de su distribución en la población y los factores determinantes permiten identificar el colectivo de mujeres mayores de 45 años de bajo nivel educativo y procedentes de un entorno socioeconómico desfavorable como una población de riesgo. Se trata, además de un problema en aumento sobre el que es necesario diseñar estrategias de actuación encaminadas a la detección de individuos en riesgo, diagnóstico temprano y abordaje integral del problema.

En la población adulta, en casi todos los estudios realizados en España la prevalencia de obesidad es más elevada en el subgrupo femenino y aumenta a medida que avanza la edad, especialmente en las mujeres con menor nivel de instrucción. Los índices ponderales y la prevalencia de obesidad aumentan con la edad en varones y en mujeres,

obteniendo un valor máximo en torno a los 60 años.

Por lo que se refiere al nivel cultural, en la mayor parte de los estudios epidemiológicos sobre la obesidad se ha observado una relación inversa entre el éste y la prevalencia de obesidad, de manera que a menor nivel de instrucción la prevalencia de obesidad es más elevada. Como se señaló anteriormente, las mujeres con edades por encima de 45 años y nivel de instrucción bajo constituyeron el subgrupo de población que presentó la prevalencia de obesidad más elevada en estos estudios.

Por otra parte, la influencia del nivel socioeconómico es diferente en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados. En general, en éstos la prevalencia de obesidad es mayor en los grupos socioeconómicos más deprimidos; por el contrario, en los países en desarrollo es un problema que afecta con mayor frecuencia a los grupos sociales más acomodados y especialmente a aquellos colectivos que han incorporado estilos de vida occidentales.

Asimismo, se han observado diferencias geográficas en la prevalencia de la obesidad en las distintas regiones españolas, con proporciones de obesos más elevadas en las Comunidades Autónomas del noroeste, sureste del país y Canarias (Aranceta-Bartrina et al., 2005).

### **1.2.1. Factores de prevalencia de obesidad relacionados con hábitos de vida**

Podemos mencionar los siguientes:

**Sedentarismo.** La obesidad es más frecuente en las personas sedentarias que en las que practican habitualmente ejercicio físico. Se ha observado que quienes dedican más tiempo a la realización de actividades sedentarias y no practican habitualmente deporte presentan con mayor frecuencia sobrecarga ponderal.

**Dieta.** Se ha estimado un mayor riesgo de obesidad en las personas con bajo consumo de frutas y verduras y una dieta con un contenido elevado en grasas, especialmente a partir de los ácidos grasos saturados. El consumo habitual de alcohol también se asocia con el exceso ponderal.

**Abandono de consumo de tabaco.** El riesgo de obesidad es mayor en las personas que abandonan el hábito de fumar.

**Número de hijos (paridad).** Las mujeres con mayor número de hijos son obesas con mayor frecuencia. En general, se considera que las mujeres aumentan su peso habitual en algunos kilos 2 años después del embarazo en comparación con las nulíparas de su mismo hábitat y grupo de edad. En el estudio DORICA se observó también esta asociación positiva entre la paridad y la sobrecarga ponderal (Aranceta-Bartrina et al., 2005).



## **1.2.2. Costes económicos de la obesidad**

Según Pereira, la obesidad es una enfermedad que, si bien por sí misma consume recursos sanitarios, es más importante en términos económicos, al ser un indudable factor de riesgo para enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, ictus y cardiopatía isquémica cuyos costes asistenciales son muy elevados; siendo la patología cardiovascular y la diabetes mellitus las comorbilidades con mayor consumo de recursos, pudiendo llegar al 80% del coste total. La magnitud de esta epidemia moderna ha hecho surgir diversos intentos de hallar los costes económicos efectivos derivados de esta enfermedad, con el objetivo de identificar y medir los costes directos en términos de asistencia sanitaria y los costes indirectos (por mortalidad prematura o bajas laborales). Se ha estimado que el coste total de la obesidad y su influencia negativa sobre la salud, supone a nivel mundial del 2 al 7% del gasto sanitario. En 1995 en EE.UU. se estimaba que los costes económicos de la obesidad eran de unos 70.000 millones de dólares, superando los costes directos de la enfermedad coronaria (50.800 millones), hipertensión arterial (15.600 millones de dólares) y diabetes mellitus (53.200 millones de dólares). En España se estima que el coste económico de la obesidad derivado de los costes directos e indirectos es de unos 2.000 millones de euros anuales.

A la hora de clasificar los estudios publicados hasta la fecha sobre el coste económico de la obesidad podemos distinguir dos tipos en función de la metodología empleada: estudios poblacionales y estudios de modelo económico; dentro de estas dos categorías podemos distinguir a su vez estudios transversales, que estiman el costo de la obesidad en un punto en el tiempo (por ejemplo: 1 año), y estudios longitudinales que estudian el coste económico de la obesidad en un período de tiempo más largo con un seguimiento de varios años.

Los estudios de modelo económico utilizan datos de diferentes fuentes epidemiológicas y económicas, y mediante una serie de ecuaciones matemáticas se calculan los costes médicos atribuidos a la obesidad; en este contexto, el término de costes atribuidos hace referencia a gastos de enfermedades en las cuales la obesidad es un factor de riesgo (como por ejemplo, la diabetes mellitus tipo 2). Cuando analizamos los costes económicos de una determinada enfermedad (por ejemplo, enfermedad coronaria), debemos centrarnos en los costes de diagnóstico y tratamiento de diferentes situaciones clínicas (en este ejemplo, infarto agudo de miocardio, cateterismo cardíaco, by-pass coronario, etc.). Sin embargo, cuando estudiamos los costes de la obesidad debemos medirlo en función del coste atribuido a las enfermedades en las que la obesidad tiene un papel etiológico. Esto tiene importancia, puesto que dependiendo del número de enfermedades relacionadas con la obesidad que se incluyan en un estudio de costes económicos podrá variar bastante su resultado; además, mientras que en algunas enfermedades su relación etiológica con la obesidad es indudable (como por ejemplo en la diabetes mellitus), en otras su relación no es tan estrecha (por ejemplo: accidente cerebrovascular), no habiendo un consenso unánime en los diferentes estudios de costes económicos sobre cuántas enfermedades deben incluirse para calcular el coste real de la obesidad. En este tipo de estudios de modelo económico se estima que el coste sanitario de la asistencia médica a la obesidad en EE.UU. (5,5-7% del gasto sanitario total) es casi el doble respecto a otros países (2-3,5% del gasto sanitario total).

A diferencia de los estudios de modelo económico, los estudios poblacionales son más válidos al utilizar datos reales de pacientes; en estos estudios los pacientes son estratificados de acuerdo con el grado de obesidad y las diferencias existentes en relación a los costes médicos. En los estudios poblacionales transversales se analizan las diferencias en costes de asistencia sanitaria durante un período limitado de tiempo (casi siempre 1 año), mientras que en los estudios poblacionales de tipo longitudinal se emplean períodos de tiempo más prolongados comparando los costes médicos de las personas obesas respecto a las no obesas. Estos estudios poblacionales han demostrado que a partir de un IMC mayor de 30 se incrementan claramente los costes económicos de la asistencia sanitaria en pacientes obesos.

Ante el problema que representa la obesidad en el primer mundo (y que comienza a ser incipiente en los países en vías de desarrollo), las autoridades sanitarias y la comunidad científica deben diseñar políticas de salud y de educación en la población para prevenir y tratar la obesidad. Es necesario que los tratamientos actuales de la obesidad (cambios de hábitos, fármacos y cirugía) y los que vengan en el futuro, aparte de demostrar su eficacia clínica, puedan demostrar su rentabilidad económica en forma de coste-efectividad. Por último, queremos llamar la atención sobre la importancia de prevenir la obesidad en la población infantil, en donde el diseño de técnicas eficaces de educación alimentaria y ejercicio físico, probablemente sea la forma más idónea de reducir los costes económicos futuros de la asistencia médica a un paciente obeso (Pereira et al., 2005).

### **1.3. Problemas asociados**

La obesidad es una enfermedad crónica, un importante problema de salud pública que afecta a una gran parte de la población y condiciona un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad. Según los datos epidemiológicos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) de 1997 en España la prevalencia de las personas obesas asciende al 13,4%, tomando un IMC mayor de 30 (García et al., 2005).

La mayoría de los estudios epidemiológicos poblacionales muestran que la mortalidad empieza a aumentar cuando el IMC supera a 25.

Los individuos con IMC superior o igual a 30 presentan un aumento aproximadamente entre el 50% y el 100%, tanto de la mortalidad total como de la debida a enfermedades cardiovasculares, respecto a la población con IMC entre 20-25 (Urbina, 1995).

Hay estudios que demuestran que el riesgo de morbimortalidad asociado a un mismo IMC es menor a medida que aumenta la edad (Stevens, 1998) y si se valoran las tasas de mortalidad estándar se observa un incremento a medida que aumenta el IMC, aunque disminuye con la edad. Así, las tasas de mortalidad estándar (TME) más bajas en el estudio de Bender (1999) se dieron en pacientes mayores de 50 años con un IMC entre 25 e inferior a 32 y las más altas se vieron en pacientes entre 18-29 años con IMC mayor o igual a 40 Kg./m (García et al, 2005).

Entre las complicaciones crónicas más frecuentes de la obesidad encontramos las

siguientes:

- Aumento de la morbimortalidad en general
- Factor de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperglucemia, dislipemias, hiperuricemia)
- Alteraciones endocrinológicas
  - Diabetes mellitas tipo 2
  - Hipogonadismo
  - Variaciones del crecimiento y desarrollo
  - Alteraciones de la secreción adrenal
  - Otras
- Alteraciones respiratorias (alteración en los volúmenes pulmonares, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoventilación-obesidad)
- Alteraciones artromiálgicas (artrosis)
- Alteraciones digestivas (reflujo gastroesofágico, litiasis biliar, esteatosis hepática, estreñimiento, hemorroides, fisuras anales)
- Alteraciones nefrológicas
- Relación con neoplasias (cáncer de cuello de útero, mama, ovario, próstata, colon y recto, vesícula biliar)
- Problemas durante la gestación (aumento de mortalidad perinatal, complicaciones en embarazo y parto)
- Aumento de riesgos quirúrgicos
- Alteraciones dermatológicas (García et al., 2005)

### 1.3.1. Factor de riesgo cardiovascular

En lo que se refiere a factores asociados a partir de ahora, seguiremos a García. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) unificó los términos que desde el año 1998 se engloban bajo el síndrome X y creó el síndrome metabólico. En él se incluyen una serie de enfermedades relacionadas entre sí y que constituyen un importante factor de riesgo cardiovascular.

La obesidad actúa como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular principalmente en la obesidad de distribución androide o central y lo hace a través de varios factores.

**Hipertensión arterial:** la relación entre la obesidad y la hipertensión arterial está ampliamente demostrada en diferentes estudios experimentales y clínicos, así en los resultados del estudio Framingham se puede observar que aproximadamente entre el 65 y el 75% del riesgo de padecer hipertensión arterial se puede atribuir directamente al exceso de peso. A pesar de que esta relación está bien determinada, todavía es difícil establecer los mecanismos patogénicos que lo producen.

Uno de los principales factores que podrían estimular el sistema nervioso simpático en la obesidad es la hiperleptinemia, producida por los adipocitos y cuyos niveles se incrementan proporcionalmente al de los adipocitos. El IMC, por sí mismo, se correlaciona directamente con la masa ventricular izquierda y también con los grosores de la pared del ventrículo izquierdo y del diámetro diastólico de su cavidad; por lo tanto, estos pacientes se

encuentran más predispuestos a presentar insuficiencia cardíaca (Pascual et al., 1999), existiendo además una clara relación entre la obesidad y la hipertrofia del ventrículo izquierdo y el aumento de la morbimortalidad cardiovascular (Freedman et al., 1995). Además, en la obesidad mórbida existe un grado de miocardiopatía por sobrecarga de volumen.

**Alteraciones en el metabolismo lipídico:** en la obesidad central se produce una alteración del metabolismo lipídico, que contribuye, junto con la resistencia a la insulina, a la producción de los demás factores del síndrome metabólico. Se produce un incremento en la apolipoproteína B, aumento de triglicéridos en plasma y de los niveles de proteínas de densidad intermedia, reduce los niveles de cHDL, con escasa modificación de las concentraciones de colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Todo esto contribuye a un riesgo aumentado en la aterogénesis. La incidencia de hipercolesterolemia y de las demás alteraciones en los lípidos guarda una relación directa con el IMC y el índice cintura-cadera (ICC).

**Hiperglucemia:** la obesidad favorece la aparición de resistencia a la insulina aumentando los valores de glucemia y predisponiendo a la aparición de diabetes mellitus tipo 2. De los 150 millones de personas que tienen en el mundo diabetes mellitus, más del 80% presentan sobrepeso u obesidad. La incidencia del tipo 2 también está siendo mayor en los niños y adolescentes, debido a un aumento de incidencia de obesidad en estas edades que contribuye al desarrollo de intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina. El riesgo de la diabetes aumenta aproximadamente en el 25% por cada incremento de una unidad en el IMC a partir de 22 kg/m.

**Hiperuricemia:** existe una correlación positiva entre los niveles de ácido úrico con el IMC y el ICC, siendo el aumento del ácido úrico un factor de riesgo cardiovascular.

### 1.3.2. Obesidad y cáncer

El cáncer es una de las principales causas de muerte en nuestro siglo. En su etiología se han señalado tanto factores endógenos, responsables aproximadamente del 20% de las neoplasias, como factores exógenos, responsables de hasta el 80% (Feliu et al., 1997). Dentro de los factores exógenos la obesidad y el tipo de dieta se relacionan con determinados tipos de cánceres.

En la obesidad existe una mayor incidencia de cáncer de colon y recto, de vesícula biliar, y específicos de sexo como el cáncer de próstata en el varón y el de mama, cuello de útero, ovario y endometrio en la mujer. La asociación entre el cáncer y la obesidad se debe tanto a la distribución de la grasa corporal como a los niveles de hormonas sexuales circulantes.

Distintos estudios demuestran que los niveles altos de estrógenos acompañados de niveles bajos de progesterona pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de endometrio en la mujer, en la obesidad se puede ver tanto un aumento en los niveles de estrógenos circulantes como un descenso en los de progesterona (Deslypere, 1995).

Se ha encontrado asociación entre el cáncer de mama y la obesidad predominantemente de tipo central en las mujeres postmenopáusicas (García et al., 2005).

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón en el hombre y de mama en la mujer. En su desarrollo se han implicado determinados factores dietéticos, así como un aumento de grasa de predominio central, ya que puede inducir a un estado de hiperinsulinismo y de resistencia a la insulina que aparece relacionado junto con otros factores al desarrollo de este tipo de carcinoma (Giovannucci, 2003).

### **1.3.3. Alteraciones digestivas**

En los últimos años, está aumentando la prevalencia de la afectación hepática no alcohólica, debido fundamentalmente al aumento de la prevalencia de la obesidad y la diabetes mellitus.

La obesidad actúa como factor de riesgo, junto al tabaquismo y el alcoholismo, en el desarrollo de reflujo gastroesofágico. Aunque todavía no se ha establecido con claridad la patogenia, se produce una hipotonía del esfínter esofágico inferior, una alteración en la motilidad y puede producirse una hernia hiatal que contribuiría a la presencia de reflujo gastroesofágico en las personas obesas.

En la obesidad se produce un aumento en los niveles de triglicéridos y de colesterol que se acompañan de un aumento de su excreción biliar y a la saturación de la bilis, por lo que la incidencia de coledocitis aumenta en relación al aumento de IMC.

El estreñimiento es un proceso común en las personas con sobrepeso, lo que dispone a la formación de hemorroides y fisuras anales.

### **1.3.4. Alteraciones respiratorias**

La obesidad predominantemente de distribución central produce alteración en el funcionamiento de los músculos respiratorios, ya que el exceso de grasa ejerce una presión importante sobre el diafragma, de manera que es más frecuente en estos pacientes que exista una alteración de los volúmenes pulmonares.

Existe además asociación de determinadas alteraciones como el síndrome hipoventilación-obesidad (síndrome de Pickwick) caracterizado por hipoventilación, hipercapnia y somnolencia; así como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) que se caracteriza por la aparición de cinco o más pausas respiratorias de al menos diez segundos de duración en cada hora de sueño. Ambos procesos están relacionados con aumento de la mortalidad generalmente por enfermedad cardiovascular (Koenig, 2001).

La obesidad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de SAOS y predispone a la aparición de hipoxia, retención de dióxido de carbono, fragmentación del sueño, hipertensión sistémica y pulmonar, arritmias cardíacas e incluso muerte súbita. En

estudios recientes se está observando una asociación cada vez más frecuente entre la presencia de obesidad y la incidencia de asma (Vázquez, 2002).

### **1.3.5. Alteraciones gonadales**

En las mujeres obesas se detecta un aumento en la producción de andrógenos tanto de forma general como ováricos, que producen alteraciones dermatológicas como acné, hirsutismo, alopecia androgénica y alteraciones ginecológicas como alteraciones de la fertilidad y oligomenorrea.

Es frecuente la aparición del síndrome del ovario poliquístico que se caracteriza por anovulación e hiperandrogenismo y cuya presencia debe estudiarse para realizar el diagnóstico diferencial con la obesidad de causa primaria. En este síndrome se observa con frecuencia la presencia de hiperinsulinismo y resistencia a la insulina que contribuye a la producción de síndrome metabólico. La obesidad que aparece con frecuencia en este síndrome tiene un importante papel para el desarrollo de las alteraciones metabólicas y cardiovasculares.

En el varón obeso se ha descrito una mayor prevalencia de oligospermia, impotencia, disminución de la libido y valores reducidos de testosterona.

### **1.3.6. Alteraciones de la gestación**

La obesidad en las mujeres embarazadas es uno de los principales factores de riesgo para la aparición de complicaciones, tanto en el embarazo como en el puerperio, e incrementa también el riesgo de mortalidad perinatal. La obesidad favorece en el embarazo la aparición de hipertensión y diabetes gestacional, y otras alteraciones del síndrome metabólico como hiperinsulinemias, alteraciones lipídicas, elevación de los niveles de leptina, factor activador del plasminógeno, etc. Estas alteraciones pueden persistir más allá del embarazo, incrementando el riesgo cardiovascular en el futuro (Seely et al., 2003).

También es mayor el riesgo de terminar el parto mediante cesárea, con mayor incidencia de complicaciones en la anestesia y en el post-operatorio. Los hijos de mujeres obesas presentan puntuaciones de Apgar más bajas, macrosomía, defectos del tubo neural e incremento de la mortalidad (Galtier-Dereure et al., 2000).

### **1.3.7. Alteraciones articulares**

A pesar de que el exceso de tejido adiposo se ha relacionado con la disminución de las fracturas de cadera en las mujeres posmenopáusicas, debido a que produce un incremento en los niveles de estrógenos libres y a otros factores mecánicos (Valtueña, 2002), la obesidad aumenta el riesgo de padecer artrosis degenerativa, fundamentalmente en rodillas y pies, y afecta también a la columna cervical y dorsolumbar, favoreciendo la aparición de herniaciones y condicionando una gran limitación en la movilidad y una peor calidad de vida (García et al., 2005).

### 1.3.8. Alteraciones dermatológicas

Parece que se ha relacionado la obesidad con determinadas alteraciones dermatológicas como acantosis nigricans, linfedema, estrías, intertrigo y dermatitis por estasis venosa en los miembros inferiores (García et al., 2005).

### 1.3.9. Alteraciones nefrológicas

En la obesidad puede manifestarse cierto grado de proteinuria que rara vez llega a situarse en rango nefrótico. Parece que existen determinadas alteraciones histológicas descritas en la obesidad, generalmente del glomérulo, que podrían facilitar su aparición (García et al., 2005).

\* \* \* \* \*

Además de estas enfermedades asociadas, los pacientes con obesidad mórbida presentan una peor calidad de vida y una menor expectativa o esperanza de vida. La incidencia de algunas enfermedades digestivas, como la litiasis biliar y la enfermedad por reflujo gastro-esofágico, aumenta con la obesidad. Es tal la magnitud del problema que existe un consenso unánime claramente establecido para la indicación de cirugía bariátrica que se considera, en la actualidad, como el único tratamiento efectivo para conseguir una adecuada y mantenida pérdida de peso en los pacientes obesos mórbidos. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), utilizada para el estudio de enfermedades digestivas, se ha ido ampliando progresivamente a otras entidades tales como la obesidad mórbida (Poves et al., 2005).

La medicina actual reclama evaluar, no sólo los resultados en cuanto a curación de una enfermedad, sino también en cuanto a mejora de la calidad de vida y efectos secundarios que produce cada tratamiento. La CVRS en pacientes obesos mórbidos con o sin enfermedades comórbidas no debe basarse en percepciones subjetivas del médico, sino en parámetros objetivos de fácil evaluación. Las enfermedades crónicas, como la obesidad, alteran la CVRS limitando constantemente la vida diaria de la persona. La medición objetiva de la CVRS permite obtener información adicional sobre una enfermedad concreta, en este caso la obesidad mórbida, y valorar el impacto que ésta produce en el paciente obeso y su entorno (Poves et al., 2005).

El excesivo tamaño y peso corporal que caracteriza a la obesidad mórbida incrementa el riesgo de sufrir accidentes, dificultades para llevar a cabo actividades básicas como la mera deambulación, problemas de sueño o dolores diversos, entre otros, de tal forma que la pauta general es que el individuo con grados elevados de sobrepeso se encuentre ampliamente incapacitado para el desarrollo de una vida social, familiar o laboral normal (Ruiz et al., 2002). La mayoría de pacientes entrevistados hablan de un malestar significativo a la hora de tener que hacer cualquier actividad cotidiana normal, como puede ser la higiene diaria y el arreglo personal, así como el arreglo de la casa o de los hijos, sin contar que todo ello les supone un mayor desgaste físico.

Una cuestión que ha sido de interés desde el ámbito de la Psicología es si los individuos obesos presentan un mayor índice de psicopatología que los sujetos con normopeso (Ruiz et al., 2002), por ello no se debe olvidar todo el ámbito de la psicopatología cuando hablamos de esta enfermedad. Los estudios realizados con muestras de sujetos que presentan un sobrepeso inferior al que caracteriza a la obesidad mórbida tienden a indicar que los individuos obesos no presentan mayores niveles de psicopatología que sus pares con normopeso, especialmente cuando las muestras proceden de la población general. Los estudios realizados con muestras de sujetos procedentes de ámbitos clínicos y que han incluido grupos control de comparación sugieren que no existen diferencias entre sujetos obesos y con normopeso en los indicadores de psicopatología (Crumpton et al., 1966) o que estas diferencias son pequeñas (citado en Ruiz et al., 2002).

Existen menos trabajos que hayan abordado esta misma cuestión en sujetos con obesidad mórbida, y la mayor parte de ellos han sido realizados con población clínica. A través de los ocho estudios revisados por Stunkard y Wadden (1992), los rangos de ocurrencia de psicopatología –especialmente la historia u ocurrencia de problemas afectivos- oscilan entre un 0% y un 62% de los sujetos. En dos de dichos estudios los porcentajes carecen de significación clínica (0 y 8%) (Castelnuovo-Tedesco et al., 1976), tres de ellos muestran rangos de psicopatología similares a los hallados en la población normal (23-29%) (Gentler et al., 1986); tan sólo tres de ellos documentan índices elevados de alteraciones psicológicas (40-62%) (Atkinson et al., 1967).

Los resultados obtenidos en estudios posteriores han continuado dibujando un panorama igual de controvertido. En algunos de ellos se informa que las puntuaciones de los individuos con obesidad mórbida en diversos índices de psicopatología son similares a los datos normativos disponibles (Alastrué et al., 1991). Otros trabajos, sin embargo, han informado de niveles de depresión, ansiedad, somatización e incompetencia social entre la población clínica con obesidad mórbida que superan la normalidad (Gemert et al., 1998). Asimismo, comparaciones realizadas con sujetos con normopeso sugieren que los individuos con obesidad mórbida presentan una menor autoestima, más depresión, ansiedad fóbica, somatización, hostilidad e insatisfacción conyugal y más probabilidades de contar en su historia con el diagnóstico de un trastorno afectivo, de ansiedad o bulimia que sus pares con normopeso (Black et al., 1992). Algunos otros estudios han encontrado porcentajes altos de trastornos o rasgos de personalidad alterados entre los sujetos con obesidad mórbida (Black et al., 1990).

Por otra parte, los estudios que han contemplado la medición de diversas variables psicológicas antes y después de las intervenciones bariátricas informan, consistentemente, de cambios substanciales en distintos índices de salud psicológica (autoestima, depresión, ansiedad, competencia social, satisfacción corporal, etc.) tras las pérdidas de peso que siguen a la cirugía (Gentry et al., 1984). Es así que se ha especulado acerca de que los bajos niveles de psicopatología encontrados en personas obesas puedan ser un reflejo bien de la adaptación del individuo a un problema crónico o a un fallo en los instrumentos de evaluación para detectar las disfunciones (citado en Ruiz et al., 2002).

En todo caso, es difícil interpretar la inconsistencia en los resultados obtenidos a través de los diversos estudios. Muchos de ellos comprenden muestras pequeñas de



individuos y la variabilidad con relación a los instrumentos de evaluación utilizados es bastante amplia. Gran parte de estos estudios son antiguos, los estudios más recientes, tienden a inclinar la balanza en el sentido de una mayor disfunción entre los obesos mórbidos que en la población con normopeso.

Es bien sabido que la presión cultural por una imagen estética de delgadez ha ido incrementándose paulatinamente a lo largo de las últimas décadas (McCarthy, 1990). Entendiendo que las posibles disfunciones psicológicas que presente el individuo obeso son más consecuencia que causa del exceso de grasa, dichas presiones socio-culturales así como el alto grado de discriminación social que sufre el individuo obeso podrían haber incrementado, con el paso del tiempo, el riesgo de padecer diversas alteraciones psicológicas. En todo caso, la cuestión acerca del grado de comorbilidad psicológica asociado a la obesidad mórbida continúa necesitada de investigación empírica, sobre todo si se tiene en cuenta que diversos estudios vienen mostrando que, en muchas ocasiones, los antecedentes inmediatos de la conducta de ingesta, especialmente incontrolada, se asocia a estados emocionales negativos (Grissett et al., 1996).

Por otra parte, las características del comportamiento alimentario, y de sus posibles anomalías, en los individuos con obesidad mórbida han sido poco exploradas, si bien los estudios existentes arrojan resultados bastante consistentes: la ocurrencia de atracones de comida y la insatisfacción con la imagen corporal son las alteraciones específicas que con más probabilidad sufren estos individuos (Ruiz et al., 2002).

#### **1.4. Problemas psicosociales**

La obesidad conlleva problemas en el funcionamiento ocupacional y en la calidad de vida del paciente obeso, está además asociada con prejuicios sociales significativos y fuertemente estigmatizada (Bancheri et al., 2006). La obesidad tiene gran co-morbilidad con diagnósticos psiquiátricos tales como depresión, ansiedad, y trastorno de personalidad límite y además está asociada con problemas emocionales y psicológicos que contribuyen a su etiología. La O.M.S. contraindica la cirugía en pacientes con obesidad mórbida que presentan trastornos psiquiátricos tales como alcoholismo, adicción a las drogas, bulimia nerviosa, depresión y otros que podrían empeorar con el efecto del tratamiento (Bancheri et al., 2006).

En el estudio de Bocchieri et al. (2002), encontramos una revisión de la literatura existente al respecto, sobre los aspectos psicosociales en los obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica. Uno de los aspectos que tratan es el estigma y la discriminación que sufren las personas con obesidad mórbida, ya que hablan de la creencia existente en la sociedad, de que el peso puede ser controlado y que la obesidad es una manifestación de tener un déficit o dificultad en el carácter. Numerosos estudios han encontrado una evidente discriminación hacia las personas obesas en colegios, institutos, como en el estudio de Wadden et al. (1985).

Además, según diversos estudios, las oportunidades de empleo o de relaciones sociales disminuyen. Rabner y Greenstein (1991) encontraron que de una muestra de 32 pacientes sin trabajo antes de la operación, el 30% encontró empleo después de la pérdida de peso

tras la operación. Y para Hawke et al. (1990) pasaron de ser un 38% de sujetos con empleo antes de la operación a un 60% después de la misma.

El beneficio psicológico de la pérdida de peso es tal, que en el estudio de Rand et al. (1991) encontraron que los pacientes obesos mórbidos preferían tener un peso normal acompañado de un handicap (locura, dislexia, diabetes, un problema fuerte de acné, problemas de corazón, una pierna amputada) que ser obesos mórbidos.

## 1.5. Intervención

### 1.5.1. Intervención quirúrgica

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de la obesidad seguiremos a Balibrea et al:

Se realizan tres procedimientos o técnicas fundamentales que se pueden clasificar en:

1. Técnicas malabsortivas. Su objetivo es disminuir la cantidad de nutrientes asimilada tras la ingesta.
2. Técnicas restrictivas. Buscan provocar una sensación de saciedad precoz al limitar la capacidad de la cavidad gástrica.
3. Técnicas mixtas. Combinan efectos malabsortivos y restricción de volumen.

Cada uno de estos tres grupos se subdividen en dos, en función del acceso empleado.

Hoy en día la mayoría de intervenciones para el tratamiento de la obesidad mórbida puede llevarse a cabo mediante cirugía laparoscópica. Los resultados muestran que la práctica totalidad de las técnicas son reproducibles por laparoscopia. Tanto la morbimortalidad perioperatoria como el período de convalecencia disminuyen de forma significativa. Además, la pérdida de peso es cuantitativamente equiparable a la obtenida mediante cirugía abierta.

#### Intervenciones malabsortivas:

Probablemente son las menos utilizadas hoy en día. El prototipo es el *by-pass* yeyunoileal (Payne-De Wind), que consiste en seccionar el yeyuno a 35 cm. desde el asa fija (ángulo de Treitz) y anastomosar el extremo distal de la sección al íleo. A pesar de ser una técnica fácil, debido a las complicaciones que se derivan se ha descartado su empleo actualmente.

La opción que se emplea ahora es la derivación biliopancreática, que en un principio no asociaba resección intestinal, ni dejaba un asa desfuncionalizada. Su fundamento no es únicamente reducir la superficie del intestino que recoja la bilis y los jugos pancreáticos (disminuyendo así la absorción), sino disminuir la secreción hormonal local que aparece en los pacientes obesos tras la ingesta del alimento.

Las dos técnicas principales son la intervención de Scopinaro y la intervención de

Hess o *switch* duodenal. Ambas son en realidad técnicas mixtas, aunque muchas veces aparecen como "malabsortivas selectivas" en la literatura especializada.

La intervención de Scopinaro es, para muchos, el estándar de oro de la cirugía bariátrica abierta, ya que es efectiva, proporciona buena calidad de vida sin restricciones dietéticas y es eficaz en el grupo de superobesos. Sin embargo, es una técnica muy compleja e irreversible y requiere un control postoperatorio prolongado en lo que a electrolitos, vitaminas liposolubles, glucemia y hierro se refiere.

#### Intervenciones restrictivas:

Su fundamento es inducir precozmente saciedad tras la ingestión. Para ello se emplean dos mecanismos: reducir el reservorio gástrico y dificultar su vaciamiento. Así, las denominadas genéricamente como gastroplastias son el prototipo de operación restrictiva.

La gastroplastia vertical anillada es una de las intervenciones más realizadas a lo largo de la historia del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Las variantes y los artefactos empleados son innumerables, pero como regla general diremos que se suelen emplear cuatro filas de grapas y ha de evitarse la ingesta excesiva ulterior ya que, al no destruirse por completo la mucosa, las grapas pueden separarse. Como término general, entre el 8 y el 8,5% de estas operaciones fallan precisamente por dehiscencia del grapado. Esta técnica es la más sencilla de todas las empleadas en cirugía bariátrica. La hospitalización es mucho menor y actúa rápidamente. Sin embargo, requiere un control estricto de la ingesta y la pérdida de peso no siempre es óptima. No debe emplearse ni en superobesos, ni en pacientes con una ingesta elevada de glúcidos.

En la actualidad, la operación restrictiva más empleada es la aplicación de bandas hinchables alrededor del cardias, que dificultan la entrada al estómago de alimentos sólidos, provocando saciedad precoz y favoreciendo los vómitos en los casos de ingesta excesiva. Es una técnica fácil, con poca morbilidad y reversible, aunque sus efectos son en gran parte temporales, y la tasa de reintervenciones es muy alta.

#### Intervenciones mixtas:

Las operaciones mixtas para el tratamiento de la obesidad mórbida combinan restricciones en el tamaño del reservorio gástrico con derivaciones intestinales que reduzcan la superficie absortiva. El prototipo es el *by-pass* gástrico, desarrollado inicialmente por Mason y modificado por numerosos autores. La intervención: sobre una "Y" de roux se canaliza el tránsito alimentario procedente de un estómago reducido. Para comprender bien esta técnica es útil imaginar la confluencia de dos canales (biliopancreático y alimentario) sobre uno común que continúa hasta el colón. El estómago se reduce de tamaño utilizando sutura mecánica. Se secciona el intestino a 15 cm. del ángulo de Treitz y quedan dos extremos, proximal y distal. El distal se aboca al remanente gástrico y el proximal, que lleva la secreción biliopancreática, se une al intestino a 50 cm. de donde se efectuó la sección. Como en la técnica de Scopinaro, queda un canal común que desemboca en el ciego. La longitud de cada trayecto es importante de cara al impacto nutricional en el paciente y, en definitiva, el éxito de la cirugía. La mayor longitud de la rama alimentaria provoca una mayor absorción proteica y glucídica. La longitud del canal

común es directamente proporcional a la absorción de grasas.

En Norteamérica es la técnica más utilizada y se considera actualmente como la “*gold standard*” dentro de la cirugía bariátrica. Se puede emplear en todo tipo de obesidades y está especialmente indicada en segundas intervenciones (especialmente tras gastrectomías), así como en individuos con ingesta de dulces muy elevada.

Uno de los principales problemas que acarrea el *by-pass* gástrico es el acceso al estómago desfuncionalizado. Constituye la mayor parte del órgano y, por supuesto, puede desarrollar diferentes enfermedades, algunas tan frecuentes como la úlcera péptica, otras tan graves como el adenocarcinoma gástrico. Por eso, muchas veces se realizan controles periódicos de esa zona empleando el colonoscopio percutáneamente o a través de una gastrostomía.

Entre las numerosas variantes del *by-pass* gástrico cabe destacar muy resumidamente: intervención de Torres-Oca; intervención de Capella, intervención de Fobi; operación de McLean, e intervención de Salmon (Balibrea et al., 2005).

La cirugía bariátrica se sitúa en el primer plano de la actualidad en el tratamiento de la obesidad mórbida, como una de las estrategias terapéuticas más satisfactorias. Guías para el tratamiento de la obesidad publicadas por instituciones como el *National Health and Medical Research Council* de Australia, el *National Institutes of Health* (NIH) de E.E.U.U. o el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) de Reino Unido recomiendan la cirugía bariátrica como el tratamiento más efectivo para algunos pacientes con obesidad mórbida. Prueba palpable de esta situación es el incremento notable que ha experimentado la cirugía bariátrica en los últimos diez años. Así, en E.E.U.U., la cirugía bariátrica de pacientes con obesidad mórbida ha aumentado desde 16.000 intervenciones a comienzos de 1990 hasta las 103.000 realizadas en el año 2003, con un aumento más acusado hacia el año 2000. Posiblemente, la generalización de las técnicas laparoscópicas, con menos complicaciones, ha contribuido a este importante incremento.

La cirugía bariátrica no es una cirugía estética. Es una cirugía gastrointestinal mayor, de elevado coste y que se practica en individuos cuya obesidad supone un riesgo vital para el paciente. En el último consenso del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) se recomendó considerar la cirugía en aquellos individuos muy motivados y, a la vez, muy bien informados sobre los riesgos de la intervención, que los acepten. Los candidatos deben haber seguido previamente un programa de tratamiento no quirúrgico compuesto de dieta, ejercicio, cambios de hábitos alimenticios y apoyo psicológico, que haya fracasado. Los potenciales candidatos son pacientes con  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$  o con  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  y con serias complicaciones, tales como apnea grave, problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2 o enfermedades articulares.

Este tipo de técnicas quirúrgicas no sólo consigue la reducción del peso corporal, sino también la mejora e incluso reversión de muchas de las comorbilidades (por ejemplo, la diabetes tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad coronaria, asma, apnea obstructiva del sueño, problemas degenerativos como consecuencia del exceso de peso en espalda y extremidades inferiores, muchos tipos de cáncer, depresión y otros problemas psicológicos, etc.) responsables de más de 2,5 millones de fallecimientos al año en el mundo (Aranceta-Bartrina, 2006).

Recientes estudios, como el de Riele et al. (2008,) señalan la superioridad de la técnica del *by-pass* gástrico con respecto a la pérdida de peso, frente a la banda gástrica, aunque esta última presente menos complicaciones severas.

### 1.5.2. Intervención psicológica

El proceso de tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida engloba el quehacer de distintos profesionales (endocrino, cirujano, etc.) entre los que se encuentra también el del psicólogo. El papel asignado a dicho profesional en los equipos multidisciplinares dedicados a las intervenciones bariátricas consiste, primeramente, en realizar una evaluación psicológica de los candidatos a la cirugía que permita descartar a aquellos pacientes en los que concurra alguna causa evidente para su no inclusión, al menos temporal, en el programa quirúrgico (Alastrué et al., 1991). Problemáticas como el alcoholismo, la bulimia nerviosa grave, los trastornos afectivos, psicóticos, o de personalidad graves son citados en la literatura especializada como algunos de los principales motivos para la exclusión del candidato. Asimismo, la función asignada al psicólogo se extiende a lo largo de la fase postoperatoria, en la cual debe realizar evaluaciones a corto y largo plazo de todos los individuos intervenidos con el fin de observar las posibles modificaciones psicológicas y socioambientales que el paciente va acusando en dicho período y de llevar las labores de apoyo necesarias basándose en los resultados de dichas valoraciones (Ruiz et al., 2002).

La labor del psicólogo en este ámbito es especialmente difícil si se tiene en cuenta que apenas existen estudios dirigidos a explorar qué variables sociales o comportamentales predicen los resultados de la cirugía bariátrica, y los resultados de los pocos trabajos que se han llevado a cabo apenas son concluyentes sobre esta cuestión (Dubovksy et al., 1986). En general, los estudios sobre aspectos psicológicos de la obesidad mórbida y su tratamiento son escasos (Ruiz et al., 2002) aunque en los dos últimos años han empezado a publicarse datos que empiezan a aportarnos mucho en este campo. Es importante empezar a desarrollar cómo el psicólogo tiene que manejarse con este tipo de pacientes así como las terapias más indicadas para trabajar con ellos tras la operación de *by-pass* gástrico.

Dentro de los posibles abordajes psicoterapéuticos el único que tiene un papel importante es el tratamiento cognitivo-conductual. Stuart (1967) fue el primero en estudiar la eficacia del tratamiento conductual en la obesidad obteniendo unos resultados sorprendentes, si bien éstos no se confirmaron en estudios posteriores (Correas et al., 2005).

El tratamiento puede realizarse de forma individual o en grupo. Debe constar de una sesión semanal durante 3-6 meses, aunque es recomendable continuar sesiones de seguimiento que reafirmen lo aprendido y evalúen si están apareciendo nuevas conductas anómalas. Es importante una adecuada evaluación del caso, identificando las conductas más inapropiadas en relación con la comida y otros aspectos psicológicos relevantes y que indirectamente puede desempeñar un papel importante (relaciones interpersonales, tratamiento del estrés, autoestima y autoconfianza, relaciones familiares o laborales, conflictos en la esfera sexual, etc.). Por supuesto que se debe evaluar la existencia de otros

trastornos psiquiátricos alimentarios o no y que puedan requerir otro tipo de tratamiento. Se debe evaluar el grado de motivación para el cambio que muestre el paciente (citado en Irruarrizaga, 2006).

Una de las técnicas más importantes es la realización de registros de comida, anotando la hora, lo ingerido (hasta lo más insignificante), la situación, el hambre experimentada y en algunos casos puede ser necesario registrar cogniciones o sentimientos relacionados. El autorregistro tiene una importante función evaluadora de la conducta tanto para el terapeuta como para el paciente. Se ha comprobado que la simple realización de autorregistros mejora determinadas pautas disfuncionales; además, la mayor parte de los obesos no son conscientes de lo que comen, minimizando su ingesta, y de esta forma se dan cuenta de lo que comen a lo largo de todo un día. El registro es también ampliable a la realización de ejercicio físico, anotando toda actividad que se realice, desde traslados andando al trabajo, actividades domésticas, deporte, subir escaleras, etc. Los registros se deben revisar en todas las sesiones para mantener una motivación adecuada en su realización (Correas et al., 2005).

Tras la realización del *by-pass* gástrico la práctica del autorregistro es una muy buena estrategia para que los pacientes operados sean conscientes de su ingesta, no sólo en el primer o segundo mes, sino a lo largo del primer año, de tal manera que les sirva para ir cambiando los antiguos hábitos que les habían llevado al exceso de peso. Además, cuando este registro lo llevan a la terapia de grupo y entre todos se aportan posibles y nuevas estrategias para evitar pequeños picoteos, o para iniciar un hábito con respecto a cualquier tipo de ejercicio físico, esto resulta siempre muy positivo y reforzante por el propio grupo.

## 1.6. Influencia en los niños

### 1.6.1. Prevalencia

En la población infantil, ya en 1984 en el estudio Paidos se exponía que el 4,9% de los niños entre 6 y 15 años de edad podrían considerarse obesos. El estudio Navarra, en un amplio grupo de niños y adolescentes entre 14 y 17 años, observó que el 3,9% cumplía criterios de sobrepeso. En otros países europeos la prevalencia se sitúa en el 7,5%.

En la población infantil y juvenil de Estados Unidos, Brasil y también en algunos países europeos se ha observado un aumento de la prevalencia de la obesidad. Por el contrario, la de Japón, Suecia y Finlandia se mantiene estable.

Datos preliminares del estudio EnKID en el País Vasco ponían de manifiesto en la población adolescente una correlación significativa entre el valor del IMC y el número de horas diarias dedicadas a ver la televisión ( $r = 0,66$ ), que como media fue de  $1,44 \pm 0,9$  h al día. También se observó una mayor frecuencia de consumo para el grupo de las verduras en los jóvenes con normopeso respecto a los que presentaban un IMC mayor o igual a 25. En este mismo estudio, se escogió como criterio de sobrepeso y obesidad el índice de masa corporal superior al percentil 85 y 97 respectivamente, encontrándose una prevalencia de obesidad del 13,9%. Si se consideraba de forma conjunta la obesidad y el sobrepeso, esta cifra de prevalencia ascendía al 26,4%.

Recientemente, se comparó la prevalencia de obesidad en Aragón, con la de otros países (Rusia, Estados Unidos, Brasil, China, Inglaterra y Escocia) utilizando el mismo método de diagnóstico. En los niños entre 6-7 años, España era el país que presentaba mayor prevalencia, incluso por encima de Estados Unidos, quedando en segundo lugar en adolescentes de 13-14 años (Quintero et al., 2005).

Según la SEEDO, los resultados del estudio EnKID en España, permiten estimar una prevalencia de obesidad en población infantil y juvenil del 13,9% y un 12,4% para el sobrepeso, lo que tipifica un 26,3% de la población española entre 2 y 24 años con sobrecarga ponderal. La obesidad es más elevada en el subgrupo de varones (15,6%) en comparación con las mujeres (12,0%). Entre los chicos, las tasas de prevalencia más elevadas se observaron entre los 6 y los 13 años. En las mujeres, las tasas de prevalencia más altas se observaron entre los 18 y 24 años (Aranceta-Bartrina et al., 2005).

En Estados Unidos, el estudio *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) ha demostrado que en la población infantil se ha duplicado el número de casos en los últimos 15 años, y actualmente se sitúa en torno al 20% en los niños y adolescentes (Quintero et al., 2005).

Según Azcona (2005), las cifras actuales se mantienen estables, si bien la tendencia al incremento en población adolescente es preocupante, por cuanto con el paso de los años se multiplica exponencialmente, de modo que un adolescente obeso tiene un riesgo del 80% de convertirse en un adulto obeso.

Considerando como criterio de definición de obesidad las recomendaciones de *The International Obesity Task Force*, en Europa la prevalencia de sobrepeso en niños de 7 a 11 años oscila del 10 al 35%; y en adolescentes del 9 al 23%.

### **1.6.2. Aspectos etiopatogénicos de la obesidad en la infancia**

La obesidad cumple los criterios para ser considerada una enfermedad ya que tiene una etiología, el desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto energético, y tiene también una patogenia en la que están implicados neurotransmisores y el sistema hormonal. Así mismo, se observa una alteración anatomopatológica, como es la presencia de células adiposas de mayor tamaño, y su fisiopatología reside en la alteración en la secreción de diferentes productos de las células adiposas como son citocinas, péptidos inflamatorios, etc. implicados en el síndrome metabólico.

Las causas de la obesidad en los niños son parecidas a las de los adultos, pero conviene analizarlas por separado:

#### **Causas endógenas**

Son raras, pero deben tenerse en cuenta a la hora de hacer una posible evaluación y diagnóstico:

1. Síndromes genéticos. Los pacientes con síndrome de *Bardet-Biedl y Cohen*, además de la obesidad, presentan retraso en el desarrollo y cambios en la retina. El síndrome de *Prader-Willi* se acompaña de un pobre crecimiento lineal, retraso en el desarrollo, hipotonía muscular y retraso mental entre leve y moderado. Se observa hipogonadismo, en el caso de los varones, e incluso testículos abdominales, además de hiperfagia que condiciona una obesidad importante.
2. Causas endocrinológicas. Principalmente hipotiroidismo y síndrome de *Cushing*.
3. Causas psicológicas. Refiriéndose tan sólo a los trastornos de la conducta alimentaria *per se* y no a las comorbilidades psicopatológicas que puede tener la obesidad y que requieren un abordaje específico. De hecho, una forma de afrontar y entender la obesidad es como una desviación de la conducta alimentaria en sí misma.
4. Otras (asociaciones con diversas patologías). La presencia de cefaleas en un niño obeso debe hacer sospechar la presencia de un pseudotumor en el cerebro. En este caso, el examen del fondo de ojo puede ayudar a clarificar el diagnóstico. Esta entidad puede condicionar la agudeza visual y producir alteraciones en la campimetría (Quintero Gutiérrez et al., 2005).

### Causas exógenas

Hay que tener en cuenta qué criterio se elige para definir obesidad y sobrepeso, ya que las cifras de prevalencia varían de unos estudios a otros según los estándares y el método de diagnóstico de obesidad utilizado. Son muchos los factores implicados en la patogenia de la obesidad, pero entre los principales responsables del aumento de la prevalencia destacan la mayor disponibilidad de alimentos inadecuados tanto en cantidad como en calidad y los cambios en el estilo de vida de la población infantil que conducen al sedentarismo.

El análisis mediante regresión logística de los determinantes sociodemográficos de la obesidad en el estudio EnKID puso de manifiesto que un bajo nivel educativo materno, un bajo nivel socioeconómico familiar y la residencia habitual en la región Sur y en Canarias aumentaban la probabilidad de ser obeso.

Por lo que se refiere a los estilos de vida, la lactancia materna durante al menos 3 meses presentaba un efecto protector en los niños pequeños, lo mismo que el consumo de 4 o más raciones de frutas y verduras al día; un patrón de ingesta que aporte menos del 35% de la energía a partir de las grasas; el fraccionamiento de la ingesta en 3 o más raciones al día, y un estilo de vida activo, esto es, practicar deporte habitualmente 2 días o más a la semana. Por el contrario, el consumo elevado de productos de bollería, refrescos azucarados y embutidos, un perfil dietético con un 38% o más de la ingesta energética a partir de las grasas, la ausencia de la ración del desayuno y una baja actividad física, dedicando más de 3 h. al día a ver la televisión, aumentaba la probabilidad de ser obeso (Aranceta-Bartrina et al., 2005).

Según Quintero, un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de calorías suele ser la conclusión de muchos estudios sobre la obesidad. Las dietas mal equilibradas, con demasiadas grasas y no siempre de buena calidad, las tristemente famosas dietas de cafetería y comida rápida (comida basura) influyen en el desarrollo de la obesidad. Vivimos en una



sociedad sedentaria, donde los niños ven mucha televisión (el 67% de los niños estadounidenses ven más de 2 horas al día y los españoles se aproximan a dicha cifra) y cada vez se practica menos deporte (menos del 20% de los niños estadounidenses practican al menos 2 horas de ejercicio al día). En resumen, unos hábitos incorrectos, que condicionarán el peso, no sólo actual, sino futuro.

La importancia de intervenir en la obesidad radica en sus complicaciones. Éstas son numerosas y se pueden diferenciar entre las que se producirán durante la infancia y la adolescencia y las que condicionarán al adulto. Por un lado pueden aparecer complicaciones sobre el aparato locomotor debidas a una lógica sobrecarga de las estructuras, como la epifisiólisis de la cabeza del fémur, que se puede manifestar como dolor en la rodilla o en la cadera y limitaciones en la movilidad de ésta. Otra complicación puede ser la tibia vara. En estos casos es necesario consultar a un traumatólogo, integrado en el plan de intervención sobre la obesidad.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la hipoventilación no son especialmente frecuentes (1% de los niños obesos), pero por su potencial mortalidad deben ser tenidos en cuenta ante la presencia de una excesiva somnolencia diurna o dificultades respiratorias durante el sueño, ya que los pacientes pueden necesitar mecanismos de ventilación nocturna además de una reducción del peso.

También la posibilidad de diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente en niños obesos, siendo no obstante su prevalencia de 1/1.400 niños entre los 10 y los 19 años.

Respecto a las complicaciones psicológicas, para los niños, y sobre todo los adolescentes, es importante adecuarse a los cánones de apariencia física, como factor de aceptación social. Es frecuente que los niños se perciban como diferentes y valoren especialmente su aspecto, sobre todo en la adolescencia, y eso se traduce en sentimientos de inadecuación. Si a dicha vulnerabilidad se añade un problema de sobrepeso, que hace que se vean también diferentes de su propio grupo, las dificultades de la propia aceptación se acentúan. Los preescolares obesos presentan más estrés y síntomas psiquiátricos que los niños con pesos normales. Asimismo, los adolescentes obesos con frecuencia presentan baja autoestima y sentimientos depresivos (Quintero et al., 2005).

### **1.6.3. Prevención en el niño obeso**

Es importante que antes de plantearnos la cirugía en el niño o adolescente obeso, nos centremos en que la prevención es prioritaria, y más, sabiendo que:

-El 30% de los adultos obesos lo eran en la infancia.

-La obesidad que se inicia en la infancia puede tener peores consecuencias que la obesidad que se inicia en la edad adulta.

Se puede prever que la morbilidad y mortalidad asociada a la obesidad pueda exceder a la que está producida por el tabaco.

Las estrategias de prevención se dividen en:

- Prevención universal
- Detección de la población con riesgo o prevención selectiva
- Tratamiento del niño con sobrepeso o prevención diana (Alustiza, 2004).

Las siguientes recomendaciones, seguidas por Alustiza, se basan en el documento de Consenso de la Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y Sociedad Española para el estudio de la Obesidad, las cuales se estructuran fundamentalmente en torno a los denominados “periodos críticos de obesidad” (primer año, antes de los 6 años y adolescencia), es por ello que cada vez se trabaja más a nivel preventivo con la población infantil. Veamos.

### **Prevención universal**

Promoción de la lactancia materna. Lo ideal sería que alcanzara hasta los 6 meses de vida. Se ha demostrado el efecto protector para la obesidad futura y su duración se asocia inversamente al riesgo de obesidad.

Normas dietéticas: El pediatra debe vigilar periódicamente la dieta y aprovechar las visitas del niño para recordar que debe limitarse el consumo de bollería industrial, dulces, *snacks*, refrescos azucarados y prohibirse bebidas alcohólicas (en el adolescente).

- 1 Disminución de los alimentos con contenido elevado en grasa. Se recomendará un consumo adecuado de grasa monoinsaturada (aceites de oliva) y poliinsaturada (aceite de soja, pescados entre otros), junto con una reducción del aporte de grasa saturada (embutidos, bollería, helados, etc)
- 2 Evitar el consumo excesivo de proteínas. En la infancia, un exceso de consumo proteico favorecería la diferenciación de preadipocitos a adipocitos por un incremento de la producción de IGF1, con lo que se favorecería asimismo el rebote adiposo de la primera infancia. Esta hipótesis sin embargo está pendiente de confirmar.
- 3 Favorecer el consumo de hidratos de carbono complejos. Deben limitarse los hidratos de carbono con índice glucémico elevado y absorción rápida, que producen un rápido incremento de los valores de glucemia e insulinemia postprandiales, con la consiguiente hipoglucemia posterior, que provoca sensación de hambre y favorece una nueva comida de alimentos favorecedores de la obesidad en el niño, con lo que se establece un círculo vicioso. Así pues se desaconsejan los refrescos azucarados y azúcares de alimentos manufacturados, y se recomiendan los hidratos de carbono complejos (con índice glucémico bajo y absorción lenta) tales como cereales, frutas, verduras y leguminosas.
- 4 Un esquema fácil es el basado en la pirámide de los alimentos: En el nivel inferior, están los cereales, las verduras, frutas, legumbres, hortalizas, el queso y el yogur, que deben ser la base de la alimentación y se deben tomar diariamente. En la parte intermedia están las carnes poco grasas, el pescado y los huevos, que se deben tomar pocas veces a la semana. En la parte superior se sitúan las carnes rojas, que deben ingerirse en escasa

cantidad (pocas veces al mes). Este tipo de alimentación debe adaptarse a nuestro medio, con las características de la dieta mediterránea (aceite de oliva como aporte principal de grasa en la dieta) y preparación culinaria mediante la cocción y el asado, evitando la adición de salsas (Alustiza, 2004).

Para prevenir los hábitos inadecuados nutritivos, la edad a la que hay que educar a los niños es desde los 3-4 años, corrigiendo hábitos insanos y promoviendo hábitos sanos.

Promoción de una mayor actividad física: El descenso evidente de la actividad física en los niños desde edades tempranas en los últimos 20-30 años se atribuye a múltiples factores:

- La tecnificación del hogar y de los edificios (ej. ascensor)
- El uso masivo de transporte mecanizado
- El peligro que entraña los juegos en las propias urbanizaciones
- La proliferación de actividades de ocio sedentario
- El mayor tiempo dedicado a tecnologías de la información: TV, videojuegos, telefonía móvil, Internet y el ordenador personal. La TV merece un comentario especial. Es probablemente la actividad a la que nuestros niños más tiempo dedican. Ver la TV reduce la actividad física y promueve además la ingestión de alimentos promocionados por la propia TV.

Las principales medidas preventivas que el pediatra puede indicar son:

- Recomendar no comer mientras se ve la TV.
- Disminuir las horas de TV, evitando la TV en los cuartos de los niños.
- La implicación del niño en pequeñas tareas domésticas.
- Intentar realizar actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.)
- Implicar a la familia en este estilo de vida más activo con fines de semana menos sedentarios.

### **Detección de la población de riesgo**

Antecedentes Familiares. Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica, y si ambos son obesos la *odds ratio* (OR) se incrementa a más de 10. Antes de los 3 años de edad la obesidad de los padres es más predictiva de la obesidad futura que el propio peso.

Periodos de importancia clínica. Existen 3 periodos críticos de obesidad en la edad pediátrica: el primer año, antes de los 6 años y la adolescencia.

Tras el descenso del IMC que empieza en el segundo año de vida, puede presentarse un rebote adiposo precoz, que si ocurre antes de los 6 años, aumenta el riesgo de obesidad posterior. Asimismo en la preadolescencia la obesidad predice posible obesidad futura.

Después de los 10 años, la adiposidad de los progenitores es menos importante que la del niño para predecir la obesidad durante la edad adulta. Así un adolescente obeso tiene un 80% de riesgo de serlo en la edad adulta. (Un niño obeso con 4 años tiene un 20% de

riesgo de obesidad futura).

Los lactantes de madres con diabetes gestacional, nacen grandes y aunque disminuyan posteriormente a límites normales, tienen más riesgo de obesidad futura.

#### **1.6.4. Tratamiento en el niño obeso**

El tratamiento de la obesidad es difícil por ser una enfermedad crónica. Pero, a pesar de las dificultades en su tratamiento, es necesario insistir en él, ya que la obesidad produce complicaciones tanto médicas como psicológicas en el niño y en el adolescente. Además, cuanto antes se tomen las medidas para tratar y/o prevenir la obesidad disminuirá el número de adultos obesos. Si no se realiza ningún tipo de intervención, los niños y adolescentes obesos tienen un riesgo dos veces mayor de seguir siendo obesos en la edad adulta. Por lo tanto, es necesario actuar cuanto antes tanto en el niño como en su familia de forma que ambos aprendan qué son una alimentación y estilo de vida saludables. Es necesario trabajar en la prevención de la obesidad, concienciando a los pediatras, enfermeras, educadores y padres de la importancia de la educación nutricional de los niños desde las edades más tempranas (Azcona et al., 2005).

Un programa multidisciplinario que combinen la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas constituyen los pilares del tratamiento.

Terapia conductual. Está basada en el aprendizaje del autocontrol, estrategias de control de estímulos en el ámbito familiar, la modificación del estilo de alimentación en relación con una dieta sana equilibrada, la modificación de los patrones de actividad física con motivación especial hacia actividades lúdicas con refuerzo social a través de la familia. Favorecer mensajes positivos mejorando la autoestima. Los problemas relacionados con los pensamientos ansiosos y obsesivos se abordan con técnicas cognitivas. El paciente debe evaluar su ingesta, no requiriendo conocimientos profundos sino conocer claramente que está haciendo respecto a lo que come, como lo hace y el ejercicio que realiza.

Es muy importante la intervención familiar ya que los patrones familiares son muy influyentes. El programa se puede ver comprometido si uno de los progenitores es excesivamente rígido o ansioso, o hay una actitud inconsciente en la disciplina del uso de la comida o en el afecto. Los padres deben llevar todo el peso del tratamiento en los niños menores de 5 años. Entre 5 y 9 años se les dará alguna responsabilidad a los niños pero la familia estará vigilante y responsable. Por encima de los 9 años se dará mayor grado de responsabilidad al niño, y ya en la adolescencia el papel familiar disminuye notablemente.

Tratamiento dietético. Diferenciando las dietas hipocalóricas de la higiene dietética, la información sobre alimentos temporalmente prohibidos, normas de alimentación aconsejable, pautas de realización de comidas, etc.

Ejercicio físico. Se buscará aquel que resulte inicialmente más atractivo y con posibilidades reales de efectuarlo. Se buscará un inicio poco brusco y no extenuante para evitar un mayor rechazo. Se recomienda firmemente evitar la compra de instrumentos de

gimnasia o similares de uso domiciliario (p.ej. bicicleta fija), la norma es el fracaso tras un periodo de aburrimiento. El ejercicio debe ser:

- Inicio suave
- Diario
- Búsqueda del más idóneo para el paciente y su familia
- Poca dependencia de numerosas personas
- Práctica con 2 ó 3 personas con fines parecidos
- Búsqueda del aspecto lúdico

Sin embargo, dicho tratamiento es difícil y a menudo frustrante y con la particularidad de que en la edad pediátrica debe conseguirse una pérdida de peso conservando el crecimiento longitudinal. Por ello interesa conocer qué estrategias dentro del tratamiento multidisciplinario son más eficaces (Alustiza, 2004).

Respecto a la cirugía del *by-pass* gástrico en niños y adolescentes se plantean algunos de los siguientes aspectos:

#### ***¿Es recomendable realizar este tipo de cirugía?***

Algunos autores como recoge Godoy (2004) hablan de los beneficios de la cirugía en niños. En esta línea, Sugerman en el año 2003 presentó su serie de 33 pacientes, 28 con *by-pass* gástrico, con edades entre 12 y 18 años, en los cuales se obtuvo excelentes resultados con mínima morbilidad y en donde sólo el 15% (5/33) recuperaron su peso entre los 5 y 10 años del post-operatorio. Por otra parte, K. Dolan comunica el mismo año su serie de 17 pacientes entre 12 y 19 años operados con banda gástrica. Trece de los 17 (76%) perdieron al menos el 50% de su peso en un seguimiento de 12 a 46 meses.

#### ***Edad mínima para realizar esta cirugía y que tipo de operación es mejor para la edad pediátrica***

En la literatura no hay notificaciones de cirugía bariátrica en menores de 11 años. Resulta difícil pensar en establecer una mala absorción en un niño que se encuentra en crecimiento, por lo que en general hay consenso que estos procedimientos deberían realizarse en niños que hubiesen completado su desarrollo óseo, o al menos un 90% de éste. Técnicas sólo restrictivas, como la banda gástrica resultan muy atractivas para la edad pediátrica, por ser menos agresiva, ajustable y 100% reversible.

#### ***Indicaciones para realizar cirugía bariátrica en adolescentes***

Tienen indicación de cirugía bariátrica de *by-pass* gástrico aquellos pacientes que no han tenido éxito con un tratamiento médico y que tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 50, o mayor de 40 si además tiene patología asociada.

Fundamental es la evaluación y tratamiento a cargo de un grupo pediátrico multidisciplinario que implemente este tratamiento médico, al menos por 6 meses y supervise, una vez tomada la decisión quirúrgica, que el paciente se encuentre motivado, entienda el procedimiento y que exista un respaldo familiar y psicosocial satisfactorio.

#### ***Rol de la cirugía laparoscópica***

La cirugía bariátrica es una cirugía compleja, no exenta de riesgos, por lo que se requiere que participen cirujanos entrenados.

La cirugía laparoscópica ha disminuido algunas de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abierta como la obstrucción intestinal y los problemas de herida operatoria, además es la técnica ideal para la instalación de la banda gástrica por lo que con seguridad, su rol en pediatría irá en aumento (Godoy, 2004).

## **1.7. Variables psicológicas relevantes**

En este apartado nos centraremos en la revisión de aquellas variables que son pertinentes para nuestra investigación. El título de cada uno de los apartados se corresponde con el instrumento que fue administrado a los pacientes para la evaluación de éstas.

### **1.7.1. Entrevista Boston**

#### **1.7.1.1. Variables demográficas/ variables de éxito**

Hay ciertas variables sociodemográficas que se evalúan en la entrevista preoperatoria del paciente, con la finalidad de obtener algunos datos que, en las investigaciones actuales, las consideran variables mediadoras en el éxito de la cirugía, o por lo menos variables intervinientes.

Entre otras, edad, género, y estatus socio-económico, son algunas de las variables demográficas que han sido correlacionadas con el éxito asociado a la operación de cirugía bariátrica. Con respecto a la edad, aunque los pacientes mayores también tienen una pérdida significativa de peso, los pacientes más jóvenes han resultado obtener mayor éxito en la pérdida de peso tras la cirugía, quizás es debido a que presentan menos comorbilidades y una mayor movilidad (Busetto et al., 2002, Averbukh et al., 2003 & Capella et al., 2003).

La edad con la que los pacientes llegan a ser obesos parece ser un predictor de éxito. Pacientes que fueron obesos antes de cumplir los 18 años, mostraron una mayor pérdida de peso tras la operación que los pacientes que llegaron a ser obesos en la edad adulta (Rowe et al., 2000). Sin embargo, algunos estudios, encontraron que no hay relación entre la edad y la pérdida de peso tras la operación (Powers et al., 1997), ni tampoco entre la aparición de la obesidad y la pérdida de peso (Pekkarinen et al., 1994).

Otros estudios sugieren que la edad no tendría que ser un criterio de exclusión para la operación de cirugía bariátrica (MacGregor et al., 1993 & Papasavas et al., 2004). En el estudio de Guisado et al. (2002), no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad y el IMC de los pacientes con buena y mala respuesta al tratamiento.

En lo que refiere al género, aunque muchos estudios no encontraron ninguna

correlación entre género y pérdida de peso (Dixon et al., 2002 & Korenkov et al., 2004), otros han encontrado que las mujeres pierden un poco más de peso que los hombres (Busetto et al., 2002 & Larsen et al., 2004).

En el estatus socioeconómico, un bajo estatus parece estar correlacionado con más complicaciones y peor éxito tras la cirugía bariátrica (Renquist et al., 1996). Otros estudios, sin embargo, no encontraron ninguna relación entre estatus socioeconómico y bajo éxito, y sugirieron que pacientes con un bajo estatus no deberían estar excluidos de la cirugía bariátrica (Korenkov et al., 2004 & Durkin et al., 1999).

### **1.7.1.2. Conocimiento y Expectativas**

Acerca del conocimiento sobre la operación, los resultados de la misma, y expectativas que tiene el paciente, numerosos autores han investigado con la finalidad de observar si este conocimiento o el hecho de tener expectativas poco realistas influye en la percepción de los resultados de la operación o incluso en los mismos resultados. Uno de los grandes desafíos en el manejo de los pacientes que van a ser o han sido intervenidos quirúrgicamente de la obesidad consiste en reconducir, de forma adecuada, las expectativas que tienen en relación con la cirugía (Moizé, 2006). Por lo general, hay que tener en cuenta que el paciente obeso candidato a cirugía, generalmente presenta expectativas psicosociales irreales (Rabner et al., 1993).

Por lo que refiere al conocimiento de la naturaleza de la operación, de los riesgos y beneficios potenciales, de los cambios que deberán dar en sus hábitos de estilo de vida y alimentación, a corto y a largo plazo, el estudio de Wadden y Sarwer (2006) mostró que la mayoría de candidatos parecían estar bien informados al respecto, habiendo investigado acerca de la operación hablando con su cirujano, acudiendo a los programas en grupos de apoyo que se realizaban, o navegando por Internet con la finalidad de obtener más información. Ellos también fueron conscientes de las probabilidades que tenían de vomitar, o de tener alguna complicación y de su nuevo plan alimentario tras la intervención. Un pequeño grupo de candidatos, parecieron tener sólo un conocimiento muy pobre de la operación. La entrevista que utilizaron les ayudó para enseñar a estos individuos algo más acerca de la operación, pero se les aconsejaba que hablasen con su cirujano o acudiesen a los grupos de apoyo para conocer bien los riesgos y los cambios a nivel comportamental que deberán realizar.

Con respecto a la expectativa de pérdida de peso, Marney et al. (2007) señalan que las investigaciones recientes sugieren que, los pacientes que reciben psico-educación, presentan unas metas más realistas con respecto a la pérdida de peso, y que los esfuerzos clínicos están más enfocados a ayudar a los pacientes a aceptar esas metas realistas. También se vio, que incluso siguiendo las sesiones de psico-educación, los pacientes todavía desean un peso más bajo de lo que realmente podría ser razonable, es decir, el deseo de seguir bajando peso sigue estando presente en algunos pacientes.

Aunque algunas investigaciones han mostrado que las metas no realistas en cuanto al peso están asociadas con recaídas (Dalle Grave et al., 2005), otras defienden que este tipo de expectativas no impiden los esfuerzos en la pérdida de peso, y podrían estar actualmente

relacionadas con más pérdida de peso (Linde et al., 2004). En el estudio de Foster et al. (1997), los pacientes obesos siguieron durante 48 semanas un tratamiento cognitivo-conductual para el control del peso, observándose que las metas soñadas acerca del peso y las metas con las que el sujeto se encontraría contento, fueron significativamente más altas que las que se recogieron antes del tratamiento, mientras que las metas que consideraban aceptables y con las que no estaban de acuerdo, seguían estables. Estos resultados sugieren que la insatisfacción con respecto al peso podría aumentar incluso, tras una modesta pérdida de peso. Los pacientes esperaban perder el 43,3% de su peso inicial y pérdidas del orden del 27% del peso inicial fueron consideradas “decepcionantes”.

Es sabido que la intervención de *by-pass* gástrico presenta unos resultados de pérdida de peso muy superiores a cualquier otro tratamiento, con una pérdida del 35% del peso corporal, y lo que es más importante, más estables en el tiempo.

Algunos estudios han encontrado que obesos mórbidos candidatos para cirugía presentaban metas de pérdida de peso más altas que obesos menos severos. La cantidad de peso requerida para alcanzar sus metas no era realista, ya que buscaban pérdidas del 38% al 47,6% para llegar a la meta del peso propuesto, y del 42% al 51,1% de pérdida de su masa corporal para alcanzar su peso ideal. En un estudio reciente, se encontró que los pacientes no estarían conformes si ellos no perdían el 24 % de su masa corporal (Wee et al., 2006).

Volviendo al estudio de Marney et al. (2007), los resultados remarcan que los pacientes que siguen un tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico se plantean unas metas con respecto a la pérdida de peso poco realistas en relación a lo que luego obtienen a lo largo del tratamiento. Con respecto a los pacientes que habían sido intervenidos de *by-pass* gástrico, se vio que a los 12 meses de la operación, las expectativas con respecto al peso no correlacionaban con la pérdida de peso o con el grado de mejoría que se observaba a través de las medidas de funcionamiento psicológico (cuestionario de autoestima, cuestionario de depresión...). Y sobre todo, el estudio señala que las expectativas no-realistas con respecto a la pérdida de peso que tenían los candidatos para someterse a la operación de *by-pass* gástrico, no afectaban a la misma, ni a los 6, ni a los 12 meses de la operación. Y además, estas mismas expectativas no-realistas, no correlacionaban con el comportamiento y el funcionamiento psicológico previo a la operación, ni parecían impedir los beneficios positivos a nivel psicológico, que se alcanzaban tras los 12 meses de la operación. A pesar de la gran pérdida de peso que experimentaban los pacientes tras la cirugía, las metas con respecto al peso que querían alcanzar permanecían estables en el tiempo. Habría que investigar si estos resultados siguen manteniéndose a los 2 años de la operación.

Al final, podemos ver cómo las metas no-realistas están presentes en tratamientos de pérdida de peso, y que la mayoría de los pacientes conforme van perdiendo peso, en el caso de los operados, se meten en una dinámica de querer seguir perdiendo, sobre todo, por el miedo que tienen a la posibilidad de volver a engordar.

Con respecto a su calidad de vida, estudios como el de Wadden et al. (2001) señalaron que la calidad de vida parece estar fuertemente relacionada con el nivel de satisfacción de los pacientes con los resultados de la operación, los cuales están muy estrechamente relacionados con las expectativas a nivel general de los pacientes.



Parece que las expectativas que los pacientes tienen antes de la operación, influyen a corto y largo plazo en los resultados de la misma. Dos aspectos importantes al respecto son: primero, las expectativas concernientes a sus propios resultados, y segundo, el grado de realidad de estas expectativas. Pacientes con una pérdida de peso satisfactoria esperaban más a menudo una ampliación de su comportamiento, tal como ir en bici, nadar, e irse de vacaciones, mientras que pacientes con una insuficiente pérdida de peso tuvieron expectativas estéticas. Una explicación de esto podría radicar en que el primero implica actividad física y responsabilidad de los pacientes en los resultados, mientras que el segundo refleja una actitud más pasiva (Bleijenberg et al., 1989).

Cuando los pacientes esperan de la operación que sea la solución de todos sus problemas, esto puede llegar a convertirse en una relativa contraindicación para la cirugía bariátrica. Estos pacientes, tienden a atribuir sus problemas a su sobrepeso y esperan un cambio total mediante la operación, a menudo, acompañado de expectativas irracionales con respecto a la pérdida de peso. Por otro lado, las expectativas realistas y las fuertes motivaciones hacia el cambio, deberían ser consideradas como predictores de éxito después de la cirugía bariátrica (Pessina et al., 2001). Sin embargo, estudios como el de Libeton et al. (2004) sugieren que la motivación hacia la operación no tiene correspondencia con la pérdida de peso.

Otros estudios, analizaron otro tipo de expectativas muy importantes para el sujeto, como son las relaciones con los demás, las relaciones amorosas, y el cambio de vida físico, a nivel de ejercicio, que muchos sujetos esperan obtener tras la operación. En el estudio de Wolfe y Terry (2006) los pacientes obesos operados, superaron las expectativas que tenían con respecto al ejercicio físico que pensaban que serían capaces de realizar tras la operación. Por otro lado, con respecto a las relaciones amorosas y al estado laboral, no señalaron un cambio significativo tras la operación.

Según Moizé (2006), los pacientes candidatos a cirugía bariátrica esperan mejorar sus relaciones sociales de forma exagerada (67% antes de la intervención vs 34% tras la intervención), de forma errónea anticipan mejores relaciones sexuales (78% antes de la intervención cuando, tras la misma, alcanzan mejoras del 50%), predicen también de forma errónea una mayor aceptación laboral (85% antes de la cirugía vs 50% después de la cirugía) y, de forma equívoca, también predicen mejorar su relación de pareja (77% antes de cirugía vs 47% tras la cirugía).

Es un objetivo educacional principal la correcta reorientación de estas expectativas. Los pacientes deberían ser conscientes de que estos procedimientos no necesariamente permitirán a todos normalizar su peso y deberían conocer y aceptar que el objetivo es reducir su peso hacia un intervalo más saludable reduciendo la morbimortalidad asociada al exceso ponderal, así como prevenir las potenciales alteraciones nutricionales derivadas de la técnica quirúrgica a la que serán sometidos.

### 1.7.1.3. Trastornos en la alimentación previos a la intervención

Uno de los aspectos más estudiados en los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, ha sido la conducta alimentaria, y los trastornos asociados a ella debido a los riesgos que comporta. En nuestro estudio se realiza una historia de peso siguiendo la entrevista semiestructurada Boston, con la finalidad de conocer hábitos de alimentación previos del paciente. En el estudio de Pettroni et al. (2007), se les hace preguntas referentes a su historia de peso, tales como la edad de la primera dieta, las variaciones de peso, etc...para poder analizar las causas del aumento de peso y posibles problemas futuros con respecto a la alimentación.

Las investigaciones realizadas han identificado varios patrones alimentarios alterados en la población obesa. Dentro de los trastornos de alimentación, el trastorno por atracón ha sido definido por la cantidad de comida ingerida en un período breve de tiempo asociado con una sensación subjetiva de falta de control. Dentro del DSM-IV se ha incluido en los trastornos de alimentación no especificados. A pesar del malestar asociado, no se relacionan las conductas compensatorias que se dan en la bulimia nerviosa. También se incluye la ingesta compulsiva nocturna, entendida como episodios repetidos de ingestas de pequeñas cantidades de comida en un largo período de tiempo y acompañada de sensación de pérdida de control y consumo de alimentos en respuesta a desencadenantes emocionales, algunos de los cuales pueden persistir, reaparecer, e incluso desencadenarse tras la cirugía (Green et al., 2004 & Guisado et al., 2002).

El trastorno por atracón es común en la obesidad, los estudios con pacientes obesos que buscan tratamiento clínico, muestran rangos entre el 33-43%. La prevalencia de rangos del trastorno por atracón en individuos obesos que se presentan para una intervención de *by-pass* gástrico ha sido desde el 11% hasta el 50% dependiendo de los criterios e instrumentos utilizados para la recogida de datos.

Uno de los factores a tener en cuenta en la entrevista inicial pre-operatoria para el candidato a cirugía bariátrica, ha sido la valoración de su conducta alimentaria previa, así como el diagnóstico de un posible trastorno alimentario. Siguiendo a Saunders (1999) en su revisión sobre el trastorno por atracón, los rasgos principales de éste según el DSM-IV son: comer durante un período pequeño de tiempo, una gran cantidad de comida que es claramente más grande que lo que la mayoría de individuos, durante el mismo período de tiempo, comerían en similares circunstancias, y con sensación de falta de control durante el episodio.

La cantidad de comida y energía ingeridas por los obesos con trastorno por atracón (TA) son mayores que las ingeridas por los obesos sin TA (Yanovski et al., 1992; Goldfein et al., 1993; Cooke et al., 1997 & Gendall et al., 1999). Los pacientes obesos con TA consumen más postres y más tentempiés o pisco-labis (más grasas y menos proteínas) que los pacientes obesos sin TA, tanto durante el atracón (media de 600 kcal. por atracón) como fuera del atracón, y la duración de los episodios es más larga (media de 40 minutos). Además, la energía ingerida se incrementa con el grado de obesidad, sin embargo, el grado de psicopatología parece estar más relacionado con el número de atracones y con la pérdida de control que con la obesidad. La importancia concedida a la duración del episodio de atracón parece que cobra una mayor relevancia cuando interactúa con la cantidad de

comida ingerida (Rubio, 2006).

Striegel-Moore et al. (1995) llevaron a cabo una investigación en la que, a partir de una muestra inicial de 3287 individuos obesos, compararon cuatro grupos de personas clasificadas en función de la frecuencia de los atracones y la pérdida de control. El primer grupo estaba formado por 53 sujetos que se habían dado atracones acompañados de pérdida de control al menos dos veces por semana durante los últimos seis meses; el segundo grupo estaba compuesto por 119 sujetos que habían llevado a cabo conductas de atracón acompañadas de pérdida de control al menos una vez por semana, pero menos de dos, durante los últimos seis meses (TA subclínico); el tercer grupo estaba formado por 60 sujetos que se habían dado al menos un atracón por semana sin pérdida de control durante los últimos seis meses; y, finalmente, el cuarto grupo lo conformaban 160 sujetos que manifestaban haberse dado al menos un atracón durante los últimos seis meses. Los resultados mostraron que los sujetos con TA, que cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV en cantidad, frecuencia y pérdida de control, conceden una mayor importancia a su peso, muestran una mayor insatisfacción con su peso y discrepancias entre su peso actual y su peso ideal, presentan una menor autoestima, un mayor afecto negativo y un mayor grado de psicopatología y comorbilidad diagnóstica que los sujetos no diagnosticados por TA. Asimismo, los sujetos diagnosticados con TA en comparación con los que padecían un TA subclínico se caracterizaron por niveles más elevados en afecto negativo (tristeza) y más bajos en autoestima, sugiriendo la existencia de un continuo de vulnerabilidad en función de la frecuencia de los atracones.

Spitzer et al. (1992) encontraron en su estudio que el 30% de los participantes de un grupo clínico de control de peso presentaban trastorno por atracón en comparación con el 2% y 3,3% de otros grupos de la población general.

Volviendo al estudio de Saunders, donde el objetivo era determinar la prevalencia de un trastorno por atracón en un grupo de pacientes antes de someterse a *by-pass* gástrico, encontraron que según el instrumento utilizado para valorar los síntomas severos del trastorno por atracón, el 33% de la muestra presentaba este problema (Saunders, 1999).

En dos muestras diferentes de 92 pacientes candidatos a *by-pass* gástrico, Adami et al. (1995, 1999), encontraron que el 40% cumplían los criterios para un trastorno por atracón. Por su parte, Hsu et al. (1997) investigaron la prevalencia de trastornos con la comida en 27 pacientes que iban a ser intervenidos de *by-pass* gástrico, y vieron que 3 de ellos, cumplían criterios para un trastorno por atracón según el DSM-IV, mientras que 22 presentaban algún tipo de trastorno con la comida. En otros estudios de Hsu et al. (1997, 1998) se encontró en la mayoría de los pacientes, una mejoría con los problemas alimentarios, después de la operación, pero vieron una erosión de esta mejoría alrededor de los 2 años de la operación. En cambio, Adami et al. (1999), encontraron que al tercer año después de la operación, todos los pacientes que tenían trastorno por atracón antes de la operación, habían parado.

Según Larsen et al. (2004), los patrones de alimentación se normalizan y los trastornos de alimentación disminuyen significativamente al año de la operación. En general, diversos estudios, como los de Ogden et al. (2005) y Saunders (2001) señalan que la desinhibición disminuye y hay un mayor control sobre la conducta alimentaria. Por el

contrario, hay estudios que han defendido que hay una gran parte de obesos mórbidos operados, que siguen manteniendo malos patrones alimentarios que les llevan a seguir picando entre horas y a abusar de comida, aunque sea líquida (Hsu et al., 1998). Por ello, estos resultados sugirieron la importancia del tratamiento post-operatorio, o de grupos psicoeducacionales donde el paciente aprendía a manejar los conflictos, y a trabajar emociones que en un futuro le podían llevar a la comida sino aprendía a canalizarlas. Una de las razones por las que se piensa que en torno a los 2 años hay pacientes que aumentan un poco de peso, es porque el *feedback* social que tienen durante el primer año cuando la pérdida de peso es muy llamativa, ya no está presente, y esto hace que haya personas que se descuidan y caen otra vez en desajustes alimentarios o en trastornos de alimentación.

Sallet et al. (2007) se plantearon investigar prospectivamente si el trastorno por atracón, dentro de los síntomas psicopatológicos, es un predictor de una pobre pérdida de peso en pacientes obesos. Encontraron que la presencia de un comportamiento de trastorno por atracón tiene una asociación negativa significativa con la pérdida de peso tras la operación de *by-pass* gástrico. Esta asociación no se ve a los 6 meses, sino que empieza a partir del año de seguimiento, y a los 2 años de la cirugía, se manifiesta claramente. Hay estudios que corroboran estos datos (Guisado et al., 2003; Green et al., 2004; Pekkari et al. 1994 & Kalarchian et al., 2002), aunque hay otros que no apoyan tan claramente estos mismos resultados (Powers et al., 1999; Burgmer et al., 2005 & Bocchieri-Ricciardi et al., 2006).

En el estudio de Green et al. (2004) se investigaron las diferencias tras la operación de *by-pass* gástrico con respecto a la pérdida de peso, el comportamiento alimentario y las cogniciones, y el bienestar psicológico entre dos grupos de individuos candidatos a la cirugía bariátrica: los que presentaban trastorno por atracón y los que no. Los resultados señalaron una clara pérdida de peso y mejoría a nivel psicológico en ambos grupos, sin embargo, encontramos las siguientes diferencias: con respecto al porcentaje de pérdida de peso, había una diferencia significativa entre el grupo que cumplía criterios para el trastorno por atracón y el que no, siendo éste último el grupo que más perdía, aunque el que tenía atracones todavía perdía un 44% de exceso de peso. En el área de calidad de vida, medida mediante el cuestionario SF-36, los resultados que aparecieron fue una mejoría significativa para ambos grupos tras la operación de cirugía bariátrica. Un área donde se registró una diferencia claramente significativa fue en la escala de funcionamiento social, en la que el grupo con trastorno por atracón presentó puntuaciones más bajas que el que no tenía atracones, antes y después de la operación. Los resultados de este estudio indicaron una vulnerabilidad específica con respecto al funcionamiento social para el grupo con atracones, a pesar de la pérdida de peso significativa. Otros resultados obtenidos mostraron que antes de la operación había diferencias significativas en sintomatología depresiva, diferencias que desaparecían tras la intervención quirúrgica, aunque ambos grupos mejoraban en sus síntomas. En la misma línea, todos los pacientes mostraron una mejoría significativa en su autoestima tras la operación, no hubo diferencias significativas entre grupos, a pesar de que el grupo con trastorno por atracón presentaba puntuaciones un poco más bajas que el otro grupo tras la intervención. Green et al. (2007) consideraron que la mejoría en ambos grupos sugiere que la pérdida de peso afecta a muchas áreas de la vida de los pacientes, y como consecuencia, mejoran en depresión y autoestima. Por tanto, concluyeron que el trastorno por atracón no es un pronóstico negativo indicativo para la cirugía bariátrica.

Estudios como el de Zwaan et al. (2002), mostraron que los pacientes que tras la cirugía bariátrica mantuvieron problemas con los patrones de alimentación, obtuvieron pobres resultados en el funcionamiento social y psicológico.

En el estudio de Fischer y colaboradores, se analizó el rol del comedor emocional en la población obesa mórbida, antes de la intervención de cirugía bariátrica, y las consecuencias de este rol con respecto a la pérdida de peso, después de la operación. La finalidad de este estudio fue la de describir los patrones de respuestas emocionales que les llevaban a acudir a la comida antes de la operación, determinando si estos individuos eran comedores compulsivos o no, y valorar el efecto de este comportamiento alimentario en la pérdida de peso después de la cirugía. Los resultados de este estudio, mostraron que el grupo de comedores emocionales altos, tienden a tener altos los niveles de depresión, de trastorno por atracón, y comen como respuesta a causas externas en comparación con los que se presentaron como comedores emocionales bajos antes de la operación. Sin embargo, se habló de un grupo de comedores emocionales altos, que no presentaban trastorno por atracón. A pesar de estas diferencias, a los 8 meses de media después de la operación, tanto un grupo como el otro no presentaron diferencias en las distintas subescalas, ni con respecto a la pérdida de peso, pudiendo concluir que la técnica de *by-pass* gástrico tiene un impacto positivo en el comportamiento alimentario y en la pérdida de peso tanto en un grupo como en el otro, aunque sería necesario seguir investigando con respecto al seguimiento a largo plazo (Fischer et al., 2007).

### 1.7.2. Alimentación

Es importante la valoración de la conducta alimentaria previa a la cirugía, así como el cambio que se da en ésta tras la intervención. Para ello, la utilización del cuestionario TEFQ, que evalúa tres dimensiones del comportamiento alimentario: restricción alimentaria, hambre y desinhibición, nos será de gran ayuda. Los niveles altos de restricción alimentaria, están asociados con consciencia y con control cognitivo en el comer. Un ejemplo de ítem en esta escala es: “Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como”. Los niveles altos de hambre están asociados con un incremento de conciencia y sensibilidad a las sensaciones de hambre. Un ejemplo de ítem en esta escala es: “Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta”. Y, los niveles altos de desinhibición están asociados con una tendencia a la pérdida de control de ingestión, basada en causas externas. Un ejemplo es: “Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y picnics” (Fischer et al., 2007).

En el estudio de Delin et al. (1997) se utilizó un cuestionario de alimentación donde se medían diferentes aspectos con respecto a la alimentación, entre los que se encontraban, hambre y restricción. Los sujetos operados tuvieron la media más alta en la puntuación de restricción cognitiva en la alimentación. Aunque ellos todavía experimentaban hambre, eran capaces de activar mecanismos cognitivos fuertes para no comer.

Ruíz et al. (2002), mostraron los efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales o psicológicos que producía la operación de *by-pass* gástrico. La mayor

parte de los sujetos informó de experimentar menos hambre que con anterioridad al tratamiento, más de un 50% señaló estar más satisfecho con sus hábitos de alimentación y realizar más ejercicio que en el período pre-operatorio.

En el estudio de Green et al. (2007), con respecto a los resultados de desinhibición, hambre y restricción evaluados por el TFEQ, encontraron que el grupo con trastorno por atracón obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo que no presentaba atracones con respecto a las escalas de desinhibición y hambre antes y después de la operación, pero no señalaron un efecto significativo en las puntuaciones de restricción.

Se ha visto a través de los diversos estudios, que es necesario que los pacientes aprendan a desarrollar y establecer un nuevo patrón alimentario que evite la reganancia de peso tras la cirugía. Para ello es importante conocer algunos factores asociados a la ingesta de alimentos que afectan a la pérdida de peso. La máxima pérdida de peso se alcanza a los 18 meses de la intervención, a partir de entonces, la pérdida de peso se detiene e, incluso, algunos estudios (Balsiger et al., 2000 & Mitchell et al., 2001), indican que alrededor de un 30% de los pacientes operados recuperan parte del peso perdido. Este hecho coincide con el aumento en la ingesta calórica que se produce al aumentar la frecuencia en la ingesta de alimentos. Este fenómeno es atribuido a que, en estos pacientes, la sensación de saciedad está alterada por la cirugía (el paciente come menos cantidad de alimento en cada comida por la restricción en el reservorio gástrico) pero no la “saciación”, entendida como la sensación de plenitud gástrica con desaparición de la sensación de hambre que acontece después de la comida y, de esta forma, el aporte energético total aumenta (Brolin et al., 1999).

El propósito de la cirugía es aumentar las sensaciones de saciedad para que se reduzca la ingesta energética total, por ello es importante conocer la sensación de hambre de los pacientes así como la restricción y desinhibición.

### 1.7.3. Imagen corporal

La imagen corporal es un constructo psicológico multidimensional que comúnmente se relaciona con el peso en las sociedades occidentales. La obesidad es un problema complejo y heterogéneo, que se ve incrementado con la insatisfacción con la imagen corporal que representa una fuente importante de comorbilidad a nivel psicológico. Una percepción negativa de la imagen corporal, está asociada con varias consecuencias psicosociales como son la depresión, problemas en el funcionamiento ocupacional, mal funcionamiento sexual, baja autoestima, y pobre calidad de vida. Aunque el tema de la imagen corporal ha recibido mucha atención con respecto a las personas obesas, en los obesos mórbidos esta cuestión está menos estudiada. (Hrabosky et al., 2006).

El equipo de Pecori y colaboradores, se plantean en su investigación comprobar las actitudes con respecto al peso y forma del cuerpo de los individuos que pedían la cirugía estética después de la pérdida masiva de peso, cuando los resultados de la cirugía bariátrica son todavía comprometidos, y si los procedimientos de la cirugía plástica son eficaces en mejorar la construcción de la imagen corporal. Para ello, utilizaron el cuestionario BUT (*Body Uneasiness Test*), que es un cuestionario autocumplimentado desarrollado

específicamente para valorar la apariencia física y la imagen corporal. Los datos de este estudio, confirmaron que en pacientes obesos mórbidos, la pérdida de peso inducida quirúrgicamente se acompaña generalmente por una mejora terapéutica, no inducida, de las actitudes individuales hacia el peso corporal y la forma. En cambio, en los individuos post-obesos que buscan cirugía plástica, la inconformidad con el cuerpo y la insatisfacción, son similares a la de pacientes obesos mórbidos, sugiriendo que en estos casos la construcción de la imagen corporal ha seguido siendo inaceptada, a pesar de la pérdida estable del peso. En sujetos post-obesos, los efectos de los procedimientos plásticos que moldean el cuerpo son multifacéticos, y las implicaciones psicológicas todavía no identificadas, siguen estando presentes: un buen resultado físico y psicológico necesita la colaboración del cirujano plástico y del psicólogo clínico (Pecori et al., 2007).

Con respecto a la distorsión de la imagen corporal, encontramos resultados dispares en diferentes estudios. Por un lado, Dixon et al. (2002), Stunkard et al. (1985), Adami et al. (1998), y Neven et al. (2002), sugieren que la intervención de *by-pass* gástrico es efectiva con respecto a la mejoría en la distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, no se hablan de las razones de esta mejoría de forma clara.

Algunos investigadores, sugieren que la distorsión de la imagen corporal después de la operación, está relacionada con el porcentaje de exceso de pérdida de peso, como es el caso de Dixon et al. (2002) y Guisado et al. (2002), y en cambio Foster et al. (2004), sugieren que la distorsión de la imagen corporal en los obesos mórbidos, representa una experiencia psicológica que es independiente del peso y, por tanto, no se ve afectada por su pérdida.

En el estudio de Dixon et al. (2002), se confirmó los niveles muy bajos de evaluación personal sobre la apariencia en los obesos mórbidos. Estos niveles se relacionaron con puntuaciones muy bajas en la parte de salud mental, medida con el cuestionario SF-36, y con unas puntuaciones muy altas en insatisfacción corporal, que indicaron una relación significativa entre estos dos factores. Las mejorías en la evaluación de la apariencia tras la cirugía fueron altamente significativas. Estas mejorías están asociadas a un incremento en las medidas del componente de salud mental de calidad de vida, y a unas bajas puntuaciones con respecto a la insatisfacción corporal. Al contrario que los resultados obtenidos por Foster et al. (1997) utilizando las mismas medidas de evaluación, Dixon y colaboradores encontraron que un gran porcentaje de pérdida de exceso de peso estaba asociado con una gran mejoría en la evaluación de la apariencia de los propios sujetos obesos. Uno de los resultados que se ha encontrado en este estudio, es el descenso de puntuación en la importancia de la apariencia en los sujetos que son super obesos, y esto puede responder a un mecanismo de defensa psicológica que esta asociado a una percepción de la imagen corporal muy baja.

Para Rosenberg et al. (2006) la insatisfacción con la imagen corporal está relacionada con más variables, y los resultados que aparecen en su estudio que ahora pasaremos a analizar, son consistentes con estudios previos sobre insatisfacción corporal en candidatos de cirugía bariátrica, como es el estudio de Grilo et al. (2005), donde el género, los atracones, y la baja autoestima fueron predictores muy significativos con respecto a la insatisfacción corporal, y en el estudio de Grilo y Masheb (2005), donde el trastorno por atracón diagnosticado en mujeres candidatas a cirugía bariátrica estaba muy relacionado con

la insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal está asociada con una puntuación alta en depresión y con una baja autoestima, sin embargo, en el estudio de Rosenberg y colaboradores, el perfeccionismo es una variable que apareció como un factor predictor importante. Otros resultados que aparecieron, en la línea de otras investigaciones, fueron que los indicadores de funcionamiento psicológico, juegan el rol más importante para predecir la insatisfacción corporal. Los tres componentes del funcionamiento psicológico, depresión, autoestima, y perfeccionismo, predijeron una cantidad sustancial de la variabilidad con respecto a la insatisfacción corporal en el grupo de mujeres obesas. Por el contrario, datos demográficos, historia de niñez, e indicadores físicos y comportamentales, no fueron predictores significativos de la insatisfacción corporal. Algunos de los cuestionarios utilizados, entre otros, fueron el BSQ y el cuestionario de autoestima de Rosemberg. Estos datos no pueden generalizarse a la población masculina obesa, ya que serían necesarios otros estudios (Rosenberg et al., 2006).

En el estudio de De Panfilis et al. (2007) se concluye que sólo algunos aspectos de la imagen corporal mejoran después de la intervención, mientras que otros no. Aspectos como: apariencia física, imagen corporal relacionada con comportamientos de evitación y distorsión severa de la imagen corporal disminuyen en su puntuación, es decir mejoran. En cambio, el miedo de ser o llegar a convertirse en gordo, los sentimientos de sentirse extraño con el propio cuerpo y el rechazo o desagrado hacia algunas partes del cuerpo, no mejoran.

Los resultados de este estudio, están en la misma línea que la investigación prospectiva con pacientes obesos operados de *by-pass* gástrico de Hrabosky et al. (2006), que mostraba que los cambios en el IMC a los 6 y 12 meses de la operación, no predecían la reducción en la insatisfacción de la imagen corporal, afirmando que ésta se encontraba más relacionada con otros factores mediadores.

Volviendo al estudio de De Panfilis, como conclusión, los investigadores sugieren que los resultados en los pacientes obesos mórbidos, después de la operación de *by-pass* gástrico mejoran los aspectos más severos con respecto a la distorsión de la imagen corporal (todo lo referente a las conductas de evitación hacia el propio cuerpo, y la distorsión severa de la imagen corporal) y que este efecto se debe principalmente a la normalización de los patrones alimentarios tras la operación y no a la pérdida de peso (De Panfilis et al., 2007).

En cambio, Mitchell et al. (2001) mostraron que la pérdida de peso tras la cirugía, es la que dirige la mejoría en la percepción de la imagen corporal y el atractivo hacia uno mismo, especialmente en los 6 primeros meses después de la intervención.

Según el estudio de Kinzl et al. (2003), los pacientes que estuvieron satisfechos con su apariencia tras la operación, tuvieron menos pérdida de peso que los pacientes insatisfechos. En cambio, según Sannen et al. (2001), los pacientes que tuvieron una mayor pérdida de peso, estuvieron más satisfechos con sus cuerpos.



#### 1.7.4. Calidad de vida

La obesidad es una enfermedad que se está desarrollando cada vez más como una gran epidemia, la cual encabeza una gran variedad de serios problemas físicos y funcionales. Las personas obesas también sufren discriminación en numerosas facetas de sus vidas, incluyendo su propio ambiente laboral, social y personal. La discriminación social afecta adversamente a su salud mental (Mamplékou et al., 2005) y por tanto a su calidad de vida, física y psicológica. Los numerosos estudios sobre calidad de vida y obesidad mórbida marcan claramente una diferencia significativa entre antes y después de la operación de cirugía bariátrica en el paciente obeso mórbido.

En general, siguiendo a varios autores, encontramos que la calidad de vida mejora sustancialmente tras la cirugía bariátrica (Boan et al., 2004), especialmente a los 2 años de la operación (Freys et al., 2001), pero también después de un largo seguimiento (Shai et al., 2003), e incluso a los 6 meses (Sabbioni et al., 2002) o tan pronto como se han operado a las 2-3 semanas de la operación (Dymek et al., 2002). Sin embargo, el mismo estudio de Dymek et al. (2002) o el de Zwaan et al. (2002) sugieren que la mejoría se deteriora después de algunos años debido a la estabilización o recuperación del peso, o a la aparición de trastornos en los patrones alimentarios.

En el artículo de Mamplékou et al. (2005), dónde evalúan la calidad de vida de un grupo de obesos mórbidos mediante el cuestionario BAROS, se concluye que el IMC al cabo de los 2 primeros años de la operación desciende de forma significativa, a la vez que la puntuación del BAROS mejora considerablemente por lo que refiere a la calidad de vida del paciente obeso.

El equipo suizo de Karlsson et al. (1998) concluyeron en su estudio de pacientes operados con cirugía bariátrica vs. pacientes con tratamiento convencional de pérdida de peso, que los pacientes que mejoran drásticamente su calidad de vida son aquellos que tienen una pérdida sustancial de peso. Los cambios positivos en la calidad de vida, después de 2 años de la intervención bariátrica, fueron debidos a la gran cantidad de peso perdida y a la mejora del comportamiento alimentario. En el grupo intervenido quirúrgicamente se señala una pobre calidad de vida antes de la intervención, que mejora significativamente con la pérdida de peso tras la cirugía, mientras que el grupo con tratamiento convencional, tiene fluctuaciones en las puntuaciones con respecto a su calidad de vida.

En el estudio de Arcila et al. (2002), se midió la calidad de vida a 45 pacientes operados y a 15 no-operados mediante el cuestionario GIQLI, concluyéndose que, sobre todo, la calidad de vida de los pacientes operados es significativamente mejor que la calidad de vida de los no-operados.

En el trabajo de Burgmer et al. (2005), se evaluó la calidad de vida a través del cuestionario SF-36 y del HRQL, observándose una mejoría considerable y significativa al año de la operación de *by-pass* gástrico con respecto a la dimensión física. En la dimensión mental, las puntuaciones no cambiaron de forma significativa al año de la operación.

Horchner et al. (1999) y O'Brien et al. (2002), encontraron mejorías significativas en todas las puntuaciones del SF-36 después de la intervención de *by-pass* gástrico. Por el

contrario, Schock et al. (2000), no encontraron cambios significativos en las puntuaciones del SF-36 1 ó 3 años después de la intervención y además señalaron bajas correlaciones entre pérdida de peso a corto plazo tras la operación y calidad de vida.

En el estudio de Shai et al. (2003), se encontraron efectos negativos en la calidad de vida a largo plazo, e incluso cuando hubo una adecuada pérdida de peso y otras mejorías.

En el estudio de Callegari et al. (2005), se demostró que la combinación de un cuestionario de valoración cognitivo-conductual y el cuestionario SF-36 junto con la entrevista clínica realizada por psicólogos con experiencia, permitía la valoración del bienestar psicológico de los pacientes obesos. Los resultados mostraron que el cuestionario SF-36, especialmente en la parte de valoración mental, pudo ser utilizado para identificar pacientes necesitados de una intervención psicológica específica, con la finalidad de aumentar los éxitos de la cirugía.

Dymek et al. (2002), también encontraron mejoras tras la intervención en algunas subescalas (funcionamiento físico, salud en general, vitalidad y salud mental). En el resto, la mejoría no fue significativa, o no hubo mejoría.

Por su parte, Kinzl y colaboradores, mostraron en sus investigaciones que la gran mayoría de pacientes quedaron satisfechos con la pérdida de peso a largo plazo, a pesar de la presencia de algunos efectos adversos. En su estudio señalan que la pérdida de peso está, por un lado, relacionada con la mejoría en la calidad de vida, síntomas psiquiátricos, sexualidad, y co-morbilidad física. Por otro lado, que no todas las experiencias relacionadas con la pérdida de peso, son positivas, tales como, crisis de identidad, demanda de nuevas amistades, vómitos persistentes, incluso transcurridos varios años de la operación, restricción en la elección de las comidas y prolongación de las mismas, decepción al no poder alcanzar un aspecto normal en su cuerpo debido a la flacidez de la piel, a los pechos y muslos caídos, especialmente en los casos donde la pérdida de peso va muy rápida. Por estas razones, el equipo de Smiertka et al. (1995), y Kinzl et al. (2007), sugieren en sus estudios que los pacientes deben ser informados previamente de estos efectos potenciales. A su vez, Kinzl y colaboradores, mostraron que los resultados positivos que obtienen los pacientes con respecto a la calidad de vida, no disminuyen con el paso de los años. Sus resultados indican que se recomienda la evaluación psicológica a los pacientes candidatos para la cirugía bariátrica, porque la prevalencia de las co-morbilidades psiquiátricas en personas con obesidad mórbida y los cambios comportamentales son necesarios para obtener éxito en los resultados tras la cirugía bariátrica. Además, encuentran que los trastornos psiquiátricos serios, particularmente la combinación del DSM-IV (Eje I, ansiedad y depresión) y Eje II (trastornos de personalidad) tienen un valor predictivo a nivel mental, psicosocial y físico para el bienestar de los pacientes tras la cirugía bariátrica. Asimismo señalan que los pacientes obesos mórbidos con trastornos de personalidad muestran una mejoría en los niveles de depresión y ansiedad y una mayor autoestima tras la pérdida de peso, pero también, tienen más dificultades en adaptarse a la nueva situación debido a una menor flexibilidad propia del trastorno de personalidad. Además, los individuos obesos o con un trastorno psiquiátrico, particularmente con un trastorno de personalidad, generalmente muestran menos satisfacción con la calidad de vida antes y después de la operación. En suma, Kinzl y colaboradores concluyen que una mayoría de pacientes obesos muestran mejoría psicológica e interpersonal tras la cirugía, con lo que se

podría decir que está directamente relacionado a la pérdida de peso y al sentimiento de haber encontrado una solución a sus problemas.

En el estudio de Larsen et al. (2003), la mejoría en la calidad de vida, aparece fuertemente relacionada con la pérdida de peso, sin embargo los resultados del estudio de Dymek et al. (2002) señalaron, que la mejoría aparece incluso unas semanas después de la operación donde todavía no hay una pérdida substancial de peso.

En general, cada vez hay mayor número de investigadores que refieren el impacto positivo de la cirugía, al año o más, tras la misma. Según Shiri et al. (2007), este impacto se experimentó en varios aspectos psicológicos, tales como apreciación por la vida, gran sensación de fuerza interna, y mejoría en las capacidades individuales. Estos resultados, son compatibles con los resultados de Bocchieri et al. (2002), donde los pacientes señalaron cambios positivos, incluyendo aumento en el nivel de su actividad, mejoría en sus propias habilidades y en el funcionamiento ocupacional.

Estudios como el de van Hout et al. (2008) muestran la existencia de una mejoría significativa en el funcionamiento psicosocial general de los pacientes operados de *by-pass* gástrico, al año y a los 2 años de la intervención.

Como ya hemos señalado anteriormente, pocos son los estudios que no encuentran una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos operados.

### 1.7.5. Sintomatología psicológica

Un aspecto ampliamente investigado en los pacientes obesos mórbidos, candidatos a la cirugía bariátrica, ha sido la sintomatología psicológica, así como los trastornos psiquiátricos que pueden estar asociados.

Para la evaluación de esta sintomatología el paciente completa un cuestionario que objetivamente evalúa comportamientos sintomáticos en una variedad de niveles psicopatológicos.

Es muy importante evaluar en el paciente obeso mórbido, la existencia de sintomatología, especialmente psicológica, y en el nivel en que se encuentra, para poder ver las diferencias entre pacientes con alta y baja sintomatología, y de esta forma, poder conocer variables que pueden afectar en la pérdida de peso, así como observar si otras variables sociodemográficas pueden estar influyendo. La sintomatología y co-morbilidad está generalmente asociada con la severidad y duración de la obesidad, el malestar psicológico podría ser causa y efecto de la obesidad, generado por el estigma social hacia la obesidad y contribuyendo a la baja autoestima de los pacientes obesos mórbidos.

Tras la operación, algunos estudios mostraron mejoría en algunos factores de personalidad, como es en el estudio de Larsen y Torgerson (1989), donde los pacientes tenían menos puntuación en la escala de neuroticismo y más disciplina y autoestima. Sin embargo, algunos pacientes mostraron más personalidad patológica que los grupos control, en rasgos como evitación, borderline, y características de personalidad pasiva-agresiva,

especialmente en pacientes que mostraron una pobre pérdida de peso (Guisado et al., 2002, 2003).

Los trastornos psiquiátricos son, a menudo, considerados como contraindicaciones para la cirugía bariátrica, mayoritariamente trastornos afectivos y trastornos de la personalidad. Los pacientes con trastornos psiquiátricos son más proclives a tener un gran riesgo de complicaciones psicológicas y somáticas tras la cirugía. Sin embargo, varios estudios muestran resultados conflictivos y predictores no claros. Algunos estudios sugirieron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los obesos mórbidos, no es sustancialmente diferente a la población normal (Stunkard et al., 1986). Otros, señalan que los pacientes obesos mórbidos que buscan la operación de cirugía bariátrica, muestran más psicopatología, tales como trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad, bulimia, abuso de sustancias y trastornos de personalidad (Black et al., 2003).

La mayoría de estudios han encontrado peor pérdida de peso tras la operación en pacientes con trastornos de personalidad, y sugieren que estos pacientes tienen dificultades en adaptarse a las fuertes demandas de control con respecto al comportamiento alimentario que lleva consigo la operación (Guisado et al., 2003).

También se ha encontrado que otros trastornos psiquiátricos pueden ser predictores de una pobre pérdida de peso, principalmente porque hay una pobre tolerancia a las limitaciones en la comida, bajo control en el comportamiento alimentario, trastornos de alimentación, y peor cumplimiento con la alimentación tras la operación (Guisado et al., 2001).

Algunos estudios sugieren que la historia psiquiátrica influye más en las expectativas tras la cirugía bariátrica que la pérdida de peso. Curiosamente, según estos estudios, el tratamiento para los problemas emocionales no está significativamente correlacionado con los resultados, sugiriendo que los problemas emocionales por sí mismos, no predicen los resultados (Vallis et al., 1993 & Herpertz et al., 2004). Otros estudios no encuentran relación entre la presencia y la ausencia de los trastornos psiquiátricos antes de la operación y de la pérdida de peso después de la cirugía, incluso después de 6 años, sugirieron que ningún estado psiquiátrico, ni tampoco los trastornos de personalidad influyen en los resultados de la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica (Powers et al., 1997 & Bloomston et al., 1997).

En el trabajo de Guisado et al. (2002) los clínicos detectaron la existencia de un trastorno psiquiátrico en el eje I (con una prevalencia del 40%), y en el 60% no se detectó afección psiquiátrica. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron los afectivos y los de ansiedad. Las puntuaciones más altas obtenidas mediante el SCL-90 fueron en somatización, obsesivo/compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. Señalaron que la existencia de enfermedad psiquiátrica se asocia a una mayor puntuación en la subescala de depresión, ansiedad, hostilidad y del Índice de Gravedad General (IGG), lo que indicaría que el IGG sería un buen indicador de malestar psicológico en esta población. Estos investigadores encontraron una importante tasa de malestar psicológico (depresión, ansiedad, hostilidad y malestar general) y de enfermedad psiquiátrica, al igual que en el estudio de Black et al. (1992) donde el grupo de sujetos obesos mórbidos presentaba mayor historia de trastornos del ánimo, trastornos de

ansiedad, trastornos de personalidad, bulimia y dependencia del tabaco que el grupo control. En el estudio de Stunkard et al. (1986) no encontraron mayor tasa de enfermedad psiquiátrica en los pacientes obesos mórbidos.

En el estudio de Petroni y colaboradores, se señaló que los individuos con obesidad mórbida se caracterizaban por una alta prevalencia de características del síndrome metabólico, entre las que se incluían complicaciones cardiovasculares, por enfermedades osteoarticulares y respiratorias, y por un alto rango de malestar psicológico. También se mencionó cómo influían los trastornos de la alimentación, así como los ciclos de peso (subidas y bajadas) en la ganancia del mismo. En este estudio, se utilizó, entre otros, el cuestionario SCL-90 con la finalidad de identificar a los participantes con malestar psicopatológico. La escala de somatización de la SCL-90 mostró un malestar severo en los sujetos que tenían un peso normal a la edad de 20 años y luego desarrollaron la obesidad. Este estudio, es el primero que relaciona la edad de aparición de la obesidad y el perfil psicológico en los obesos mórbidos. Planteándose como hipótesis que los sujetos que eran obesos antes de los 20 años podrían tener un proceso de adaptación que les permitiría afrontar mejor el malestar psicológico muy unido al estigma de la obesidad. También concluyeron que una obesidad temprana *per se*, no es un factor protector de una mayor comorbilidad psiquiátrica. Este estudio sugirió, que los rasgos psicológicos/psiquiátricos en sujetos obesos mórbidos pueden estar influidos por la edad de aparición de la obesidad (Petroni et al., 2007).

Uno de los cuestionarios más utilizados para valorar la sintomatología psicológica en el paciente obeso ha sido el MMPI-2. En el estudio de Maddi et al. (2001), los resultados que aparecieron mediante la valoración de este cuestionario, evidenciaban que la psicopatología decrece en los pacientes obesos mórbidos tras la cirugía bariátrica.

En el estudio de Tsushima et al. (2004), los resultados que aparecieron tras evaluar a los pacientes mediante el MMPI-2 sugerían que los pacientes que perdieron menos del 50% del exceso de peso presentaban puntuaciones significativamente más altas en histeria, paranoia, y escalas concernientes a la salud, y puntuaciones más bajas en la escala de masculinidad-feminidad, que los que perdieron más del 50% del exceso de peso. Concluyeron que una medida de personalidad estándar, el MMPI-2, parece estar asociada con la pérdida de peso al año de la operación. Los rasgos de personalidad tales como ansiedad y la escala que concierne a la salud, influyeron claramente en los resultados de la intervención.

La mayoría de los estudios más recientes, apuntan a una tendencia general en el descenso de psicopatología y la normalización de los individuos que se someten a *by-pass* gástrico. Según Mamplekou et al. (2005), esta mejoría, no significativa, está directamente relacionada con la pérdida de peso. Sin embargo, según Dymek et al. (2001), la mejoría psicológica en muchos pacientes, aparece mientras ellos siguen estando obesos, o unas semanas después de la operación, donde la pérdida de peso todavía no es significativa. Esto sugiere, según Guisado et al. (2003), que los pacientes empiezan a adoptar un rol activo en el cambio de sus vidas, con esperanza y optimismo, causando la mejoría psicológica, incluso cuando ellos todavía tienen sobrepeso.

Con respecto a la sintomatología depresiva, varios estudios mostraron un descenso

en los síntomas depresivos a valores normales, incluso después de largos períodos de seguimiento, como es el estudio de Frigg et al. (2004), cuyo seguimiento fue a los 4 años, y el estudio de Green et al. (2004). Sin embargo, otros estudios como el de Papageorgiou et al. (2002), no encontraron ninguna diferencia entre los síntomas depresivos antes y después de la operación.

Otras investigaciones, encontraron pacientes con depresión y ansiedad tras la cirugía bariátrica, e incluso pacientes con intentos de suicidio (Hsu et al., 1998 & Mitchell et al. 2001). Según Wadden et al. (2001), la cirugía bariátrica y la pérdida de peso no es la panacea que resuelve todos los problemas psicológicos y aunque la mayoría de estudios se muestran optimistas con la mejoría psicológica de los pacientes, hay estudios, más antiguos, que mostraron que hay pacientes que no se beneficiaban de la mejoría psicológica tras la operación (Hildebrandt et al. 1998).

Algunas investigaciones, marcan la diferencia entre los distintos grados de obesidad. Siguiendo a Segal, (1999), los pacientes con grado III de obesidad presentaban más síntomas de trastorno de personalidad borderline, mayor prevalencia de trastorno por atracón y más episodios depresivos severos antes de la operación. Sullivan et al. (1993), demostraron que el grupo con obesidad grado II y grado III presentó una mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad, comparado con el grupo de pacientes no-obesos. A su vez, Saunders, (1999), enfatizó que los pacientes obesos tienen una tendencia elevada a presentar niveles significativos de trastornos psiquiátricos.

Con respecto al período post-operatorio, encontramos que mientras unos estudios muestran una evidente mejoría en el estado de ánimo (Kalarchian et al., 1999), otros demostraron la posibilidad de aparición de síntomas depresivos tras la operación, sugiriendo la necesidad de una adecuada evaluación psiquiátrica post-operatoria. En test psicométricos pasados tras la operación, se reveló la presencia de síntomas somatomorfos, depresión, ansiedad, prejuicio social, e incluso otros aspectos psicológicos en pacientes con grado III de obesidad.

A pesar de éstas co-morbilidades a nivel psicológico, el estudio de revisión de Segal et al. (2002) no halló contraindicaciones formales a nivel psiquiátrico para la cirugía bariátrica, basándose en el consenso NIH que cito a continuación: “los procesos quirúrgicos de reducción gástrica o de *by-pass*, pueden ser considerados en pacientes informados y motivados, en los cuales el riesgo de la cirugía es aceptable”. Esto sugiere, que pacientes con patología psiquiátrica, diagnosticados y tratados, no representan un grupo de exclusión para la cirugía. Para obtener unos buenos resultados, los pacientes deberían ser capaces de participar en un tratamiento a corto plazo y un seguimiento a largo plazo.

En el estudio de Kinzl et al. (2006), aunque no se menciona una exclusión de los pacientes con patología psiquiátrica, se encontró menos éxito en los resultados de los pacientes obesos con trastornos psiquiátricos (particularmente depresión y/o trastornos de personalidad), comparados con los que no estaban mentalmente enfermos. Tener un trastorno de alimentación antes de la intervención, no se indicó como predictor negativo de éxito tras la cirugía bariátrica. Para la mejoría de estos pacientes, recomendaron la intervención de estrategias psicológicas a nivel individual.

De la misma forma, Guisado et al. (2001), señalaron que los pacientes obesos mórbidos tratados quirúrgicamente que presentaban trastornos psiquiátricos, tenían unos patrones de alimentación más desestructurados (con predominancia de trastorno por atracón y desinhibición) que los que no los tenían. Esto hace suponer que la pérdida de peso y el éxito en la operación varía entre unos y otros y que el tratamiento psicológico ayudaría a muchos pacientes a la obtención de unos resultados mucho más exitosos con respecto a la pérdida de peso y a su bienestar psicológico-emocional que repercute en su calidad de vida y en su aceptación personal.

### 1.7.6 Autoestima

Otra variable que se presupone que varía en los pacientes que se van a someter a *bypass* gástrico, y que está muy poco estudiada es la autoestima.

La autoestima es un constructo de gran interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos (Skager & Kerst, 1989 & Silverstone & Salsali, 2003), así como por su asociación con la conducta de búsqueda de ayuda psicológica (Kaplan & Pokorny, 1969 & Coopersmith, 1967), con el estrés (Wells & Marwell, 1976) y con el bienestar general (DeNeve & Cooper, 1998; Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001).

Muy particularmente se ha relacionado con cuadros como la depresión (Rosenberg, 1965, Kaplan & Pokorny, 1969; Battle, 1978; Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, 1987; Brown, Bifulco, Andrews, 1990 & Harter, 1993), los trastornos alimentarios (Baird & Sights, 1986; Walters y Kendler, 1995 & Ghaderi, y Scott, 2001), los trastornos de personalidad, la ansiedad (Rosenberg, 1965 & Kaplan & Pokorny, 1969) y la fobia social (Baños & Guillén, 2000). Asimismo se ha señalado que el nivel de autoestima es un excelente predictor de la depresión (Kernis, Granneman & Mathis, 1991). El estudio de la autoestima es, por tanto, un aspecto esencial en la investigación psicopatológica, siendo de interés la disponibilidad de instrumentos adecuadamente validados para su evaluación. La escala de autoestima de Rosenberg es una de las más comúnmente utilizadas medidas de autoestima. Fue originalmente desarrollada para medir sentimientos de auto-aceptación.

En el estudio de Burgmer et al. (2007), se evaluó la autoestima al año, y a los 2 años de la operación. Los resultados que aparecen es que la autoestima mejora significativamente durante el primer año después de la operación, sin presentar cambios considerables durante el segundo año. Estos resultados han sido similares en otros estudios, donde se evaluaban constructos como la autoconfianza y la autosatisfacción.

En el estudio de Guisado et al. (2002), los cambios que se recogieron tras la cirugía, mostraron un aumento de la autoestima, la asertividad y la auto-confianza de los pacientes intervenidos, ayudando esto a mejorar la actividad social y las relaciones interpersonales, y a disminuir la depresión y la ansiedad. El grupo que perdió más del 30% del exceso de peso, disminuyó en los niveles de autoestima negativa, lo cual podría sostener la afirmación previa de que la calidad de vida mejora con la pérdida de peso.

### 1.7.7. Estrategias de Afrontamiento a la enfermedad

En el contexto de la psicología de la salud el término afrontamiento (*coping*) alude al conjunto de acciones internas y/o externas que emprende el individuo voluntaria y conscientemente para hacer frente al estrés, o para solventar una situación que valora como potencialmente destabilizadora de su homeostasis psicológica. El afrontamiento implica poner en juego recursos personales, contextuales y sociales que interactúan entre sí e influyen en el modo de percibir los acontecimientos vitales estresantes, a la vez que condicionan el tipo concreto de estrategias de afrontamiento utilizadas y la efectividad de las mismas (Kirchner, et al. 2006).

La obesidad mórbida, entendida, como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante, se conceptualiza desde el *modelo del análisis procesual del estrés* (Lazarus y Folkman, 1986) como situación estresante. Las repercusiones de esta enfermedad, pueden ser numerosas, y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar la enfermedad de una u otra forma. Se asume, por tanto, que los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos, el rechazo en las diferentes áreas. Dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone -o cree que dispone- (Lazarus & Folkman, 1986). El objetivo perseguido, en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza percibida.

Aunque los estudios acerca de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos ante sucesos vitales importantes y ante la enfermedad han sido prolíficos durante los últimos 20 años, es limitada la información que tenemos acerca de cómo se afronta la obesidad mórbida.

La visión mayoritariamente compartida sobre el afrontamiento, se basa en lo que remarcó en su día Lazarus y Folkman (1986), que consiste en hacer esfuerzos por adaptarse o reducir el malestar durante los sucesos estresantes. Según estos autores, un individuo determina la naturaleza de una amenaza, después valora los recursos para ocuparse de la situación, y entonces se prepara las acciones cognitivas y/o comportamentales para hacer frente al estresor.

Los estudios existentes con respecto a la estigmatización sobre el peso, han propuesto explicar cómo los individuos obesos hacen frente a su identidad estigmatizada. Estas estrategias de afrontamiento pueden ser conceptualizadas de diferentes formas. El afrontamiento puede orientarse al problema vs la emoción, teniendo consecuencias adaptativas o desadaptativas para el individuo, y dirigiéndose hacia el cambio, o a continuar manteniendo la estigmatización. La meta de los individuos puede ser evitar, o confrontar la estigmatización y variará según que el individuo obeso acepte o rechace las creencias sociales (Siegal et al., 1998).



### 1.7.8. Apoyo social

Tras la cirugía bariátrica, diversos estudios han mostrado las diferentes mejorías de los pacientes obesos en el campo del funcionamiento social (Herpertz et al., 2003 & Shai et al., 2003), una mejor salud que está muy relacionada con su calidad de vida en el ámbito social (Schok et al., 2000), están más activos socialmente (Karlsson et al., 1998), mejoran y amplían sus redes sociales, incluyendo el conocer a una pareja, y consiguen un mayor apoyo social (Kinzl et al., 2003) y muchos pacientes encuentran trabajo (Sabbioni et al., 2002).

Hasta el momento, siguiendo a Bocchieri y colaboradores, se desconoce qué grado de aumento en las actividades sociales y en las oportunidades a nivel ocupacional, se atribuye al descenso en la estigmatización y discriminación, ya que muchos otros factores tales como, mejoras en la autoestima y estado psicológico, mayor autonomía, y reducción de las limitaciones físicas, pueden estar contribuyendo también. Sin embargo, en este mismo estudio, se señaló que no todos los pacientes experimentaron estas mejorías y que también surgieron resultados negativos, ya que los pacientes encontraron cambios importantes en su estilo de vida, tales como el incremento de contactos sociales, y cambios en el comportamiento alimentario, llegando a ser incompatibles con las relaciones que tenían antes de ser operados. Además, algunas amistades podían reaccionar con envidia o sentirse amenazadas debido a la pérdida rápida de peso. Finalmente, los pacientes podrían sentirse resentidos de su repentina aceptación social tras la pérdida de peso (Bocchieri et al. 2002).

Con respecto al apoyo social, existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad (Broadhead et al., 1983).

Para entender el concepto de apoyo social, evaluado en la investigación, seguiremos la definición de Lin (1986) que acota conceptualmente el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. La definición propuesta tiene la virtud de recoger los elementos más importantes del constructo: el tipo de apoyo (instrumental/ emocional), fuentes de apoyo (comunidad, red social, relaciones íntimas) y la percepción-recepción del apoyo. Otros autores concretan además cómo la adecuación o calidad del apoyo resulta ser un elemento de especial interés en la percepción del apoyo social (Barrón, 1996 & Tardy, 1985). En relación con los tipos de apoyo, la mayoría de autores coincide en al menos tres categorías: emocional, instrumental e informacional (Barrón, 1996; House y Kan, 1985 & Tardy, 1985). Entendemos por apoyo emocional el que se operacionaliza en términos de expresiones de afecto, cariño, empatía, etc.; el instrumental supone realizar acciones o proporcionar materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos, como por ejemplo prestar dinero o ayudar en tareas de casa; y por apoyo informacional aquel que recoge todas aquellas intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar. Por fuentes de apoyo o proveedores de apoyo consideramos a todas aquellas personas de las que el sujeto recibe apoyo (parientes, vecinos, parejas, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales de la salud o miembros de asociaciones). Así, cada uno de los distintos miembros que componen la red social de un sujeto puede llegar a ser considerado como una fuente o proveedor de apoyo. El término red social lo

entendemos en un sentido amplio, como el conjunto de relaciones entre miembros de un grupo o colectivo así como la descripción de los vínculos establecidos entre los componentes de ellas.

La calidad del apoyo refleja la adecuación del apoyo social y se refiere al equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en que éstas son cubiertas. Generalmente se evalúa a través de medidas de la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe o bien por el deseo de tener más o menos apoyo (Terol, 1999). La calidad y la percepción del apoyo son las variables que han sido más frecuentemente relacionadas con efectos beneficiosos para la salud (Barrón, 1996 & Terol, 1999).

El apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad. Esto es así porque el apoyo aumenta la autoestima y está estrechamente unido a la capacidad de enfrentarse con los problemas. Diremos que el apoyo social será eficaz siempre que, además de la buena intención, consiga realmente mejorar la autoestima del enfermo, aumentar sus ganas de vivir y de curarse, mejorar su humor y reducir el impacto de la enfermedad. Y al contrario, toda conducta de ayuda que pueda comunicar al enfermo sentimientos de impotencia, que baje su autoestima o que le muestre una visión negativa de la vida y de su enfermedad, tendrá efectos negativos. De este modo, cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) y la satisfacción con el mismo a través de las relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes, amigos, compañeros de trabajo, colegas y comunidad, menor será el impacto de la enfermedad (Ovejero, 1990).

Según demostraron en sus estudios Rebelo et al. (1998), Bland et al. (1991) y Odmsn et al. (1992), un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos, pero sobre todo interviniendo en el curso de los problemas psicosociales, ya que la presencia de apoyo social se considera como un factor muy importante para prevenir o actuar, por un mecanismo amortiguador, frente el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes (Aro et al., 1989 & Oakley et al., 1994).

Diferentes investigaciones han señalado que tener amigos y/o apoyo familiar en el tratamiento conductual de la pérdida de peso en pacientes obesos, mejora a corto y a largo plazo los resultados de la pérdida, además señalaron la diferencia que había, en cuestión de mantenimiento del peso a los 6 meses, entre los sujetos que tenían patrones de apoyo, frente a los sujetos que se encontraban solos en el tratamiento (Black et al., 1990 & Wing y Jeffery, 1999). En cambio, otros estudios han encontrado que el apoyo social no tiene efecto en la bajada de peso (Brownell y Stunkard, 1981 & Wing et al., 1991).

## 2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS

### 2.1. Objetivo general

Se trata de un estudio a largo plazo con seguimientos a los 6 y 12 meses en los que se explora la evolución de la salud y calidad de vida de enfermos obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica mediante la técnica de *by-pass* gástrico.

Este objetivo general se desdoble en una serie de objetivos específicos que pasamos a enumerar en el siguiente apartado.

### 2.2. Objetivos específicos

Los objetivos que siguen a continuación se presentan de forma ordenada, no prejuzgando este orden la importancia de los mismos para este trabajo de investigación.

- I. Evaluar el conocimiento que los pacientes tienen de la operación y de los riesgos que conlleva, su motivación y expectativas, además de conocer sus hábitos alimentarios y su estilo de vida mediante una entrevista semiestructurada previa a la operación.
- II. Evaluar las características psicológicas (ver más adelante) que identifican a la muestra de pacientes con obesidad mórbida que ha participado en la investigación.
- III. Explorar las relaciones entre los aspectos evaluados en los objetivos I y II.
- IV. Analizar los cambios psicológicos aparejados con la pérdida de peso de los pacientes a los 6 y a los 12 meses de la operación. Estos cambios se estudiarán en las siguientes áreas: conducta de alimentación, autoestima, percepción de la imagen corporal, calidad de vida y síntomas psicológicos generales.
- V. Establecer la influencia que poseen los conocimientos, motivación y expectativas, y otros aspectos psicológicos de los pacientes (apoyo social, estilos de afrontamiento, conducta de alimentación, autoestima, percepción de la imagen corporal) previos a la operación, sobre su calidad de vida y bienestar psicológico general a los 6 y a los 12 meses de la intervención quirúrgica.
- VI. Analizar, de modo tentativo, la influencia del género en relación con los cambios aparejados con la pérdida de peso a los 6 y a los 12 meses de la operación, y explorar cuáles de los aspectos evaluados en este estudio diferencian a los hombres y a las mujeres antes, a los 6 y a los 12 meses de la intervención quirúrgica.
- VII. Analizar la influencia del *entorno* hospitalario en los mismos aspectos

considerados en el objetivo anterior.

### 2.3. Hipótesis

Con respecto al objetivo general y los objetivos específicos, podríamos decir que se plantea un estudio con muchas pretensiones. Para ello vamos a partir de ciertas hipótesis que se han ido desarrollando a lo largo de la revisión bibliográfica en función de los diferentes autores que actualmente investigan en el tema de la cirugía de la obesidad mórbida.

Partiendo de una hipótesis general, el estudio trata de encontrar, tanto a nivel físico, como a nivel psicológico, una mejoría significativa en la vida de los pacientes que se operan de *by-pass* gástrico. Esperamos, por tanto, que los pacientes incrementen significativamente tras la intervención su nivel de autoestima (Burgmer et al., 2007) y calidad de vida (Sabbioni et al., 2002, Dymek et al., 2002, & Boan et al., 2004, entre otros), así como que disminuyan sus conductas de alimentación perjudiciales como señala Ruíz et al. (2002) en su estudio donde se ven los efectos beneficiosos que se producen en la conducta alimentaria tras la operación de *by-pass* gástrico, su percepción negativa de la imagen corporal, como señala el estudio de van Hout et al. (2008) donde las mejorías significativas se dan en la imagen corporal de los pacientes intervenidos, y en la disminución de su malestar psicológico (Herpertz et al., 2003).

**Hipótesis 1:** Con respecto a la alimentación, la hipótesis de partida se centra en que existe una disminución de los niveles de restricción alimentaria así como de desinhibición a nivel cognitivo, en la calidad de vida física y mental, que los pacientes adquieren tras la operación debido a una menor ingesta de alimentos y a una sensación mucho más pequeña del hambre. En consonancia con otros estudios (Zwaan et al., 2002, Green et al., 2004, Fischer et al., 2007, & Green et al., 2007), presuponemos que estos niveles previos a la operación estaban afectando a los hábitos alimentarios y a los posibles trastornos relacionados con la conducta de comer, y que valores altos en desinhibición y/o en restricción pueden actuar como predictores de la salud mental general de los pacientes.

**Hipótesis 2:** Con respecto a la percepción de la imagen corporal, partimos del conocimiento de que la distorsión de la imagen es mayor cuanto más rápida es la pérdida de peso, ya que la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos como estructura mental, no puede cambiar de forma tan rápida como lo hace la propia figura, y esto hace que en el caso de los pacientes obesos mórbidos, sea aún mayor, porque la pérdida de peso que se observa en los 6 primeros meses es muy rápida y llamativa. Por ello, pensamos que los resultados a los 6 meses pueden ser muy controvertidos, por un lado, podemos encontrar pacientes que tengan una percepción corporal de sí mismos muy positiva porque son conscientes de que la referencia de su cuerpo es diferente (distinta ropa, mayor movilidad, mayores oportunidades a nivel laboral, personal...) aunque ellos aún no tengan interiorizada esa imagen, y por otro lado, podemos encontrar pacientes que al no tener interiorizada su imagen no sean conscientes de su pérdida y se vuelvan exigentes consigo mismos, y esto les lleve a no apreciar los cambios. Al año puede ser que los resultados vuelvan a dar un giro ya que la imagen mental que cada paciente va asimilando en su estructura interna, en su “yo”, ha tenido más tiempo para ser asimilada y además, el *feedback* social empieza a jugar un importante papel. Por tanto, la imagen corporal previa

puede jugar un papel predictor importante en la sintomatología psicológica general del paciente a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica.

**Hipótesis 3:** La imagen corporal, se encuentra muy relacionada con la autoestima de la persona, ya que el aprecio por uno mismo viene potenciado o disminuido con la valoración a nivel personal que tenemos de nosotros mismos en todas las áreas (personal, aspecto físico, laboral, social, familiar...). Por ello, resulta muy importante evaluar si la autoestima del sujeto mejora a los 6 meses cuando se empiezan a notar los cambios tras la operación, o al año de la misma, o ésta no se ve susceptible de cambio tras la intervención.

En línea con otras investigaciones (Guisado et al., 2002, & Burgmer et al., 2007 entre otros), presuponemos que hay una mejora significativa en la autoestima, que empieza a las pocas semanas o incluso días de la operación y que va estabilizándose a los 6 y 12 meses de la misma. Partiendo de la premisa que he comentado anteriormente, dependiendo de cómo el sujeto valore su imagen corporal, y en general otras áreas que han cambiado con la pérdida de peso, así como la mejora en su calidad de vida a nivel físico y mental, la autoestima mejorará significativamente o se quedará igual e incluso empeorará, en el caso de los pacientes cuyas expectativas no se han visto cubiertas, y ven en la operación la última esperanza para quererse y ser felices.

**Hipótesis 4:** El tema de la calidad de vida se presenta con otros matices, ya que casi toda la investigación al respecto (Karlsson et al., 1998, Horchner et al., 1999, O'Brien et al., 2002, Dymek et al., 2002, Boan et al., 2004, & Mamplekou et al., 2005, entre otros), marca una línea divisoria entre el antes y el después de la intervención a nivel físico. Los resultados a nivel mental son más contradictorios, partiendo de la hipótesis que la calidad de vida mental puede mejorar a raíz de la calidad de vida física, pero no de forma significativa. En cambio, presuponemos que la calidad de vida física puede mejorar de forma significativa en casi todas las áreas de la persona. Expresado de otro modo, pensamos que las mejorías en la calidad de vida serán mayores en el área de la salud física que en el área de la salud mental.

**Hipótesis 5:** Con respecto a la sintomatología psicológica general, partimos de la hipótesis, donde además, se puede ver en algunas investigaciones actuales (Herpertz et al., 2003, & Schowalter et al., 2008), que los pacientes que se operan de *by-pass* gástrico mejoran en sus síntomas psicológicos generales a los 6 meses y siguen manteniendo esta mejoría al año de la operación, pero no de forma significativa. Pensamos que la operación no es suficiente para que la sintomatología psicológica cambie completamente, aunque sí que es una ayuda importante en la mayoría de pacientes. Por ello, creemos que en el grupo de pacientes intervenidos en el entorno de hospital privado donde reciben apoyo psicológico, las mejorías pueden ser mayores que en los pacientes del entorno de hospital público.

**Hipótesis 6:** En el tema de las variables de afrontamiento y apoyo social, los estudios son muy limitados, a pesar de que se consideran dos factores importantes en la evolución de la correcta pérdida de peso y en la estabilidad en el tiempo de la misma. Considerando el papel predictor del apoyo social y el afrontamiento, cabe esperar que el apoyo social previo tenga un efecto beneficioso en la mejor calidad de vida y menor malestar psicológico del paciente intervenido. Por otra parte, se ha encontrado que el afrontamiento activo, centrado en el problema, tiene una influencia positiva en el paciente,

es decir, debería tener un papel importante, sobre todo a largo plazo, cuando el paciente deja de perder peso tan rápidamente, y el pasivo (centrado en las emociones) o no desempeña ningún papel, o acaba siendo perjudicial.

**Hipótesis 7:** En este estudio, partimos de la hipótesis de que una buena autoestima en el paciente y una correcta percepción de la imagen corporal, predice un buen apoyo social a nivel familiar y de amistades previo a la operación. Por tanto, una baja autoestima, así como una distorsión en la imagen corporal podrían ser predictores de un bajo apoyo social y familiar. Presuponemos que tener un apoyo social y familiar importante es un factor que puede influir en el éxito de la cirugía y, sobre todo, en la implicación del paciente en el post-operatorio.

**Hipótesis 8:** Además, este apoyo social podría estar muy relacionado con las estrategias de afrontamiento evaluadas en el paciente antes de la operación y al año de la misma, donde podremos ver si éstas cambian o no tras la cirugía y si afectan de alguna forma a la hora de enfocar los cambios post-operatorios.

**Hipótesis 9:** Con respecto al género, y viendo que en la mayoría de estudios la prevalencia de este tipo de operaciones recae en el grupo de mujeres, podemos esperar que aparezca una mayor sintomatología psicológica en este grupo, así como una mayor insatisfacción corporal, aunque no haya estudios al respecto. En esta línea, mientras que no esperamos que entre hombres y mujeres hayan diferencias significativas en el IMC en cada uno de los momentos temporales (antes, a los 6 meses y a los 12 de la operación) y por lo tanto en el componente físico de la calidad de vida, es más difícil aventurar en este contexto el papel que diferencial que desempeñarán otros aspectos tales como el afrontamiento y el apoyo social.

**Hipótesis 10:** En lo que refiere al entorno hospitalario, se espera encontrar diferencias significativas principalmente en las escalas de sintomatología psicológica general y en las de percepción de la imagen corporal, entre los pacientes del hospital privado, que han recibido apoyo psicológico, y los que han sido intervenidos en el hospital público donde no lo han recibido.

## 2.4. Diseño correlacional con medidas repetidas

El objetivo primordial, de cualquier diseño experimental tiene que ver con el hecho de eliminar los sesgos sistemáticos y de minimizar la varianza del error a la hora de establecer relaciones causales entre las variables, o lo que es lo mismo, a la hora de intentar poner de manifiesto la posible acción de las variables experimentales o tratamientos sobre la conducta. Para lograr este objetivo, esencialmente dos tipos de diseños están disponibles para los investigadores. Por un lado aquellos que emplean muestras independientes y, por otro lado, aquellos que emplean muestras correlacionadas. Obviamente, cada uno tiene sus propios méritos.

El método básico para lograr controlar los sesgos sistemáticos provenientes de los sujetos en los diseños que emplean muestras independientes se logra asignando aleatoriamente los sujetos a los diferentes niveles de tratamiento o de evaluación.

Desafortunadamente, para que la aleatorización sea efectiva, o bien disponemos de sujetos muy homogéneos, o bien hacemos uso de tamaños de muestra elevados. El requerimiento de que el número de sujetos sea alto se hace aún más crítico cuando los niveles o combinaciones resultantes de éstos son numerosos. En estas circunstancias los diseños de medidas repetidas representan una alternativa viable a los diseños de corte transversal; pues, además de incrementar la validez de conclusión estadística y la validez externa, reducen drásticamente el tamaño de muestra. Por este motivo no es de extrañar que este tipo de diseños sean los más comunes en la investigación psicológica actual (Edgington, 1974 & Keselman & Keselman, 1990).

En el presente estudio, vamos a utilizar el diseño longitudinal con medidas repetidas que mide transversalmente en el mismo momento, todas las variables que hemos elegido, y se apoya, en que las relaciones prácticamente inexistentes (espúreas) están controladas, y en que, habiendo error de medida en los indicadores, este no es muy alto.

## 2.5. Instrumentos

A continuación vamos a pasar al análisis breve sobre los instrumentos de evaluación elegidos en el estudio.

### 2.5.1. Entrevista Boston

El primer paso previo a la operación con los pacientes que se van a someter al *by-pass* gástrico es la realización de diferentes pruebas tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Esta evaluación debe ser contemplada con rigor para asegurarse que se elige la mejor opción de tratamiento para el paciente obeso. Teniendo en cuenta estas consideraciones, el Servicio médico-psicológico de Boston (*Boston Healthcare System*) desarrolló una entrevista semiestructurada para usarla como parte del protocolo de evaluación del paciente que se somete a *by-pass* gástrico (*Boston Interview for Gastric Bypass*) (Sogg et al, 2004).

La información que aporta el psicólogo al equipo médico como parte de un equipo multidisciplinar puede ayudar a que la operación tenga más éxito. Por ejemplo, si el psicólogo detecta en el paciente un trauma éste recomendará que se trate su trastorno de estrés postraumático antes de la operación. La aplicación de una entrevista semiestructurada es de gran ayuda para el equipo médico ya que esto aporta una serie de datos que luego pueden facilitar los cambios comportamentales que el sujeto tiene que ir dando así como recoger una serie de datos que pueden ayudar a investigar y a predecir con éxito los resultados del *by-pass* gástrico. Es necesario que para el pase de la entrevista semiestructurada el psicólogo/a esté entrenado/a en el campo de la alimentación, para poder valorar posibles atracones, además de conseguir empatizar con el paciente al que se le va a entrevistar.

En suma, la entrevista Boston organiza la información en 7 áreas principales de evaluación:

- 1) Historia de peso y nutrición

- 2) Conductas de alimentación
  - 3) Historia médica
  - 4) Comprensión del paciente sobre los procedimientos quirúrgicos, riesgos de la operación y las restricciones dietéticas en el post-operatorio.
  - 5) Motivación y expectativas de los resultados
  - 6) Sistema de apoyo y relaciones
  - 7) Funcionamiento psiquiátrico actual y pasado
- 1) En esta primera área al paciente se le hace una “autobiografía del peso” detallando desde cuando tiene problemas de peso y la evolución del mismo. Esto ayuda al equipo médico, y psicológico a obtener información sobre los diferentes factores que podrían contribuir a la obesidad, incluyendo factores fisiológicos y ambientales. Esta información se puede usar también para llegar a entender cómo la obesidad ha impactado en la vida del paciente y viceversa. En la pregunta que se le hace al paciente obeso sobre ¿desde cuando tiene problemas de peso?, si en la infancia, adolescencia o edad adulta, se ha añadido al protocolo de Boston la alternativa “debido a algún estresor en su vida”, con el fin de evaluar si hay algún factor estresante que haya sido la causa y poder tratarlo. También en este apartado, se contemplan los diferentes intentos para perder peso en la actualidad y en el pasado, y el éxito que tuvo cada método. Esto ayuda al clínico a aprender más sobre los diferentes métodos e intervenciones que el paciente ha utilizado, y cómo ha respondido a ellos, de esta forma, ayuda a valorar la capacidad-dificultad de llevar un plan alimenticio y nos ayudará a pensar en los problemas que va a tener después de la operación a la hora de someterse a un régimen estricto post-operatorio.
  - 2) Respecto a las conductas de alimentación, es muy importante valorar qué hábitos tiene el sujeto, así como la posibilidad de encontrarnos ante un trastorno por atracón en la actualidad o en el pasado, que nos ayudará a predecir los resultados de éxito con respecto a la operación, así como ayudar al paciente en su problema. Se contempla no sólo si ha existido un atracón, sino también, se pregunta por la cantidad, la frecuencia, los sentimientos de culpabilidad o no después de realizarlo, y las posibles conductas compensatorias como: vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo o restricción, con la finalidad de valorar si hay algún otro tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria como la bulimia nerviosa. Además se enumeran una lista de posibles conductas en torno a la alimentación y la frecuencia con la que se realizan:
    1. Picotear y comer en la cocina mientras está de pié
    2. Comer mientras cocina o prepara algún alimento
    3. Comer rápidamente
    4. Comer cuando no tiene hambre
    5. Comer grandes cantidades de comida durante la noche
    6. Beber bebidas carbonatadas
    7. Beber grandes cantidades de líquidos calóricos
    8. Beber al menos 8 vasos de agua al día
    9. Tomar suplementos vitamínicos o minerales.
  - 3) Esta área se completa con la información que nos da el equipo médico, como los



datos que se le preguntan al paciente ya están registrados previamente se evita volver a reincidir en las mismas cuestiones.

- 4) Este apartado nos ayuda a evaluar la información que el paciente tiene sobre la operación: lo que sucede durante la operación de *by-pass* gástrico, los riesgos que conlleva la operación, la anestesia, así como efectos colaterales asociados. Esta parte también sirve para explicar al paciente lo que no sepa o solucionar cuestiones. Nos ayuda a saber si el paciente no conoce nada debido a limitaciones cognitivas, y habría que explicárselo de otra forma, o simplemente no ha atendido, o no se ha leído la información que se le da. También se le interroga acerca del conocimiento que tiene sobre los cuidados que debe recibir en el post-operatorio, a nivel de alimentación (en qué orden tendrá que ir incorporando los alimentos, de líquidos a sólidos, la cantidad que puede ir aumentando...), los días que permanecerá en el hospital, la incorporación al trabajo o el cuidado que tiene que tener para no realizar ninguna tarea pesada.

A partir de esta información se han construido tres variables de conocimiento o comprensión del paciente que serán tenidas en cuenta en esta investigación de modo sistemático en los capítulos de resultados. Concretamente las variables son: conocimiento del procedimiento quirúrgico y los riesgos, conocimiento sobre los cuidados necesarios, y conocimiento de las restricciones dietéticas postoperatorias. Dependiendo del tipo de análisis se manejan las tres variables o el sumatorio de ellas (conocimiento o comprensión total).

- 5) Se les enumera una serie de razones de por qué las personas quieren hacerse una operación de *by-pass* gástrico, y la importancia que tiene para el paciente cada una de las razones. El propósito de esta área es conocer las motivaciones y expectativas realistas que el paciente tiene en torno a los resultados de la operación, y para ello se les pregunta cuánto peso creen que pueden perder. Es importante distinguir entre las expectativas realistas y las que no lo son. Muchas veces los pacientes tienen unas expectativas no realistas que habría que ayudar a cambiar antes de la operación, por ejemplo: una persona que no tiene amigos, que es muy insociable y simplemente por el hecho de operarse piensa que todo va a ser diferente. Esto exige tratar de trabajar sus expectativas de una forma más realista, haciéndole ver que el cambio que le va a provocar la operación tiene que ir acompañado de un cambio en sus hábitos y que eso dependerá de él/ella y no sólo de la cirugía. Además, se les pregunta sobre la capacidad que piensan que tendrán para adherirse a una dieta después de la operación, si serán capaces de preparar los alimentos que necesitan y si su ambiente de vida les apoyará.

Como en el área anterior, en esta se han elaborado dos variables. A la primera la denominamos simplemente motivación, y a la segunda, expectativas de resultados.

- 6) El drástico cambio de peso que se da en los pacientes sometidos a *by-pass* gástrico podría tener consecuencias en la relación con los demás (pareja, familiares, amigos). Aunque estas relaciones son positivas, es importante evaluar cómo afectará en su ambiente de vida su pérdida de peso, y si habrá alguien que le puede influir de una manera importante en ella. De esta manera se puede invitar a esta persona a tener

una sesión y aclarar posibles confusiones antes de la operación.

- 7) Por último, se le hace una breve historia psiquiátrica y un examen mental. Se incluye la evaluación de suicidio, abuso físico o sexual así como la medicación actual o en el pasado que el paciente haya podido tomar. Es importante valorar si nos encontramos un paciente con una depresión grave u otro tipo de trastorno ya que esto podría afectar en su posterior evolución tras la operación (Sogg et al. 2004).

En el apartado 1 del anexo se puede ver la versión traducida al español por Báguena, Ortega & Fernández.

Después de realizar la entrevista Boston, según el protocolo señalado arriba, se les hace 8 preguntas referentes a los hábitos que llevan en su actividad física y a las horas de sueño. Estas preguntas nos aportan una idea sobre el tiempo que permanecen sentados, el tiempo que dedican a realizar alguna actividad, ya sea andar, subir escalones, o algún deporte, así como una pregunta referida a los *hobbies* preferidos del paciente.

### 2.5.2. TFEQ (The Three-Factor Eating Questionnaire)

La investigación psicológica de la conducta en la obesidad se ha dirigido sobre todo al estudio de la conducta alimentaria. Aunque desarrollado originalmente en sujetos con normopeso, la herramienta psicológica más ampliamente utilizada para ello ha sido el *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) de Stunkard y Messick, (1985), también conocido como *Eating Inventory* (EI). El TFEQ/EI es un cuestionario de 51 enunciados, destinado a ser cumplimentado por el propio paciente, que explora tres dimensiones de la conducta alimentaria: el autodominio cognitivo de la ingesta, la desinhibición del control de la ingesta y la susceptibilidad al hambre.

La subescala de *autodominio* es claramente la de mayor utilidad clínica, ya que la puntuación basal se comporta como factor predictor de la pérdida de peso y el cambio en la puntuación se correlaciona con la pérdida de peso obtenida. Sin embargo, la validez del TFEQ/EI ha sido ampliamente cuestionada en algunos estudios que hablan que aunque la dimensión de autodominio está claramente presente, la mayoría de los enunciados de las dimensiones desinhibición y hambre se agrupan en una única dimensión, nominada como ingesta incontrolada, a la vez que surge otra dimensión, ingesta emocional.

El paciente que realiza el cuestionario tiene que contestar verdadero y falso a las 36 primeras cuestiones y el resto de ellas se contesta con una escala Likert de 1 a 4 (1=raramente, 2=algunas veces, 3=habitualmente, 4=siempre ).

La noción de restricción en el campo de la alimentación, fue introducida por Herman y Mack (1975) para describir la tendencia de las personas a restringir la comida con el fin de conseguir la pérdida de peso o evitar la ganancia del mismo. Sin embargo, una excesiva restricción, podría producir un efecto contraproducente y acabar en la ganancia de un mayor peso, de hecho, el intento de hacer dieta está influido por sucesos tales como el estrés o el placer con respecto a las comidas. Sucesivas pérdidas y ganancias acaban

provocando un círculo vulnerable con respecto al peso de ganancia-pérdida.

Con respecto a las propiedades psicométricas podemos señalar que el equipo suizo de Karlsson et al. (2000) utilizó el cuestionario TEFQ en su muestra de 4377 candidatos al *by-pass* gástrico con la finalidad de evaluar la validez de constructo del mismo. Los resultados que mostraron fueron los siguientes: con respecto al factor de restricción cognitiva, fue consistentemente reproducido y el análisis señaló que la escala tenía validez discriminante. La estructura interna de la escala de desinhibición fue débil. La mayoría de ítems de desinhibición y hambre se agruparon en un único factor global etiquetado como “Comer impulsivamente-incontroladamente”. Se identificó un tercer grupo que contenía ítems de “comedor emocional”. La estructura de los tres factores, fue validada y replicada a través de los subgrupos de género, edad e IMC. El cuestionario original TEFQ, no se replicó, se les pasó un instrumento de 18 ítems que fue construido, representando los factores derivados de restricción cognitiva, comer compulsivamente, y comer emocionalmente. La mayoría de ítems más eficientes, fueron utilizados para comprobar en ambos, la validez convergente y discriminante de las escalas.

La adaptación que se ha utilizado en este estudio es la proporcionada por Sánchez-Carracedo et al. (1999) que concluye en la evaluación de los dos factores: restricción y desinhibición.

En el apartado 2 del anexo se muestra la versión utilizada.

### 2.5.3. BSQ (Body Shape Questionnaire)

Para la evaluación de la Imagen Corporal y de la Insatisfacción Corporal se han propuesto diversos métodos. Por una parte los que intentan una valoración de las alteraciones perceptuales, como sobre-estimación de las dimensiones de ciertas partes del cuerpo (Probst et al., 1998); y por otra, una gran cantidad de escalas de autoinforme o entrevistas estandarizadas, encaminadas a evaluar los aspectos subjetivos de la imagen corporal. En Raich (2000) se encuentra una revisión exhaustiva sobre la evaluación de la imagen corporal.

Esta evaluación de la imagen corporal, así como de la posible insatisfacción de los pacientes obesos mórbidos con respecto a su cuerpo presenta muchas dificultades, ya que sí que ha sido muy investigada en todo el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, pero no lo ha sido tanto en el campo de la obesidad, por ello no hay instrumentos suficientemente validados y fiables específicos para este tipo de población. Tras una búsqueda bibliográfica en este campo, y acorde con estudios alemanes, la prueba que la mayoría de ellos afirman utilizar para la evaluación de la imagen corporal es la que se ha utilizado en este estudio: el BSQ (*Body Shape Questionnaire*). La escala se refiere a la medición de pensamientos, comportamientos, y fundamentalmente, actitudes referentes al propio cuerpo.

El BSQ fue diseñado por Cooper, et al. (1987) y adaptado a la población española por Raich, et al., (1996). La decisión de utilizar este cuestionario se fundamentó en varias razones: estar adaptado en población española, ser una prueba específica para la evaluación

de insatisfacción corporal, su brevedad (34 ítems) y su facilidad de aplicación. La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97). Igualmente, el BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ) y la subescala de insatisfacción corporal del *Eating Disorders Inventory* (EDI) (Raich et al., 1996 & Baile et al., 2002, 2003).

El cuestionario consta de 34 ítems referentes a la autoimagen que se evalúan mediante una escala de frecuencia de seis puntos (1=Nunca, 2=Raramente, 3=A veces, 4=A menudo, 5=Muy a menudo, 6=Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34-204. Los factores que evalúa son: Insatisfacción corporal, Miedo a engordar, Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y Deseo de perder peso (Baile et al., 2002, 2003). En la adaptación española utilizada en este trabajo son dos los factores evaluados: insatisfacción corporal, preocupación por el peso y por otra parte, la puntuación total.

En el apartado 3 del anexo se reproduce la versión utilizada.

#### **2.5.4. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg**

El Cuestionario de Autoestima de Rosenberg es una de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Aunque inicialmente fue diseñada con un formato de respuesta tipo Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40. Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Rosenberg, 1965, Silbert & Tippett, 1965 & Kaplan & Pokorny, 1969).

En nuestro estudio se ha utilizado la traducción realizada por Echeburúa (1995), aunque modificada para adaptar su redacción a un lenguaje sensible al género.

El cuestionario realizado por los pacientes se puede ver en el apartado 4 del anexo.

#### **2.5.5. SF-36 Health Survey (Calidad de Vida)**

El término calidad de vida hace referencia a conceptos amplios a nivel físico y psicológico del paciente obeso. Los problemas físicos asociados con la obesidad empeoran la calidad de vida del paciente a nivel funcional y aumentan la posibilidad de empeorarla a nivel personal, familiar y social en términos psicológicos.

En los últimos años y al igual que ha sucedido con otros trastornos crónicos ha despertado gran interés el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o

salud percibida como un complemento importante para la valoración integral del paciente obeso. Existen estudios que demuestran que la CVRS del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc. (Barajas et al., 1998).

Para la valoración de la CVRS se utilizan básicamente dos tipos de cuestionarios: genéricos (permiten su aplicación en diferentes patologías) y específicos (diseñados para un trastorno concreto). Ambos tipos de instrumentos han sido desarrollados mayoritariamente en EE.UU. y en el Reino Unido. No obstante, en los últimos años, algunos de ellos han sido adaptados del inglés al castellano y posteriormente validados (Barajas et al., 1998).

Las encuestas genéricas sobre calidad de vida en relación con la salud tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, bienestar corporal, etc. y entre los más conocidos se encuentran el NHP (*Nottingham Health Profile*), el SF-36 *Health Survey* y el SIP (*Sickness Impact Profile*).

El uso de encuestas específicas para una patología o grupo de patologías es cada vez más amplio, aunque los cuestionarios utilizados tienen, por su propia naturaleza, una menor difusión al restringirse su campo de aplicación a un área específica (Molinero, 1998).

El instrumento utilizado para la evaluación de la calidad de vida en este estudio, ha sido el cuestionario SF-36. El cuestionario SF-36 *Health Survey* es una encuesta de salud diseñada, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional (Molinero, 1998). Este instrumento fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, por el *Health Institute, New England Medical Center* de Boston, Massachussets, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study, MOS*). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Vilagut et al., 2005).

En la exposición de este instrumento seguimos el trabajo de Vilagut. El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud a través de 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Estas escalas son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem

no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla (Molinero, 1998):

<b>Dimensión</b>	<b>Significado</b>
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumatorio, la física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para los sumatorios del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Con respecto a su fiabilidad, en la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la de función social. Las escalas rol físico, función física y rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales.

Sin embargo, a pesar de su bondad psicométrica, es necesario subrayar algunas limitaciones de este instrumento. Así, el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante cuando se diseñan estudios en que los pacientes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud. También, se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, especialmente en ancianos hospitalizados (elevado porcentaje de pacientes que no contestan el cuestionario o dejan preguntas en blanco). En estudios con la versión española se han descrito problemas de cumplimentación, sobre todo en los grupos de edad avanzada. Por ello, siempre que fuera posible se debería revisar la realización de los cuestionarios autoadministrados en presencia del paciente para evitar el problema de la no respuesta (Vilagut et al., 2005). En el caso de nuestros pacientes obesos, que muchas veces tienen que cumplimentarlo en el hospital, es útil repasar con ellos las preguntas para facilitar que no se hayan dejado ninguna.

En el apartado 5 del anexo aparece la versión utilizada del SF-36.

### 2.5.6. SCL-90-R (Sintomatología Psicológica General)

La SCL-90-R (*Symptom Check List-90 Revised*) es un inventario de autoevaluación creado por Derogatis (1983) y adaptado al castellano por González de Rivera (1989), que permite evaluar nueve síntomas psicopatológicos y psicosomáticos en la población general, tanto en personas sanas como en pacientes psíquicos (Torres et al., 2000).

La *Symptom Check List* fue diseñada en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado, tanto en pacientes de medicina general, psiquiátricos o en población general tanto como método de *screening*, como para la valoración de los cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como *Hopkins Symptom Check List* (HSCL). Derogatis et al (1973), desarrollaron una versión de 90 ítems (SCL-90), a la que en 1977 le cambiaron 2 ítems y le modificaron ligeramente otros 7, así nació la SCL-90-R. Esta es la escala que hemos utilizado en nuestro estudio y que es la que adaptó González de Rivera (1989). Aunque ha sido publicado un análisis factorial de ésta, no hemos encontrado datos referentes a la fiabilidad y validez de la misma.

En la SCL-90-R, el paciente tiene que seleccionar mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, hasta que punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (0=no le ha molestado en absoluto y 4=le ha molestado de manera extrema). El cuestionario explora 10 dimensiones o perfiles psicopatológicos:

1. Somatización: 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas de los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.
2. Obsesión-Compulsión: 10 síntomas que describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar.
3. Sensibilidad Interpersonal: 9 síntomas que recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
4. Depresión: 13 síntomas que recogen signos y síntomas clínicos de los trastornos depresivos, incluye vivencias disfóricas, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
5. Ansiedad: 10 síntomas referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda o “pánico”, incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas.
6. Ira-Hostilidad: 6 síntomas que aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
7. Ansiedad Fóbica: 7 síntomas que valoran distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y



desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o huida, con un mayor peso en la escala de los síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple.

8. Ideación Paranoide: 6 síntomas de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación que incluye suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
9. Psicoticismo: 10 síntomas que configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia leve hasta la psicosis florida, y que en la población general se relaciona más con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.
10. Escala adicional: 7 síntomas misceláneos que constituyen un claro referente de depresión melancólica. (Garaigordobil et al., 2005)

La corrección del SCL-90-R ofrece tres niveles de información: global, dimensional y de síntomas discretos.

A) GLOBAL, con 3 índices: GSI, al que en este trabajo nos referimos como IGG (Índice de Gravedad Global), que se refiere a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems; PST (Total de Síntomas Positivos), que hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente; y PSDI (Índice de Malestar de Síntomas Positivos), se refiere a la intensidad media de los síntomas positivos.

B) DIMENSIONAL, proporciona 10 índices uno por cada dimensión sintomática.

C) SÍNTOMAS DISCRETOS, hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de ítems que hacen referencia a trastornos del sueño, del comportamiento alimentario, etc.

En la presente investigación hemos empleado como variables las 10 dimensiones y/o el IGG dependiendo del tipo de análisis realizado.

Finalmente, señalar que aunque se ha utilizado en diferentes estudios clínicos en nuestro país, es necesaria la validación de la versión española y más estudios sobre la misma. Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. Para algunos autores, este instrumento ofrecería más una medida de malestar general que un perfil psicopatológico determinado, aunque otros estudios han demostrado la validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión.

En el apartado 6 del anexo se encuentra el cuestionario que realizaron los pacientes.

### **2.5.7. COPE**

El cuestionario COPE (Carver & Scheier, 1985), consta de 13 escalas conceptualmente diferentes. Este cuestionario surge del planteamiento teórico que

considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica, de manera que tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver & Scheier (Carver et al., 1981, 1985 y 1989) y Scheier & Carver (1988). Las escalas se han derivado desde una doble perspectiva teórica y empírica. La adaptación utilizada en nuestra investigación es la realizada por Crespo & Cruzado (1997).

El cuestionario consta de 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde las contestaciones van desde: 1=Habitualmente no hago esto en absoluto; 2=Habitualmente lo hago esto un poco; 3=Habitualmente hago esto bastante; y 4=Habitualmente hago esto mucho. Los sujetos tienen que marcar la contestación que más se ajuste a su respuesta cuando se encuentran en una situación estresante, intentando contestar con la respuesta más generalizada a las situaciones de estrés.

La adaptación española concluyó en la emergencia de 15 factores primarios que en un análisis factorial posterior de segundo orden concluyó en 6 agrupaciones.

Estos 6 factores son:

1. Afrontamiento conductual centrado en el problema: incluye las escalas de crecimiento personal, planificación, afrontamiento activo y abandono de todo esfuerzo por solucionar la situación.

2. Afrontamiento cognitivo del problema: que incluye las escalas de aceptación, humor, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento.

3. Escape cognitivo: con las escalas de negación, religión, y conductas de evasión.

4. Afrontamiento centrado en las emociones: incluye las escalas de centrarse en las emociones y desahogarse, y búsqueda de apoyo social.

5. Escape conductual: actividades distractoras y la concentración de esfuerzos para resolver la situación.

6. Consumo de alcohol o drogas: no parece relacionarse con ninguna otra y constituye por sí misma un modo de afrontamiento diferenciado.

(Crespo y Cruzado, 1997).

El cuestionario utilizado se muestra en el apartado 7 del anexo.

### **2.5.8. MOS**

Uno de los instrumentos que disponemos en la práctica diaria es el Cuestionario de Apoyo Social M.O.S., desarrollado en EEUU por Sherbourne et al. (1991). Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social). En nuestra investigación nos centramos exclusivamente en estos últimos.

El cuestionario MOS de apoyo social, permite investigar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica); y 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Tiene 20 ítems; el primero, encargado de investigar

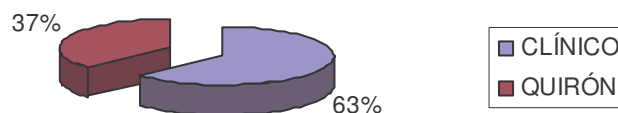
la red social, pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. Los ítems restantes se contestan según un formato de escala de respuesta tipo Likert, puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre) (Sherbourne et al., 1991; De la Revilla, et al., 1991, 1994 & Rodríguez et al., 2004).

El cuestionario utilizado para valorar el apoyo social en nuestros pacientes aparece en el apartado 8 del anexo.

## 2.6. Descripción de la muestra

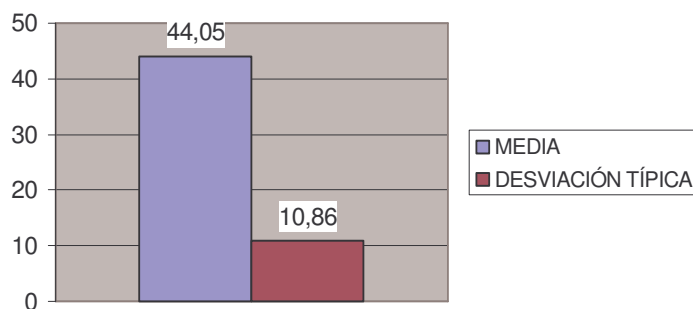
En la investigación han participado un total de 60 pacientes que fueron sometidos a *by-pass* gástrico. A continuación se ofrecen algunos datos generales relativos a la muestra.

**Gráfico 1. Porcentajes de la muestra de sujetos según el hospital donde se les ha realizado la intervención de *by-pass* gástrico (N=60).**



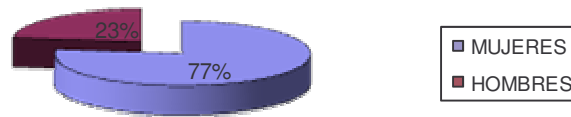
Como podemos ver en la gráfica, el 63% (N =38) de los pacientes entrevistados corresponde al hospital público (Hospital Clínico) y el 37% (N =22) corresponde al hospital privado (Clínica Quirón).

**Gráfico 2. Edad media de los sujetos que forman la muestra (N=60).**



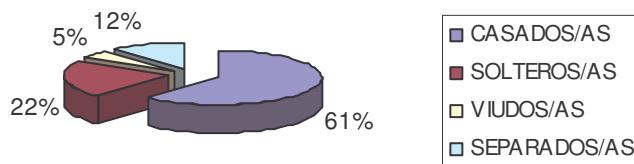
La media de edad de los pacientes entrevistados se ha situado en 44,05, teniendo en cuenta, que el/la paciente de menor edad estaba en 22 años y el/la paciente de mayor edad en 64 años. La desviación típica con respecto a la edad se ha situado en 10,86. Es importante saber que hay menor riesgo de mortalidad en pacientes obesos jóvenes que en mayores, debido a la complicación de la operación y a las enfermedades asociadas que suelen aumentar con la edad.

**Gráfico 3. Porcentaje de hombres y mujeres dentro de la muestra (N=60).**



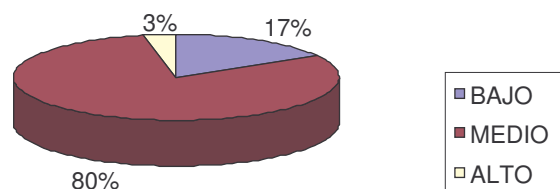
Con respecto al sexo, el 77% de los pacientes entrevistados para el estudio que se van a someter a cirugía bariátrica son mujeres (N = 46) y el 23% (N = 14) hombres. Según los estudios epidemiológicos, la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en hombres, dato que se corrobora en nuestra muestra.

**Gráfico 4. Estado civil de los pacientes de la muestra según sean solteros, casados o viviendo en pareja, separados o divorciados y viudos (N=60).**



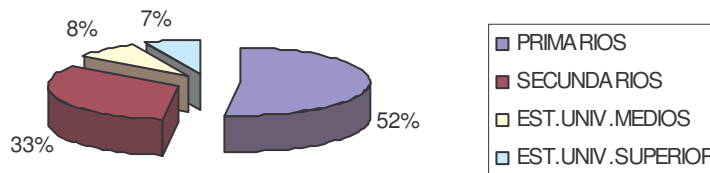
La mayoría de pacientes entrevistados, el 61,7% (N = 37) de la muestra son casados/as o viven con su pareja; el 21,7% (N = 13) son solteros/as; un 5% de viudos/as (N = 3) y un 11,7% (N = 7) son separados/as o divorciados/as.

**Gráfico 5. Nivel socioeconómico de los pacientes de la muestra según los valores de bajo, medio y alto (N=60).**



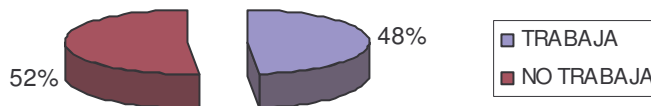
Respecto al nivel socioeconómico encontramos que el 80 % de los sujetos, de ambos hospitales, presentan una situación socioeconómica media, el 3% señalan tener una situación socioeconómica alta, y el 17% de los pacientes hablan de una situación socioeconómica baja.

**Gráfico 6. Nivel de estudios realizados en la muestra de pacientes según las categorías de: primarios, secundarios, universitarios medios y universitarios superiores (N=60).**



En referencia al nivel de estudios, 31 pacientes entrevistados tienen estudios primarios (52%), 20 (33%) tienen estudios secundarios (entendiéndose B.U.P, F.P., o bachillerato si fuese el caso de un paciente más joven), y sólo 5 (8%) y 4 (7%) sujetos informan de estudios universitarios medios y superiores respectivamente. Estos datos se corresponden con los que se encuentran en estudios sobre epidemiología, nombrados en páginas anteriores, donde se habla de una mayor prevalencia de obesidad en personas con bajo nivel de instrucción.

**Gráfico 7. Estado de ocupación laboral según si trabajan o no en estos momentos (N=60).**



Con respecto a la situación laboral, el 48,3% (29) de los pacientes entrevistados señalan estar trabajando actualmente, frente a un 51,7% (31) que se encuentra sin trabajo. En este grupo hay algún jubilado/a y otros que han dejado su actual trabajo para someterse a la operación, y que piensan buscar algo mejor después de la misma. Una gran mayoría de los pacientes que no tiene trabajo aseguran que será más fácil encontrarlo cuando pierdan peso y se encuentren mejor consigo mismos. Algunos afirman que la obesidad mórbida produce un rechazo social, también en el área laboral y el poder perder peso les facilitará la inserción en esta área.

## 2.7. Procedimiento seguido

La muestra recogida para el estudio está formada por pacientes con obesidad mórbida, de un hospital privado y de un hospital público, que van a someterse a la técnica

de *by-pass* gástrico.

La administración de los cuestionarios y la entrevista se ha realizado con una semana mínima de antelación en el hospital privado, y el mismo día de la operación, en el hospital público, debido a que no es posible la planificación porque los pacientes son avisados pocos días antes de su intervención y muchos de ellos vienen desde lejos y les resulta muy complicado desplazarse días antes. La evaluación ha tenido lugar en la consulta psicológica del hospital, en el caso del hospital privado, y en la propia habitación preoperatoria, en el caso del hospital público.

El procedimiento de actuación ha sido el mismo en todos los casos. La psicóloga/o, con conocimientos en los pacientes obesos mórbidos y en la intervención que se va a realizar, así como en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, realizaba la entrevista semi-estructurada (entrevista Boston sobre el *by-pass* gástrico) y luego explicaba al paciente cómo debía rellenar el resto de instrumentos, descritos anteriormente, en los que no era necesario la presencia física del entrevistador/a. Una vez terminado lo entregaban a la enfermera o a la psicóloga/o.

A los 6 meses de la intervención, el pase de cuestionarios era menor, y ya no se administraba la entrevista semi-estructurada, aunque sí que se anotaban posibles datos de interés a nivel físico o psicológico. En el hospital privado, la mayor parte de los cuestionarios eran realizados por los pacientes en sus casas. En el hospital público, la mayoría de las veces, lo realizaban en la sala de espera, y algunos pacientes pedían llevárselo a sus casas. Además, en el hospital público, hay algún caso donde los pacientes continuaban con el seguimiento post-operatorio a nivel físico, en otro hospital, y con la finalidad de no perder ningún sujeto, existen 10 pacientes a los que se les envió el cuestionario a sus casas, ya que no lo traían cumplimentado a la consulta y cuando venían tenían que irse muy rápido. Y otros 2 pacientes, los realizaron telefónicamente.

Al año de la operación se procedió de la misma forma.

La preparación física de estos pacientes antes de la operación, tanto en un tipo de hospital como en el otro, no ha variado. Se les ponía una dieta a base de batidos, que tenían que seguir por lo menos un mes antes de la operación, con la finalidad de reducir unos kilos antes de ser intervenidos para así minimizar al máximo el riesgo de la intervención. Además, realizaban las pruebas médicas pertinentes: endoscopia, analítica así como la visita con el anestésista. El equipo médico de ambos hospitales ha sido el mismo.

La preparación psicológica de los pacientes es diferente en ambos hospitales. En el hospital privado se hace una valoración psicológica del candidato a la cirugía y se trabajan miedos y preocupaciones previas a la operación, en cambio, en el hospital público no ha sido posible prepararlos psicológicamente para la operación ya que los pacientes no pasan con el psicólogo, solamente tienen consulta con el médico. En el caso de los pacientes del Hospital Clínico (Hospital Público), se les realizó el pase de cuestionarios, y se pudo hablar con ellos el día de la operación, pero sin poder aplicar el protocolo pre-operatorio utilizado con los pacientes del hospital privado.

Es importante tener en cuenta algunos aspectos trabajados con los pacientes del hospital privado, ya que es esperable que algunos resultados varíen si el paciente ha

recibido tratamiento psicológico. En las sesiones de grupo que se están realizando con los pacientes operados en la Clínica Quirón, el principal objetivo con respecto a la intervención psicológica es la reeducación de los hábitos alimentarios, así como de los hábitos sedentarios. El tratamiento completo consiste en 6 sesiones a nivel grupal a lo largo de los 6 primeros meses después de haber sido operados, y un seguimiento individual hasta el año de la operación. Normalmente, se tienen sesiones individuales con los pacientes antes y después de la operación, el número va a depender de las necesidades personales del propio paciente, estableciendo un mínimo de una sesión individual antes de la operación y otra después. En estas 6 sesiones se trabaja con contenidos teóricos y prácticos así como con estrategias conductuales. Se proporciona una información acerca de las causas de la obesidad, de las variables modificables, así como una serie de aspectos nutricionales (Correas et al., 2005). Se explica y trabaja la balanza energética así como otros contenidos que les ayude a darse cuenta de que el control depende de ellos. Asimismo, se les da una serie de pautas conductuales que pueden ayudar a la hora del control y la regulación:

- Comer pausadamente
- Servirse en plato pequeño y en una sola ocasión
- Controlar el momento de hacer la compra, haciéndola acompañado y con una lista
- No hacer comida “para que sobre” y en caso de que sobre no sacarla a la mesa
- Comer con tiempo, en un sitio tranquilo, no de pie, con horarios regulares y un máximo de 5 comidas al día.
- No picar
- No comer mientras se ve la TV o se hace otra actividad
- Controlar la cantidad de pan, cortarla antes de sacarla a la mesa
- No almacenar grandes cantidades de alimentos en casa
- En lugares sociales controlar el momento de pedir

Otro aspecto muy importante que se trabaja a lo largo de todas las sesiones es la incorporación progresiva del ejercicio físico. Se incide en la importancia de coger un hábito con respecto al ejercicio físico, siendo para cada uno diferente. Es importante que el ejercicio se plantee no como un castigo, sino como un cambio de hábito saludable y un bienestar a largo y a corto plazo. Lo importante no es la cantidad ni la intensidad, sino la constancia y el aumento progresivo y posterior mantenimiento, eso es lo que hará que haya un cambio sólido y duradero. También, se trabajan los pensamientos negativos que llevan al abandono, a la culpabilización y que muchas veces son los responsables de la falta de control de impulsos. Otras áreas donde es muy importante la intervención psicológica es en la autoestima y valoración personal así como en la imagen corporal del paciente obeso y el cambio que se va dando en ella a lo largo del primer año después de la operación. Hay aspectos que aunque se trabajen en grupo luego se trabajan a nivel individual con algunos pacientes.

Aunque escasos, existen datos que demuestran que la creación de grupos de apoyo aporta beneficios significativos en el paciente intervenido de cirugía bariátrica. Algunos de los objetivos de los grupos de apoyo son prevenir el establecimiento o recurrencia de los hábitos alimentarios no saludables, así como asumir el tratamiento de por vida de su enfermedad y trabajar aquellos comportamientos o actitudes que interfieren con las intervenciones cognitivo-comportamentales saludables (Moizé, 2006). En esta línea, Hidebrant et al. (1998) observaron que los pacientes que participaron en los grupos de

apoyo como complemento al programa individual, perdieron más peso que aquellos que no acudieron a las sesiones de grupo de forma regular.

Rabner y Greenstein (1993) compararon dos grupos de pacientes intervenidos de gastroplastia. Ambos grupos tras la cirugía siguieron el protocolo de seguimiento estándar, pero un grupo realizó siete sesiones de apoyo mensuales tras la intervención, mientras que el otro grupo no. Aunque no se observaron diferencias en la pérdida de peso, los pacientes que atendieron a las sesiones mensuales estaban mejor informados sobre el cambio de hábitos a realizar, fueron capaces de elegir los alimentos de forma más sensata y fueron más activos físicamente.

En un estudio muy reciente, se ha comprobado que los pacientes que reciben apoyo grupal en sesiones protocolizadas, pierden más peso que los que no lo hacen (Orth et al. 2008).

Con independencia de haber sido operado en un hospital público o privado, los cuestionarios que fueron administrados antes de la operación fueron los siguientes:

Entrevista Boston y preguntas sobre ejercicio físico  
TEFQ  
BSQ  
Autoestima de Rosenberg  
SF-36  
SCL-90  
COPE  
MOS

Los cuestionarios que se han pasado a los 6 meses de la operación son:

TEFQ  
BSQ  
Autoestima de Rosenberg  
SF-36  
SCL-90

Los cuestionarios que se han pasado al año de la operación son:

TEFQ  
BSQ  
Autoestima de Rosenberg  
SF-36  
SCL-90



## 2.8. Análisis estadísticos realizados

Los resultados se han organizado en cinco capítulos en los que se abordan sucesivamente los objetivos planteados. En los capítulos 4, 5, 6 y 7 se presentan tanto análisis bivariados como análisis multivariados.

Los tres primeros objetivos de la investigación se abordan en el capítulo cuatro, que posee un carácter “restrictivo”, en cuanto que se trata de un análisis previo sobre la bondad de las variables que se van a manejar en el estudio, y descriptivo, en el sentido de ver las relaciones que mantienen unas con otras en la muestra de pacientes obesos. En este caso, los análisis bivariados se dirigen al cálculo de coeficientes de correlación, bien para determinar el alpha de Cronbach, bien para establecer las relaciones de unas variables con otras ( $r$  de Pearson). El análisis multivariado ha consistido en la realización de un análisis factorial para la muestra total con las distintas variables utilizadas, a fin de resumir con mayor claridad el panorama de las relaciones encontradas entre éstas.

En el capítulo 5 se pretende dar respuesta a los objetivos cuarto y quinto que fueron planteados. Por un lado, se analizan los cambios realizados en las variables que fueron evaluadas en tres ocasiones (antes, a los 6 y a los 12 meses de la operación). El análisis bivariado se dirige a la presentación del análisis de medias y las pruebas de diferencias (estadístico  $t$  de Student para grupos relacionados) correspondientes a las comparaciones realizadas para cada una de las variables en los tres momentos de la evaluación (T1, T2 y T3). Por otro, nos interesa explorar el papel predictivo de una serie de variables que fueron evaluadas antes de la intervención quirúrgica (T1) en relación con la calidad de vida y bienestar psicológico que el paciente obeso presenta tras la operación en T2 y T3. Para ello se han ejecutado un conjunto de análisis de regresión paso a paso.

En el capítulo 6 se explora el papel modulador del género en los resultados obtenidos (sexto de los objetivos). Como en el anterior, se han realizado análisis de medias y aplicado pruebas de diferencias, que han sido paramétricas o no paramétricas en función del número de pacientes de cada grupo. Por lo que se refiere al análisis multivariado, en este caso se optó por la realización secuenciada de análisis discriminantes en T1, T2 y T3 con el fin de aislar cuáles son las variables más potentes que nos permiten diferenciar entre los hombres y las mujeres obesas de nuestro estudio.

Por último, el capítulo 7 cubre el séptimo de los objetivos que fueron planteados. En este caso se trata de establecer el papel modulador desempeñado por el tipo de hospital (público vs privado). Los análisis estadísticos realizados son semejantes a los presentados en el capítulo anterior.

Todos los análisis fueron realizados con el programa del SPSS 15.0.

### 3. RESULTADOS I: DATOS A NIVEL DESCRIPTIVO CORRESPONDIENTES A LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA

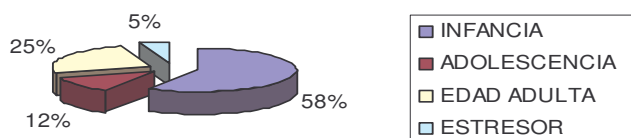
Con respecto a los hábitos de vida y ejercicio físico de los pacientes de nuestra muestra, presentamos aquí algunos datos descriptivos relativos a la historia de peso y nutrición obtenidos a partir de la Entrevista Boston, así como los datos más relevantes con respecto al ejercicio físico y hábitos saludables de vida. Todos estos valores fueron evaluados antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

Estos datos han sido calculados sobre la muestra total de pacientes (N=60), y los resultados que aparecen únicamente nos muestran valores descriptivos en porcentajes, sin comparaciones con otros momentos de evaluación, ya que la Entrevista Boston fue realizada en ambos hospitales antes de la intervención quirúrgica.

#### 3.1. Análisis descriptivo de los datos obtenidos de la entrevista inicial pre-operatoria (Entrevista Boston)

##### 3.1.1. Historia de peso y nutrición

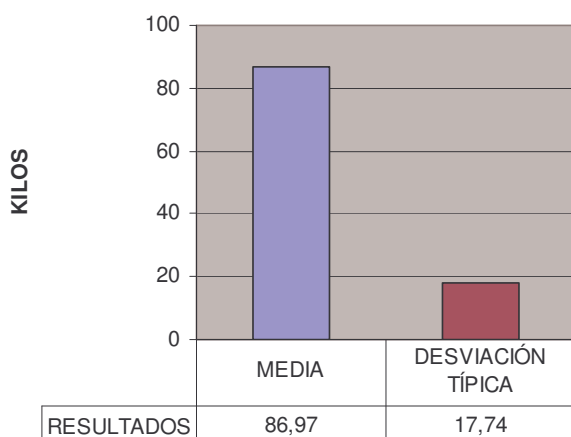
Gráfico 8. Valores que representan el inicio del problema de obesidad en la muestra de pacientes (N=60).



La mayoría de los pacientes entrevistados, un 58% (35), informan de una obesidad que comienza desde la infancia, aunque se va agravando en la adolescencia y se estanca en un IMC muy elevado en la edad adulta. Un 12% de pacientes (7) señalan el comienzo en la adolescencia. Los pacientes que informan de un inicio en la edad adulta, un 25% (15), lo refieren a un cambio a raíz de una medicación, o en el caso de las mujeres, debido a los embarazos e incluso a un agravamiento de la enfermedad en la menopausia. El porcentaje

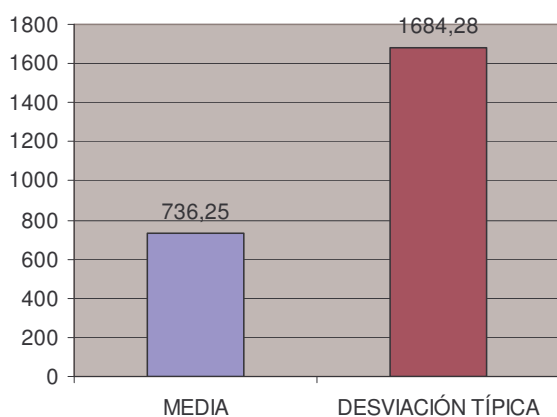
más bajo, un 5% (3), lo refieren pacientes que inician con el problema de la obesidad a causa de un acontecimiento estresante como es la muerte de un ser querido, un cambio brusco de vida, o incluso por una violación.

**Gráfico 9. Media y desviación típica del peso más bajo alcanzado por la muestra de sujetos en su historia de obesidad (N=60).**



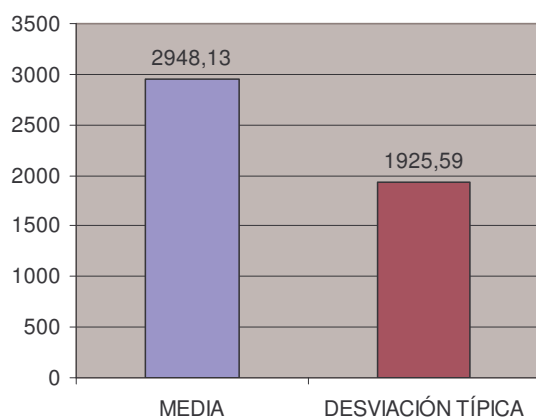
La pregunta que se formula en la entrevista inicial (Entrevista Boston) se refiere al peso más bajo obtenido (con esfuerzo) desde que el paciente tiene problemas de peso. La media de los pacientes entrevistados se sitúa en 86,97 kilos.

**Gráfico 10. Media y desviación típica del tiempo de mantenimiento de los pacientes de la muestra en el peso más bajo (N=60).**



A la pregunta de ¿durante cuánto tiempo mantuvo este peso? La media de los pacientes se sitúa de 736,25 días, es decir 2 años, por lo que nos da una idea de que el mantenimiento de un peso bajo, aunque dentro de un rango de obesidad I, en este tipo de pacientes no es fácil. El tiempo mínimo que se ha señalado ha sido de 15 días, algún paciente refiere que su peso más bajo no ha podido llegar a mantenerlo ni siquiera 1 semana, en cambio, el tiempo máximo señalado sube a una cifra importante de años, 15 años manteniendo el peso.

**Gráfico 11. Media y desviación típica del tiempo de mantenimiento de la muestra de sujetos en su peso principal (N=60).**

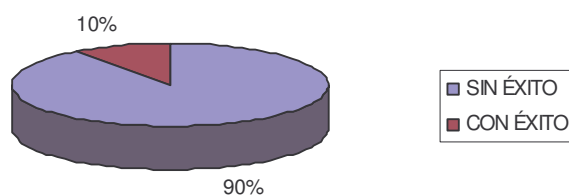


A la pregunta de ¿habitualmente cuánto tiempo mantiene su peso principal? La media de los pacientes se sitúa en 2012,69 días, es decir 8 años. Estos datos nos siguen confirmando que el mantenimiento del peso principal en estos pacientes oscila, ya que las dietas no les ayudan al mantenimiento del peso, sino que les provoca el efecto yo-yo, y por ello acuden a la operación como única alternativa.

### 3.1.2. Intentos para perder peso actualmente y en el pasado

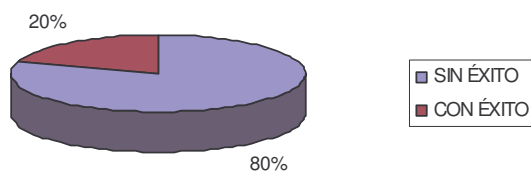
En este apartado se valoran los diferentes métodos utilizados por el/la paciente con la finalidad de perder peso. Se pregunta si lo ha utilizado o no y el éxito que ha tenido, tanto en la actualidad como en el pasado.

**Gráfico 12. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta por sí mismo en la actualidad (N=60).**



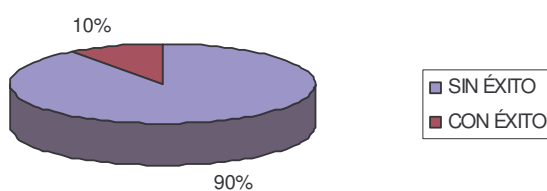
Del 43% (N=26) de pacientes que lo han intentado, el 90% (N=23) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 10% (N=3) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 13. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta por sí mismo en el pasado (N=60).**



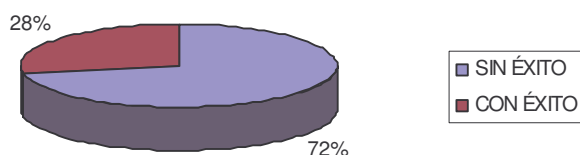
Del 80% (N=48) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 80% informa un éxito ligero o nada de éxito (N=43), y el 20% (N=5) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 14. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta médica sin receta en la actualidad (N=60).**



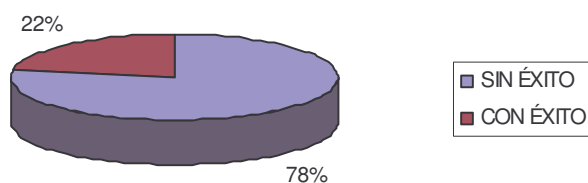
Del 32% (N=19) de pacientes que lo han intentado, el 90% (N=17) informa de un éxito ligero o nada de éxito, y el 10% (N=2) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 15. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta médica sin receta en el pasado (N=60).**



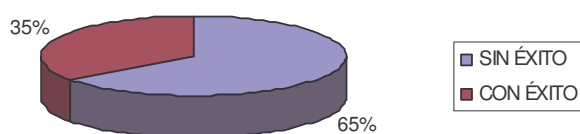
Del 79% (N=47) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 72% (N=34) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 28% (N=13) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 16. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta por prescripción médica en la actualidad (N=60).**



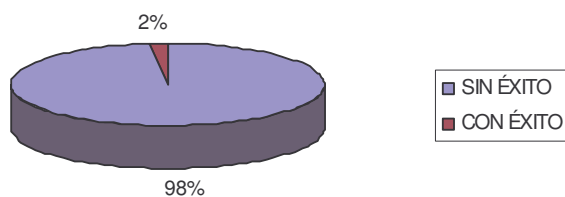
Del 61,7% (N=37) de pacientes que lo han intentado, el 78% (N=29) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 22% (N=8) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 17. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta por prescripción médica en el pasado (N=60).**



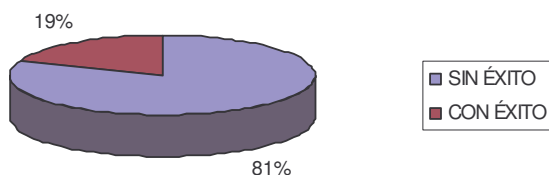
Del 96,7% (N=58) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 65% (N=38) informa un éxito ligero o nada de éxito, y el 35% (N=20) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 18. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta milagrosa en la actualidad (N=60).**



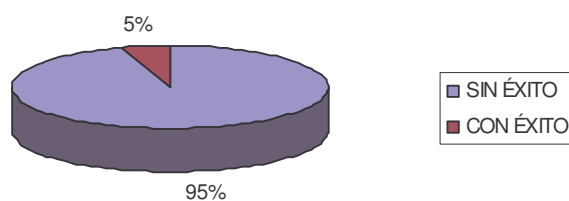
Solamente un 5% (N=3) de pacientes refieren haber realizado en la actualidad una dieta milagrosa, y reconocen que no ha tenido éxito.

**Gráfico 19. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta milagrosa en el pasado (N=60).**



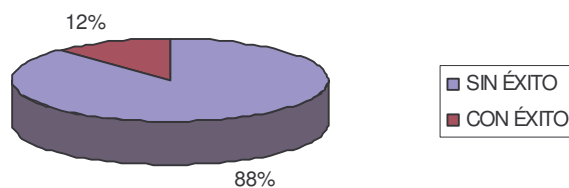
Del 46,7% (N=28) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 81% (N=22) informa un éxito ligero o nada de éxito, y el 19% (N=6) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 20. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta baja en calorías durante admisión hospitalaria en la actualidad (N=60).**



Del 11,7% (N=7) de pacientes que lo han intentado, el 95% (N=6) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 5% (N= 1) un éxito moderado o mucho éxito.

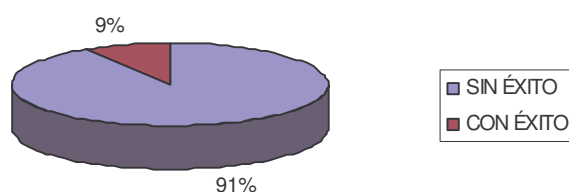
**Gráfico 21. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta baja en calorías durante admisión hospitalaria en el pasado (N=60).**





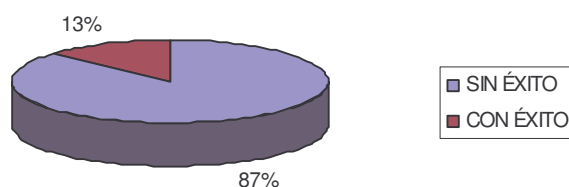
Del 35% (N=21) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 88% (N=17) informa un éxito ligero o nada de éxito, y el 12% (N=4) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 22. Porcentaje de la muestra que sigue una dieta en régimen ambulatorio en la actualidad (N=60).**



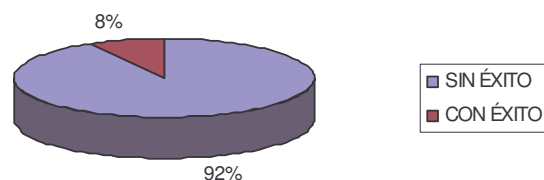
Del 18,3% (N=11) de pacientes que lo han intentado, el 91% (N=10) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 9% (N=1) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 23. Porcentaje de la muestra que siguió una dieta baja en régimen ambulatorio en el pasado (N=60).**



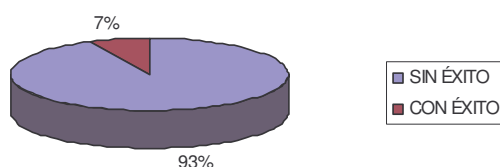
Del 51,7% (N=31) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 87% (N=25) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 13% (N=6) un éxito moderado o mucho éxito.

**Gráfico 24. Porcentaje de la muestra que ha realizado psicoterapia en régimen ambulatorio centrada en la pérdida de peso en el pasado (N=60).**



Del 11,7% (N=7) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 92% (N=6) informa un éxito ligero o nada de éxito, y el 8% (N=1) un éxito moderado o mucho éxito. Sólo 2 pacientes (3,3%) hablan de estar intentando este método en la actualidad, pero con un éxito ligero.

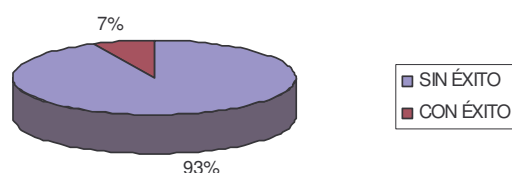
**Gráfico 25. Porcentaje de la muestra que ha realizado programas de ejercicios centrados en la pérdida de peso en el pasado (N=60).**



Del 16,7% (N=10) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 93% (N=9) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 7% (N=1) un éxito moderado o mucho éxito.

Sólo 3 pacientes (5%) hablan de estar intentando este método en la actualidad, pero con un éxito ligero.

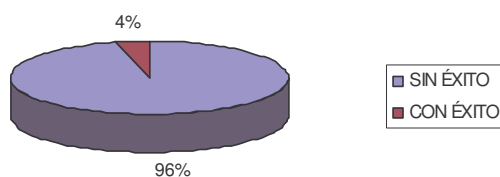
**Gráfico 26. Porcentaje de la muestra que ha realizado algún tipo de intervención quirúrgica en el pasado tipo liposucción (N=60).**



Del 10% (N=6) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 93% (N=5) informa un éxito ligero o nada de éxito, y el 7% (N=1) un éxito moderado o mucho éxito.

Ningún paciente se está sometiendo en la actualidad a alguna intervención quirúrgica tipo liposucción o parecido.

**Gráfico 27. Porcentaje de la muestra que se ha purgado mediante vómitos, laxantes o diuréticos (N=60).**

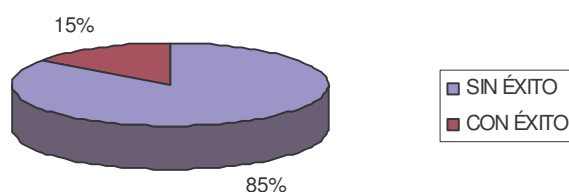


Del 16,7% (N=10) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 96% (N=9) informan un éxito ligero o nada de éxito, y el 4% (N=1) de un éxito moderado o mucho éxito.

Sólo 3 pacientes (5%) hablan de haber vomitado, haber utilizado laxantes o diuréticos en la actualidad, con la finalidad de perder peso, pero con un éxito muy pequeño.

Otras preguntas sobre métodos tales como la asistencia a grupos de apoyo para perder peso en la actualidad (y en el pasado) o la utilización de programas u otros servicios que proporcionan dietas alimenticias (en la actualidad y en el pasado) arrojaron porcentajes escasos. Para el primer método, sólo 1 paciente (1,7%) informó estar interesado por ese método en la actualidad, y sólo 3 pacientes (5%) informaron haberlo estado en el pasado. Para el segundo método, los porcentajes fueron similares 1 paciente lo ha seguido en la actualidad y 4 (6,7%) en el pasado.

**Gráfico 28. Porcentaje de la muestra que ha realizado otro tipo de terapias para perder peso tipo acupuntura (N=60).**



Del 40% (N=24) de pacientes que lo intentaron en el pasado, el 85% (N=19) refiere un éxito ligero o nada de éxito, y el 15% (N=5) un éxito moderado o mucho éxito.

El 5% de los pacientes (N=3) señalan estar intentando este método en la actualidad con un éxito moderado.

### 3.1.3. Conductas de alimentación

En esta segunda parte de la entrevista se preguntan por diferentes conductas de alimentación, específicamente si ha tenido o tiene en la actualidad algún atracón (teniendo en cuenta los criterios según el DSM-IV-TR para el atracón:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

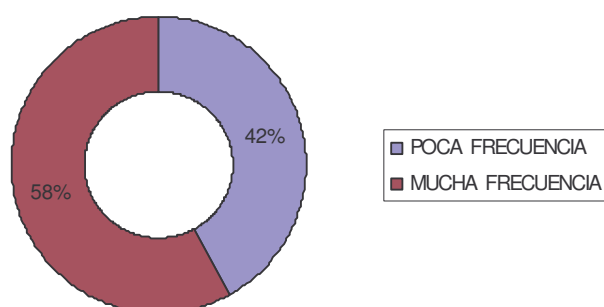
1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

También se pregunta por los métodos compensatorios al atracón en el caso de que lo hayan tenido.

El 28,3% (N=17) de los pacientes, afirman haber tenido atracones en el pasado y haber realizado conductas compensatorias, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, lo que se podría considerar un Trastorno de Bulimia Nerviosa.

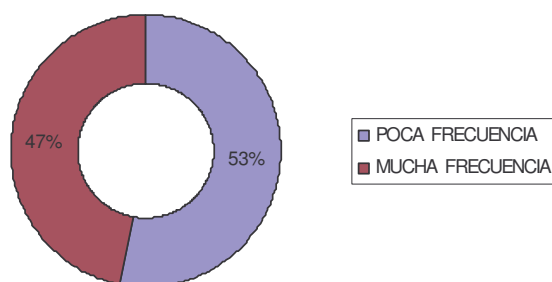
### 3.1.4. Otras conductas de alimentación

**Gráfico 29. Porcentaje de la muestra que picotea y come en la cocina mientras está de pie (N=60).**



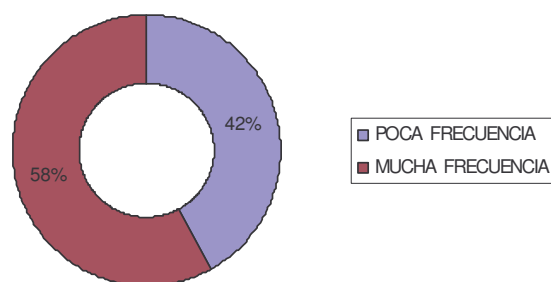
El 65% (N = 39) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 42% (N=16) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 58% (N=23) varias veces a la semana o a diario.

**Gráfico 30. Porcentaje de la muestra que come mientras cocina o prepara algún alimento (N=60).**



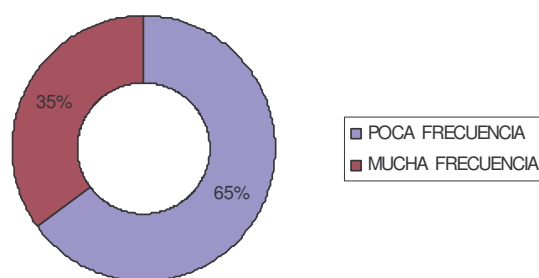
El 56,7% (N=34) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 53% (N=18) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 47% (N=16) varias veces a la semana o a diario.

**Gráfico 31. Porcentaje de la muestra que come rápido (más rápido que la mayor parte de las personas) (N=60).**



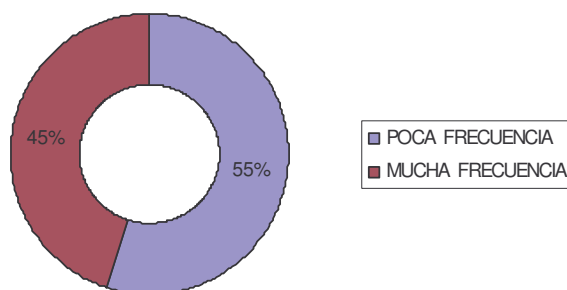
El 61,7% (N=37) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 42% (N=16) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 58% (N=21) varias veces a la semana o a diario.

**Gráfico 32. Porcentaje de la muestra que come cuando no está hambriento (N=60).**



El 41,7% (N=25) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 65% (N=16) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 35% (N=9) varias veces a la semana o a diario.

**Gráfico 33. Porcentaje de la muestra que bebe bebidas carbonatadas (N=60).**

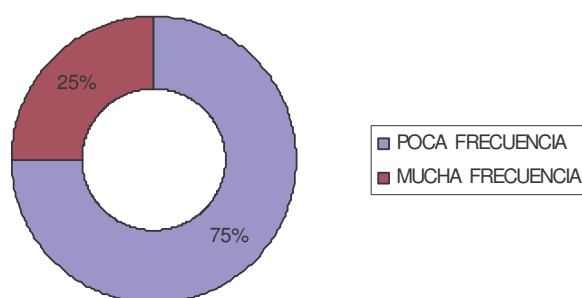


El 53,3% (N=32) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 55% (N=18) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 45% (N=14)

varias veces a la semana o a diario. Un 10% (N=6) de pacientes dicen realizar este tipo de conducta todos los días.

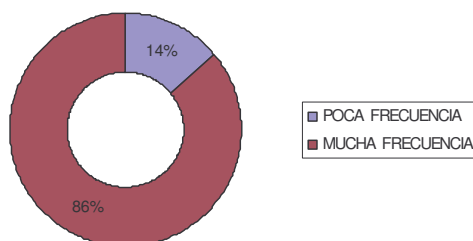
En relación con la pregunta sobre si come o no grandes cantidades de comida durante la noche, solamente un 10% (N=6) de pacientes, refieren realizar esta conducta todos los días, 5 pacientes dicen hacerlo de forma ocasional y 1 de forma habitual.

**Gráfico 34. Porcentaje de la muestra que bebe grandes cantidades de líquidos calóricos (Gatorade, batidos, soda azucarada) (N=60).**



El 35% (N=21) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 75% (N=16) lo hace en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 25% (N=5) varias veces a la semana o a diario.

**Gráfico 35. Porcentaje de la muestra que bebe al menos 8 vasos de agua cada día (N=60).**

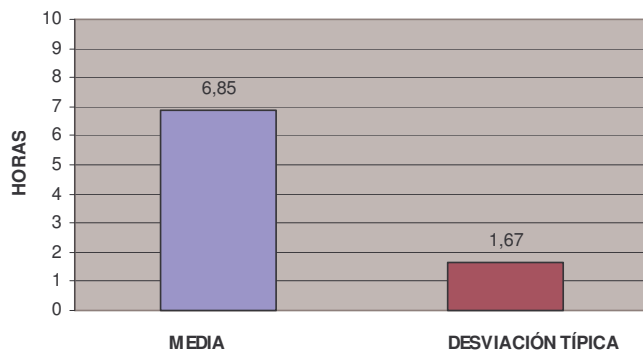


El 93,3% (N=56) responden afirmativamente a esta conducta. De estos, un 14% (N=8) lo hacen en torno una vez al mes o a la semana o incluso menos, y un 86% (N=48) varias veces a la semana o a diario.

En relación con otro aspecto tal como el consumo de suplementos vitamínicos, sólo 5 pacientes (8,3%) dicen realizar este tipo de conducta todos los días.

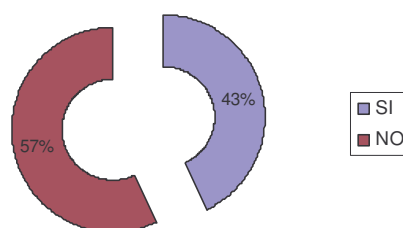
### 3.2. Actividad física

**Gráfico 36.** Media y desviación respecto a las horas de sueño que duermen los pacientes de la muestra (N=60).



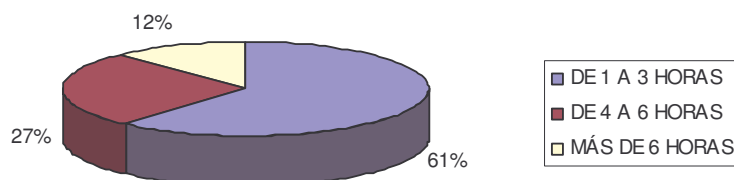
La media de horas que duermen los pacientes se sitúa alrededor de las 7 horas.

**Gráfico 37.** Media y desviación típica sobre los resultados de la pregunta: ¿Se levanta descansado? (N=60).



El 43% (N=26) de los pacientes entrevistados responden afirmativamente, y el 57% (N=34) dicen que no.

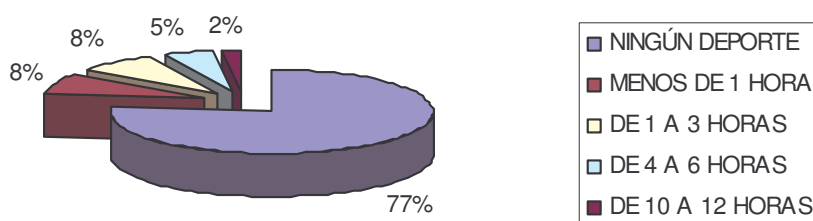
**Gráfico 38.** Media y desviación típica sobre los resultados de la pregunta: ¿Cuánto tiempo pasa al día delante de un ordenador, TV, videoconsola...? (N=60).





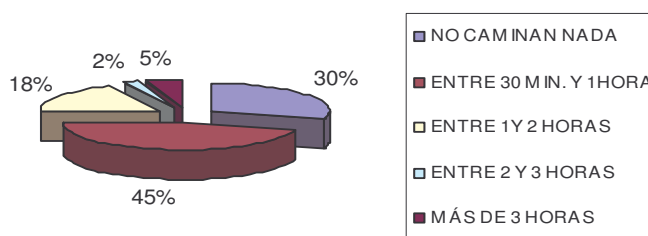
El 61% (N=37) de los pacientes están de 1 a 3 horas al día sentados viendo la TV, o haciendo otro tipo de actividad, el 27% (N=16) contestan que este tiempo es entre 4 y 6 horas, y el 12% (N=7) aseguran pasarse más de 6 horas sentadas/os al día haciendo estas actividades.

**Gráfico 39. Porcentaje de resultados sobre el deporte o gimnasia que los pacientes de la muestra realizan a la semana (N=60).**



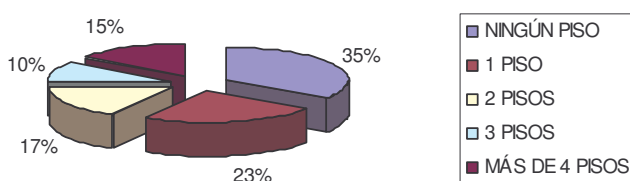
El 77% (N=46) de los pacientes no hacen ningún deporte, un 8% (N=5) practican algún deporte menos de 1 hora semanal, otro 8% (N=5) hace algo entre 1 y 3 horas semanalmente, un 5% (N=3) realizan entre 4 a 6 horas de deporte a la semana, y 1 paciente señala realizar alrededor de 10 horas semanales.

**Gráfico 40. Porcentaje de resultados sobre la media que caminan al día los pacientes de la muestra antes de ser intervenidos (N=60).**



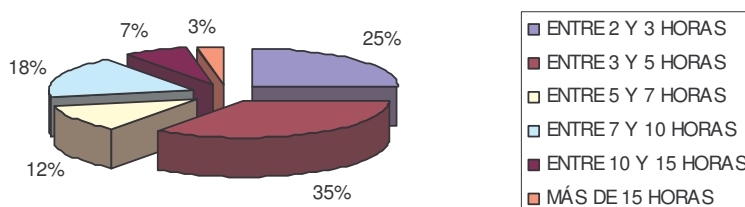
El 30% (N=18) de los pacientes no caminan nada a lo largo del día, el 45% (N=27) caminan entre 30 minutos y 1 hora al día, el 18% (N=11) caminan entre 1 y 2 horas al día, el 2% (N=1) entre 2 y 3 horas, y el 5% (N=3) caminan más de 3 horas diarias. Estos resultados sugieren que una gran mayoría de los pacientes intenta caminar a lo largo del día, aunque haya un 30% de ellos que afirman no caminar nada debido al esfuerzo que les supone debido al exceso de peso.

**Gráfico 41. Porcentaje de resultados sobre la media de pisos que suben al día los pacientes (N=60).**



El 35% (N=21) de los pacientes no suben ningún piso a lo largo del día ya que utilizan siempre el ascensor, el 23% (N=14) suben 1 piso como media al día, el 17% (N=10) suben 2 pisos al día, el 10% (N=6) suben 3 pisos de media al día, y otro 15% (N=9) suben más de 4 pisos al día. Los pacientes informan que subir pisos les resulta muy costoso y que normalmente lo hacen porque no tienen otra opción. Muy pocos son los que voluntariamente suben por las escaleras para hacer algo de ejercicio, aún pudiendo coger el ascensor.

**Gráfico 42. Porcentaje de resultados sobre la media de horas que permanecen sentados al día los pacientes de la muestra (N=60).**



Un 25% (N=15) de pacientes permanecen sentados al día entre 2 y 3 horas, otro 35% (N=21) entre 3 y 5 horas, un 12% (N=7) entre 5 y 7 horas, un 18% (N=11) entre 7 y 10 horas, otro 7% (N=4) entre 10 y 15 horas y un 3% (N=2) más de 15 horas. Los pacientes que permanecen tanto tiempo sentados, más de 15 horas, dicen que su trabajo lo requiere, pero que aún así, el fin de semana también están mucho rato sentados porque les supone un gran esfuerzo caminar o estar de pié (se les cargan las rodillas...).

### 3.3. Conclusiones del capítulo

En referencia a los datos obtenidos de la entrevista inicial antes de ser intervenidos quirúrgicamente, sabemos que casi el 60% de la muestra presenta una obesidad que comienza en la infancia, con una media de peso más bajo alcanzado de 87 kilos, mantenido como mucho alrededor de los 2 años.

Los pacientes afirman que el tiempo en el que se han mantenido con su peso principal es alrededor de los 8 años, afirmando un 100% de la muestra estar a dieta por ellos mismos en el pasado y en la actualidad, normalmente con un éxito moderado. Además, como se ha podido ver en los Gráficos, la casi totalidad de la muestra se ha sometido a diversas dietas y aunque han perdido peso lo han terminado recuperando.

Diecisiete pacientes afirmaron haber tenido atracones en el pasado y haber realizado conductas compensatorias, por lo que podríamos hablar de pacientes con Bulimia Nerviosa o con un TCANE (Trastorno de la conducta alimentaria no especificado) debido a que no se cumple la frecuencia o todos los criterios.

Además, alrededor del 60% afirman picar mientras cocinan o están de pié en la cocina y comer más rápido que la mayoría. Un 40% dice que come sin tener hambre, muchas veces los pacientes señalan que comen por ansiedad, aburrimiento o tristeza. Y un 50% toma bebidas carbonatadas, pero casi el 100% de la muestra afirma beber alrededor de 2 litros de agua diarios.

Con respecto a los hábitos de ejercicio físico, antes de operarse casi el 80% de la muestra señalan no realizar ningún deporte, y un 61% pasa de 1 a 3 horas delante de la TV o de algún videojuego. El 30% no camina nada y un 45% camina alrededor de 30 minutos. El 60% pasa cerca de 3 horas sentados diariamente, datos no muy elevados frente al 3% que dice estar más de 15 horas sentados debido a la obesidad.

## 4. RESULTADOS II: ANÁLISIS DESCRIPTIVO GENERAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EVALUADAS EN LOS PACIENTES OBESOS

En este capítulo se presentan, por una parte, los resultados relativos a la bondad (fiabilidad) de las variables empleadas en la investigación. Por otra, se ofrece un análisis descriptivo sobre las relaciones que éstas mantienen en la muestra de pacientes antes de haber sido intervenidos quirúrgicamente.

### 4.1. Fiabilidad de las variables utilizadas en la investigación

De acuerdo con George y Mallery (1995), la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias. Normalmente los instrumentos empleados en las ciencias sociales se pueden considerar fiables si, con independencia de quién los administre y del modo en que se haga, se obtienen resultados similares. En este trabajo cobra especial importancia el establecimiento de un tipo de fiabilidad, i.e., aquella que nos va informar de la fortaleza de las variables que manejamos. Para su estimación se ha calculado el coeficiente *alfa* ( $\alpha$ ) de Cronbach. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada, aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cual es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no. Según George y Mallery (1995), el *alfa* de Cronbach por debajo de 0,50 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,50 y 0,60 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,60 y 0,70 se estaría ante un nivel débil; entre 0,70 y 0,80 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,80-0,90 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,90 sería excelente. Se trata de un criterio de clasificación duro, si tenemos en cuenta que, por lo general, las variables oréticas o emocionales se asocian con índices de consistencia interna más bajos que las variables de carácter cognitivo, con especial referencia a las evaluadas por los tests de inteligencia.

En la Tabla 1 se recogen los coeficientes de fiabilidad (consistencia interna) que se han obtenido para las escalas evaluadas por los distintos cuestionarios empleados en la investigación. Este estudio es importante porque la fiabilidad influirá en el nivel de generalizabilidad de los resultados aquí obtenidos.

Tabla 1. Indicadores de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) correspondientes al conocimiento previo de la operación medidos con la Entrevista Boston antes de la intervención (N = 60).

ENTREVISTA BOSTON	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
	$\alpha$	A	$\alpha$
COMPRESIÓN DEL PROCEDIMIENTO	.96	- / -	- / -
CUIDADOS NECESARIOS	.97	- / -	- / -
RESTRICCIONES POSTOPERATORIAS	.97	- / -	- / -
PUNTUACIÓN TOTAL EN CONOCIMIENTO	.96	- / -	- / -
MOTIVACIÓN	.80	- / -	- / -
EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	.81	- / -	- / -

Podemos observar en los resultados que aparecen en la Tabla 1, que la prueba que evalúa los conocimientos que los pacientes tienen sobre la operación, así como los cuidados que serán necesarios y las restricciones postoperatorias, presenta una fiabilidad excelente.

La fiabilidad medida en las preguntas de evaluación acerca de la motivación y expectativas de resultados es buena, pero no llega a ser excelente como la anteriormente citada.

La Tabla 2, muestra los resultados sobre fiabilidad obtenidos con las escalas de los cuestionarios COPE y MOS, que al igual que la Entrevista Boston, fueron administrados únicamente antes de la operación.

En referencia a esta Tabla, la fiabilidad correspondiente al factor de afrontamiento conductual centrado en el problema roza el nivel aceptable. Lo que no cabe duda es que el factor de escape conductual da lugar a un  $\alpha$  de Cronbach muy bajo ( $\alpha = 0,47$ ), esto invita a suprimir esta variable de los análisis que serán presentados posteriormente. El resto de coeficientes oscilan entre buenos y aceptables a excepción del relativo al consumo de drogas que alcanza un valor excelente ( $\alpha = 0,94$ ).

Tabla 2. Indicadores de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para las escalas correspondientes al COPE y al MOS antes de la operación. (N = 60).

C.O.P.E.	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL CENTRADO EN EL PROBLEMA	11	.69	- / -	- / -
AFRONTAMIENTO COGNITIVO DEL PROBLEMA	15	.78	- / -	- / -
ESCAPE COGNITIVO	11	.79	- / -	- / -
AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LAS EMOCIONES	12	.88	- / -	- / -
ESCAPE CONDUCTUAL	7	.47	- / -	- / -
CONSUMO DE DROGAS	4	.94	- / -	- / -

<b>M.O.S.</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>APOYO EMOCIONAL- INFORMACIONAL</b>	10	.94	- / -	- / -
<b>APOYO AFECTIVO</b>	5	.84	- / -	- / -
<b>APOYO INSTRUMENTAL</b>	4	.87	- / -	- / -
<b>PUNTUACIÓN TOTAL EN APOYO EMOCIONAL</b>	19	.95	- / -	- / -

En cuanto a los factores y puntuación total del cuestionario de apoyo social los coeficientes se localizan entre buenos y excelentes.

En la Tabla 3 se muestran los resultados para una parte de las variables que fueron evaluadas en la investigación en tres ocasiones.

**Tabla 3. Indicadores de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para las escalas correspondientes a los cuestionarios TFEQ, BSQ y SF-36: antes de la operación, a los 6 meses y al año. (N = 60).**

<b>T.F.E.Q.</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>RESTRICCIÓN</b>	20	.70	.72	.66
<b>DESINHIBICIÓN</b>	25	.89	.84	.87

<b>B.S.Q.</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>INSATISFACCIÓN CORPORAL</b>	20	.95	.95	.95
<b>PREOCUPACIÓN POR EL PESO</b>	14	.92	.94	.94
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	34	.97	.97	.97

<b>S.F.-36</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO</b>	10	.89	.94	.94
<b>ROL FÍSICO</b>	4	.87	.89	.95
<b>DOLOR</b>	2	.90	.87	.81
<b>SALUD GENERAL</b>	5	.81	.80	.80
<b>VITALIDAD</b>	4	.79	.79	.84
<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL</b>	2	.87	.82	.75
<b>ROL EMOCIONAL</b>	3	.87	.88	.90
<b>SALUD MENTAL</b>	5	.81	.86	.85
<b>SALUD FÍSICA (funcionamiento físico+rol físico+dolor+salud general+vitalidad)</b>	25	.93	.94	.91
<b>SALUD MENTAL (salud general+vitalidad+funcionamiento social+rol emocional+salud mental)</b>	19	.91	.91	.91

Como se desprende de la Tabla 3, con respecto al cuestionario TFEQ., los coeficientes de fiabilidad correspondientes a los dos factores que evalúa la prueba son satisfactorios en los tres pases, mejores para el factor de desinhibición que para el de restricción.

Por lo que se refiere al BSQ., los datos que nos muestra la tabla, señalan una fiabilidad excelente en los tres pases, en los dos factores y como correlato en la puntuación total obtenida en el cuestionario.

En cuanto al SF-36, los datos son aceptables y buenos en los diferentes factores, pero excelentes en las escalas globales que miden Salud Mental y Salud Física. Entre las variables evaluadas por este cuestionario, cabe destacar la escala de funcionamiento físico con una fiabilidad excelente en los tres pases.

La Tabla 4 muestra los coeficientes de fiabilidad relativos al resto de escalas que fueron evaluadas en las tres ocasiones.

En esta Tabla, los índices obtenidos oscilan entre buenos y excelentes. Podemos observar que el Índice de Gravedad Global (IGG) que hace referencia a los 90 ítems de la prueba, presenta una fiabilidad excelente en los tres pases.

**Tabla 4. Indicadores de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para las escalas correspondientes a la SCL-90: antes de la operación, a los 6 meses y al año. (N = 60).**

<b>S.C.L.-90</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>SOMATIZACIÓN</b>	12	.91	.91	.88
<b>OBSESIÓN-COMPULSIÓN</b>	10	.91	.90	.90
<b>SENSIBILIDAD INTERPERSONAL</b>	9	.90	.87	.87
<b>DEPRESIÓN</b>	13	.93	.94	.93
<b>ANSIEDAD</b>	10	.93	.91	.92
<b>HOSTILIDAD</b>	6	.84	.76	.82
<b>ANSIEDAD FÓBICA</b>	7	.83	.80	.79
<b>IDEACIÓN PARANOIDE</b>	6	.85	.78	.79
<b>PSICOTICISMO</b>	10	.88	.86	.83
<b>DEPRESIÓN MELANCÓLICA</b>	7	.73	.75	.73
<b>ÍNDICE DE GRAVEDAD GLOBAL</b>	90	.99	.98	.98

<b>AUTOESTIMA DE ROSENBERG</b>	<b>NºÍTEMS</b>	<b>ANTES</b>	<b>SEIS MESES</b>	<b>UN AÑO</b>
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>AUTOESTIMA</b>	10	.86	.82	.84

Con respecto al Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, la fiabilidad referida en la Tabla 4, en los tres pases del cuestionario, es buena si seguimos la clasificación de George y Mallery (1995).

## 4.2. Análisis estructural

En este apartado se expone el panorama descriptivo de las relaciones que mantienen las diferentes variables consideradas en la muestra de pacientes obesos. En un primer momento se mostrarán los coeficientes de correlación simples ( $r$  de Pearson) entre todas ellas. En segundo lugar, y a modo de resumen, se ofrece la estructura factorial emergente. Estos resultados se corresponden con todas las variables que fueron evaluadas antes de que el paciente fuese sometido a la intervención quirúrgica.

### 4.2.1. Análisis bivariado

A continuación se presentan en distintos sub-apartados y de forma ordenada los coeficientes de correlación obtenidos. Como modo de ordenar los resultados se expondrán sucesivamente los coeficientes obtenidos con un instrumento en relación con el resto.

#### 4.2.1.1. Entrevista Boston

En las Tabla 5, 6, 7, 8 y 9 se presentan las matrices de correlaciones de las variables consideradas a partir de la Entrevista Boston (ver Capítulo 2) con el resto de las evaluadas.

Tabla 5. Matriz de correlaciones de la Entrevista Boston consigo misma (N=60).

	Comprensión procedimiento	Cuidados necesarios	Restricciones	Comprensión Puntuación total	Motivación	Expectativas
Comprensión procedimiento						
Cuidados necesarios	<b>.68***</b>					
Restricciones	<b>.64***</b>	<b>.71***</b>				
Comprensión puntuación total	<b>.84***</b>	<b>.89***</b>	<b>.92***</b>			
Motivación	-.06	-.02	-.05	-,05		
Expectativas	<b>.46***</b>	<b>.44***</b>	<b>.44***</b>	<b>.52***</b>	.18	



Tabla 6. Matriz de correlaciones de la Entrevista Boston con otras variables (IMC, TFEQ, BSQ y Autoestima) (N=60).

	IMC	TFEQ restricción	TFEQ desinhibición	BSQ insatisfacción	BSQ preocup peso	Autoestima
<b>Comprensión procedimiento</b>	-.20	-.18	.02	.12	.11	-.07
<b>Cuidados necesarios</b>	-.16	-.14	-.01	.17	.17	-.06
<b>Restricciones</b>	-.09	-.07	.01	.17	.13	-.03
<b>Comprensión puntuación total</b>	-.16	-.14	.01	.18	.16	-.06
<b>Motivación</b>	.02	<b>.36**</b>	<b>.30*</b>	<b>.51***</b>	<b>.49***</b>	<b>-.35**</b>
<b>Expectativas</b>	-.16	.04	.04	<b>.37**</b>	<b>.37**</b>	-.14

Tabla 7. Matriz de correlaciones de la Entrevista Boston con el Cuestionario SCL-90 (N=60).

	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obs-compul	SCL-90 Suscep-interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depres melancólica
<b>Comprensión procedimiento</b>	-.09	-.02	.11	.12	.04	.07	.08	.08	-.01	.06
<b>Cuidados necesarios</b>	.01	.07	.19	.14	-.00	.01	.01	.14	.02	-.00
<b>Restricciones</b>	-.06	.04	.09	.03	-.04	-.04	.05	.15	-.03	-.06
<b>Comprensión puntuación total</b>	-.05	.03	.14	.10	-.01	.01	.05	.14	-.01	-.01
<b>Motivación</b>	<b>.39**</b>	<b>.45***</b>	<b>.37**</b>	<b>.42**</b>	<b>.43**</b>	.22	<b>.34**</b>	<b>.35**</b>	<b>.37**</b>	<b>.49***</b>
<b>Expectativas</b>	.15	.23	.25	.25	.24	.19	.19	.22	.23	.18

Tabla 8. Matriz de correlaciones de la Entrevista Boston con las variables de los Cuestionarios COPE y MOS (N=60).

	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>Comprensión procedimiento</b>	.07	-.08	-.17	-.11	.04	-.01	-.13	-.04
<b>Cuidados necesarios</b>	.01	-.10	-.22	-.13	.06	.07	-.01	.06
<b>Restricciones</b>	.14	-.07	-.23	-.10	-.13	.03	-.11	-.02
<b>Comprensión puntuación total</b>	.09	-.09	-.24	-.13	-.03	.04	-.09	-.09
<b>Motivación</b>	-.14	-.13	<b>.27*</b>	.04	.23	-.21	-.11	-.12
<b>Expectativas</b>	.21	-.17	-.11	.11	-.09	.06	-.11	.10

Tabla 9. Matriz de correlaciones de la Entrevista Boston con el Cuestionario SF-36 (N=60).

	SF Funcionam físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionam social	SF Rol emocional	Salud mental
<b>Comprensión procedimiento</b>	.20	.06	.10	.11	.08	-.00	.00	-.12
<b>Cuidados necesarios</b>	.14	-.04	-.08	-.09	-.03	-.07	-.09	-.04
<b>Restricciones</b>	.07	.10	-.02	.02	.07	-.05	.08	-.06
<b>Comprensión puntuación total</b>	.14	.05	-.00	.02	.05	-.05	.01	-.08
<b>Motivación</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.30*</b>	-.19	-.22	<b>-.42**</b>	<b>-.30*</b>	-.21	<b>-.40**</b>
<b>Expectativas</b>	.13	-.03	-.09	-.01	-.14	-.25	-.12	-.24

Los resultados más relevantes serían los siguientes:

- (a) Las tres variables relativas al conocimiento del paciente (comprensión del procedimiento quirúrgico, cuidados necesarios y restricciones dietéticas en el post-operatorio) correlacionan de modo elevado entre sí con niveles de significación iguales o superiores a  $p < .001$ , por lo que en análisis posteriores la puntuación total

en conocimiento puede utilizarse como un buen indicador del nivel de conocimientos general del paciente. A su vez este conocimiento antes de la operación es independiente de todo el resto de variables evaluadas. Asimismo el nivel de conocimientos del paciente covaría fuerte y positivamente con las expectativas previas sobre los resultados de la operación (coeficientes con valores de  $p < .001$ )

- (b) Las motivaciones previas del paciente (mejoras en la salud, la apariencia, etc.) para someterse a la operación covarían de modo fuerte y positivo (niveles de  $p < .001$ ) con la percepción de la imagen corporal, con los síntomas obsesivo compulsivos y con la depresión melancólica. También los coeficientes son positivos, aunque más moderados (por lo general coeficientes con un valor de  $p < .01$ ) con la conducta de alimentación y con el resto de escalas evaluadas por la SCL-90. Como se verá en el próximo capítulo de resultados ambos parámetros mejoran significativamente tras la intervención. Por otro lado, la tendencia significativa y negativa que se registra con algunas de las variables relacionadas con la calidad de vida es consonante con las motivaciones previas de los pacientes para mejorar la misma. Así, la mayor motivación para someterse a la operación correlaciona negativamente con las limitaciones en el funcionamiento y rol físicos, con la menor vitalidad y limitaciones en el funcionamiento social así como con una peor salud mental evaluada por el Cuestionario SF-36. También, la motivación más fuerte se relaciona con una menor autoestima ( $r = -0,35$ ). Finalmente, las motivaciones del paciente para someterse a la operación son independientes del apoyo social percibido y de sus estrategias de afrontamiento al estrés. En este último caso se aprecia únicamente un coeficiente positivo aunque débil con el factor de escape cognitivo ( $r=0,27, p < .05$ ).
- (c) A excepción de los coeficientes positivos con las motivaciones para someterse a la operación mencionados más arriba, las expectativas sobre los resultados de la misma son independientes del resto de variables evaluadas.

#### 4.2.1.2 Cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (TFEQ)

En las Tablas 10, 11, 12 y 13 se muestran los coeficientes entre los dos factores que ilustran la conducta de alimentación característica de los pacientes antes de la operación y el resto de variables evaluadas.

**Tabla 10. Matriz de correlaciones del cuestionario TFEQ con otras variables (IMC, Boston, BSQ, Autoestima y consigo mismo) (N=60).**

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	BSQ insatisfacción	BSQ preocup peso	Autoestima
TFQ Restricción	-.00	—	.04	.50***	.47***	-.10
TFEQ Desinhibición	-.27	.04	—	.30*	.33**	-.46***

Tabla 11. Matriz de correlaciones del cuestionario TFEQ con el Cuestionario SCL-90 (N=60).

	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obs-compul	SCL-90 Suscep-interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depres melancólica
<b>TFEQ Restricción</b>	<b>.37**</b>	<b>.40**</b>	<b>.28*</b>	<b>.29*</b>	<b>.40**</b>	.18	<b>.36**</b>	<b>.45***</b>	<b>.26*</b>	<b>.45***</b>
<b>TFEQ Desinhibición</b>	<b>.49***</b>	<b>.48***</b>	<b>.50***</b>	<b>.50***</b>	<b>.44**</b>	<b>.41**</b>	<b>.42**</b>	<b>.44**</b>	<b>.47***</b>	<b>.42**</b>

Tabla 12. Matriz de correlaciones del cuestionario TFEQ con otras variables (COPE y MOS) (N=60).

	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>TFEQ Restricción</b>	.01	-.07	.28	.03	.08	-.16	-.04	-.18
<b>TFEQ Desinhibición</b>	-.24	-.09	<b>.26*</b>	-.15	.21	<b>.39**</b>	<b>-.30*</b>	-.12

Tabla 13. Matriz de correlaciones del cuestionario TFEQ con otras variables (SF-36 y MOS) (N=60).

	SF Funcionam físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionam social	SF Rol emocional	Salud mental
<b>TFEQ Restricción</b>	<b>-.26*</b>	<b>-.40**</b>	-.19	<b>-.31*</b>	-.18	<b>-.30*</b>	-.23	-.24
<b>TFEQ Desinhibición</b>	<b>-.50***</b>	<b>-.37**</b>	<b>-.38**</b>	<b>-.42**</b>	<b>-.32*</b>	<b>-.43**</b>	-.17	<b>-.37**</b>

Los resultados que refieren las tablas anteriormente citadas, serían los siguientes:

- (a) El factor de restricción, relativo al Cuestionario TFEQ, tiene una correlación positiva y significativa con los factores del BSQ, insatisfacción corporal y preocupación por el peso, siendo los niveles de significación iguales o superiores a  $p < .001$ . El factor de desinhibición también correlaciona positivamente, aunque de forma moderada (con un valor de  $p < .01$ ) con los factores del BSQ. La correlación de este factor con la variable autoestima, presenta una puntuación negativa y altamente significativa. Podríamos señalar que a mayor desinhibición con respecto a la comida, la autoestima es menor.

La correlación entre ambos factores del cuestionario de alimentación es muy baja y por tanto, no es relevante.

- (b) En la Tabla 11, el factor de restricción correlaciona positiva y significativamente ( $p < .001$ ) con las variables del SCL-90 que hacen referencia a la ideación paranoide y a la depresión melancólica, también lo hace, aunque con una puntuación menor ( $p < .01$ ), con ansiedad, somatización y obsesión-compulsión. Aquí es coherente señalar lo que refieren los pacientes, a mayor restricción con la comida mayor ansiedad y mayor obsesión por ella. Con respecto al factor de desinhibición, la correlación es muy alta y positiva con el factor de somatización, obsesión-compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo, aunque también correlaciona con otras variables del SCL-90 de forma más moderada. Algunos pacientes señalaron a lo largo de las entrevistas sentimientos de culpa (depresión) y de obsesión cuando tenían una conducta desinhibida con respecto a la comida.

En la Tabla 12 podemos observar que las correlaciones con las variables de afrontamiento y apoyo social percibida no son significativas con respecto a la conducta alimentaria, aunque podríamos destacar la correlación positiva y significativamente moderada  $p < .01$ , de la variable apoyo emocional con el factor de desinhibición.

- (c) La correlación negativa y significativa ( $p < .001$ ) existente entre el factor de desinhibición y el factor de funcionamiento físico del cuestionario SF-36, nos indica, que a mayor desinhibición con respecto a la alimentación, peor o menor funcionamiento físico en el área de calidad de vida del paciente antes de la intervención quirúrgica. También correlaciona negativamente este factor, pero de

forma moderada, con los factores de rol físico, dolor, salud general, funcionamiento social, salud mental, y apoyo emocional. Estos resultados nos señalan la influencia negativa que tiene el aumento de desinhibición alimentaria, sobre los aspectos anteriormente mencionados correspondientes a la calidad de vida del sujeto antes de ser intervenido quirúrgicamente.

El factor restrictivo correlaciona negativamente y de manera moderada con la variable rol físico, con el resto de variables no se puede hablar de significación.

#### 4.2.1.3. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

En las Tablas 14, 15, 16 y 17 podemos observar las correlaciones del Cuestionario BSQ con el resto de variables, que todavía no han sido analizadas con esta misma prueba, antes de la operación.

Tabla 14. Matriz de correlaciones del cuestionario BSQ medido con otras variables (IMC, Autoestima y consigo mismo) (N=60).

	IMC	Autoestima	BSQ Insatisfacción	BSQ Preocup peso
BSQ Insatisfacción corporal	-.10	-.38***	—	.95***
BSQ Preocupación por el peso	-.18	-.38***	.95***	—

Tabla 15. Matriz de correlaciones del cuestionario BSQ con el Cuestionario SCL-90 (N=60).

	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obse-compul	SCL-90 Suscep-interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depres melancólica
BSQ Insatisfacción	.61***	.64***	.65***	.65***	.66***	.52***	.57***	.70***	.61***	.61***
BSQ Preocupación por el peso	.60***	.64***	.64***	.61***	.66***	.54***	.57***	.68***	.60***	.56***

Tabla 16. Matriz de correlaciones del cuestionario BSQ con otras variables (COPE y MOS) (N=60).

	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>BSQ Insatisfacción</b>	-0.09	-.10	.21	.01	.11	<b>-.33*</b>	<b>-.31*</b>	<b>-.29*</b>
<b>BSQ Preocupación por el peso</b>	-0.09	-.07	<b>.26*</b>	.06	.15	<b>-.27*</b>	-.22	<b>-.27*</b>

Tabla 17. Matriz de correlaciones del cuestionario BSQ con el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (N=60).

	SF Funcionamiento físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionamiento social	SF Rol emocional	Salud mental
<b>BSQ Insatisfacción</b>	-.23	<b>-.43**</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.43**</b>	<b>-.39**</b>	<b>-.55***</b>	<b>-.39**</b>	<b>-.49***</b>
<b>BSQ Preocupación por el peso</b>	-.17	<b>-.41**</b>	<b>-.33*</b>	<b>-.40**</b>	<b>-.40**</b>	<b>-.49***</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.50***</b>

De las Tablas 14, 15, 16 y 17 los resultados más relevantes serían:

- (a) Las dos variables del Cuestionario BSQ, preocupación por el peso e insatisfacción corporal, correlacionan entre sí de forma positiva y altamente significativa ( $r=.95$ ) siendo ambos factores un elemento predictivo importante sobre la preocupación que tienen los pacientes acerca de su imagen corporal antes de la intervención quirúrgica. Esta correlación tan alta, refleja que a mayor preocupación por el peso mayor insatisfacción corporal.  
Con respecto a la variable autoestima, la correlación es altamente significativa y negativa en relación a ambos factores, la  $r$  de Pearson ( $r=-0,38$ ) indica que a mayor preocupación por el peso e insatisfacción corporal, menor autoestima o deterioro en ella.
- (b) Cabe destacar la correlación altamente significativa y positiva que existe entre el cuestionario BSQ, y el cuestionario SCL-90. Ambos factores del BSQ correlacionan con una significación de  $p<.005$  con somatización, obsesión-compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y depresión melancólica. Aunque todas las variables son significativas, llama la atención la correlación que existe entre la

insatisfacción y la ideación paranoide y la ansiedad de los pacientes obesos mórbidos.

- (c) La insatisfacción corporal covaría débilmente y negativamente ( $p < .05$ ) con las variables de apoyo social percibido por los pacientes antes de la operación. La preocupación por el peso también correlaciona de la misma forma con las variables de apoyo emocional y apoyo instrumental.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento medidas con el COPE, únicamente correlaciona débilmente la variable escape cognitivo con la preocupación por el peso.

Con respecto a la correlación que existe entre el BSQ y las variables de calidad de vida, destaca la correlación negativa y altamente significativa ( $p < .001$ ) de la insatisfacción corporal y de la preocupación por el peso, con el funcionamiento social y la salud mental. Estos datos corroboran lo que la mayoría de pacientes nos indican, a mayor insatisfacción y preocupación por el peso, menor es el funcionamiento social y peor es la calidad a nivel de salud mental debido a este deterioro social.

Las variables insatisfacción corporal y preocupación por el peso también covarían de forma negativa, aunque moderadamente ( $p < .01$ ) con las variables de rol físico, dolor, salud general, vitalidad, y rol emocional.

#### 4.2.1.4. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg

En las Tablas 18, 19 y 20 se muestran los coeficientes de Autoestima de los pacientes antes de la operación y el resto de variables evaluadas.

**Tabla 18. Matriz de correlaciones del cuestionario de Autoestima de Rosenberg medido con el IMC y el Cuestionario SCL-90 (N=60).**

	IMC	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obse-compul	SCL-90 Suscep-interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depres melancólica
<b>Autoestima</b>	.15	-.45***	-.52***	-.64***	-.63***	-.52***	-.46***	-.48***	-.57***	-.58***	-.54***

**Tabla 19. Matriz de correlaciones del cuestionario de Autoestima de Rosenberg con el Cuestionario COPE y MOS (N=60).**

	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>Autoestima</b>	.17	.08	-.27*	.07	-.18	.45***	.24	.13



Tabla 20. Matriz de correlaciones del cuestionario de Autoestima de Rosenberg con el Cuestionario SF-36 (N=60).

	SF Funcionam físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionam social	SF Rol emocional	Salud mental
Autoestima	<b>.35**</b>	<b>.27*</b>	.14	<b>.38**</b>	<b>.44***</b>	<b>.41**</b>	.19	<b>.47***</b>

Los resultados que podemos extraer de estas tablas son los siguientes:

- (a) Con respecto al cuestionario SCL-90, la tabla 18 señala la correlación negativa y altamente significativa ( $p < .001$ ) que existe entre la variable Autoestima y el resto de factores que miden la sintomatología psicológica en general. Esta correlación nos servirá para poder señalar como predictor fiable que la sintomatología psicológica alta se acompaña de una peor autoestima, y que una sintomatología negativa baja mostrará, en los pacientes obesos antes de ser intervenidos, una mejor autoestima. No hay correlación significativa entre IMC y autoestima.
- (b) La correlación que existe entre el apoyo emocional y la autoestima es fuertemente significativa y positiva. Muchos pacientes señalan que tener un buen apoyo emocional favorece y mejora su autoestima. Con respecto a las estrategias de afrontamiento evaluadas antes de operarse, sólo existe una correlación débil y negativa ( $p < .05$ ) entre autoestima y escape cognitivo, con el resto de variables del Cuestionario COPE no hay correlación significativa.
- (c) En la tabla 20 podemos apreciar que las variables de vitalidad, y salud mental del Cuestionario SF-36 tienen una correlación alta y positiva con la variable autoestima. El funcionamiento social, el físico y la salud en general covarían positivamente con menor fuerza ( $p < .01$ ) y la variable de rol físico lo hace débilmente.

4.2.1.5. Cuestionario de Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de Derogatis

Tabla 21. Matriz de correlaciones del cuestionario SCL-90 medido consigo mismo y con el IMC (N=60).

	IMC	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obs-compul	SCL-90 Suscep-interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depres melancólica
SCL-90 Somatización	-.19										
SCL-90 Obsesión-compulsión	-.23	.85***									
SCL-90 Suscep. Interpersonal	-.16	.82***	.84***								
SCL-90 Depresión	-.16	.87***	.86***	.93***							
SCL-90 Ansiedad	-.25	.81***	.88***	.84***	.85***						
SCL-90 Hostilidad	-.23	.70***	.78***	.79***	.79***	.80***					
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.17	.68***	.74***	.78***	.76***	.84***	.74***				
SCL-90 Ideación paranoide	-.18	.76***	.85***	.87***	.81***	.80***	.73***	.81***			
SCL-90 Psicoticismo	-.23	.72***	.83***	.85***	.81***	.85***	.85***	.79***	.83***		
SCL-90 Depresión melancólica	-.12	.80***	.80***	.80***	.84***	.83***	.75***	.68***	.73***	.70***	

Tabla 22. Matriz de correlaciones del cuestionario SCL-90 con las variables del Cuestionario COPE y MOS (N=60).

	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
SCL-90 Somatización	-.19	-.17	.32*	.06	.12	-.39**	-.34**	-.35**
SCL-90 Obsesión-compulsión	-.14	-.11	.38**	.01	.27*	-.42**	-.36**	-.34**
SCL-90 Suscep. Interpersonal	-.15	-.12	.28*	.07	.16	-.47***	-.42**	-.32*
SCL-90 Depresión	-.24	-.18	.32*	.02	.24	-.49***	-.43**	-.35**
SCL-90 Ansiedad	-.24	-.21	.46***	-.02	.29*	-.44**	-.36**	-.39**
SCL-90 Hostilidad	-.25	-.21	.28*	-.03	.22	-.41**	-.49***	-.41**
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.19	-.13	.40**	-.04	.30*	-.43**	-.41**	-.36**
SCL-90 Ideación paranoide	-.06	-.04	.28*	.03	.14	-.42**	-.42**	-.33**
SCL-90 Psicoticismo	-.26*	-.20	.31*	-.06	.28*	-.51***	-.55***	-.33*
SCL-90 Depresión melancólica	-.23	-.26*	.36**	-.02	.12	-.39**	-.32*	-.30*

Tabla 23. Matriz de correlaciones del cuestionario SCL-90 con el Cuestionario SF-36 (N=60).

	SF Funcionam físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionam social	SF Rol emocional	Salud mental
SCL-90 Somatización	-.48***	-.65***	-.68***	-.74***	-.73***	-.71***	-.63***	-.71***
SCL-90 Obsesión-compulsión	-.39***	-.56***	-.49***	-.57***	-.66***	-.65***	-.55***	-.72***
SCL-90 Suscep. Interpersonal	-.34**	-.54***	-.46***	-.61***	-.65***	-.65***	-.54***	-.75***
SCL-90 Depresión	-.44***	-.63***	-.52***	-.63***	-.73***	-.77***	-.66***	-.77***
SCL-90 Ansiedad	-.32*	-.51***	-.38**	-.54***	-.59***	-.59***	-.58***	-.86***
SCL-90 Hostilidad	-.15	-.41**	-.35**	-.43**	-.50***	-.47***	-.53***	-.71***
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.27*	-.31*	-.25	-.56***	-.46***	-.56***	-.46***	-.74***
SCL-90 Ideación paranoide	-.36**	-.51***	-.44***	-.56***	-.52***	-.61***	-.51***	-.66***
SCL-90 Psicoticismo	-.27*	-.39**	-.36**	-.48***	-.50***	-.52***	-.50***	-.71***
SCL-90 Depresión melancólica	-.37**	-.63***	-.44***	-.53***	-.60***	-.60***	-.53***	-.71***

De las Tablas 21, 22 y 23, correspondientes a las correlaciones del Cuestionario SCL-90 con el resto de variables analizadas antes de la intervención, podemos destacar los siguientes comentarios:

- (a) Las variables del Cuestionario SCL-90 (somatización, obsesión-compulsión, ansiedad...) correlacionan entre sí de modo elevado y positivo con niveles de significación iguales o superiores a  $p < .001$ , esto quiere decir, que los datos que posteriormente obtengamos de este instrumento de evaluación nos aportarán resultados claros acerca de la sintomatología general y específica del paciente. El IMC no correlaciona con la sintomatología psicológica del paciente.
- (b) Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la única variable que correlaciona significativamente de forma elevada con el Cuestionario SCL-90, es la de escape cognitivo. Covaría positiva y fuertemente con la variable ansiedad, moderadamente con obsesión-compulsión, ansiedad fóbica y depresión melancólica y de forma débil ( $p < .05$ ) con somatización, susceptibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. La variable de consumo de drogas correlaciona positiva y débilmente con ansiedad y ansiedad fóbica. La variable apoyo emocional del Cuestionario MOS de apoyo social, correlaciona de forma elevada y negativa ( $p < .001$ ) con susceptibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo, de forma moderada y negativa ( $p < .01$ ) con somatización, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y depresión melancólica. El apoyo afectivo correlaciona fuerte y negativamente con hostilidad y psicoticismo, y con el resto de variables lo hace de forma moderada. Y el apoyo instrumental correlaciona moderadamente con las variables del SCL-90, a excepción de susceptibilidad interpersonal, psicoticismo y depresión melancólica que lo hace débilmente ( $p < .05$ ).
- (c) En relación al Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), la correlación a nivel general es buena. Todas las variables del SCL-90 correlacionan con las variables del SF-36. Las variables del SCL-90 somatización, susceptibilidad interpersonal, obsesión-compulsión, y depresión covarían negativa y fuertemente ( $p < .001$ ) con todas las variables del SF-36. La variable ansiedad lo hace de la misma forma excepto con dolor, que correlaciona moderadamente, y con funcionamiento físico que covaría débilmente. Hostilidad correlaciona negativamente y con una significación alta con vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Ansiedad fóbica y psicoticismo correlacionan con las mismas variables y de la misma forma añadiéndose salud general. Ideación paranoide y depresión melancólica correlacionan con todas las variables de forma elevada y negativa, a excepción del funcionamiento físico con el que correlacionan moderadamente ( $p < .01$ ).

#### 4.2.1.6. Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)

Las Tablas 24 y 25 nos muestran las correlaciones del Cuestionario SF-36 con el resto de variables, todavía no mencionadas, antes de la intervención quirúrgica.

Tabla 24. Matriz de correlaciones del cuestionario SF-36 con otras variables (IMC, COPE y MOS) (N=60).

	IMC	Afrontamiento conductual	Afrontamiento cognitivo	Escape cognitivo	Afrontamiento emocional	Consumo de drogas	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>SF-36 Funcionamiento físico</b>	-.15	.09	-.05	-.16	.10	.03	<b>.38**</b>	.23	.21
<b>SF-36 Rol físico</b>	.07	.14	.13	-.17	-.01	.04	.25	.17	.22
<b>SF-36 Dolor</b>	-.09	.06	-.05	-.09	-.13	.09	.14	.20	.12
<b>SF-36 Salud General</b>	-.08	.22	.07	<b>-.27*</b>	-.02	-.12	<b>.32*</b>	<b>.26*</b>	<b>.27*</b>
<b>SF-36 Vitalidad</b>	.04	-.01	.03	-.21	-.24	-.07	<b>.28*</b>	.20	<b>.26*</b>
<b>SF-36 Funcionamiento social</b>	-.02	.07	-.03	<b>-.29*</b>	-.09	-.05	<b>.29*</b>	.25	.16
<b>SF-36 Rol emocional</b>	.09	.18	.23	-.25	-.07	-.20	.21	<b>.28*</b>	<b>.27*</b>
<b>SF-36 Salud mental</b>	.22	.17	.19	<b>-.37**</b>	.01	<b>-.29*</b>	<b>.36**</b>	<b>.34**</b>	<b>.44***</b>

Tabla 25. Matriz de correlaciones del cuestionario SF-36 consigo mismo (N=60).

	SF Funcionamiento físico	SF Rol Físico	SF Dolor	SF Salud general	SF Vitalidad	SF Funcionamiento social	SF Rol emocional	Salud mental
<b>SF-36 Funcionamiento físico</b>								
<b>SF-36 Rol físico</b>	<b>.51***</b>							
<b>SF-36 Dolor</b>	<b>.55***</b>	<b>.65***</b>						
<b>SF-36 Salud General</b>	<b>.60***</b>	<b>.50***</b>	<b>.65***</b>					
<b>SF-36 Vitalidad</b>	<b>.56***</b>	<b>.60***</b>	<b>.59***</b>	<b>.63***</b>				
<b>SF-36 Funcionamiento social</b>	<b>.64***</b>	<b>.71***</b>	<b>.65***</b>	<b>.68***</b>	<b>.72***</b>			
<b>SF-36 Rol emocional</b>	.19	<b>.62***</b>	<b>.44***</b>	<b>.46***</b>	<b>.51***</b>	<b>.52***</b>		
<b>SF-36 Salud mental</b>	<b>.28*</b>	<b>.38**</b>	<b>.34**</b>	<b>.46***</b>	<b>.62***</b>	<b>.48***</b>	<b>.55***</b>	

De las Tablas mostradas anteriormente (Tablas 24 y 25) podemos sacar las siguientes conclusiones:

- (a) La variable escape cognitivo, dentro de las estrategias de afrontamiento del COPE, correlaciona de forma moderada y negativa con salud mental y débilmente con salud general. El consumo de drogas también lo hace débilmente con la última mencionada. Podríamos señalar que a menor capacidad de enfrentarse a una

situación con planes, estrategias, es decir, cuando la estrategia utilizada para salir de una situación es el escape cognitivo, la salud mental del paciente antes de la operación es más baja.

Con el resto de estrategias de afrontamiento, no existe correlación significativa. El apoyo emocional covaría moderada y positivamente con funcionamiento social y salud mental, y débilmente ( $p < .05$ ) con salud general, vitalidad y funcionamiento social.

El apoyo afectivo tiene una correlación moderada y positiva con salud mental, y baja con salud general y rol emocional.

Por último, el apoyo instrumental es la única variable que correlaciona fuertemente con la variable salud mental y débilmente con salud general, vitalidad y rol emocional.

- (b) La Tabla 25 nos muestra la correlación altamente significativa y positiva que existe entre las variables del SF-36, donde funcionamiento social y vitalidad son las que más correlacionan. Los pacientes señalan tras la operación que la pérdida de peso les lleva a tener mucha más vitalidad y ganas de hacer las cosas y a su vez, estas ganas les llevan a tener un mejor funcionamiento social. Sólo hay una correlación moderada entre dolor, y rol físico con salud mental, y débil entre funcionamiento físico y salud mental.
- (c) El IMC no correlaciona significativamente con las variables del SF-36.

#### 4.2.1.7. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE)

Las Tablas 26, y 27 nos muestran las correlaciones del Cuestionario que mide las Estrategias de Afrontamiento con otras variables antes de la operación de by-pass gástrico.

Tabla 26. Matriz de correlaciones del cuestionario COPE medido consigo mismo, y con el IMC (N=60).

	IMC	Afrontamiento Conductual	Afrontamiento Cognitivo	Escape Cognitivo	Afrontamiento Emocional	Consumo de drogas
Afrontamiento Conductual	.10					
Afrontamiento Cognitivo	.23	<b>.50***</b>				
Escape Cognitivo	-.09	-.21	.16			
Afrontamiento Emocional	.14	<b>.59***</b>	<b>.54***</b>	.07		
Consumo de drogas	<b>-.26*</b>	<b>-.45***</b>	-.04	<b>.56***</b>	<b>-.27*</b>	

Tabla 27. Matriz de correlaciones del Cuestionario COPE con el Cuestionario MOS (N=60).

	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>Afrontamiento Conductual</b>	<b>.47***</b>	<b>.32*</b>	.22
<b>Afrontamiento Cognitivo</b>	<b>.41**</b>	<b>.36**</b>	<b>.39**</b>
<b>Escape Cognitivo</b>	-.10	.04	-.11
<b>Afrontamiento Emocional</b>	<b>.49***</b>	<b>.36**</b>	<b>.40**</b>
<b>Consumo de drogas</b>	-.18	-.06	-.15

De las Tablas expuestas se desprenden los siguientes resultados:

- (a) El afrontamiento conductual correlaciona de forma altamente significativa ( $p < .001$ ) y positivamente con afrontamiento cognitivo y afrontamiento emocional y negativamente con consumo de drogas. La variable de escape cognitivo tiene una correlación alta y positiva con consumo de drogas. Los pacientes sin estrategias o que tienden al escape cognitivo tienen más probabilidad de recurrir a las drogas como técnica de evasión del problema.
- (b) El afrontamiento conductual y emocional correlaciona positiva y fuertemente con el apoyo emocional percibido por los pacientes antes de operarse. También existe correlación, pero moderada ( $P < .01$ ) entre afrontamiento cognitivo y apoyo emocional, y afrontamiento cognitivo y emocional con apoyo afectivo e instrumental. Podemos destacar la correlación débil ( $p < .05$ ) y negativa que existe entre el IMC y el consumo de drogas.

#### 4.2.1.8. Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Tabla 28. Matriz de correlaciones del cuestionario MOS medido consigo mismo, y con el IMC (N=60).

	IMC	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Apoyo instrumental
<b>Apoyo emocional</b>	.04			
<b>Apoyo afectivo</b>	-.02	<b>.81***</b>		
<b>Apoyo instrumental</b>	.17	<b>.59***</b>	<b>.56***</b>	



La Tabla 28 nos muestra las correlaciones entre sí, del Cuestionario de Apoyo Social percibido por los pacientes antes de ser intervenidos y la inexistente correlación significativa que hay entre el IMC y el apoyo social.

Las correlaciones del apoyo emocional con respecto al apoyo afectivo e instrumental son fuertemente significativas y positivas, al igual que ocurre con la variable apoyo afectivo respecto al apoyo instrumental.

### 4.3. Análisis multivariado

Con el fin de resumir el panorama de correlaciones encontradas entre las variables, se ha procedido a realizar un análisis factorial de ejes principales con rotación varimax (Kaiser). Dado el número de pacientes que componen la muestra ( $N = 60$ ) hemos reducido el número de variables que se han introducido en el análisis. En función del panorama correlacional presentado en el apartado anterior, se han incluido las puntuaciones totales en las variables de conocimientos de la Entrevista Boston, el BSQ, salud física y salud mental del SF-36 y el Índice de Gravedad Global de la SCL-90. El resto de variables quedan como estaban. De este modo el análisis factorial se ha ejecutado con un total de 19 variables a fin de no traicionar los supuestos respecto al número de sujetos por variable que debe cumplir este tipo de análisis.

En la Tabla 29 se presentan los resultados obtenidos con el análisis factorial.

El análisis ha dado lugar a una estructura en 5 factores con valores propios por encima de 1,00 que explican el 57,80% de la varianza. El primer factor con un valor propio de 5,52 explica un 18,46% de la varianza total y el 31,94% de la extraída por la rotación. El factor agrupa cinco variables: tres con signo positivo (calidad de vida física y mental y autoestima) y dos con signo negativo (gravedad global de los síntomas psicológicos generales y el factor de desinhibición).

El segundo factor con un valor propio de 2,72 explica un 15,32% de la varianza total y un 26,51% de la extraída por la rotación. El factor aglutina 6 variables. Por una parte nos encontramos con los tres factores evaluados por el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) y, por otra, con tres de los evaluados por el COPE: afrontamiento conductual (0,58), cognitivo (0,66) y emocional (0,76) centrados en el problema.

El tercer factor posee un valor propio de 1,99 y explica un 8,32% de la varianza total y un 14,40% de la extraída por la rotación. Tres variables son las que identifican al factor, correspondiéndose la saturación más alta con la restricción alimentaria (0,75) seguida por la percepción de la imagen corporal (0,58) y la motivación evaluada a través de la Entrevista Boston (0,39).

El cuarto factor con un valor propio de 1,58 explica el 8,07% de la varianza total y un 13,95% de la extraída por la rotación. El factor agrupa tres variables, dos con signo positivo que se corresponden con los dos factores restantes del Cuestionario COPE (escape cognitivo y consumo de drogas, que es la variable con saturación más alta, 0,79) y con saturación negativa aunque baja el IMC (-0,31).

**Tabla 29. Análisis factorial (ejes principales con rotación varimax) con las variables evaluadas en los pacientes antes de la operación (N = 60).**

	Factor					h <sup>2</sup>
	1	2	3	4	5	
IMC	.08	.11	.02	-.31	-.28	.19
Comprensión	.01	-.06	-.08	-.05	.64	.42
Motivación	-.36	-.03	.39	.18	.07	.32
Expectativas	-.15	.09	.15	-.09	.81	.72
TFEQ restricción	-.14	-.04	.75	.03	-.10	.56
TFEQ desinhibición	-.63	-.14	-.09	.23	.09	.48
BSQ PT	-.48	-.10	.58	.06	.30	.67
PCS	.74	.05	-.27	.10	.11	.65
MCS	.76	.10	-.37	-.11	.01	.73
IGG	-.82	-.19	.37	.13	.13	.88
Autoestima	.60	.11	-.03	-.18	-.12	.42
PCOPE1	.10	.58	.05	-.45	.13	.57
PCOPE2	-.04	.66	-.09	-.06	-.22	.50
PCOPE3	-.32	.14	.25	.58	-.25	.59
PCOPE4	-.14	.76	.12	-.26	-.05	.68
PCOPE6	-.12	-.13	.07	.79	-.06	.67
MOS apoyo emocional/informacional	.46	.78	-.02	.01	.10	.83
MOS apoyo afectivo	.39	.68	.00	.17	-.05	.65
MOS apoyo instrumental	.20	.60	-.22	.01	.06	.45
Valor Propio	5,52	2,72	1,99	1,58	1,21	
% varianza total	18,46	15,32	8,32	8,07	7,63	
% varianza extraída rotación	31,94	26,51	14,40	13,95	13,20	

**Nota.-** IMC= Índice de masa corporal; PCS= Sumatorio puntuación física MCS= Sumatorio puntuación mental IGG= Índice de gravedad global PCOPE1= Afrontamiento conductual PCOPE2= Afrontamiento cognitivo PCOPE3= Escape cognitivo PCOPE4= Afrontamiento emocional PCOPE6= Consumo de drogas

Por último, el quinto factor posee un valor propio de 1,21 y explica el 7,63% de la varianza total y el 13,20% de la extraída por rotación. Dos son las variables que identifican al factor, ambas correspondientes a la Entrevista Boston. Concretamente se trata de las variables de expectativas de resultados en relación con la operación y los conocimientos previos del paciente, con saturaciones respectivamente de 0,81 y 0,64.

#### 4.4. Conclusiones del análisis descriptivo

Los resultados presentados en este capítulo nos permiten ordenar las conclusiones en dos apartados generales: el estudio de la fiabilidad de las variables que han sido manejadas en la investigación, y las relaciones que mantienen éstas entre sí, lo que nos permitirá caracterizar psicológicamente a la muestra de pacientes con obesidad mórbida.

Respecto al estudio de *fiabilidad* destacamos las siguientes conclusiones:

(a) La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de las diferentes variables consideradas ha ofrecido resultados satisfactorios para la mayor parte de ellas. En todo caso, el estudio de la fiabilidad ha invitado a descartar de los análisis posteriores la variable de escape conductual correspondiente al Cuestionario COPE de Estrategias de Afrontamiento.

(b) Los coeficientes más elevados, por lo general muy cercanos o superiores a 0,90, se conectan con las variables de comprensión y conocimientos del paciente evaluados por la Entrevista Boston, el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), parte de las variables de síntomas psicológicos generales evaluados por la SCL-90, así como el Índice de Gravedad Global, y las puntuaciones globales en el SF-36 y el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (particularmente el apoyo emocional informacional). También dos de los factores del COPE (afrentamiento centrado en las emociones y consumo de drogas) arrojan coeficientes excelentes.

(c) Los coeficientes más moderados (valores entre 0,80-0,90) se conectan con el resto de variables evaluadas en la investigación, a excepción de los factores de restricción (TFEQ), depresión melancólica (SCL-90) y afrontamiento conductual centrado en el problema (COPE), variables que arrojan coeficientes que siendo satisfactorios se sitúan entre la banda de 0,70-0,80.

(d) Los coeficientes de consistencia interna de las variables que fueron evaluadas en las tres ocasiones (correspondientes a los cuestionarios TFEQ, BSQ, SF-36, SCL-90 y Autoestima) mantienen la misma pauta mencionada en los apartados a, b y c, con independencia del momento en que fueron evaluadas (antes de la operación, a los 6 meses y al año).

(e) En líneas generales se puede concluir que los índices de fiabilidad obtenidos en la mayor parte de las ocasiones igualan o superan en su calidad a los obtenidos con otras muestras de pacientes. Por ejemplo, los datos de fiabilidad obtenidos con el Cuestionario MOS son semejantes a los obtenidos en pacientes de atención primaria (Revilla et al., 2005) o a los obtenidos con personas infectadas por el VIH (Remor, 2003). Los que se relacionan con el BSQ son igual de satisfactorios que los obtenidos por Raich et al. (1996) en la muestra de adaptación para la población española de la prueba, aunque en esta muestra no se trataba de pacientes con obesidad mórbida. Incluso, los datos correspondientes al afrontamiento son semejantes a los de Crespo y Cruzado (1997), quienes en su estudio de adaptación del COPE también encontraron que el factor más débil ( $\alpha = 0,53$ ) era el de escape conductual. A la vez, los coeficientes obtenidos con el SF-36 son sustancialmente mejores que los obtenidos por Espinosa et al. (2002) con pacientes asmáticos. Quizás la excepción se encuentra en el TFEQ, donde los datos de consistencia interna informados por Sánchez-Carracedo et al. (1999) para la adaptación preliminar del cuestionario son un poco mayores que los obtenidos en nuestra investigación, si bien es cierto, que al igual que en nuestro caso, la consistencia interna del factor de desinhibición era más elevada que la del de restricción.

En cuanto a la *estructura relacional de las variables* podemos concluir que:

(a) Con respecto a la Entrevista Boston, destaca la alta correlación existente entre la motivación que tienen los pacientes obesos mórbidos antes de ser intervenidos, y la preocupación acerca de su imagen corporal. Estos datos nos confirman lo que se ha visto en numerosos estudios, a mayor insatisfacción corporal y preocupación corporal, mayor es el deseo de operarse. Faltaría ver en este estudio, si esa motivación influye en la pérdida de

peso, o como señala Libeton et al. (2004), esta motivación, no tiene nada que ver con la misma. Por otra parte, la pauta de covariación negativa que mantiene la motivación con la autoestima, el funcionamiento físico, la vitalidad y la salud mental del Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36) y positiva con la sintomatología evaluada por la SCL-90, se corresponde con lo que Pessina et al. (2001) observaron en sus investigaciones: hay pacientes que tienden a atribuir todos sus problemas a la obesidad, y depositan toda su motivación y expectativas en la operación para que sus problemas mejoren.

(b) Por lo que se refiere a la conducta alimentaria, se puede destacar la alta y consistente correlación entre los factores de insatisfacción corporal y el cuestionario de alimentación, principalmente, el factor restrictivo. Y la covariación inversa del factor de desinhibición con la autoestima y las diferentes áreas que mide el Cuestionario de Calidad de Vida. En consonancia con esto último, el factor desinhibitorio del TFEQ correlaciona positivamente con la sintomatología evaluada por la SCL-90. Como señala Guisado et al. (2001), los pacientes obesos mórbidos tratados quirúrgicamente que presentaban trastornos psiquiátricos, tenían unos patrones de alimentación más desestructurados (con predominancia de trastorno por atracón y desinhibición) que los que no los tenían.

(c) Donde también encontramos resultados interesantes, es con respecto a la imagen corporal, una alta preocupación por el peso o una elevada insatisfacción corporal se relaciona significativamente con una baja autoestima en el sujeto y con puntuaciones altas en la sintomatología medida por el cuestionario SCL-90. Estos valores corroboran resultados del estudio de Rosenberg et al. (2006), donde la insatisfacción corporal está asociada con una puntuación alta en depresión y con una baja en autoestima. En la misma línea, una puntuación baja en el Cuestionario de Calidad de Vida y en el Apoyo Social percibido por el paciente, se asocia con una alta preocupación por el peso y una elevada insatisfacción corporal, datos que corroboran el estudio de Dixon et al. (2002), donde se confirmaron que las puntuaciones altas con respecto a la preocupación por la imagen corporal de los obesos mórbidos, estaban asociados con puntuaciones muy bajas en la parte de salud mental, medida por el SF-36, y en las puntuaciones muy altas en insatisfacción corporal.

(d) Los resultados referentes a la autoestima de los pacientes obesos mórbidos antes de ser operados, correlacionan alta y negativamente con la sintomatología del SCL-90 y de modo coherente positivamente con las variables de calidad de vida. La autoestima se considera un excelente predictor de la depresión (Kernis, Granneman & Mathis, 1991) y de otros trastornos.

(e) La sintomatología del SCL-90 correlaciona positivamente con la variable escape cognitivo del cuestionario COPE. Asimismo, la covariación negativa entre las escalas de calidad de vida y los factores del cuestionario SCL-90, confirman lo que Callegari et al. (2005) sugirieron en su investigación, *i.e.*, que el cuestionario SF-36, especialmente la parte de valoración mental, puede ser utilizado para identificar pacientes con necesidad de intervención psicológica específica.

(f) El análisis factorial arrojó una estructura en 5 factores que explicó cerca del 58% de la varianza. El factor más potente (18,46% de la varianza) resume las relaciones encontradas entre autoestima, calidad de vida, síntomas psicológicos y desinhibición. El factor más débil de los extraídos (7,63% de la varianza) agrupó las variables de expectativas y conocimientos de la Entrevista Boston.

## 5. RESULTADOS III: EVOLUCIÓN DE LOS CAMBIOS REGISTRADOS EN LA SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

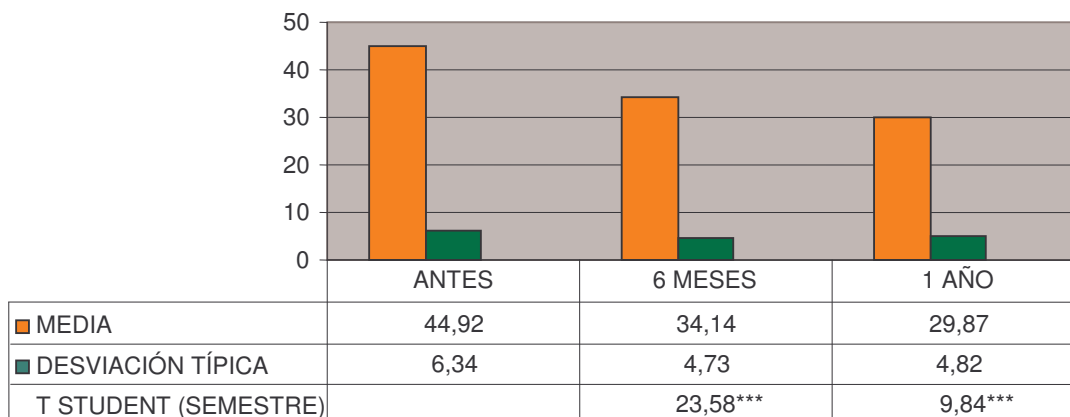
En este capítulo presentamos dos bloques de información. El primero, que es el que da nombre a este capítulo, tiene que ver con los cambios concomitantes a la intervención quirúrgica que se detectan en el bienestar físico y psicológico de los pacientes. Para analizar estos cambios se presentará el análisis de medias y las diferencias entre ellas en todas aquellas variables que fueron medidas en las tres ocasiones: antes de la operación, a los 6 y a los 12 meses de la misma. La prueba de diferencias que se utilizará en este caso será la “t” de Student para muestras relacionadas. En el segundo bloque nos interesa establecer el papel predictivo que desempeñan en ese bienestar físico y psicológico un conjunto de variables que fueron evaluadas antes de la operación. Las variables predictoras las hemos clasificado en dos grupos. En el primero, se analiza el papel predictivo de aquellas conectadas más estrechamente con el problema de obesidad de los pacientes, tales como las evaluadas por la Entrevista Boston y por el TFEQ. En el segundo nos ocupamos de aquellas que identifican rasgos más típicos de la personalidad de los pacientes que han participado en este estudio. Entre ellas incluimos la percepción de la imagen corporal (BSQ), los estilos de afrontamiento, el apoyo social percibido y el nivel de autoestima. Como estrategia metodológica se realizarán análisis de regresión múltiple (procedimiento *stepwise*).

### 5.1. Análisis de medias

Haciendo alusión a las hipótesis y objetivos generales de nuestro estudio, se hace primordial empezar con la comparación de medias de las diferentes variables analizadas. La primera de ellas y que afecta directamente a los distintos resultados del estudio, es el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes de la muestra. Como se expuso en el primer apartado de la investigación correspondiente a la introducción teórica, el I.M.C. resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros. Los cambios que se producen en este índice son una medida directa del peso del paciente, variable que según nuestras hipótesis, así como lo extraído en las diferentes revisiones bibliográficas, puede marcar la evolución del resto de variables que luego serán comentadas.

### 5.1.2. Índice de Masa Corporal (IMC)

Gráfico 43. Índice de Masa Corporal en los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 60).



En el Gráfico 43 vemos que la media del IMC antes de la operación es de 44,92, por lo que, estaríamos hablando de una obesidad de grado III o también denominada obesidad mórbida con gran riesgo para la salud del paciente.

A los 6 meses de la intervención quirúrgica de *by-pass* gástrico, la media del IMC ha descendido significativamente, ya que podemos hablar de una obesidad de grado I con un riesgo significativamente inferior para la salud del paciente.

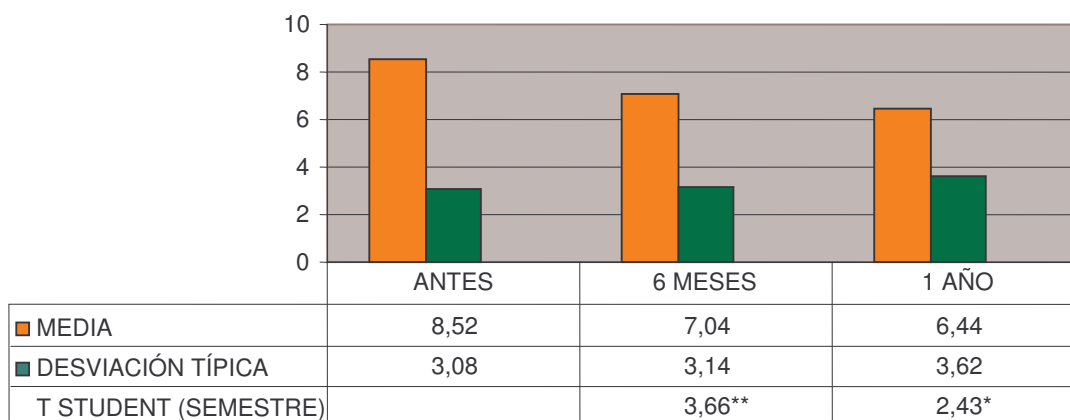
En el último pase de cuestionarios, la media del IMC nos ofrece unos resultados muy positivos, ya que la muestra de pacientes con obesidad mórbida, alcanza con éxito unos valores de sobrepeso al año de haber sido intervenidos.

En este mismo Gráfico podemos ver los valores de la t de Student con respecto a la variación significativa del IMC en los distintos momentos de su evaluación. La mayor pérdida de peso se produce entre el antes y los 6 primeros meses como muestra el valor de la “t”. Así, aunque los pacientes siguen perdiendo peso y la diferencia entre los 6 meses y el año sigue siendo significativa, el tamaño de la “t” es menor.

### 5.1.3. Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (TFEQ)

La restricción de la dieta se refiere a la tendencia de algunas personas a reducir conscientemente la ingesta alimentaria con el fin de controlar el peso corporal o bajar el mismo. Los comportamientos restrictivos se asocian con frecuencia a la pérdida de control sobre la hiperingesta y es por eso que la eliminación de la restricción inapropiada de alimentos, es uno de los objetivos de la terapia cognitiva conductual en algunos pacientes obesos. Es necesario tener siempre presente, que las prescripciones dietéticas tienden a aumentar la restricción.

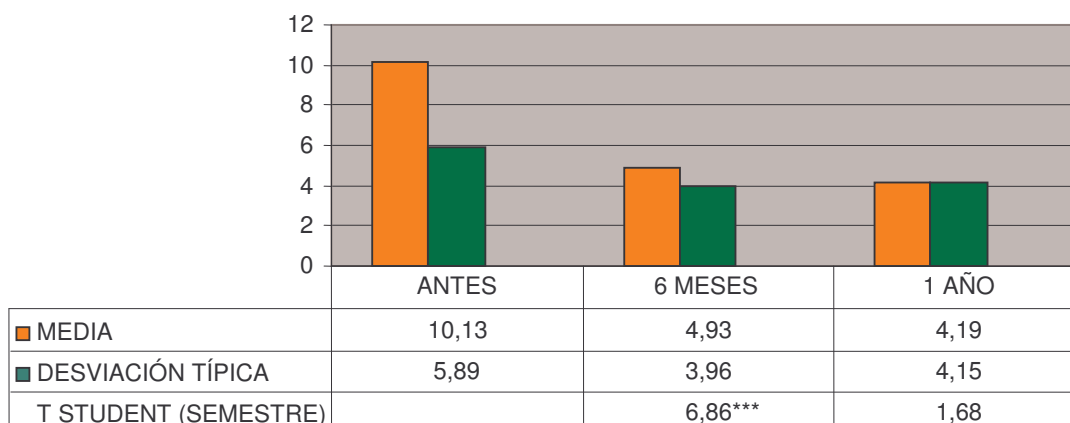
**Gráfico 44. Valores del factor Restricción correspondientes al Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 60).**



En el Gráfico 44, correspondiente al factor de restricción, la media de las puntuaciones medida antes, a los 6 meses y al año marca una clara e importante disminución paulatina de este factor restrictivo en los pacientes operados.

La puntuación media obtenida antes de la operación es 8,52. Si comparamos estos resultados con los obtenidos por Sánchez-Carracedo et al. (1999) en su estudio de la adaptación del TFEQ a la población española, estos se sitúan dentro de la población normal. Al año de la misma, los resultados son gratificantes, ya que la media muestral sigue estando dentro de la población normal con unos resultados más bajos.

**Gráfico 45. Valores del factor Desinhibición correspondientes al Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 60).**



En el Gráfico 45 podemos observar que la desinhibición del control de la ingesta evaluada en la muestra, varía significativamente entre antes de la operación y a los 6 meses de la misma. Al año, la media se mantiene muy próxima al valor que se alcanza a los 6 meses. Los resultados muestran que las puntuaciones de los pacientes obesos mórbidos se encuentran en el límite superior del intervalo de puntuaciones correspondiente a la

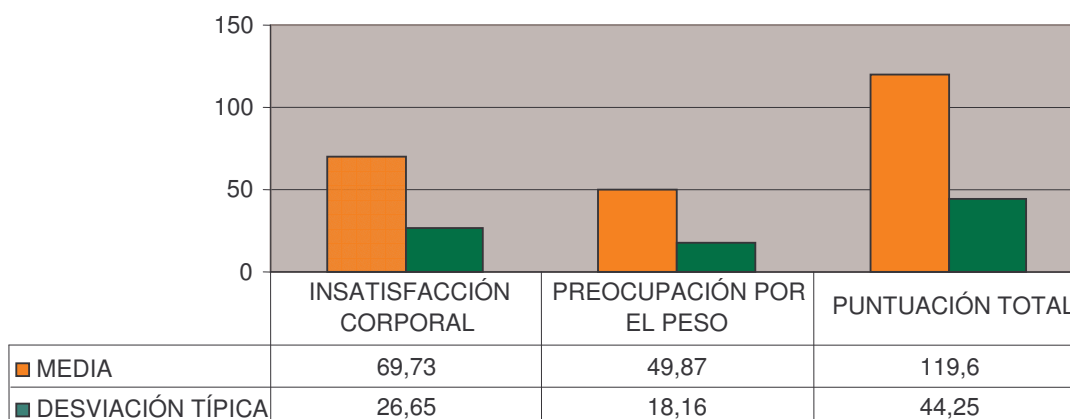
población normal. Teniendo en cuenta estudios previos, la población obesa y no obesa mantiene puntuaciones similares en el factor restrictivo pero en el factor de desinhibición los obesos puntúan significativamente más alto.

Al hablar de desinhibición se hace desde un punto de vista más cognitivo, que viene marcado por la restricción biológica que hemos visto en el factor anterior. En nuestra población la restricción causada por las dietas facilita el mecanismo de inhibición-desinhibición cognitiva que lleva a los sujetos a comer más y tener un peor control sobre los mecanismos de saciedad biológicos.

#### 5.1.4. Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Una de las variables que está directamente relacionada a nivel físico y mental con la pérdida de peso es la imagen corporal, que hace referencia a los cambios en la estructura mental que los pacientes obesos mórbidos tienen sobre ellos mismos antes de la operación y transcurrido el tiempo de la misma. Con respecto al factor de insatisfacción corporal, vemos en el Gráfico 46 que aparece a continuación, que antes de la operación, la insatisfacción corporal es elevada, y que al año de la misma ha disminuido también de modo significativo.

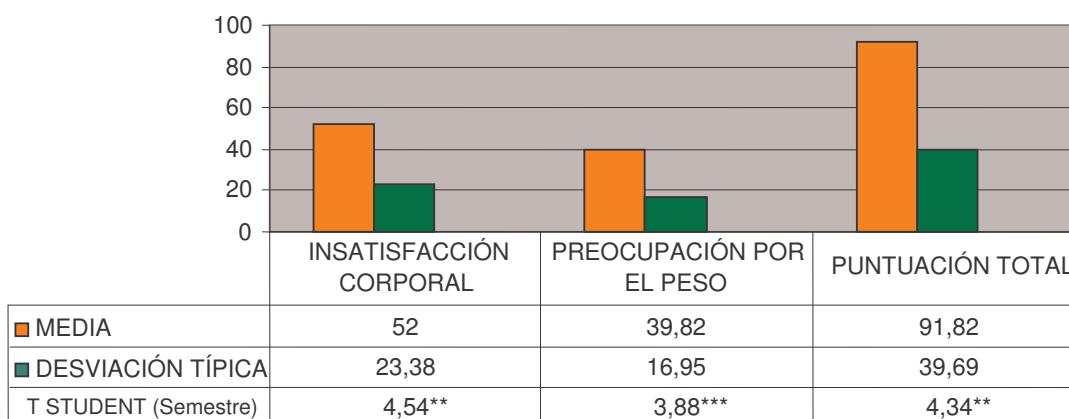
**Gráfico 46. Valores de Insatisfacción Corporal, Preocupación por el Peso, y Puntuación Total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 60).**



Los resultados que nos señala el Gráfico 46, indican que la puntuación total en la preocupación por la imagen corporal es alta. Con respecto a los dos factores en los que se divide el BSQ, la puntuación señala una importante preocupación por el peso, y una elevada insatisfacción corporal antes de someterse a la intervención quirúrgica.

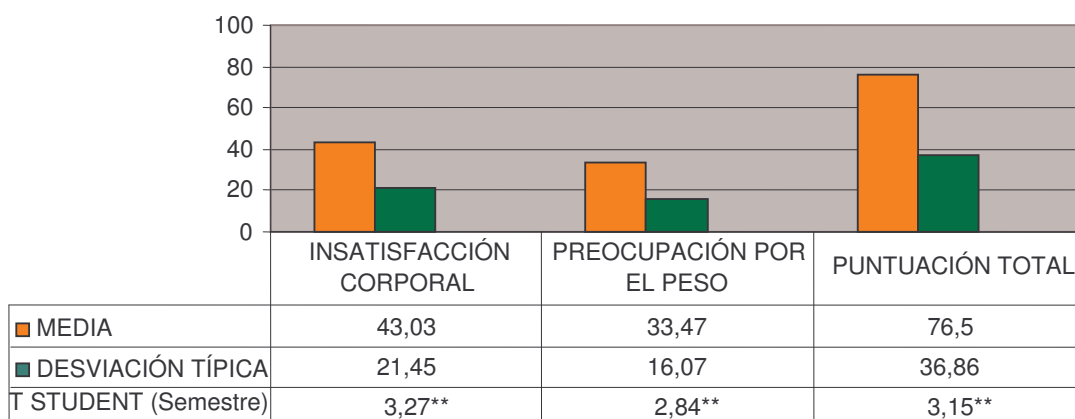


**Gráfico 47. Diferencias en la Insatisfacción Corporal, de Preocupación por el Peso, y Puntuación Total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra antes y a los 6 meses de la operación (N = 60).**



El Gráfico 47 muestra que a los 6 meses de la intervención de *by-pass* gástrico, los resultados que se obtienen en la puntuación total y en los dos factores del BSQ, son significativamente mejores que antes de la operación, vemos que la t de Student habla de diferencias significativas aunque siga existiendo una moderada preocupación por la imagen corporal.

**Gráfico 48. Diferencias de Insatisfacción Corporal, de Preocupación por el Peso, y Puntuación Total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra entre los 6 meses y transcurrido 1 año de la operación (N = 60).**

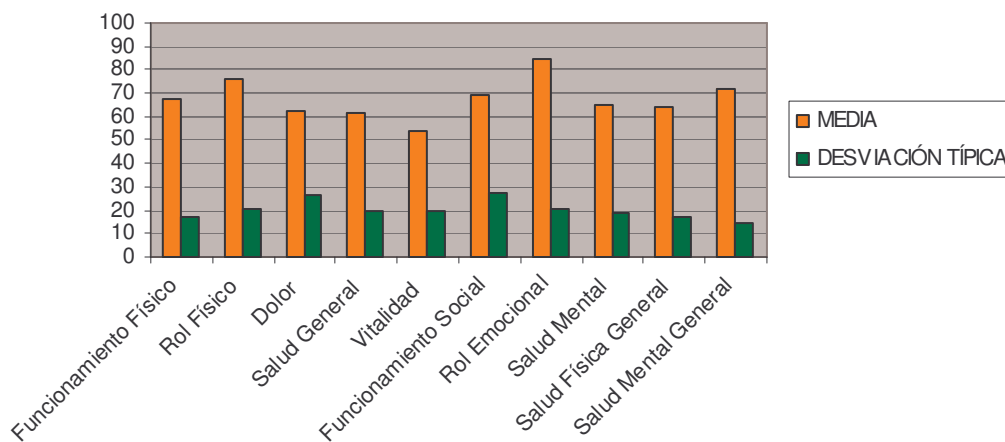


Transcurrido el año de la operación, los resultados reflejados en el Gráfico 48, indican una mejoría significativa con una  $t=3,15^{**}$  en la puntuación total. Tanto con la insatisfacción corporal como con la preocupación por el peso las diferencias son igualmente significativas. En suma, la percepción de la imagen corporal del paciente obeso se va haciendo más positiva a medida que transcurre el tiempo tras la operación. Además, aunque sigue existiendo preocupación acerca de la misma, las puntuaciones medias obtenidas en cada momento (T46, T47 y T48) sugieren que la disminución, y por tanto mejoría, no ha tocado su fin.

### 5.1.5. Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36)

Respecto al cuestionario SF-36 de salud general, sabemos que los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Recuérdese que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud (0: peor estado de salud y 100: mejor estado de salud).

**Gráfico 49. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 60).**

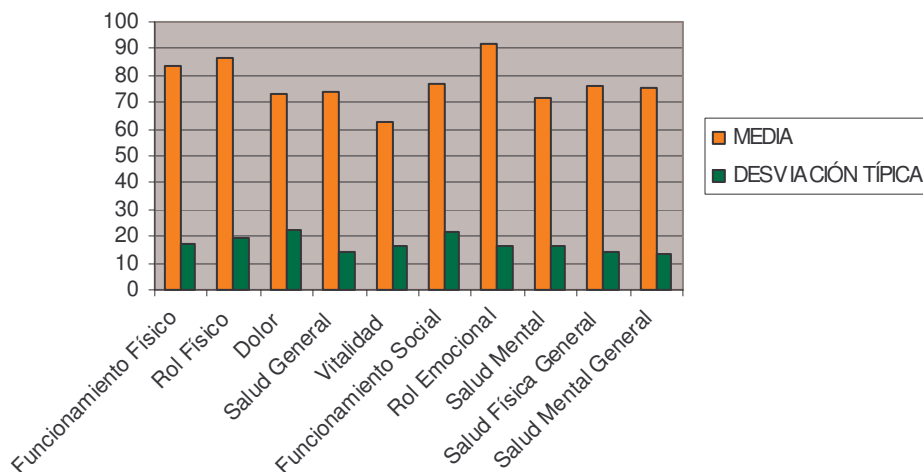


En el Gráfico 49, podemos ver los valores correspondientes a los distintos factores del Cuestionario SF-36, que ha evaluado la Calidad de Vida de los pacientes, antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

Los resultados obtenidos en todas las áreas sugieren un estado de salud aceptable-bueno, destacando la valoración que los pacientes hacen sobre el rol emocional y el rol físico, antes de ser operados.

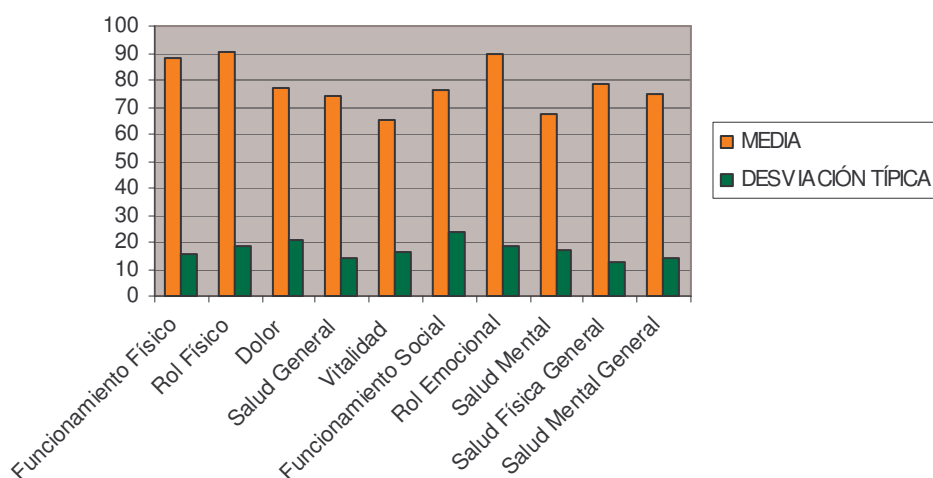
**Gráfico 50. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 60).**

En el Gráfico 50, la puntuación obtenida a los 6 meses de la intervención muestra una mejoría significativa. Los pacientes valoran su calidad de vida en todos los factores con una puntuación significativamente superior a la que le otorgaban antes de la intervención. El factor de rol emocional destaca por considerarlo, la media de pacientes, con una puntuación muy buena, al igual que el de rol físico.



Es palpable la mejoría que refieren los pacientes en cuanto al funcionamiento físico y la salud física a los 6 meses de la operación, con una diferencia claramente significativa (ver más abajo en la Tabla 30).

**Gráfico 51. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra después del año de la operación (N = 60).**



El Gráfico 51, nos muestra como al año de la operación, los resultados siguen mejorando según la evaluación que los pacientes hacen sobre su Calidad de Vida.

El funcionamiento físico y la salud física general, siguen mostrando diferencias significativas con respecto a los 6 meses de la operación, pero podemos ver que las principales diferencias en cuanto a mejoría de la Calidad de Vida, se dan sobre todo en esos primeros 6 meses.

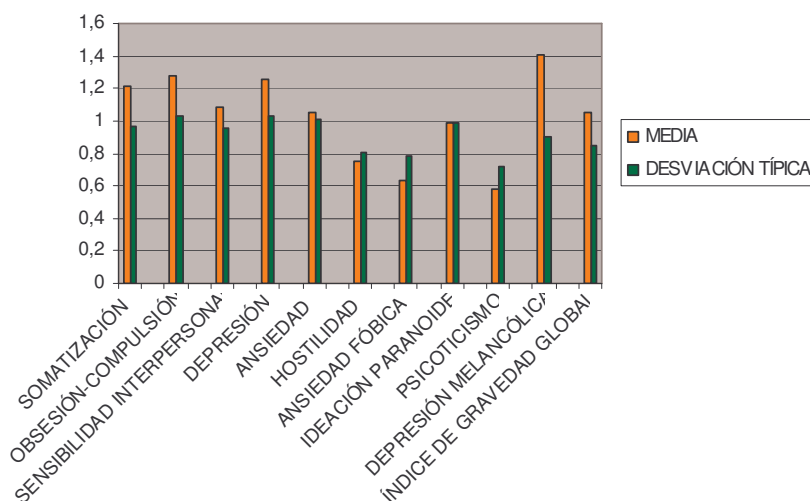
Tabla 30. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SF-36.

S.F.-36	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Funcionamiento Físico</b>	-8.44***	-10.71***	-3.42***
<b>Rol Físico</b>	-2.99**	-4.48***	-1.57
<b>Dolor</b>	-3.63***	-4.94***	-1.46
<b>Salud General</b>	-5.55***	-4.98***	.13
<b>Vitalidad</b>	-3.16**	-4.22***	-1.04
<b>Funcionamiento Social</b>	-2.39*	-2.11*	.35
<b>Rol Emocional</b>	-2.32*	-1.58	1.07
<b>Salud Mental</b>	-2.84**	-1.00	1.94
<b>Salud Física General</b>	-6.10***	-8.83***	-2.33*
<b>Salud Mental General</b>	-2.21*	-2.08*	.63

En la Tabla 30 se muestran los resultados de la t de Student que marcan las diferencias significativas que hay en la percepción de los pacientes hacia su Calidad de Vida. Como se señaló más arriba, las máximas diferencias ocurren a los 6 meses de la intervención, ya que en todos los factores se registran diferencias significativas. Realmente, este momento supone el techo de mejora del paciente obeso en la mayor parte de los aspectos relacionados con la calidad de vida, ya que a excepción de los factores relativos a Funcionamiento Físico y Salud Física General, las diferencias significativas desaparecen entre los 6 meses y el año de la operación.

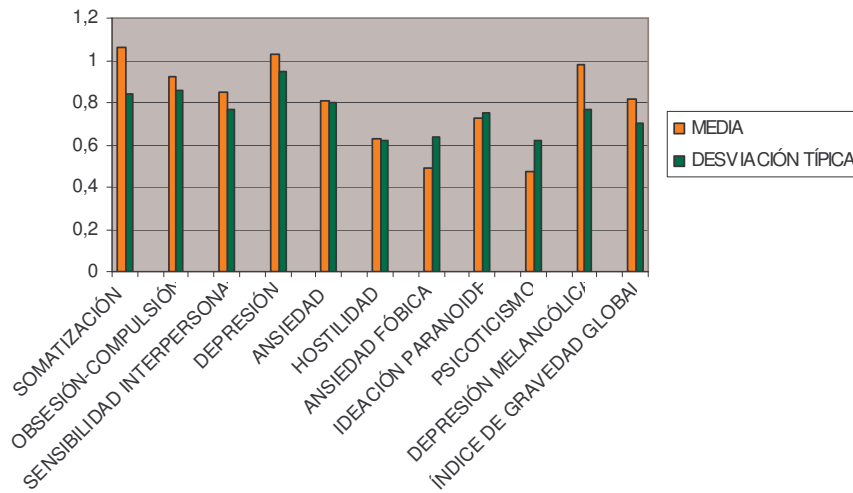
### 5.1.6. Cuestionario de Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de Derogatis

Gráfico 52. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 60).



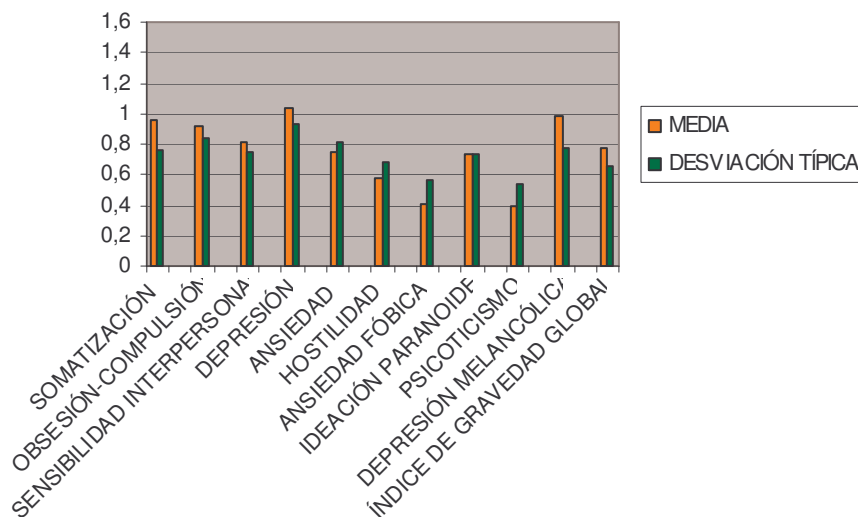
Los resultados que nos ofrece el Gráfico 52, sitúan la media de los pacientes, en todas las escalas del cuestionario SCL-90, dentro de un parámetro de normalidad, es decir, no hablamos de resultados de población patológica, sino de población normal en cuanto a la sintomatología psicológica.

**Gráfico 53. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 60).**



En el Gráfico 53, referente a los 6 meses de la operación, los datos siguen estando en la misma línea, pero los valores han disminuido, es decir, ha habido una mejoría significativa en los síntomas psicológicos, especialmente en las escalas de depresión melancólica y obsesión-compulsión.

**Gráfico 54. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra transcurrido 1 año de la operación (N = 60).**



Por último, el Gráfico 54, representa los resultados obtenidos al año de la operación, y los resultados son satisfactorios ya que la puntuación en todas las escalas se sitúa por debajo de 1, es decir, muy poca o casi nula aparición de síntomas.

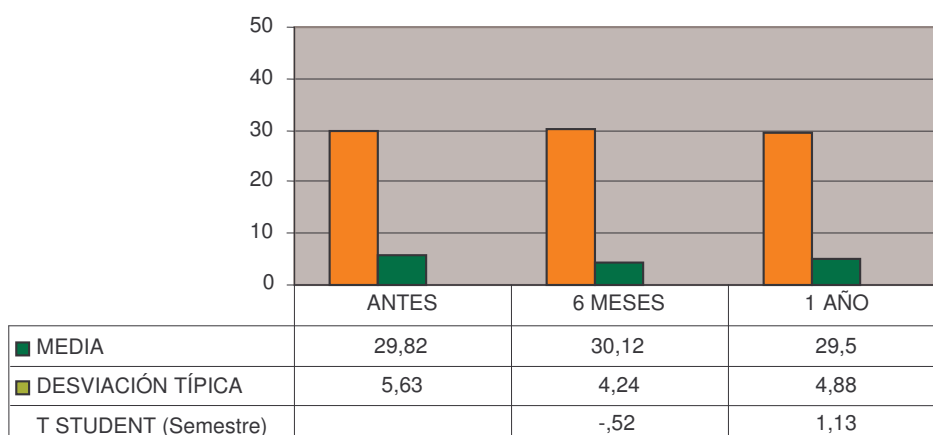
Tabla 31. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SCL-90.

S.C.L.-90	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Somatización</b>	1,30	2,05*	,98
<b>Obsesión-compulsión</b>	3,21**	2,84**	,02
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	2,07*	2,38*	,43
<b>Depresión</b>	1,93	1,93	,06
<b>Ansiedad</b>	2,27*	2,62**	,61
<b>Hostilidad</b>	1,18	1,68	,55
<b>Ansiedad fóbica</b>	1,69	2,65**	1,37
<b>Ideación paranoide</b>	2,28*	2,02*	-,03
<b>Psicoticismo</b>	1,46	2,42*	1,12
<b>Depresión melancólica</b>	3,69***	3,32***	-,13
<b>Índice de Gravedad Global</b>	2,45*	2,75**	,53

La Tabla 31 muestra las diferencias significativas que hay entre antes y transcurridos 6 meses de la intervención en 6 de las escalas. Hay una mejoría significativa en las escalas de obsesión-compulsión, sensibilidad-interpersonal, ansiedad, ideación paranoide y depresión-melancólica. Al igual que ocurría con los aspectos comprometidos con la salud mental en el SF-36, las puntuaciones se estabilizan y no hay cambios significativos entre los 6 meses y el año de la operación.

### 5.1.7. Cuestionario de Autoestima de Rosenberg

Gráfico 55. Valores correspondientes a la autoestima de los sujetos medida con el Cuestionario Autoestima de Rosenberg aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 60).



Parece sorprendente el resultado que nos refiere el Gráfico 55, así como los resultados de la t de Student, correspondientes al mismo, ya que según las hipótesis planteadas previamente, se presuponía que los diferentes cambios producidos en el peso y en la imagen corporal de los pacientes operados podrían mejorar significativamente su autoestima. En cambio los resultados que aparecen confirman que la media de la autoestima de los pacientes es buena y se mantiene así en los tres pases de la prueba,

teniendo su puntuación más alta a los 6 meses de la intervención, pero no significativa, dato que se acompaña de la puntuación del IMC, anteriormente citada.

## 5.2. Variables predictoras

En este apartado nos interesa explorar las variables previas a la operación que predicen la pérdida de peso, la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes a los 6 y 12 meses de haber sido operados. El procedimiento seguido ha consistido en la realización de análisis de regresión paso a paso. Las variables predictoras (VIs) se han dividido en dos grupos. El primero incluye las variables correspondientes a la Entrevista Boston (conocimiento total previo, motivación y expectativas) y los factores de conducta alimentaria de restricción y desinhibición evaluados por el TFEQ. El segundo grupo incluye la percepción de la imagen corporal (puntuación total en el BSQ), la autoestima, los factores de afrontamiento (5) y los relativos al apoyo social percibido por los pacientes (3). Los criterios a predecir (VDs) han sido la disminución en IMC o pérdida de Kgs, los 8 factores y las dos puntuaciones globales del SF-36 y las 10 escalas y puntuación global (IGG) evaluados por la SCL-90. Teniendo en cuenta los dos grupos de VIS y el número de VDs (22) se han ejecutado 88 análisis de regresión (44 para el postoperatorio a los 6 meses y 44 para el post-operatorio al año).

En la Tabla 32 se presentan los datos que exclusivamente se relacionan con la pérdida de Kilos. En este caso se presentan todos los datos conjuntamente y se observa que ninguna de las variables evaluadas a excepción de la motivación predicen directamente la pérdida de peso.

**Tabla 32. Análisis de regresión. Diferencia en el IMC entre el antes y los 6 meses, y entre los 6 y 12 meses, tomando como variables predictoras: conocimiento, motivación, expectativas, restricción y desinhibición en primer lugar, y la puntuación total del BSQ, autoestima, escape cognitivo, afrontamiento conductual, afrontamiento cognitivo, afrontamiento emocional, consumo de drogas, apoyo emocional, apoyo afectivo y apoyo instrumental en segundo lugar, en las dos ocasiones.**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> , p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Diferencia IMC Antes con 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
Diferencia IMC Antes con 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
Diferencia IMC 6 meses con año	.272 ; .058 F <sub>1,58</sub> = 4.632; p < .05	3.27	Motivación	-.272*
Diferencia IMC 6 meses con año	-/-	-/-	-/-	-/-

Concretamente, la motivación predice la pérdida de peso entre los 6-12 meses ( $p < .05$ ). Aunque el % de varianza explicado es muy pequeño (alrededor del 6%), lo que no deja de ser curioso es el signo negativo del coeficiente. De este modo, el mayor nivel de motivación antes de la operación influye negativamente en la pérdida de peso a largo plazo. Sabiendo por resultados previos que la pérdida de peso es menor entre los 6 y los 12 meses que en los 6 primeros meses, la motivación desmesurada es difícil que se vea satisfecha, no tanto por la disminución en IMC que de hecho se produce, sino más bien por la intervención de otro tipo de factores (por ejemplo, perder Kg. no se “convierte en la clave de la felicidad”). Las motivaciones y expectativas excesivas o fantasiosas suelen concluir en

grandes desencantos. Este papel negativo de la motivación irreal se aprecia asimismo en la siguiente tabla de resultados.

**Tabla 33. Análisis de regresión. Calidad de Vida y sintomatología psicológica medida por el Cuestionario SCL-90 a los 6 meses (N=60) tomando como variables predictoras el conocimiento, la motivación, las expectativas, la restricción y la desinhibición.**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> , p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Funcionam. Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor	.266 ; .055 F <sub>1,58</sub> = 4.412; p < .05	21.80	Comprensión	.266*
Salud General	.302 ; .076 F <sub>1,58</sub> = 5.839; p < .05	13.48	Desinhibición	-.302*
Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
Funcionamiento Social	.270 ; .057 F <sub>1,58</sub> = 4.545; p < .05	20.86	Desinhibición	-.270*
Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud Mental	.285 ; .065 F <sub>1,58</sub> = 5.125; p < .05	15.96	Desinhibición	-.285*
Salud física PCS	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud mental MCS	.325 ; .090 F <sub>1,58</sub> = 6.857; p < .05	12.76	Desinhibición	-.325*
Somatización	.447 ; .172 F <sub>1,57</sub> = 7.124; p < .01	.760	Desinhibición Motivación	.283* .271*
Obsesión/Compulsión	.531 ; .256 F <sub>1,57</sub> = 11.175; p < .001	.740	Motivación Desinhibición	.348** .309*
Sensibilidad interpersonal	.331 ; .095 F <sub>1,58</sub> = 7.160; p < .05	.737	Motivación	.331*
Depresión	.366 ; .119 F <sub>1,58</sub> = 8.968; p < .01	.894	Motivación	.366**
Ansiedad	.372 ; .124 F <sub>1,58</sub> = 9.340; p < .01	.750	Motivación	.372**
Hostilidad	-/-	-/-	-/-	-/-
Ansiedad fóbica	.315 ; .084 F <sub>1,58</sub> = 6.385; p < .05	.612	Motivación	.315*
Ideación paranoide	.402 ; .132 F <sub>1,57</sub> = 5.481; p < .01	.694	Motivación Expectativas	.265* .257*
Psicoticismo	.382 ; .116 F <sub>1,57</sub> = 4.859; p < .05	.578	Restricción Desinhibición	.275* .253*
Depresión melancólica	.429 ; .156 F <sub>1,57</sub> = 6.440; p < .01	.709	Desinhibición Restricción	.346** .240*
Índice de gravedad global	.459 ; .183 F <sub>1,57</sub> = 7.589; p < .01	.630	Motivación Desinhibición	.304* .263*

La Tabla 33 sugiere los siguientes resultados. En primer lugar, con respecto a la calidad de vida, no podemos destacar una variable predictora para la salud física general, pero la variable que más contribuye a la predicción de la salud mental general a los 6 meses, con una  $p < .05$ , es la desinhibición, con peso negativo. Esto va en la línea de la Hipótesis 1 planteada en nuestro estudio.

En segundo lugar, la motivación irreal predice los síntomas psicológicos a los 6 meses, principalmente los niveles de depresión y ansiedad es la principal variable predictora del nivel de depresión y ansiedad (tanto general como fóbica) además de la sensibilidad interpersonal. Esta motivación junto con las expectativas de resultados irreales en relación con la pérdida de peso predicen asimismo la ideación paranoide. En el resto de síntomas, la



motivación junto con la desinhibición ofrece los mejores resultados, ya que ambos aspectos predicen alrededor del 26% de la varianza en el caso de los síntomas obsesivo-compulsivos ( $p < .001$ ), y alrededor del 17% por lo que se refiere a las manifestaciones psicósomáticas que presentan los pacientes a los 6 meses de la operación.

La Tabla 34 ofrece resultados significativamente mejores en relación con la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente obeso que los vistos anteriormente. Por lo que se refiere a la calidad de vida, sobresalen los coeficientes positivo y negativo respectivamente del apoyo emocional-informacional y del afrontamiento centrado en las emociones que predicen con una  $p < .01$ , la salud general a los 6 meses de la intervención. Asimismo, el nivel de autoestima previo a la operación predice el mejor funcionamiento ocupacional del paciente, aunque explica un porcentaje bajo de la varianza (alrededor del 14%). En la misma línea, el apoyo afectivo predice la mejor salud mental como evaluada por el SF-36.

Por lo que se refiere a los síntomas psicológicos generales hay un núcleo de variables que es el que ofrece los mejores resultados de predicción. Concretamente se trata de la autoestima, el apoyo instrumental y el afrontamiento centrado en las emociones, siempre con signo negativo las dos primeras y positivo la tercera. Así, estas tres variables predicen el 40%, el 37% y el 35% respectivamente en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y el malestar subjetivo general (IGG) que presentan los pacientes a los 6 meses de la operación. También, junto al consumo de drogas (con signo positivo) predice el 35% de los síntomas evaluados por la escala de psicoticismo.

Con independencia de lo anterior, es indudable que el predictor que posee más relevancia en el caso de los síntomas psicológicos de los pacientes es el nivel de autoestima. Así, un nivel elevado de autoestima previo a la operación se relaciona con el desarrollo de un menor número de síntomas. Esta variable desempeña este papel en relación con todas las escalas de síntomas de la SCL-90 a excepción de las de somatización, obsesión-compulsión y depresión melancólica.

A continuación mostramos la Tabla 34.

Tabla 34. Análisis de regresión. Calidad de Vida y Sintomatología psicológica medida por el Cuestionario SCL-90 a los 6 meses (N=60) tomando como variables predictoras la puntuación total del BSQ, la autoestima, el escape cognitivo, el afrontamiento conductual, el afrontamiento cognitivo, el afrontamiento emocional, el consumo de drogas, el apoyo emocional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental.

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> , p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Funcionam. físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud General	.397 ; .128 F <sub>1,57</sub> = 5.339; p < .01	.13.09	Apoyo emocional informacional Afrontamiento centrado en las emociones	.448** -.298*
Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
Funcionam. social	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol Emocional	.387 ; .135 F <sub>1,58</sub> = 10.227; p < .01	15.50	Autoestima	.387**
Salud Mental	.301 ; .075 F <sub>1,58</sub> = 5.788; p < .05	15.88	Apoyo afectivo	.301*
Salud física PCS	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud mental MCS	-/-	-/-	-/-	-/-
Somatización	.366 ; .119 F <sub>1,58</sub> = 8.958; p < .01	.784	BSQ_PT	.366**
Obsesión/Compulsión	.561 ; .278 F <sub>1,56</sub> = 8.585; p < .001	.729	BSQ_PT Escape cognitivo Apoyo instrumental	.266* .306** -.243*
Sensibilidad interpersonal	.439 ; .179 F <sub>1,58</sub> = 13.858; p < .001	.702	Autoestima	-.439***
Depresión	.632 ; .368 F <sub>1,56</sub> = 12.433; p < .001	.758	Autoestima Apoyo instrumental Afrontamiento centrado en las emociones	-.392*** -.486*** .311**
Ansiedad	.652 ; .395 F <sub>1,56</sub> = 13.893; p < .001	.623	Apoyo instrumental Autoestima Afrontamiento centrado en las emociones	-.525*** -.367** .375**
Hostilidad	.473 ; .196 F <sub>1,57</sub> = 8.201; p < .01	.555	Autoestima Consumo de drogas	-.332** .281*
Ansiedad fóbica	.527 ; .252 F <sub>1,57</sub> = 10.935; p < .001	.553	Escape cognitivo Autoestima	.333** -.328**
Ideación paranoide	.521 ; .245 F <sub>1,57</sub> = 10.592; p < .001	.647	Autoestima Afrontamiento centrado en las emociones	-.482*** .231*
Psicoticismo	.629 ; .352 F <sub>1,55</sub> = 9.020; p < .001	.495	Autoestima Apoyo instrumental Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de drogas	-.425*** -.334** .322** .224*
Depresión melancólica	.556 ; .273 F <sub>1,56</sub> = 8.370; p < .001	.658	Escape cognitivo Apoyo afectivo Afrontamiento centrado en las emociones	.374** -.418** .266*
Índice de gravedad global	.622 ; .354 F <sub>1,56</sub> = 11.779; p < .001	.560	Autoestima Apoyo instrumental Afrontamiento emociones	-.420*** -.431*** .334**

Otra información de interés que nos ofrece la tabla anterior se refiere al papel predictor de la imagen corporal. Así, una percepción negativa de esta imagen explica por sí misma alrededor del 12% de la varianza ( $p < .01$ ) de los síntomas de somatización. A la vez, esta variable también es importante junto con el escape cognitivo (también con signo positivo) y el apoyo instrumental (con signo negativo) a la hora de predecir los síntomas obsesivo-compulsivos: las tres variables explican alrededor del 28% de la varianza ( $p < .001$ ).

**Tabla 35. Análisis de regresión. Calidad de Vida y Sintomatología psicológica medida por el Cuestionario SCL-90 al año de la operación (N=60) tomando como variables predictoras el conocimiento, la motivación, las expectativas, la restricción y la desinhibición.**

	<b>R ; R<sup>2</sup> corregida (F<sub>gl</sub>, p)</b>	<b>Error típico</b>	<b>Variables predictoras</b>	<b>Coefficiente B estandarizado</b>
Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud General	.319 ; .086 F <sub>1,58</sub> = 6.585; p < .05	13.38	Restricción	-.319*
Vitalidad	.505 ; .229 F <sub>1,57</sub> = 9.748; p < .001	14.53	Restricción Desinhibición	-.384** -.312**
Funcionamiento Social	.259 ; .051 F <sub>1,58</sub> = 4.166; p < .05	23.25	Restricción	-.259*
Rol Emocional	.324 ; .090 F <sub>1,58</sub> = 6.800; p < .05	17.59	Desinhibición	-.324*
Salud Mental	.343 ; .102 F <sub>1,58</sub> = 7.727; p < .01	15.81	Restricción	-.343**
Salud física PCS	.420 ; .147 F <sub>1,57</sub> = 6.095; p < .01	11.50	Desinhibición Restricción	-.322* -.256*
Salud mental MCS	.459 ; .183 F <sub>1,57</sub> = 7.594; p < .01	12.61	Desinhibición Restricción	-.332** -.302*
Somatización	.441 ; .166 F <sub>1,57</sub> = 6.887; p < .01	.690	Desinhibición Restricción	.332** .277*
Obsesión/Compulsión	.329 ; .093 F <sub>1,58</sub> = 7.058; p < .05	.802	Restricción	.329*
Sensibilidad interpersonal	.312 ; .082 F <sub>1,58</sub> = 6.238; p < .05	.716	Restricción	.312*
Depresión	.472 ; .195 F <sub>1,57</sub> = 8.156; p < .01	.833	Restricción Desinhibición	.377** .268*
Ansiedad	.513 ; .238 F <sub>1,57</sub> = 10.205; p < .001	.707	Restricción Desinhibición	.433*** .258*
Hostilidad	.475 ; .198 F <sub>1,57</sub> = 8.283; p < .01	.605	Desinhibición Restricción	.332** .326**
Ansiedad fóbica	.355 ; .111 F <sub>1,58</sub> = 8.381; p < .01	.526	Restricción	.355**
Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
Psicoticismo	.282 ; .064 F <sub>1,58</sub> = 5.005; p < .05	.520	Restricción	.282*
Depresión melancólica	.343 ; .102 F <sub>1,58</sub> = 7.711; p < .01	.734	Restricción	.343**
Índice de gravedad global	.484 ; .207 F <sub>1,57</sub> = 8.700; p < .01	.579	Desinhibición Restricción	.380** .283*

Con respecto a la calidad de vida al año de la operación, destacan las variables de restricción y desinhibición como predictoras de la vitalidad percibida por los pacientes, explicando un 23% de la varianza total con una  $p < .001$ . Si tenemos en cuenta los

resultados actuales y los obtenidos a los 6 meses de la operación, lo más destacable es el papel que desempeña la variable de restricción más a largo plazo. En el caso de los resultados que se presentaron a los 6 meses, esta variable no desempeñaba papel predictor alguno, sin embargo los resultados actuales nos informan que tanto el nivel de desinhibición como de restricción en la conducta alimentaria que presentan los pacientes antes de la operación predicen a largo plazo la menor salud física (PCS) y mental (MCS) de los pacientes como evaluada por el SF-36 a los 6 meses y al año de la operación. En el primer caso, las dos variables predicen alrededor del 15% de la varianza ( $p < .01$ ) y en el segundo caso el 18% ( $p < .01$ ).

Si consideramos los resultados obtenidos en relación con los síntomas evaluados por la SCL-90, se observa un cuadro similar al anterior. Así, bien la restricción en solitario, bien acompañada por la desinhibición, estas variables evaluadas antes de la operación predicen el nivel de los síntomas psicológicos de los pacientes a largo plazo, particularmente los síntomas de depresión ( $p < .01$ ) y los de ansiedad ( $p < .001$ ) explicando respectivamente el 20% y el 24% de la varianza. Al comparar estos resultados con los obtenidos a los 6 meses, se constata claramente que tanto la motivación a solas o junto con la desinhibición servían para predecir el nivel de síntomas a corto plazo, son únicamente las características de la conducta alimentaria previa a la operación las que desempeñan un papel importante en la predicción a largo plazo del bienestar psicológico de los pacientes. En suma, cuanto más restricción y desinhibición previas, peor bienestar psicológico de los pacientes a largo plazo.

De la Tabla 36, que veremos a continuación, podemos destacar en referencia a la calidad de vida, que los mejores resultados se obtienen con la combinación como predictores de la autoestima y del afrontamiento conductual centrado en el problema. Ambas variables predicen de modo positivo y a largo plazo el nivel de vitalidad y la salud mental (MCS) de los pacientes obesos. En el primer caso explicando el 16% de la varianza ( $p < .01$ ) y en el segundo el 15% ( $p < .01$ ).

También merece reseñarse el papel predictor del apoyo emocional informacional. Aunque los porcentajes de varianza no son altos, ésta variable explica por sí misma el 6% de la varianza ( $p < .05$ ) del funcionamiento ocupacional del paciente a largo plazo (sustituyendo al papel que desempeñaba el nivel de autoestima en la predicción a corto plazo) y el 9% de la varianza ( $p < .01$ ) en relación con el factor primario de salud mental de la SF-36. En suma, cuanto mayor es el nivel de apoyo percibido por el paciente previo a la intervención quirúrgica, mejor es la calidad de vida del paciente en los aspectos mencionados.

Por lo que se refiere a los síntomas evaluados por la SCL-90, destaca el papel predictor predominante que desempeña la percepción de la imagen corporal previa a la operación con el bienestar psicológico de los pacientes a largo plazo. Así, cuanto más negativa es esta imagen, mayor malestar psicológico del paciente al año de la operación tal y como refleja el coeficiente correspondiente al Índice de Gravedad Global ( $\beta = 0,45$ ,  $p < .001$ ), explicando el 19% de la varianza ( $p < .001$ ). Cuando nos centramos en los síntomas específicos, esta valoración negativa previa predice particularmente los síntomas obsesivo-compulsivos, de depresión y ansiedad, explicando alrededor del 19% de la varianza en todos los casos ( $p < .001$ ), y en menor medida la ideación paranoide y la depresión melancólica ( $p < .01$ ) explicando alrededor del 10% de la varianza. Estos resultados nos confirman los supuestos de la Hipótesis 2.

Tabla 36. Análisis de regresión. Calidad de Vida y Sintomatología psicológica medida por el Cuestionario SCL-90 al año de la intervención quirúrgica (N=60) tomando como variables predictoras la puntuación total del BSQ, la autoestima, el escape cognitivo, el afrontamiento conductual, el afrontamiento cognitivo, el afrontamiento emocional, el consumo de drogas, el apoyo emocional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental.

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> , p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Funcionam. físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud General	.319 ; .087 F <sub>1,58</sub> = 6.593; p < .05	13.38	Escape cognitivo	-.319*
Vitalidad	.438 ; .163 F <sub>1,57</sub> = 6.754; p < .01	15.13	Autoestima Afrontamiento conductual centrado en el problema	.322* .248*
Funcionamiento Social	.294 ; .071 F <sub>1,58</sub> = 5.475; p < .05	23.01	Autoestima	.294*
Rol Emocional	.282 ; .064 F <sub>1,58</sub> = 5.012; p < .05	17.84	Apoyo emocional informativo	.282*
Salud Mental	.338 ; .099 F <sub>1,58</sub> = 7.491; p < .01	15.83	Apoyo emocional informativo	.338**
Salud física PCS	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud mental MCS	.423 ; .150 F <sub>1,57</sub> = 6.208; p < .01	12.86	Autoestima Afrontamiento conductual centrado en el problema	.305* .247*
Somatización	-/-	-/-	-/-	-/-
Obsesión/Compulsión	.456 ; .194 F <sub>1,58</sub> = 15.234; p < .001	.756	BSQ_PT	.456***
Sensibilidad interpersonal	.500 ; .224 F <sub>1,57</sub> = 9.517; p < .001	.658	BSQ_PT Autoestima	.327* -.273*
Depresión	.450 ; .189 F <sub>1,58</sub> = 14.759; p < .001	.836	BSQ_PT	.450***
Ansiedad	.445 ; .184 F <sub>1,58</sub> = 14.333; p < .001	.732	BSQ_PT	.445***
Hostilidad	.553 ; .281 F <sub>1,57</sub> = 12.531; p < .001	.573	BSQ_PT Consumo de drogas	.379** .357**
Ansiedad fóbica	.461 ; .185 F <sub>1,57</sub> = 7.675; p < .01	.504	Consumo de drogas Autoestima	.331** -.266*
Ideación paranoide	.341 ; .101 F <sub>1,58</sub> = 7.622; p < .01	.689	BSQ_PT	.341**
Psicoticismo	.497 ; .220 F <sub>1,57</sub> = 9.344; p < .001	.474	BSQ_PT Consumo de drogas	.346** .315**
Depresión melancólica	.359 ; .114 F <sub>1,58</sub> = 8.554; p < .01	.729	BSQ_PT	.359**
Índice de gravedad global	.452 ; .191 F <sub>1,58</sub> = 14.886; p < .001	.585	BSQ_PT	.452***

La percepción negativa de la imagen corporal junto con el consumo de drogas previo, predicen a largo plazo los síntomas de hostilidad ( $p < .001$ ) y los incluidos en la escala de psicoticismo ( $p < .001$ ), en el primer caso explicando el 28% de la varianza y en el segundo el 22%.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos a los 6 meses, queda patente que los determinantes psicológicos que predicen el bienestar psicológico a corto y a largo plazo en el paciente obeso son diferentes. Mientras que sobre todo la autoestima y determinados componentes del apoyo social y del afrontamiento son importantes a corto plazo, es la

imagen corporal previa que el paciente posee antes de la intervención, el aspecto más determinante de su salud psicológica a la larga.

### 5.3. Conclusiones del capítulo

Hay datos que merecen ser destacados de los resultados anteriormente analizados.

Hemos visto como la pérdida de peso de la muestra de pacientes que se somete a la cirugía bariátrica mejora significativamente la salud de los pacientes. Nos encontramos que tras el año de la operación, los pacientes pasan de estar dentro de la población obesa mórbida, a encontrarse en una Obesidad de grado I, centrándose la mayor pérdida de peso en los 6 primeros meses. Esto corrobora los datos que son ya conocidos acerca del éxito del *by-pass* gástrico, donde los resultados de pérdida, hacen referencia al 35% del peso corporal, y a la progresiva estabilidad con el tiempo, ya que ésta disminución va siendo menor a medida que transcurre.

Con respecto a la evaluación en la conducta alimentaria, según los datos que nos aporta el Cuestionario TFEQ y el dato de la *t* de Student, aparece una disminución significativa de la puntuación entre los resultados que se dan antes de la operación y los resultados que aparecen a los 6 meses de la misma. Estos datos hacen referencia a uno de nuestros objetivos (número II) que nos planteábamos al inicio de la investigación, donde vemos que los niveles de restricción y desinhibición son significativamente inferiores tras la intervención quirúrgica, y que tendrán una repercusión en la conducta alimentaria futura de los pacientes y en el resto de variables que ahora pasaremos a comentar.

Con respecto a la imagen corporal, y siguiendo las hipótesis planteadas en el apartado de metodología, podríamos encontrar una puntuación todavía alta a los 6 meses de la operación debida a la pérdida tan rápida del peso que no puede adaptarse a la estructura mental. En los resultados, que nos sirven para acercarnos a uno de nuestros objetivos (número V), vemos que antes de la operación, los pacientes tienen una preocupación moderada-alta por su imagen, y que esta preocupación disminuye a una preocupación más leve a los 6 meses, pero a pesar de que la gran pérdida de peso se da en los 6 primeros meses, es al año cuando la puntuación nos revela que ya no hay preocupación por la imagen y si la hay ya no es relevante para la aceptación corporal del propio sujeto. Los resultados de la *t* de Student corroboran en la puntuación total de la imagen corporal, que la mayor pérdida significativa se produce en los 6 primeros meses, es decir, disminuye la preocupación por la imagen.

Como hemos podido ver en las correlaciones, los cambios en la imagen corporal afectan positivamente la calidad de vida del paciente obeso, al igual que, cuando la insatisfacción corporal aumenta, la percepción de la salud mental y física empeora. Haciendo alusión a Habrosky et al. (2006) podemos señalar que una percepción negativa de la imagen corporal, está asociada con varias consecuencias psicosociales como son la depresión, problemas en el funcionamiento ocupacional, mal funcionamiento sexual, baja autoestima, y pobre calidad de vida.

Sería importante poder analizar las diferencias sobre la insatisfacción en la imagen corporal, entre los pacientes que reciben algún tipo de tratamiento plástico, una vez han perdido peso, y los que no lo reciben, para ver si realmente la pérdida de peso les ayuda a aceptar su imagen corporal, o como han manifestado algunos de los pacientes en la

entrevista transcurrido 1 año de la operación, el tener tanta piel y tan flácida les impide aceptar su imagen porque cada vez sus expectativas se vuelven más exigentes. Algunos investigadores, sugieren que la distorsión de la imagen corporal después de la operación, está relacionada con el porcentaje de exceso de pérdida de peso, como es el caso de Dixon et al. (2002) y Guisado et al. (2002), y en cambio Foster et al. (2004), sugieren que la distorsión de la imagen corporal en los obesos mórbidos, representa un experiencia psicológica que es independiente del peso y, por tanto, no se ve afectada por su pérdida. Los datos que hemos podido observar en nuestro estudio irían en la línea de Dixon y Guisado (2002).

Los numerosos estudios que abarcan calidad de vida y obesidad mórbida marcan claramente una diferencia significativa entre antes y después de la operación de cirugía bariátrica en el paciente obeso mórbido. Los resultados más relevantes obtenidos en relación con los diversos aspectos relacionados con la calidad de vida indican lo siguiente:

- a) El funcionamiento físico de los pacientes obesos tras la intervención, presenta una mejoría significativa a los 6 meses y al año de la operación, donde los pacientes hablan de un “aumento en mi calidad de vida” y un “funcionamiento físico que me permite hacer cosas que antes no hacía”. Haciendo alusión a los resultados obtenidos por la t de Student, el aumento de mejoría en el aspecto mencionado es significativo en los 6 primeros meses de la intervención, coincidiendo con la máxima pérdida de peso de los pacientes. La diferencia significativa obtenida entre los 6 meses y el año nos indica que los pacientes siguen mejorando aunque de forma no tan acusada.
- b) En el rol físico, los resultados son muy buenos a los 6 meses y al año de ser intervenidos. Según los resultados de la t, la mejoría significativa se produce en los 6 meses siguientes a la operación. Luego sigue dándose mejoría pero no significativa.
- c) En referencia al dolor, recordemos que la puntuación más alta indica que la persona se ve menos limitada por causa del mismo. Las limitaciones por causa del dolor disminuyen progresivamente tras la operación. El cambio más pronunciado ocurre en los 6 primeros meses de la operación como nos muestra el valor de la t de Student.
- d) En la escala de salud general, los resultados pre-operatorios son bajos, pero dentro de un parámetro de aceptabilidad, y éstos mejoran a los 6 meses de forma significativa, como nos indica la t de Student. Entre los 6 meses y el año, no se registran cambios en esta variable.
- e) La vitalidad señalada por el paciente al cumplimentar la prueba, y reflejada en los resultados, es baja antes de operarse debido al exceso de peso, pero al año de la operación mejora de manera significativa, aunque encontramos comentarios de pacientes que refieren “tras la pérdida de peso me siento más cansado en algunos momentos”, pero la mayoría indican “ahora no salgo de casa, no paro, hago todo lo que antes no me permitía hacer mi peso”.
- f) En el funcionamiento social hay un cambio significativo a los 6 meses de la intervención. Este resultado se refleja con el dato de la t de Student. Los pacientes empiezan a relacionarse de otra forma tras la pérdida de peso, así como a acudir a más encuentros sociales, desde irse a tomar un café o hacer la compra, a irse a una fiesta. La relación con los demás mejora. Podemos observar que al año de la misma los resultados permanecen estables.

- g) La media obtenida con respecto al rol emocional de los sujetos de la muestra, indica que es un área donde los pacientes se valoran muy bien antes de operarse, pero que sigue mejorando tras la operación, y sobretodo, a los 6 meses de la misma como señala la t de Student.
- h) Los resultados correspondientes a la escala de salud mental, que hace referencia a cómo ellos se encuentran a nivel psicológico, ganas de hacer cosas, si están más o menos alterados, etc..., los pacientes se perciben con una salud mental buena, pero que mejora a los 6 meses de la operación. Sin embargo, llama la atención que la salud mental se deteriora entre los 6 y 12 meses, aunque siga siendo buena y mejor que antes de la operación.

Como resultado global de estas 8 escalas, se definen 2 componentes principales de salud, el componente físico (PCS) y el mental (MCS). La puntuación total en el componente físico refleja un buen estado de salud física percibido por los pacientes antes de someterse a la operación, con una media de 64,13 y una mejoría de este valor a los 6 meses y al año de la misma. Podemos decir que la mejoría a nivel de salud física general del paciente al año de la operación es muy significativa, dándose el mayor incremento de esta mejoría en los 6 primeros meses. Con respecto a la percepción que los pacientes refieren de su salud mental, podemos decir que las puntuaciones son mejores que las que se refieren a la salud física. Aunque la salud mental como evaluada por la SF-36 mejora, no podemos hablar de una mejoría claramente significativa aunque los valores aumenten tras la intervención quirúrgica.

En líneas generales, nuestros datos con respecto a la calidad de vida de los pacientes operados están en la misma línea que los obtenidos en estudios como los de Horchner et al. (1999) y O'Brien et al. (2002), que encuentran mejoras significativas en todas las puntuaciones del SF-36 después de la intervención de *by-pass* gástrico. Otros autores, como es el caso de Dymek et al. (2002), también encontraron mejoras tras la intervención en algunas subescalas como las de funcionamiento físico, salud en general, vitalidad y salud mental, pero en el resto en el resto, la mejoría no era significativa, o no había mejoría.

Como hemos visto en la revisión bibliográfica, en el estudio de Larsen et al. (2003), la mejoría en la calidad de vida, aparece fuertemente relacionada con la pérdida de peso, sin embargo los resultados del estudio de Dymek et al. (2002) señalaron, que la mejoría aparece incluso unas semanas después de la operación donde todavía no hay una pérdida substancial de peso, estos resultados concuerdan con lo que muchos pacientes refieren al poco tiempo de operarse donde los cambios físicos todavía no son significativos.

La evaluación que los pacientes hacen de su calidad de vida, es muy buena tras la operación, como podemos ver en los resultados anteriormente señalados y en la gran mayoría de estudios revisados. En general, cada vez hay mayor número de investigadores que refieren el impacto positivo de la cirugía, 1 año o más tras la misma. Según Shiri et al. (2007), este impacto, se experimenta en varios aspectos psicológicos, tales como apreciación por la vida, gran sensación de fuerza interna, y mejoría en las capacidades individuales. Estos resultados, son compatibles con los obtenidos por Bocchieri et al. (2002), donde los pacientes señalaron cambios positivos, incluyendo aumento en el nivel de su actividad, mejoría en sus propias habilidades y en el funcionamiento ocupacional.



Los resultados que obtenemos en la sintomatología psicológica dentro de nuestro objetivo VIII, son muy positivos, ya que los resultados nos señalan una mejoría significativa en las distintas variables del Cuestionario, a los 6 meses de la operación, corroborando nuestras expectativas referidas en la Hipótesis 5 y coincidiendo con la máxima pérdida de peso. Según Guisado et al., (2002, 2003), con la pérdida de peso algunos pacientes mostraron más personalidad patológica que los grupos control, en rasgos como evitación, borderline, y características de personalidad pasiva-agresiva, especialmente en pacientes que mostraron una pobre pérdida de peso. No obstante, la mayoría de los estudios más recientes, hablan de una tendencia general en el descenso de psicopatología y la normalización de los individuos que se someten a *by-pass* gástrico. Según Mamplekou et al. (2005), aunque esta mejoría no sea significativa, está directamente relacionada con la pérdida de peso. Sin embargo, según Dymek et al. (2001), la mejoría psicológica en muchos pacientes, aparece mientras ellos siguen estando obesos, o unas semanas después de la operación, donde la pérdida de peso todavía no es significativa.

Nuestros resultados coinciden con lo dicho en el artículo de Guisado et al. (2002), donde los clínicos detectaron en pacientes obesos mórbidos, antes de la intervención quirúrgica, la existencia de un trastorno psiquiátrico en el eje I (con una prevalencia del 40%), y en el 60% no se detectó afección psiquiátrica. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron los afectivos y los de ansiedad. Las puntuaciones más altas obtenidas mediante el SCL-90 fueron en somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide. Señalaron que la existencia de enfermedad psiquiátrica se asocia a una mayor puntuación en la subescala de depresión, ansiedad, hostilidad y del Índice de Gravedad Global (IGG), lo que indicaría que el IGG sería un buen indicador de malestar psicológico en esta población.

Con respecto a la autoestima, los resultados que aparecen llaman la atención, no podemos hablar de una mejoría significativa, sino una estabilidad en la misma, manteniéndose igual durante el primer año de la operación, incluso bajando un poco. Estos datos podrían confirmar lo expuesto en la Hipótesis 3 donde se planteaba que la mejoría en el resto de variables (calidad de vida...) podría mejorar significativamente la autoestima o hacer que se quedará igual e incluso empeorará, en el caso de los pacientes cuyas expectativas no se hubiesen visto cubiertas, y vieses en la operación la última esperanza para quererse y ser felices. Estos datos son contradictorios a los resultados encontrados por Burgmer et al. (2007), donde evalúan la autoestima al año, y a los 2 años de la operación, y los resultados que encontraron es que la autoestima mejoraba significativamente durante el primer año después de la operación, sin presentar cambios considerables durante el segundo año.

Los análisis de regresión realizados, sugieren que las características psicológicas de los pacientes obesos, previas a la operación, poseen una importancia distinta, no solo en función del tipo de característica de que se trate, sino más importante del tiempo transcurrido tras la operación, o dicho con más precisión, de los cambios en el peso que van ocurriendo en ese tiempo. Estos análisis nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- (a) Las motivaciones y expectativas irreales influyen negativamente en la pérdida de peso a largo plazo y en el bienestar psicológico del paciente a corto plazo. Así, de las distintas variables predictoras consideradas, la motivación es la única que se relaciona (negativamente) con la disminución en el IMC al año de la intervención quirúrgica. Igualmente, la motivación irreal predice el nivel de malestar psicológico

que experimenta el paciente a los 6 meses de la operación, particularmente los niveles de depresión y ansiedad. Podría decirse que las expectativas irreales de los pacientes obesos les acaban generando más ansiedad y obsesión que no es buena para la pérdida de peso y que influye en su mejoría global.

- (b) Los aspectos relativos a la conducta alimentaria influyen negativamente en la calidad de vida a corto y sobre todo a largo plazo. Esta influencia negativa es desempeñada en un primer momento por la pauta de conducta alimentaria característica de la desinhibición y más adelante, a los 12 meses, incluye asimismo los aspectos relativos a la restricción. En términos comparativos, los porcentajes de varianza observada que explican los factores del TFEQ en relación con los diversos aspectos comprometidos en la calidad de vida, son mayores a los 12 que a los 6 meses (el nivel de significación pasa de  $p < .05$  a  $p < .01$ ), particularmente para la puntuación global en salud mental (MCS) y para la de salud física general (PCS), que en el seguimiento a los 6 meses no había resultado significativa. Estos resultados irían en la línea de la Hipótesis 1 que fue planteada en la investigación.
- (c) No obstante, el nivel de calidad de vida del paciente a los 6 y 12 meses de la operación aparece mejor predicha, en líneas generales por otro tipo de aspectos como son el apoyo social, el afrontamiento y la autoestima previas del paciente. A los 6 meses resulta más importante el apoyo social percibido por parte de los demás, de tipo emocional y afectivo, que al igual que la autoestima influyen positivamente en algunos aspectos de la calidad de vida, mientras que un estilo emocional o pasivo a la hora de enfrentar los problemas influye negativamente. Al año de la intervención, son otros tipos de apoyo y de afrontamiento por parte de los pacientes los que influyen positivamente, junto con la autoestima, en los aspectos relacionados con la calidad de vida (esto iría en la línea de la hipótesis 6 que fue planteada). Más específicamente el apoyo afectivo se ve sustituido por el apoyo instrumental y el afrontamiento pasivo por un afrontamiento conductual, más activo, centrado en el problema.
- (d) Centrándonos en los resultados del SCL-90, al margen de lo dicho anteriormente sobre la motivación, un resultado consistente es aquel que se relaciona con la conducta de alimentación, tanto con la desinhibición como con la restricción. Así, ambos factores influyen en el nivel de los síntomas psicológicos de los pacientes tanto a corto como a largo plazo tras la operación. En algún caso, la importancia de estos aspectos alimentarios depende del tipo de síntomas, como sería el caso de la hostilidad, síntomas en los que a los 6 meses no se registraba ningún resultado significativo y a los 12 meses sí.
- (e) Interesantes resultan asimismo los aspectos predictivos del malestar psicológico general cuando se considera como predictores el afrontamiento, el apoyo social, la autoestima y la percepción de la imagen corporal. A los 6 meses, son los tres primeros aspectos subrayados los que intervienen a la hora de explicar los síntomas psicológicos generales, donde merece la pena destacar el papel predictor desempeñado por la autoestima en el desarrollo de tales síntomas así como el del apoyo social percibido de tipo instrumental. Papel predictor que resulta especialmente relevante en el caso de los síntomas de depresión y ansiedad, que son los análisis que han arrojado los mejores resultados en términos del porcentaje de varianza observada que explican. Sin embargo, a los 12 meses este papel predictor de la autoestima, del afrontamiento y del apoyo, parece diluirse, cobrando entonces

máxima importancia la valoración que tiene de su imagen corporal el paciente obeso antes de la operación. Esta imagen corporal, cuánto más negativa es, más problemas psicológicos conlleva a la larga, destacando los siguientes aspectos: obsesión/compulsión, depresión y ansiedad. Nuestra Hipótesis 2 va en esta línea y hay estudios que lo corroboran.



## **6. RESULTADOS IV: LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA MUESTRA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE *BY-PASS* GÁSTRICO**

En este capítulo nos interesa explorar si el género influye en algún sentido en los resultados obtenidos en relación con la pérdida de peso, la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes sometidos a *by-pass* gástrico. Desde un principio es importante subrayar que en este capítulo los resultados son tentativos ya que de por sí es un dato que de los 60 pacientes que componen nuestra muestra, 46 de ellos son mujeres y sólo contamos con 14 hombres.

Los contenidos se dividen en dos bloques. El primero se ocupa de las diferencias intra-grupos y entre-grupos, con el fin de detectar si existe alguna o algunas pautas diferenciales entre los géneros en los cambios que se registran antes y después de la operación. El segundo se corresponde con la realización secuenciada de una serie de análisis discriminantes, con el fin de apresar desde un punto de vista multivariado el conjunto de variables que mejor discriminaría a ambos géneros. El N de pacientes que compone cada uno de los grupos ha condicionado, tanto el tipo de prueba a utilizar en las comparaciones bivariadas (no paramétricas en algunos casos y paramétricas en otros), como el número de variables considerado y tipo de análisis discriminante a realizar desde el punto de vista multivariado.

### **6.1. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos del grupo de hombres (N = 14)**

En primer lugar, analizaremos las variables que sólo han sido medidas antes de la intervención quirúrgica.

En segundo lugar, vamos a analizar las medias, desviaciones típicas y diferencias que se registran en los hombres en las diferentes variables evaluadas en la investigación, en tres ocasiones: antes de la operación, a los 6 y a los 12 meses de la misma. Para estas comparaciones, se ha utilizado el estadístico no paramétrico para medidas dependientes Z de Wilcoxon.

#### **6.1.1. Análisis de las variables medidas antes de la intervención en el grupo de hombres (N=14)**

Tabla 37. Medias y desviaciones típicas de las variables correspondientes a la Entrevista Boston, y a los Cuestionarios COPE y MOS, medidas antes de la intervención quirúrgica en el grupo de hombres (N=14).

	Media	DesviaciónTípica
<b>Comprensión</b>	17,00	9,81
<b>Motivación</b>	18,86	4,94
<b>Expectativas</b>	3,36	1,78
<b>COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema</b>	30,43	4,57
<b>COPE Afrontamiento cognitivo del problema</b>	38,21	7,85
<b>COPE Escape cognitivo</b>	18,57	5,33
<b>COPE Afrontamiento centrado en las emociones</b>	31,21	6,55
<b>COPE Consumo de drogas</b>	5,07	3,25
<b>MOS Apoyo emocional-informacional</b>	38,93	7,97
<b>MOS Apoyo afectivo</b>	20,71	3,77
<b>MOS Apoyo instrumental</b>	16,93	3,22
<b>MOS Puntuación total en apoyo emocional</b>	76,57	13,36

Las puntuaciones que vemos en la Tabla 37 con respecto a la media de las variables analizadas antes de la intervención, nos reflejan por el lado de la Entrevista Boston, que los hombres tienen una comprensión buena del procedimiento de la intervención quirúrgica, una moderada-alta motivación en la operación, y unas expectativas bastante altas con respecto al cambio que se va a producir tras la misma.

Dentro de las variables que se refieren a las estrategias de afrontamiento, destaca el afrontamiento cognitivo del problema como estrategia más utilizada por el grupo de hombres.

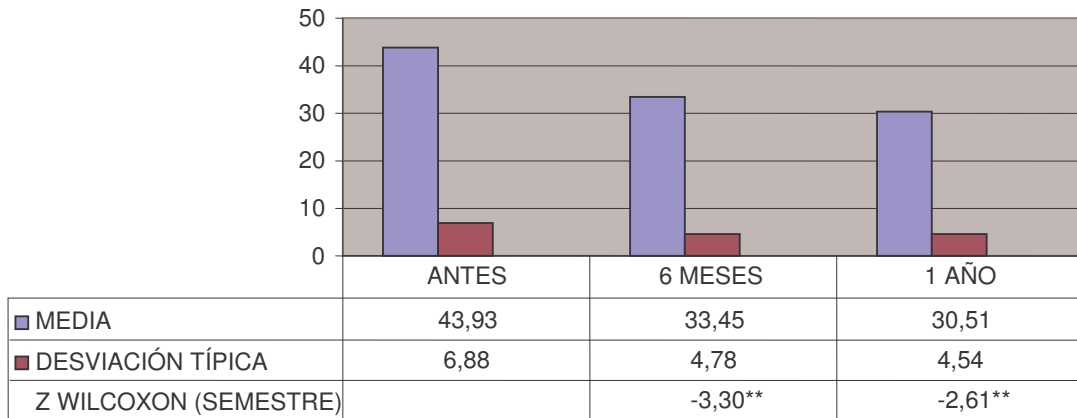
La puntuación del apoyo emocional es alta, destacando el apoyo de tipo emocional-informacional.

## 6.1.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de hombres (N=14)

### 6.1.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) de los hombres

En el Gráfico 56 vemos que la media del IMC antes de la operación, en la muestra de hombres entrevistados para la investigación es de 43,93, que equivale a una obesidad mórbida con gran riesgo para la salud del paciente.

**Gráfico 56. Índice de Masa Corporal en los pacientes varones de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 14).**

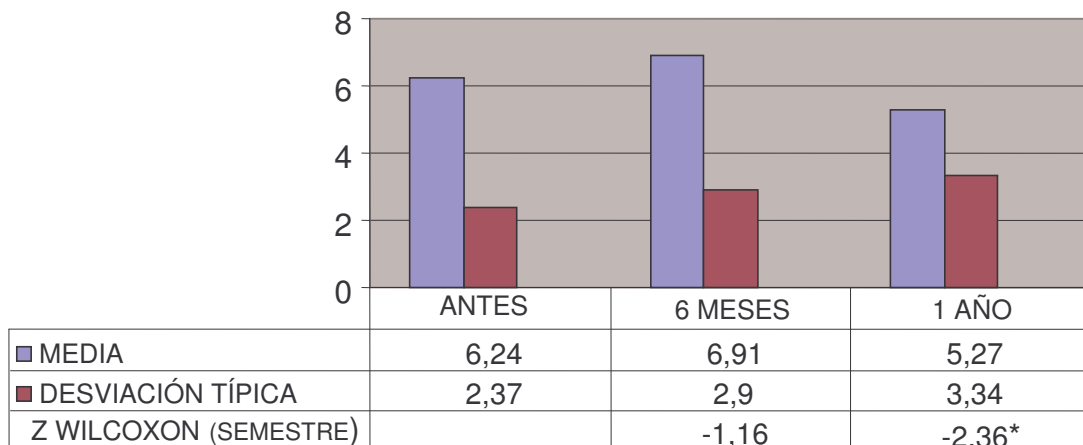


A los 6 meses de la intervención quirúrgica de *by-pass* gástrico, la media del IMC ha descendido significativamente, ya que podemos hablar de una obesidad de grado I con un riesgo significativamente inferior para la salud del paciente., y al año de la misma la media de hombres se sitúa muy próxima al sobrepeso.

Podemos ver, como muestra el valor de la “Z”, que la mayor pérdida de peso se produce en los 6 primeros meses y entre los 6 meses y el año sigue dándose una pérdida significativa, aunque menor.

### 6.1.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) de los hombres

Gráfico 57. Valores de los hombres correspondientes al factor Restricción del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 14).



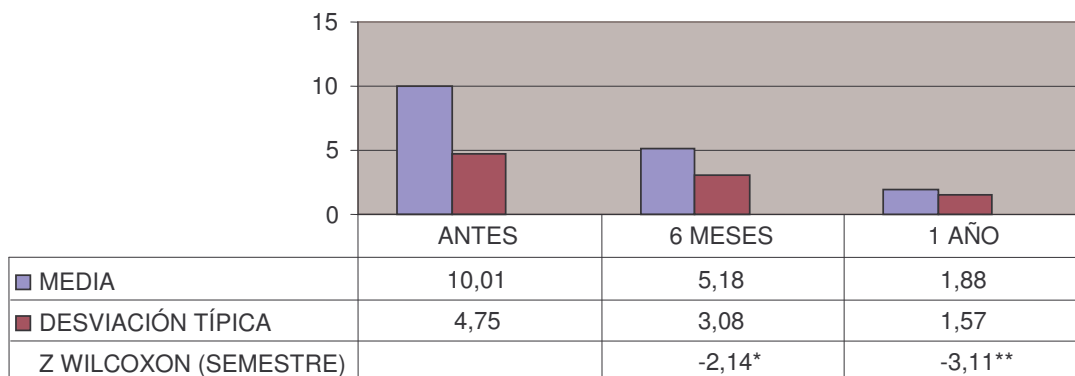
Con respecto a la conducta alimentaria, podemos ver en el Gráfico 57, correspondiente al factor de restricción, como la media de las puntuaciones, medida antes, y al año de la operación, marca una significativa disminución de este factor restrictivo en los pacientes varones operados.

Antes de la operación, la pérdida de peso y la restricción alimentaria resultan de una

incrementada preocupación por la comida y el peso. Como se ha podido observar en la entrevista Boston, prácticamente la totalidad de la muestra de esta investigación, señala haber realizado todo tipo de dietas que les han llevado a restringir su alimentación. La persona que hace dieta, consume pequeñas dosis de comida bajo condiciones normales, pero menos que los que no la hacen en condiciones semejantes. Cuando por circunstancias determinadas (*arousal* emocional, ingesta de alcohol, humor negativo) se produce una ruptura de este control cognitivo, se dispara la desinhibición como consecuencia de una situación que sólo permite una perfecta observancia de la dieta, o descontrol alimentario total. El obeso que hace dieta se rige por la *ley del todo o nada*: cuando se ha excedido, aunque sea levemente, la cuota calórica diaria, ya no tiene sentido seguir observando la dieta y se da rienda suelta a las presiones fisiológicas tanto tiempo inhibidas. El vínculo causal entre dieta y sobreingesta puede trazarse a partir de los controles cognitivos autoimpuestos del que hace dieta, sin descartar la intervención de los factores metabólicos, que sin duda tienen una participación (Mora & Raich, 1993).

A los 6 meses de la operación, según los resultados que se nos indica en el Gráfico anteriormente citado, esta restricción que aumenta en los pacientes, puede ser debida al cambio tan brusco que experimentan, sobre todo los hombres, en la cantidad de comida, aunque la diferencia en este momento no sea significativa. Alrededor del año el paciente tiene una alimentación completa y la cantidad de comida ha sufrido un ligero aumento, y es aquí, cuando se da una disminución significativa a nivel restrictivo como indica la “Z” de Wilcoxon. Coincide con lo que la mayoría de hombres manifiestan en la entrevista anual “ya no estoy tan pendiente de la comida”, “puedo comer de todo pero menos cantidad”, “ya no tengo la sensación de estar a dieta”.

**Gráfico 58. Valores de los hombres correspondientes al factor Desinhibición del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 14).**



Siguiendo con el Gráfico 58, los resultados muestran que la desinhibición del control de la ingesta evaluada en la muestra, varía significativamente a los 6 meses y al año de la operación. Además, los resultados obtenidos, sitúan la media de los hombres obesos mórbidos de la muestra, con respecto al factor desinhibición, dentro de la población normal, al año de la intervención. Como se mencionó anteriormente, la población obesa y no obesa mantiene puntuaciones similares en el factor restrictivo pero en el factor de desinhibición los obesos puntúan significativamente más alto. Por eso resulta llamativo la mejoría tan significativa que obtienen.

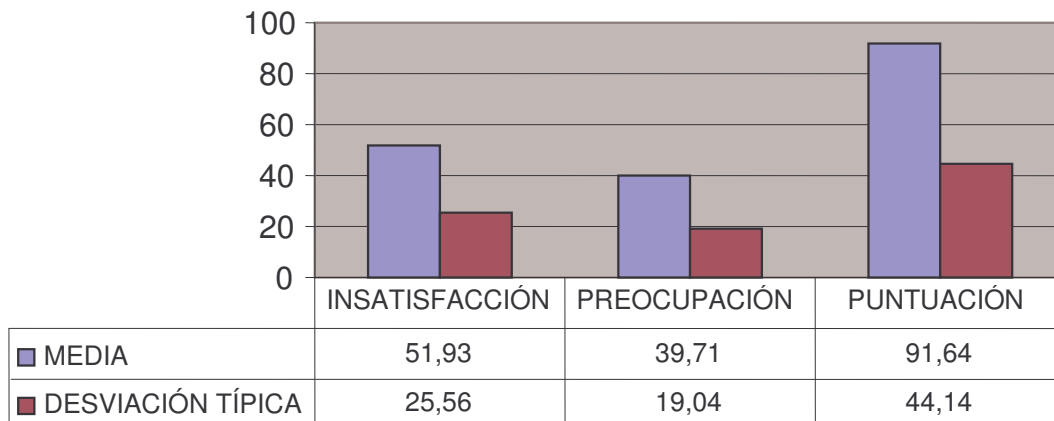


Al hablar de desinhibición se hace desde un punto de vista más cognitivo, que viene marcado por la restricción biológica que hemos visto en el factor anterior. En nuestra población la restricción causada por las dietas facilita el mecanismo de inhibición-desinhibición cognitiva que lleva a los sujetos a comer más y tener un peor control sobre los mecanismos de saciedad biológicos.

### 6.1.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) de los hombres

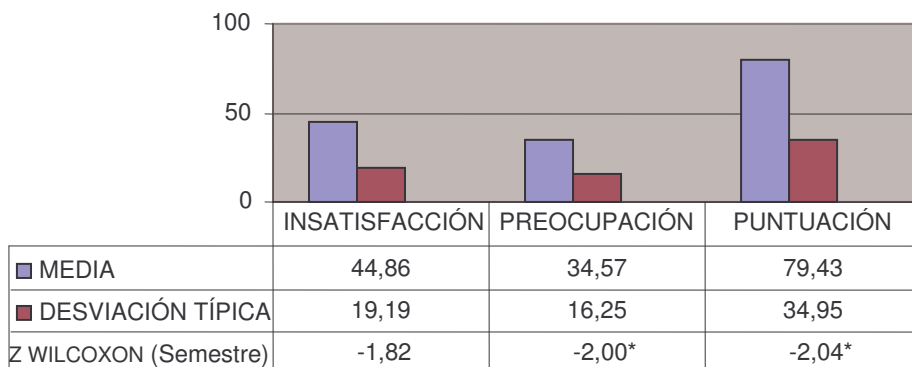
Como vimos en el capítulo 4, una de las variables que está directamente relacionada a nivel físico y mental con la pérdida de peso es la imagen corporal, aunque las mujeres hacen mayor referencia a este aspecto y la preocupación por su atractivo y por su imagen incide directamente en los motivos para operarse, en el caso de los hombres vamos a ver como también existe una preocupación que disminuye significativamente tras la intervención.

**Gráfico 59. Valores de los hombres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 14).**



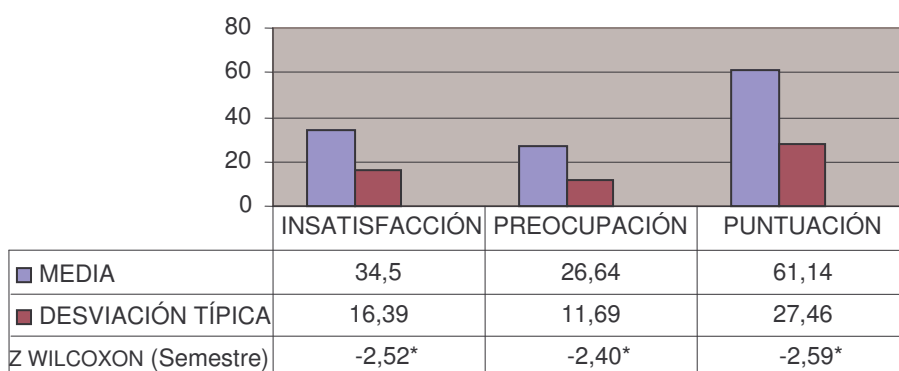
En el Gráfico 59, los resultados indican que la puntuación total en la preocupación por la imagen corporal es moderada-alta. Con respecto a los dos factores en los que se divide el BSQ, la puntuación señala una ligera preocupación por el peso, y una insatisfacción a nivel corporal más elevada, antes de someterse a la intervención quirúrgica.

**Gráfico 60. Valores de los hombres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 14).**



A los 6 meses de la intervención de *by-pass* gástrico, los resultados que se obtienen en la puntuación total y en los dos factores del BSQ, mejoran significativamente, como señala la Z de Wilcoxon.

**Gráfico 61. Valores de los hombres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra tras el año de la operación (N = 14).**

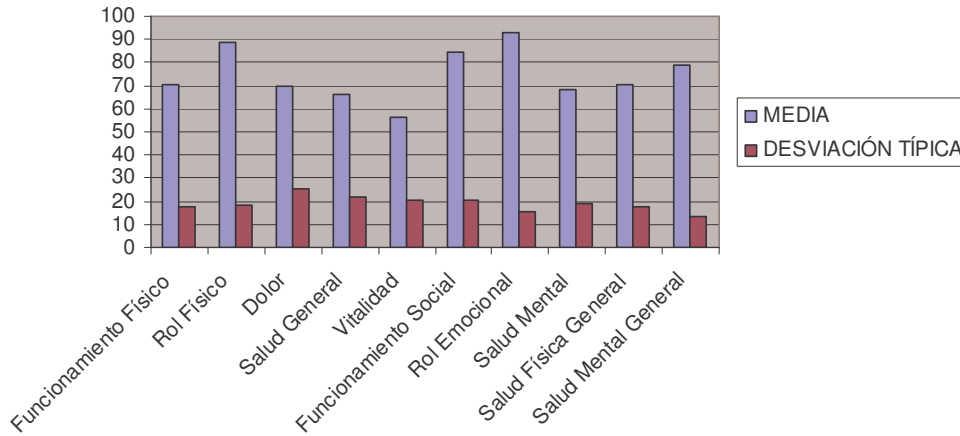


Transcurrido el año de la operación, la preocupación total por la imagen corporal ha disminuido significativamente. Los hombres perciben una imagen positiva de ellos mismos, al igual que una menor insatisfacción corporal. La preocupación acerca del peso es muy baja, coincidiendo con los resultados del IMC.

#### 6.1.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) de los hombres

Recordemos que los 36 ítems del Cuestionario SF-36 cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Recuérdese que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud (0: peor estado de salud y 100: mejor estado de salud).

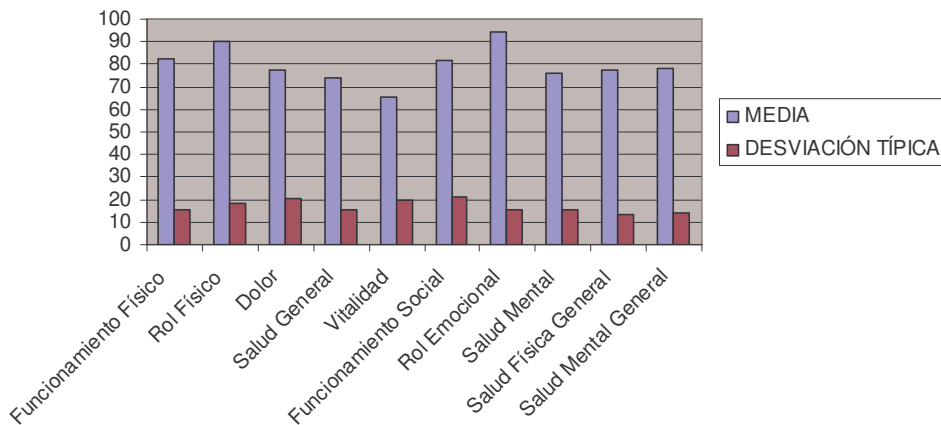
**Gráfico 62. Resultados de los hombres en el Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 14).**



En el Gráfico 62, podemos ver cómo evalúan la Calidad de Vida los hombres de la muestra de esta investigación. Las tres variables mejor evaluadas, son el rol físico, el rol emocional y el funcionamiento social.

En general, hay una percepción positiva de su Calidad de Vida antes de ser intervenidos, destacando la puntuación más baja en el factor de vitalidad.

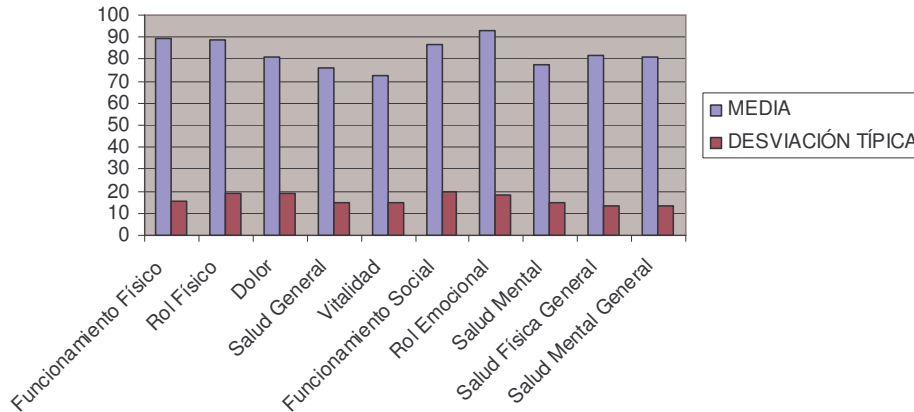
**Gráfico 63. Resultados de los hombres en el Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 14).**



A los 6 meses de la intervención, hay mejoría significativa, según los resultados que nos marca la Z de Wilcoxon en la Tabla 38, que veremos a continuación, en el funcionamiento físico y en la salud física general. Esto muestra que, aunque los pacientes evaluasen bien su funcionamiento físico antes de ser sometidos a la intervención quirúrgica, a los 6 meses perciben que la mejoría de éste, es significativamente mejor, y en los 2

aspectos anteriormente mencionados, el paciente es consciente de una mejoría en su calidad de vida.

**Gráfico 64. Resultados de los hombres en el Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra después del año de la operación (N = 14).**



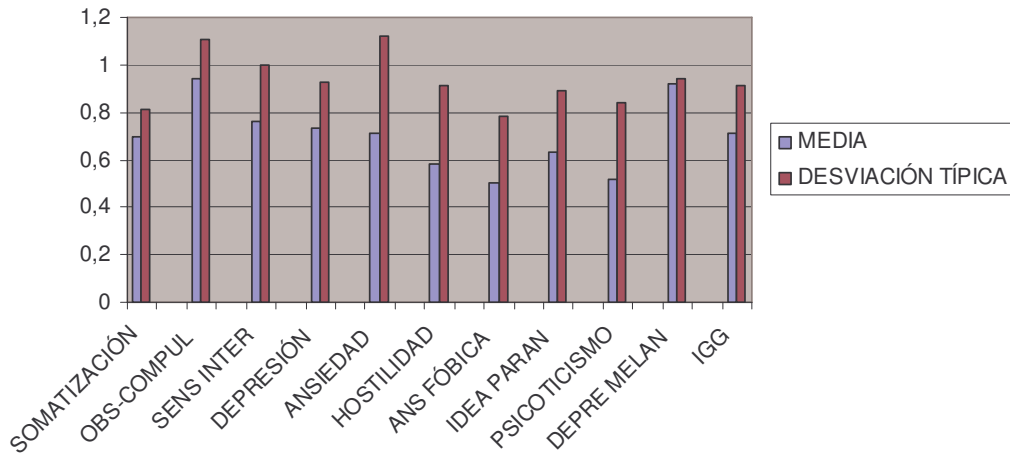
El Gráfico 64, nos muestra como al año de la operación, los resultados siguen mejorando significativamente en las mismas variables que lo hacen a los 6 meses. En el resto de variables hay mejoría, pero no significativa. El funcionamiento físico, la salud física general y la vitalidad, son las variables que tienen una mejoría significativa en los hombres de la muestra, al año de la intervención de *by-pass* gástrico, según nos muestra la Z de Wilcoxon.

**Tabla 38. Resultados de la Z de Wilcoxon con respecto al Cuestionario SF-36.**

S.F.-36	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	Z	Z	Z
<b>Funcionamiento Físico</b>	-2,61**	-3,30**	-2,71**
<b>Rol Físico</b>	-.14	-.14	-.45
<b>Dolor</b>	-1,07	-2,11*	-.79
<b>Salud General</b>	-1,46	-1,64	-.64
<b>Vitalidad</b>	-1,66	-3,06**	-1,54
<b>Funcionamiento Social</b>	-.50	-.06	-1,29
<b>Rol Emocional</b>	-.38	.00	-1,00
<b>Salud Mental</b>	-1,40	-1,97*	-.45
<b>Salud Física General</b>	-2,04*	-3,23**	-1,98*
<b>Salud Mental General</b>	-.91	-.85	-1,54

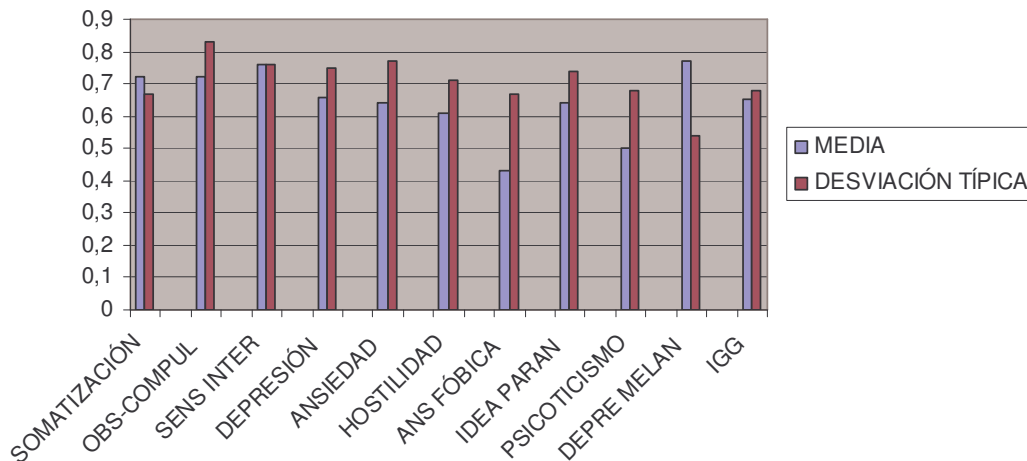
### 6.1.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de los hombres

**Gráfico 65.** Valores de la media y desviación típica en los hombres, de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra, antes de la operación (N = 14).



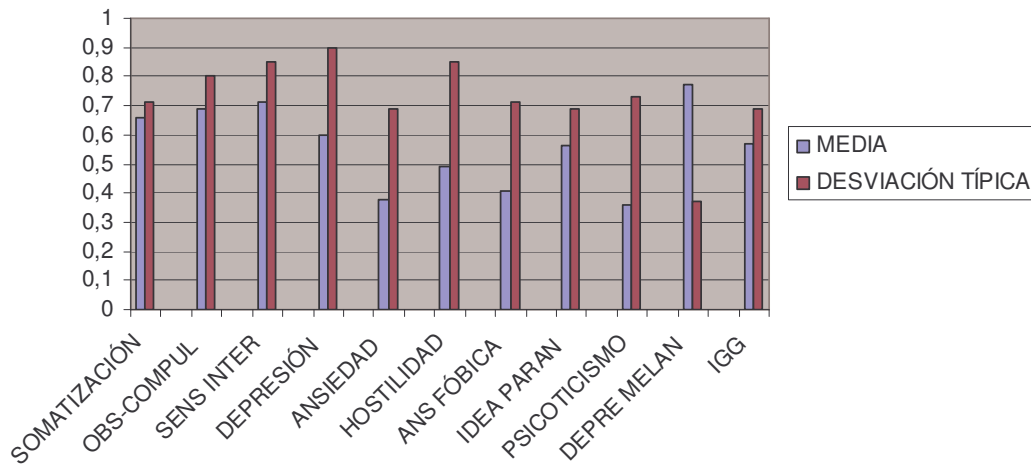
Los resultados que nos ofrece el Gráfico 65, sitúan la media de los pacientes varones, en todas las escalas del cuestionario SCL-90, dentro de un parámetro de normalidad, es decir, no hablamos de resultados de población patológica, sino de población normal en cuanto a la sintomatología psicológica.

**Gráfico 66.** Valores de la media y desviación típica en los hombres, de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 14).



En el Gráfico 66, referente a los 6 meses de la operación, los datos siguen estando en la misma línea, pero los valores han disminuido, es decir, ha habido una mejoría, que es significativa en la escala de obsesión-compulsión.

Gráfico 67. Valores de la media y desviación típica en los hombres, de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra transcurrido 1 año de la operación (N = 14).



El Gráfico 67, representa los resultados obtenidos al año de la operación, mostrando una disminución de la sintomatología negativa. Los resultados obtenidos destacan la mejoría clínicamente significativa que se da en la escala de ansiedad entre los 6 meses y el año de la operación. En el resto de escalas no hay mejoría significativa.

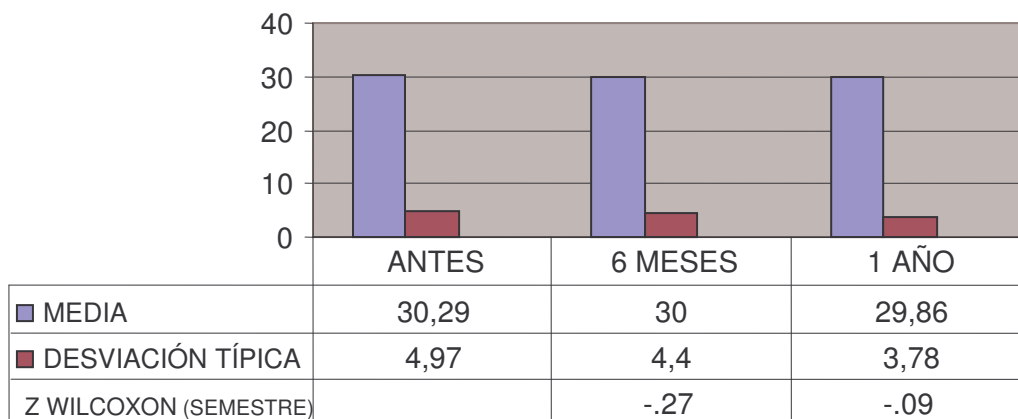
Tabla 39. Resultados de la Z de Wilcoxon con respecto al Cuestionario SCL-90.

S.C.L.-90	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	Z	Z	Z
<b>Somatización</b>	-0.35	-0.07	-0.94
<b>Obsesión-compulsión</b>	-1,97*	-1,49	-0.57
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	-0.11	-0.22	-0.42
<b>Depresión</b>	-0.46	-0.18	-0.53
<b>Ansiedad</b>	-0.24	-0.62	-2,31*
<b>Hostilidad</b>	-0.42	-0.05	-0.84
<b>Ansiedad fóbica</b>	-0.12	-0.18	-0.37
<b>Ideación paranoide</b>	-0.14	-0.21	-0.26
<b>Psicoticismo</b>	-0.36	-0.51	-1,16
<b>Depresión melancólica</b>	-0.94	-0.53	-0.21
<b>Índice de Gravedad Global</b>	-0.19	-0.09	-0.73

Podemos destacar de la Tabla 39, la puntuación que indica una mejoría significativa en obsesión-compulsión, a los 6 meses de la intervención, y en ansiedad, entre los 6 meses y el año de la misma.

### 6.1.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) de los hombres

Gráfico 68. Valores correspondientes a la autoestima de los hombres medida con el Cuestionario Autoestima de Rosenberg aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 14).



El Gráfico 68, señala la evolución que tienen los pacientes en la variable autoestima a los 6 meses y al año de la intervención. No hay ninguna evolución, es decir, permanece estancada a diferencia de lo que ha aparecido en otras investigaciones, donde la variable autoestima mejoraba significativamente.

## 6.2. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra de mujeres (N=46)

Primero, analizaremos las variables medidas en una ocasión, y luego vamos a analizar las medias y las desviaciones típicas de las mujeres en las diferentes variables evaluadas en la investigación, en tres ocasiones: antes de la operación, a los 6 y a los 12 meses de la misma. Para las comparaciones intra-grupos, en el caso de las mujeres, se ha utilizado la “t” de Student para muestras relacionadas ya que el número de sujetos lo permite.

### 6.2.1. Análisis de las variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica en el grupo de mujeres (N=46)

En la Tabla 40, vemos como la comprensión de la media de mujeres acerca de la intervención quirúrgica, es buena, aunque menor que la de los hombres, además, la motivación hacia la operación es alta, esto podría correlacionar con las expectativas, que aunque son más bajas que las de los hombres, siguen siendo altas. Además, en apartados anteriores, se vio que la motivación elevada hacia la operación, que tiende a ser irrealista, afecta en los resultados de la intervención.

Tabla 40. Medias y desviaciones típicas de las variables medidas antes de la intervención quirúrgica en las mujeres (N=46).

	Media	Desviación Típica
Comprensión	15,59	7,44
Motivación	20,96	5,67
Expectativas	3,78	1,55
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	29,11	5,51
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	36,43	7,37
COPE Escape cognitivo	22,20	6,66
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	31,54	8,95
COPE Consumo de drogas	5,52	3,40
MOS Apoyo emocional-informacional	39,50	10,45
MOS Apoyo afectivo	21,70	4,25
MOS Apoyo instrumental	16,43	4,46
MOS Puntuación total en apoyo emocional	77,63	17,22

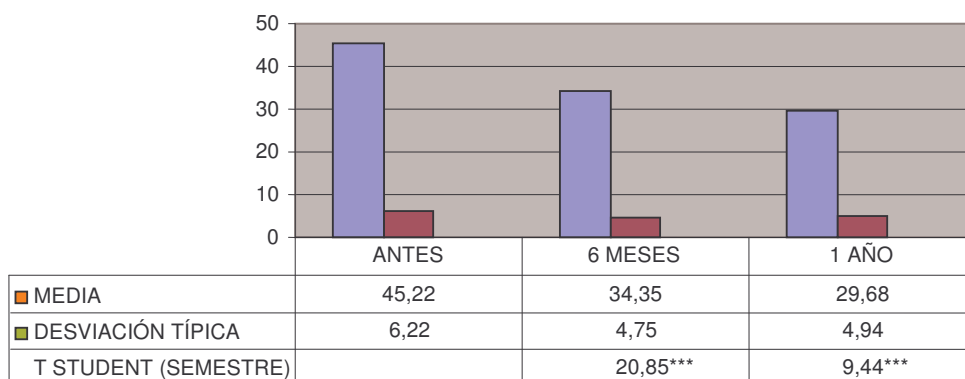
Las estrategias de afrontamiento en el grupo de mujeres nos indican, al igual que en los hombres, que evalúan mayoritariamente las estrategias de afrontamiento cognitivo del problema.

En el apoyo emocional total la puntuación es también buena, y al igual que en los hombres, destacando el apoyo emocional-informacional.

### 6.2.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de mujeres (N=46)

#### 6.2.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) de las mujeres

Gráfico 69. Índice de Masa Corporal en las pacientes mujeres de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 46).



La pérdida de peso en la muestra de mujeres es un poco mejor que la de los hombres (niveles de significación de las diferencias de  $p < .001$  frente a  $p < .01$ ). Esto es acorde con los resultados del estudio de Tymitz et al. (2007), que señala que los varones



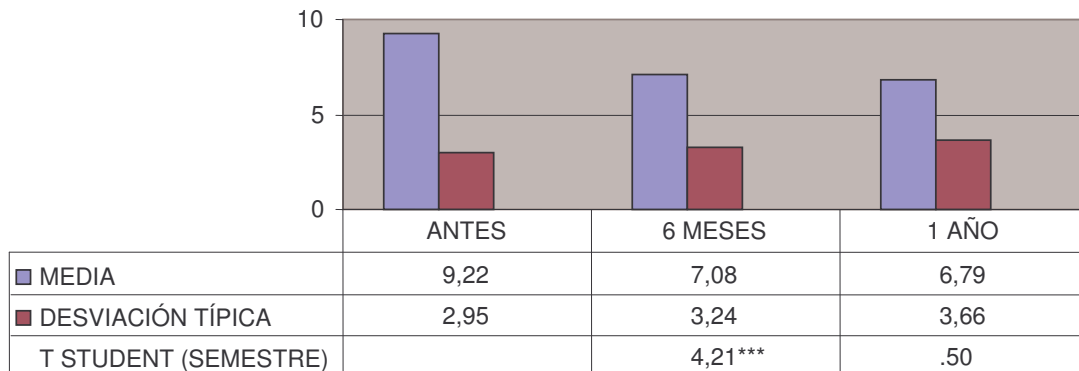
seguían con pesos superiores, tras la intervención quirúrgica, a las mujeres, aunque presentasen un mayor porcentaje de peso perdido que las mismas.

En el Gráfico 69 podemos ver como las diferencias de la pérdida de peso en la media de mujeres es significativamente inferior a los 6 meses y al año, pasando de ser una población de riesgo por obesidad mórbida a situarse en valores altos de sobrepeso, donde a nivel físico y psicológico la diferencia es sustancial, como iremos viendo en las siguientes variables.

Los valores de la t de Student con respecto a la variación significativa del IMC en los distintos momentos de su evaluación, nos señalan que la mayor pérdida de peso se produce en los 6 primeros meses. Así, aunque los pacientes siguen perdiendo peso y la diferencia entre los 6 meses y el año sigue siendo significativa, el tamaño de la “t” es mucho menor.

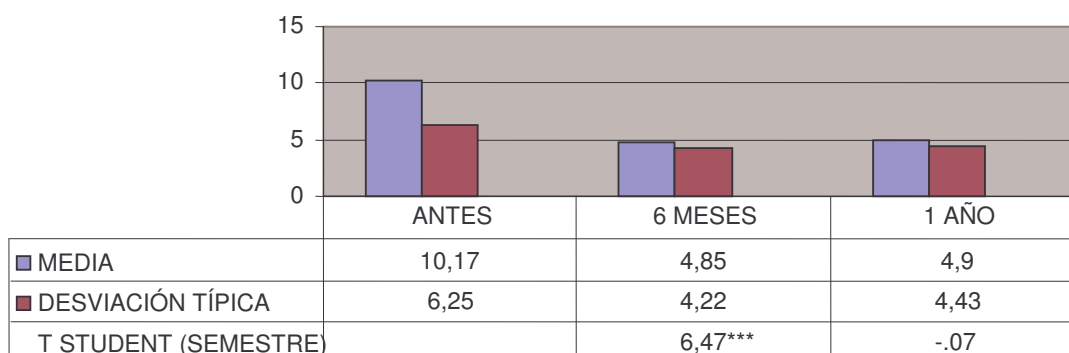
### 6.2.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) de las mujeres

**Gráfico 70. Valores de las mujeres correspondientes al factor Restricción del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 46).**



Con respecto a las puntuaciones de restricción en las mujeres, ocurre de distinta forma que en los hombres. A los 6 meses de la intervención, según los resultados que nos muestra la t de Student, las diferencias son significativas, es decir, hay una disminución importante en los niveles restrictivos hacia la comida, pero al año de la misma, aunque siguen disminuyendo estos niveles, no lo hacen de forma significativa. Podemos señalar que transcurridos los 12 meses, las mujeres no tienen esa percepción restrictiva que tenían antes de operarse debido a las dietas, según confirmaron la mayoría de ellas.

**Gráfico 71. Valores de las mujeres correspondientes al factor Desinhibición del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 46).**



Como se dijo anteriormente, cuando se habla de desinhibición, se hace desde un punto de vista más cognitivo, que viene marcado por la restricción biológica que hemos visto en el factor anterior. En el Gráfico 71, podemos observar que a la desinhibición del control de la ingesta evaluada en la muestra de mujeres, le sucede lo mismo que ocurría con el factor restrictivo del Cuestionario TFEQ. A los 6 meses, la diferencia es altamente significativa, y entre los 6 meses y el año sólo disminuye muy poco (al contrario que ocurría con los hombres), no pudiéndose apreciar niveles significativos en la variación de los resultados, según muestra el valor de la t. Se puede concluir que la diferencia existente en los niveles de desinhibición con respecto a la alimentación, antes de ser intervenidas las mujeres y transcurrido 1 año, es gratificante y hay mejoría significativa.

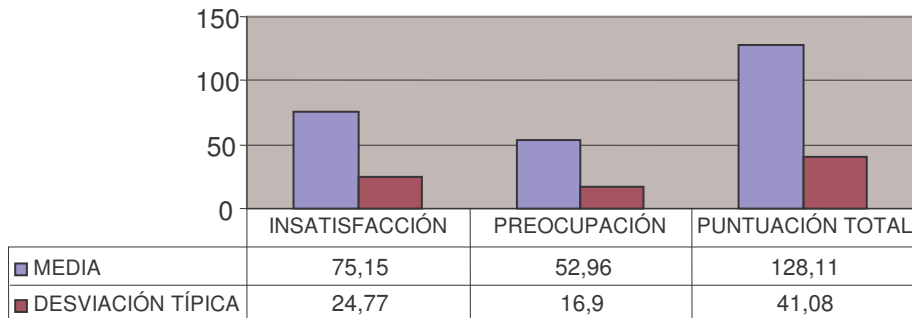
### 6.2.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) de las mujeres

La insatisfacción con respecto a la imagen corporal es un problema psicosocial serio asociado a la obesidad. Todavía son pocos los conocimientos, acerca del origen de la naturaleza de la insatisfacción corporal, en pacientes obesos mórbidos. Algunos estudios, han identificado algunas características demográficas, psicológicas y comportamentales, asociadas a la insatisfacción corporal en grupos con pacientes obesos y con trastornos de la alimentación, teniendo en cuenta el género, la etnia, el índice de masa corporal, la existencia de trastorno por atracón, la autoestima y la depresión (Rosenberg et al., 2006).

Grilo et al. (2005) examinaron en una investigación, que el género, el trastorno por atracón, y una baja autoestima eran predictores significativos de la insatisfacción en la imagen corporal. Encontraron que la aparición del trastorno por atracón y la baja autoestima explicaban el 56% de la varianza en la insatisfacción corporal de los hombres, pero sólo el 33% de la varianza en las mujeres. Estos resultados sugirieron que las diferencias con respecto al género correlacionaban con la insatisfacción en la imagen corporal.

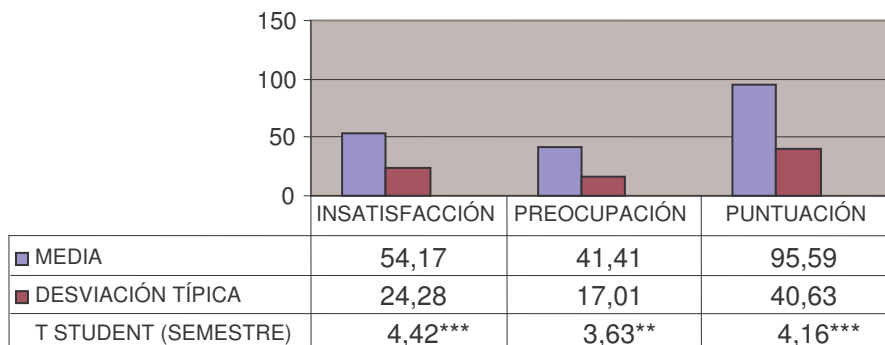
La insatisfacción de la imagen corporal, es una fuente de malestar subjetivo en los pacientes obesos y normalmente una motivación para la búsqueda del tratamiento-intervención. La gran prevalencia de cirugía bariátrica en las mujeres, hace que se convierta en una importante área de investigación clínica con la finalidad de encontrar qué variables son fuertemente predictivas de esta insatisfacción en las mujeres.

**Gráfico 72. Valores de las mujeres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 46).**



Los datos que aparecen en el Gráfico 72 confirman que la preocupación con respecto a la imagen corporal en mujeres es superior a la preocupación que veíamos en los hombres. Se puede hablar de una preocupación alta acerca de la imagen corporal, con niveles importantes con respecto a la insatisfacción corporal y a la preocupación por el peso.

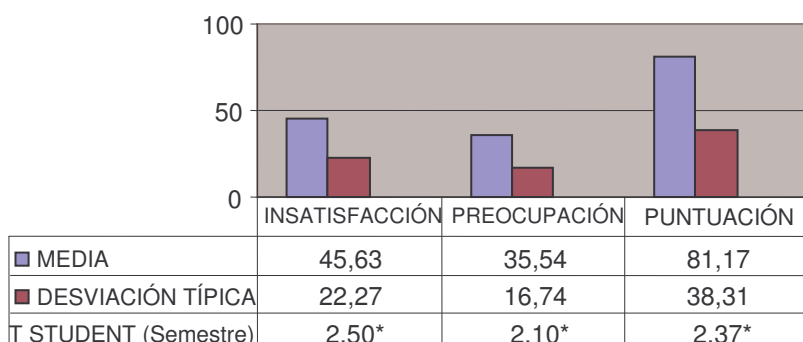
**Gráfico 73. Valores de las mujeres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 46).**



Los resultados a los 6 meses, mejoran significativamente, según señala la t, tanto en la puntuación general, como en la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso que llega a una puntuación muy baja. Aunque sigue existiendo una preocupación moderada, las pacientes evalúan su imagen corporal mucho mejor de lo que lo hacían antes de la intervención quirúrgica.

Transcurrido el año de la operación, los resultados reflejados en el Gráfico 73, siguen indicando una mejoría significativa en los valores de preocupación por la imagen corporal.

**Gráfico 74. Valores de las mujeres correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra tras el año de la operación (N = 46).**

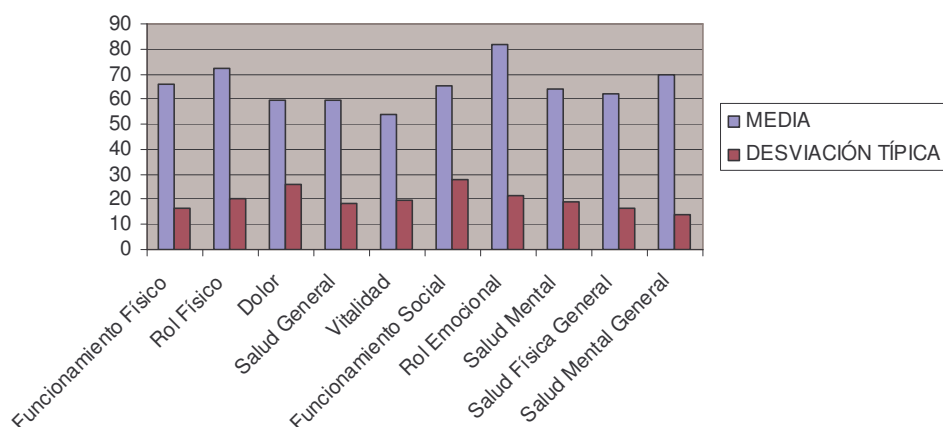


El hecho de que la máxima mejoría se produzca a los 6 meses, puede tener relación con la máxima pérdida de peso que ocurre en estos mismos meses, pero aunque al año también hay mejoría de la imagen, al igual que se da una importante pérdida de peso, los resultados no son tan llamativos. De hecho, los cambios significativos que se producen entre los 6-12 meses en hombre y en mujeres son semejantes.

#### 6.2.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) de las mujeres

A continuación se presentan los resultados relativos a los cambios en la calidad de vida de las mujeres. Al respecto, Dymek et al. (2001) estudiaron algunas medidas de calidad de vida como la depresión y el funcionamiento físico a los 6 meses y al año de la operación. Vieron que la mejoría en estas variables aumentó a los 6 meses pero fue superior entre lo 6 meses y el año.

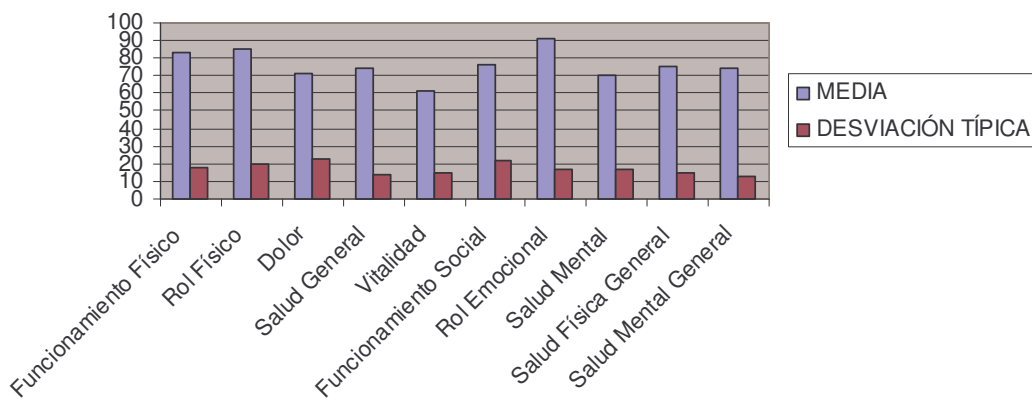
**Gráfico 75. Resultados de las mujeres en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N=46).**



En el Gráfico 75, se muestran los valores correspondientes a los distintos factores del Cuestionario SF-36, que ha evaluado la Calidad de Vida de las mujeres de la muestra,

antes de ser intervenidas quirúrgicamente. Los resultados en todas las áreas se corresponden con una puntuación aceptablemente buena, destacando la valoración que las pacientes hacen sobre el rol emocional y el rol físico, antes de ser operadas.

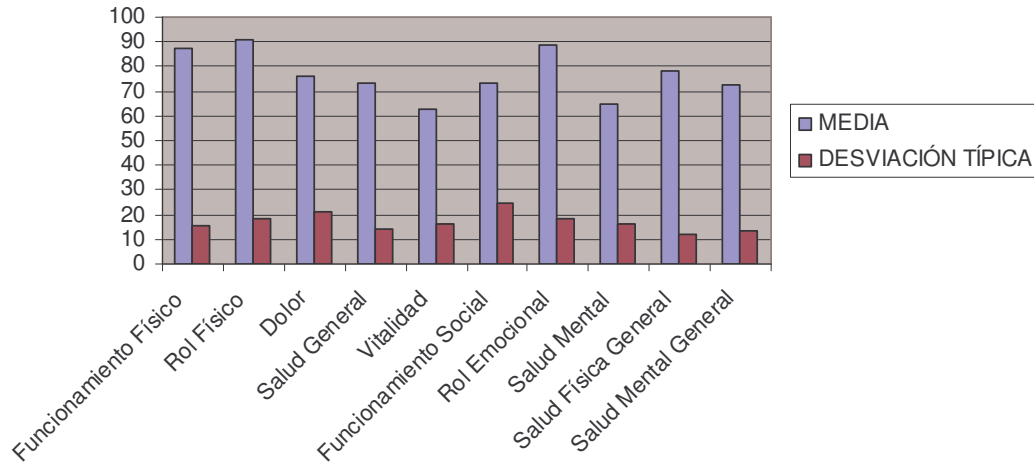
**Gráfico 76. Resultados de las mujeres en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 46).**



Los resultados que se obtienen de la muestra de mujeres a los 6 meses de la intervención señalan una mejoría significativa en todas las escalas del cuestionario. Las mujeres valoran su calidad de vida en todos los factores con una puntuación significativamente superior a la que le otorgaban antes de la intervención. Destacan el funcionamiento físico, la salud general y la salud física general como variables altamente significativas. Es decir, las pacientes experimentan cambios muy importantes en estas áreas a los 6 meses de la intervención. Igualmente, con una significación de  $p < .01$ , destacarían las variables de rol físico, dolor, y funcionamiento social. Y las variables de vitalidad, rol emocional, salud mental y salud mental general lo harían con una significación de  $p < .05$  según vamos a ver a continuación en la Tabla 41, donde se muestran los datos de la t de Student.

En el Gráfico 77, se nos muestran los resultados al año de la operación, donde se ve la mejoría pero con una significación pequeña, de  $p < .05$  según nos indica el valor de la t, en las variables de funcionamiento físico y de salud (recordemos que los hombres seguían mejorando en salud física, pero que en ellos no se apreciaba ninguna diferencia sustancial en la salud mental evaluada por el SF-36). En el resto de variables no podemos hablar de cambios significativos.

Gráfico 77. Resultados de las mujeres en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra después del año de la operación (N = 46).



Como vemos, estos resultados difieren de los obtenidos por Dymek et al. (2001) donde la mejoría más significativa se daba entre los 6 meses y el año de la intervención. Nuestros resultados nos confirman que cuando se da la pérdida de peso más significativa, que ocurre en los 6 primeros meses, las mujeres obesas (aunque no los hombres) perciben acorde con ello una mejoría considerable en su calidad de vida. Esto es lo que nos muestran las diferencias significativas encontradas en la Tabla 41.

Tabla 41. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SF-36.

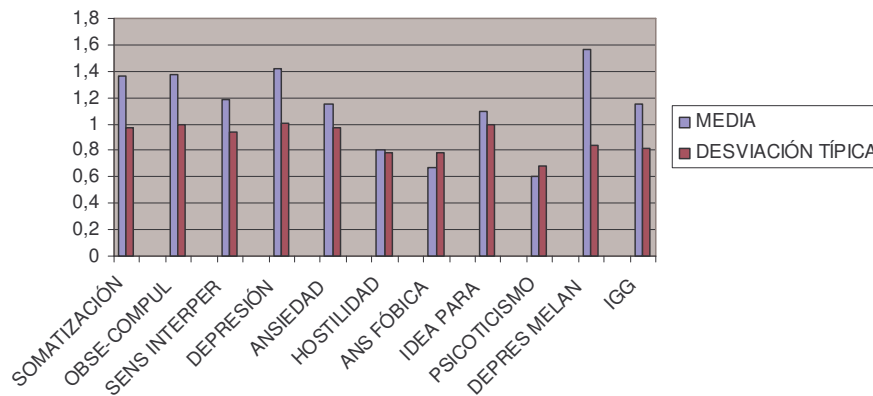
S.F.-36	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Funcionamiento Físico</b>	-7,88***	-9,13***	-2,38*
<b>Rol Físico</b>	-3,25**	-5,17***	-1,81
<b>Dolor</b>	-3,44**	-4,35***	-1,21
<b>Salud General</b>	-5,48***	-4,64***	.54
<b>Vitalidad</b>	-2,56*	-2,86**	-.45
<b>Funcionamiento Social</b>	-3,01**	-2,13*	-.92
<b>Rol Emocional</b>	-2,46*	-1,75	.94
<b>Salud Mental</b>	-2,36*	-.08	2,27*
<b>Salud Física General</b>	-5,82***	-8,02***	-1,75
<b>Salud Mental General</b>	-2,59*	-1,88	1,15

### 6.2.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) de las mujeres

Los diversos estudios con pacientes obesos mórbidos, señalan la existencia de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes así como aumento de la sintomatología psicológica general, pero a pesar de esto, los conocimientos sobre el tema son todavía limitados.

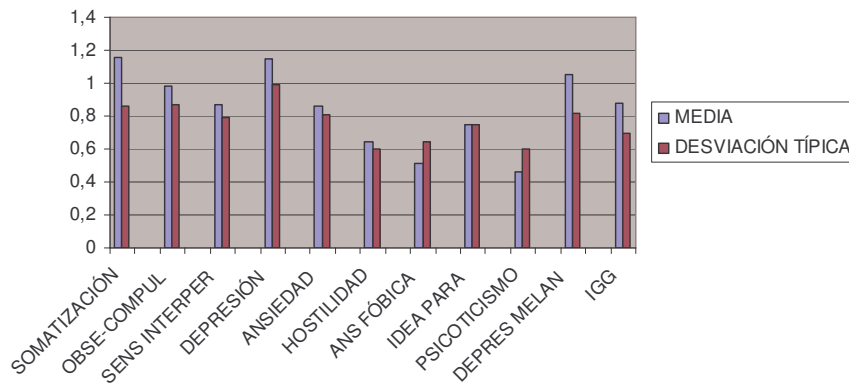
Según Dixon et al. (2003), el riesgo de desarrollar síntomas de depresión, es más alto en mujeres, especialmente las jóvenes, con una pobre imagen corporal, y con una baja calidad de vida a nivel físico y mental. A continuación veremos cómo varía la sintomatología en nuestro grupo de mujeres al año de ser intervenidas.

**Gráfico 78. Valores en las mujeres, de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación (N = 46).**



Los resultados que nos ofrece el Gráfico 78, nos indican la sintomatología psicológica que señalan las mujeres de la muestra antes de ser intervenidas. Destacan, aunque todas las puntuaciones son bajas, la escala de depresión melancólica, depresión, somatización y obsesión-compulsión.

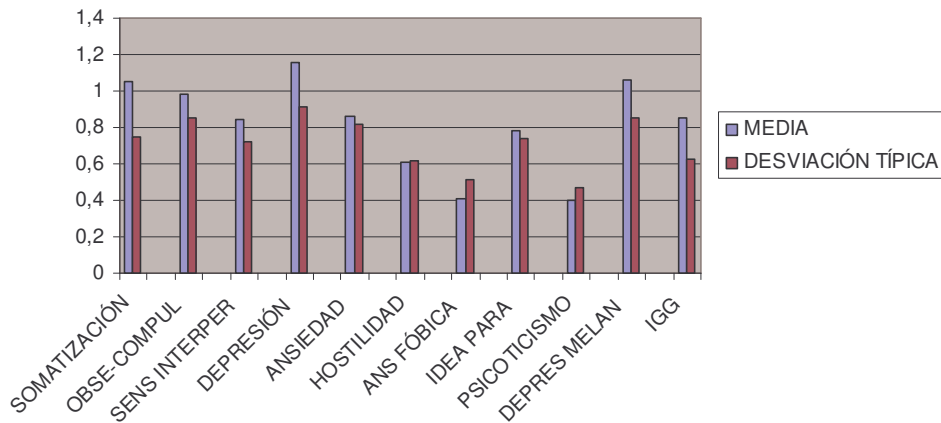
**Gráfico 79. Valores en las mujeres, de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra a los 6 meses de la operación (N = 46).**



Según los resultados de la t de Student (ver más abajo), las escalas en las que se produce una disminución de síntomas a los 6 meses de la intervención, son obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, ansiedad, depresión

melancólica y el índice de gravedad global. En el resto de escalas también disminuyen las puntuaciones pero no lo hacen de forma significativa.

**Gráfico 80. Valores en las mujeres, de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra transcurrido 1 año de la operación (N = 46).**



Por último, el Gráfico 80, representa los resultados obtenidos al año de la operación, donde las puntuaciones en las escalas han disminuido, pero no lo han hecho de forma significativa entre los 6 y los 12 meses en ninguna de ellas. A pesar de ello, la evaluación que las mujeres hacen de su sintomatología psicológica entre antes y al año de la intervención, indica que ha habido una mejoría significativa con una  $p < .01$  en depresión melancólica, en ansiedad fóbica y en el índice de gravedad global. En las escalas de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad y psicoticismo, la mejoría significativa responde a una significación de  $p < .05$ .

**Tabla 42. Resultados de la T de Student con respecto al Cuestionario SCL-90.**

S.C.L.-90	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	T
<b>Somatización</b>	1.41	2.19*	.89
<b>Obsesión-compulsión</b>	2.83**	2.52*	-.06
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	2.20*	2.65*	.31
<b>Depresión</b>	1.88	1.86	-.08
<b>Ansiedad</b>	2.22*	2.21*	.02
<b>Hostilidad</b>	1.34	1.91	.26
<b>Ansiedad fóbica</b>	1.69	2.82**	1.34
<b>Ideación paranoide</b>	2.39*	1.99	-.23
<b>Psicoticismo</b>	1.44	2.21*	.71
<b>Depresión melancólica</b>	3.71**	3.35**	-.13
<b>Índice de Gravedad Global</b>	2.43*	2.71**	.29

En suma, la Tabla 42 muestra que la existencia de diferencias significativas entre el antes y los 6 meses de la intervención ocurren en 6 de las escalas. Aquí encontramos también una diferencia sustancial con los cambios que se registraban en este período para los hombres, en quienes solo se encontraba una diferencia significativa en la escala

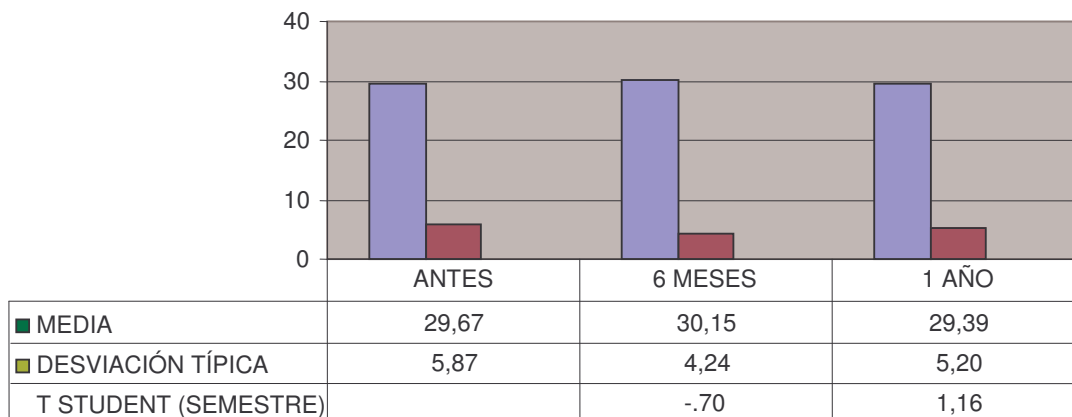


correspondiente a los síntomas obsesivo-compulsivos. No hay cambios significativos entre los 6 meses y el año en las mujeres en ninguna escala. En los hombres recordemos que se producía una elevación de los síntomas de ansiedad entre los 6-12 meses de la operación.

En estudios muy recientes, Schowalter et al. (2008), obtuvieron resultados muy importantes con el factor de depresión. Se vio que el proceso de pérdida de peso, estaba acompañado por una mejoría en depresión y autoaceptación. Incluso después de 5 a 7 años de la intervención quirúrgica, la pérdida de peso estaba asociada con la gran reducción en la sintomatología depresiva y en el aumento de la aceptación. En nuestro estudio, aunque no encontramos una disminución significativa en los síntomas depresivos, podemos hablar de una tendencia a la disminución en el grupo de mujeres entre el antes y los 6 primeros meses (1,88,  $p < .08$ ).

### 6.2.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) de las mujeres

**Gráfico 81. Valores de las mujeres correspondientes a la autoestima de los sujetos medida con el Cuestionario Autoestima de Rosenberg aplicado a los pacientes de la muestra antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 46)**



Los resultados que obtenemos en la variable autoestima son muy similares a los de los hombres, y por tanto, a los obtenidos con toda la muestra. La autoestima en las mujeres no sufre grandes variaciones, ni a los 6 meses ni al año, y como vemos en la t de Student, la significación es inexistente.

Parece que a los 6 meses hay un leve incremento, pero al año vuelve a estar como al principio, pudiéndose concluir que los pacientes evalúan esta dimensión de forma estable en las tres ocasiones, aunque la mayoría de estudios no corroboran esta hipótesis.

### 6.3. Comparaciones entre grupos

Vamos a pasar a la comparación de los resultados obtenidos en los hombres y en las mujeres antes, a los 6 meses y al año de la intervención de *by-pass* gástrico, con el fin de ver que parte de la muestra presenta una mayor o menor sintomatología en las diferentes variables. Para ello, se ha utilizado como prueba estadística la U de MannWhitney.

**Tabla 43 Resultados medidos según la U de MannWhitney en las escalas correspondientes a la comprensión, motivación y expectativas de la Entrevista Boston y a las correspondientes al Cuestionario COPE y al Cuestionario MOS, medido antes de la intervención para la comparación de resultados obtenidos entre la muestra de hombres y la de mujeres.**

ANTES	U
Comprensión	282.00
Motivación	229.50
Expectativas	280.50
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	283.50
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	283.00
COPE Escape cognitivo	216.00
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	306.50
COPE Consumo de drogas	280.50
MOS Apoyo emocional-informacional	272.00
MOS Apoyo afectivo	250.00
MOS Apoyo instrumental	315.00
MOS Puntuación total en apoyo emocional	286.50

Como podemos ver en la Tabla 43, las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a las variables arriba mencionadas, no son significativas.

**Tabla 44. Resultados medidos según la U de MannWhitney en las escalas correspondientes a los cuestionarios TFEQ, BSQ y SF-36 y al valor del IMC: antes de la operación, a los 6 meses y al año para la comparación de hombres y mujeres. Hombres (N = 14) y Mujeres (N=46).**

IMC	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
	U	U	U
IMC	281.00	269.00	286.50

T.F.E.Q.	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		U	U	U
RESTRICCIÓN	20	134.50**	322.00	243.00
DESINHIBICIÓN	25	313.50	276.50	172.00**

B.S.Q.	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		U	U	U
INSATISFACCIÓN CORPORAL	20	163.50**	251.50	212.00
PREOCUPACIÓN POR EL PESO	14	193.50*	247.00	207.50*
PUNTUACIÓN TOTAL	34	173.00**	248.50	205.00*

S.F.-36	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		U	U	U
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	10	280.00	302.00	288.00
ROL FÍSICO	4	182.00*	279.00	290.00
DOLOR	2	247.50	275.50	281.50
SALUD GENERAL	5	268.50	306.00	271.50
VITALIDAD	4	300.00	256.00	187.00*
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	2	189.00*	266.50	205.00*
ROL EMOCIONAL	3	231.00	293.00	271.00
SALUD MENTAL	5	279.00	256.00	160.50**
SALUD FÍSICA (PCS)	25	237.00	299.50	249.00
SALUD MENTAL (MCS)	19	197.50*	271.00	163.00**

En la Tabla 44, destacan determinados resultados. Así, la puntuación en el factor de restricción del TEFQ es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres antes de la operación ( $p < .01$ ). Esto ocurre también en T2 (a los 6 meses) y T3 (a los 12 meses), pero las diferencias ya no son significativas. En el factor de desinhibición, las diferencias aparecen al año y en este caso son los hombres los que presentan una mayor desinhibición significativa con respecto a la comida.

Con respecto a los valores en la percepción de la imagen corporal medida con el Cuestionario BSQ, los resultados responden a lo que ya se ha señalado en otros estudios. Hay una mayor insatisfacción corporal, preocupación por el peso y una mayor preocupación de la imagen corporal en las mujeres que en los hombres antes de ser sometidas a la operación. Por eso, hay estudios que defienden que uno de los motivos para someterse a la operación de *by-pass* gástrico en las mujeres es la insatisfacción con la imagen. Al año de la operación, las mujeres siguen teniendo una preocupación superior a la de los hombres, aunque en el factor de insatisfacción con la imagen corporal la diferencia no sea significativa.

Por lo que se refiere a la calidad de vida, los hombres parecen significativamente menos limitados que las mujeres por sus problemas de obesidad antes de la operación en tres aspectos: el rol físico, el funcionamiento social y la puntuación global en salud mental.

A los 6 meses de la operación no existen diferencias entre ambos grupos y a los 12 aparecen en vitalidad, manteniéndose las diferencias en funcionamiento social e incrementándose en la puntuación global en salud mental (de  $p < .05$  antes de la operación a  $p < .01$  entre los 6 y los 12 meses).

Tabla 45. Resultados medidos según la U de MannWhitney en las escalas correspondientes a la SCL-90: antes de la operación, a los 6 meses y al año para la comparación de hombres y mujeres. Hombres (N = 14) y Mujeres (N=46).

S.C.L.-90	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		U	U	U
SOMATIZACIÓN	12	180.50*	217.00	214.50
OBSESIÓN-COMPULSIÓN	10	225.00	261.50	251.50
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	9	220.50	294.50	282.50
DEPRESIÓN	13	175.00*	210.50	171.00**
ANSIEDAD	10	185.50*	261.50	182.50*
HOSTILIDAD	6	224.00	287.00	251.00
ANSIEDAD FÓBICA	7	243.50	295.50	280.50
IDEACIÓN PARANOIDE	6	215.00	290.00	252.50
PSICOTICISMO	10	242.50	292.50	272.00
DEPRESIÓN MELANCÓLICA	7	180.50*	271.00	281.50
ÍNDICE DE GRAVEDAD GLOBAL	90	191.50*	249.50	222.50

AUTOESTIMA DE ROSENBERG	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		U	U	U
AUTOESTIMA	10	311.50	294.50	313.00

En la Tabla 45, los resultados referentes al Cuestionario SCL-90, nos indican que en las escalas de somatización, depresión, ansiedad, depresión melancólica e índice de gravedad global las mujeres tienen unos resultados significativamente peores a los de los hombres ( $p < .05$ ). Al año de la intervención, sigue ocurriendo lo mismo, ya que aunque hay mejoría significativa en algunas escalas, la diferencia con los hombres sigue siendo significativamente peor en las escalas de depresión (de  $p < .05$  a  $p < .01$ ) y ansiedad.

Con respecto a la variable autoestima, no se pueden hablar de diferencias significativas en ningún momento. Así, hombres y mujeres no difieren en autoestima ni en T1, ni en T2, ni en T3.

## 6.4. Análisis discriminantes

El análisis discriminante se trata de una técnica multivariante de clasificación de individuos en la que se presupone la existencia de dos o más grupos bien definidos a priori (en este caso hombres y mujeres). La finalidad es describir las diferencias existentes entre estos grupos, en base a los valores que toman ciertas variables, sobre los individuos de cada uno de los grupos.

Para estos análisis se ha utilizado el estadístico Lambda de Wilks que mide el poder discriminante de un conjunto de variables que se desarrollan antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica.

Teniendo en cuenta el desequilibrio en el número de sujetos, se han realizado 4 análisis discriminantes en T1 según las variables que se incluían en cada uno. En el primer análisis las VIs introducidas (6) han sido las correspondientes a la Entrevista Boston (conocimiento, motivación y expectativas), los factores de la conducta de alimentación (restricción y desinhibición) y la puntuación total en la percepción de la imagen corporal. En el segundo, las VIs incluidas en el análisis han sido la autoestima, los factores de afrontamiento y la puntuación total en apoyo social (7). En el tercero se han considerado las variables correspondientes al Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), concretamente los 8 factores con los que cuenta la prueba. Finalmente el cuarto análisis se ha realizado incluyendo las 10 escalas de la SCL-90. Estos dos últimos análisis discriminantes se han realizado también en T2 y T3.

### 6.4.1. Análisis discriminante antes de la intervención

A fin de explorar las variables que mejor discriminan entre hombres y mujeres se han realizado una serie de análisis discriminantes. El hecho de que el número de hombres que componen la muestra sea muy pequeño y que el número de variables manejadas sea sustancial, nos obliga a presentar estos análisis de forma secuenciada. De este modo las variables evaluadas en los pacientes antes de la operación se han agrupado en cuatro bloques, correspondiéndose cada uno de ellos con un análisis discriminante. El primer bloque se corresponde con las variables de la Entrevista Boston (3), del TFEQ (2) y la puntuación total en el BSQ. El segundo incluye la autoestima, los 5 factores del COPE y la puntuación total en apoyo social (MOS). El tercero ha sido realizado con las escalas primarias del cuestionario de calidad de vida SF36 y, finalmente, el cuarto análisis con las escalas de la SCL-90.

Tabla 46. Análisis discriminante entre hombres y mujeres tomando como variables independientes: comprensión, motivación, expectativas, restricción (TFEQ), desinhibición (TFEQ), y puntuación total del BSQ.

VARIABLES INTRODUCIDAS EN EL ANÁLISIS

Comprensión Motivación Expectativas Restricción (TFEQ) Desinhibición (TFEQ) Puntuación total (BSQ)
---

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.28	100.00	.47	.78	13.51	6	.04

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función 1
Comprensión	-.31
Motivación	-.18
Expectativas	.23
Restricción (TFEQ)	.65
Desinhibición (TFEQ)	-.16
Puntuación total (BSQ)	.57

Coefficientes de estructura

	Función 1
Restricción (TFEQ)	.86
Puntuación total (BSQ)	.71
Motivación	.31
Expectativas	.22
Comprensión	-.14
Desinhibición (TFEQ)	.02

El valor de los centroides

Sexo	Función 1
Hombre	-.94
Mujer	.29

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	78.6%	21.4%
46	Mujer	34.8%	65.2%

Clasificados correctamente el 68,3% de los casos agrupados originales

Estos resultados sugieren que:

(a) El poder discriminante de las variables consideradas no es muy grande, a la vista del valor de Lamda de Wilks (.78) que está alejado del 0 y que indica un cierto solapamiento entre grupos. La correlación canónica tampoco es alta, aunque el conjunto de las 6 variables introducidas dan lugar a una función discriminante significativa ( $p < .04$ ).

(b) Los coeficientes estandarizados indican que de las seis variables, las que mayor peso tienen y aportan más para la discriminación son la de restricción (0,65) y la puntuación total de la imagen corporal (0,57). Por su parte, en este análisis, los coeficientes de estructura no aportan mucha más información que los tipificados.

(c) El valor de los centroides nos indica que el grupo de mujeres puntúa de modo positivo en la función discriminante, mientras que los hombres lo hacen de modo negativo.

(d) Finalmente, con las seis variables seleccionadas se puede clasificar el 68% de todos los pacientes de la muestra. Respecto a la adscripción correcta de los pacientes según el género, aparecen mejor clasificados los hombres (78,6%) que las mujeres (65,2%).

(e) Estas dos variables, restricción y preocupación en la imagen corporal a nivel general, son las que más influyen en el grupo donde la función discriminante sea positiva, que en este caso sería el grupo de mujeres. Teniendo en cuenta que estos datos se refieren a las variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica, se corrobora con estudios, anteriormente mencionados, donde la preocupación corporal es uno de los motivos más importantes para acudir a la operación en la población femenina.

Tabla 47. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes: la puntuación total de autoestima, afrontamiento conductual, afrontamiento cognitivo, escape cognitivo, afrontamiento emocional, consumo de drogas y la puntuación total de apoyo social.

Variables introducidas en el análisis

Autoestima (Puntuación total) Afrontamiento conductual Afrontamiento cognitivo Escape cognitivo Afrontamiento emocional Consumo de drogas Apoyo social (Puntuación total)
---

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.12	100.00	.33	.90	6.15	7	.52

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Autoestima	-.01
Afrontamiento conductual	-.25
Afrontamiento cognitivo	-.67
Escape cognitivo	1.08
Afrontamiento emocional	.14
Consumo de drogas	-.47
Apoyo social	.44

Coefficientes de estructura

	Función
	1
Escape cognitivo	.71
Afrontamiento conductual	-.31
Afrontamiento cognitivo	-.30
Consumo de drogas	.17
Autoestima	-.13
Apoyo social	.08
Afrontamiento emocional	.05



**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	-.67
Mujer	.19

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	57.1%	42.9%
46	Mujer	26.1%	73.9%

Clasificados correctamente el 70,0% de los casos agrupados originales

Con respecto a estos resultados, podemos señalar que:

(a) El poder discriminante de las variables consideradas es muy pequeño, a la vista del valor de Lamda de Wilks que está muy alejado del 0 (.90). La correlación canónica es muy baja (.33), indicando que hay un solapamiento entre ambos grupos con respecto a estas variables.

(b) En suma, el conjunto de predictores utilizados en este análisis concluyen en una función discriminante que no es significativa. Por tanto, podríamos sugerir que en estas variables el grupo de hombres y mujeres parecen bastante semejantes antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

**Tabla 48. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes las escalas del Cuestionario SF-36 de calidad de vida.**

**Variables introducidas en el análisis**

<b>Funcionamiento físico</b>
<b>Rol físico</b>
<b>Dolor</b>
<b>Salud general</b>
<b>Vitalidad</b>
<b>Funcionamiento social</b>
<b>Rol emocional</b>
<b>Salud mental</b>

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.24	100.00	.44	.80	11.76	8	.17

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Funcionamiento físico	-.17
Rol físico	.76
Dolor	-.20
Salud general	.06
Vitalidad	-.97
Funcionamiento social	.94
Rol emocional	.08
Salud mental	.10

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Rol físico	.71
Funcionamiento social	.64
Rol emocional	.47
Dolor	.33
Salud general	.30
Funcionamiento físico	.24
Afrontamiento emocional	.19
Vitalidad	.12

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	.88
Mujer	-.27

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	85.7%	14.3%
46	Mujer	37%	63%

Clasificados correctamente el 68,3% de los casos agrupados originales

(a) Volvemos a ver que el poder discriminante de las variables consideradas es pequeño, a la vista del valor de Lamda de Wilks que es de .80. La correlación canónica es baja, confirmando estos resultados.

(b) Es importante destacar, que las variables de calidad de vida no poseen un gran poder de discriminación entre hombres y mujeres antes de ser intervenidos, ya que aunque existen algunas diferencias, estas no son significativas como hemos visto en gráficos anteriores y como marcan los resultados del estadístico lambda de Wilks.

**Tabla 49. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes las variables del Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**Variables introducidas en el análisis**

<p style="text-align: center;"> <b>Somatización</b>  <b>Obsesión-compulsión</b>  <b>Susceptibilidad</b>  <b>Depresión</b>  <b>Ansiedad</b>  <b>Hostilidad</b>  <b>Ansiedad fóbica</b>  <b>Ideación paranoide</b>  <b>Psicoticismo</b>  <b>Depresión melancólica</b> </p>
--

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.36	100.00	.52	.73	16.43	10	.09

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Somatización	.38
Obsesión-compulsión	-.95
Susceptibilidad	-1.15
Depresión	1.54
Ansiedad	.63
Hostilidad	.08
Ansiedad fóbica	-.74
Ideación paranoide	1.28
Psicoticismo	-1.14
Depresión melancólica	.48

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Depresión melancólica	.54
Somatización	.50
Depresión	.50
Ideación paranoide	.34
Susceptibilidad	.31
Ansiedad	.31
Obsesión-compulsión	.30
Hostilidad	.20
Ansiedad fóbica	.16
Psicoticismo	.08

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	-.107
Mujer	.33

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	85.7%	14.3%
46	Mujer	28%	72%

Clasificados correctamente el 75,0% de los casos agrupados originales  
 Los resultados obtenidos nos indican:

(a) El poder discriminante de las variables consideradas no es muy alto. El valor Lambda de Wilks es un poco más bajo que en los análisis anteriores (.70) y la correlación canónica posee un valor moderado-bajo (.52). En este caso las variables dan lugar a una función discriminante que tiende a la significación ( $p < .09$ ).

(b) Teniendo en cuenta que los coeficientes tipificados se observa que la depresión es la variable con un mayor peso. En este análisis, los coeficientes de estructura nos indican que, a pesar de que las variables de depresión melancólica y somatización no son las que poseen un peso mayor a la hora de discriminar entre los grupos, sí que poseen cierta importancia a la hora de discriminar entre los hombres y las mujeres.

(c) En suma, las escalas de depresión, depresión melancólica y somatización son las que más influyen en el grupo donde la función discriminante es positiva, que se trata del grupo de mujeres.

(d) Con este conjunto de variables se clasifica correctamente al 75% de los pacientes, aunque aparecen mejor clasificados los hombres (85,7%) que las mujeres (72%).

#### 6.4.2. Análisis discriminante a los 6 meses de la intervención

**Tabla 50. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes las escalas del Cuestionario SF-36 de Calidad de vida.**

**VARIABLES INTRODUCIDAS EN EL ANÁLISIS**

<p><b>Funcionamiento físico</b>  <b>Rol físico</b>  <b>Dolor</b>  <b>Salud general</b>  <b>Vitalidad</b>  <b>Funcionamiento social</b>  <b>Rol emocional</b>  <b>Salud mental</b></p>
---

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.06	100.00	.24	.94	3.31	8	.91

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Funcionamiento físico	-.93
Rol físico	.49
Dolor	.48
Salud general	-.37
Vitalidad	.35
Funcionamiento social	.23
Rol emocional	-.28
Salud mental	.53

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Salud mental	.53
Rol físico	.45
Funcionamiento social	.44
Dolor	.44
Vitalidad	.42
Rol emocional	.28
Funcionamiento físico	-.12
Salud general	-.04

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	.45
Mujer	-.14

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	57.1%	43%
46	Mujer	37%	63%

Clasificados correctamente el 61,7% de los casos agrupados originales

Los resultados destacan porque:

(a) Con respecto a las variables de calidad de vida, el poder discriminante de éstas a los 6 meses de la intervención, es prácticamente inexistente con respecto a los dos grupos (hombres y mujeres), es decir, se solapan entre ellos, donde el estadístico lambda de Wilks es de .90 y la correlación canónica es muy baja.

(b) Transcurridos los 6 meses de la intervención, la mejoría en la calidad de vida en ambos grupos, es más parecida y nos indica que las diferencias son casi nulas.

**Tabla 51. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes los factores del Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**Variables introducidas en el análisis**

<p style="text-align: center;"> <b>Somatización</b>  <b>Obsesión-compulsión</b>  <b>Susceptibilidad</b>  <b>Depresión</b>  <b>Ansiedad</b>  <b>Hostilidad</b>  <b>Ansiedad fóbica</b>  <b>Ideación paranoide</b>  <b>Psicoticismo</b>  <b>Depresión melancólica</b> </p>
--

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.19	100.00	.40	.84	9.41	10	.49

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Somatización	.50
Obsesión-compulsión	-.23
Susceptibilidad	-.39
Depresión	1.30
Ansiedad	-.30
Hostilidad	-.03
Ansiedad fóbica	.00
Ideación paranoide	.73
Psicoticismo	-1.46
Depresión melancólica	.27

**Coefficientes de estructura**

	Función 1
Somatización	.53
Depresión	.50
Depresión melancólica	.36
Obsesión-compulsión	.29
Ansiedad	.27
Ideación paranoide	.14
Susceptibilidad	.14
Ansiedad fóbica	.12
Psicoticismo	-.06
Hostilidad	.05

**El valor de los centroides**

Sexo	Función 1
Hombre	-.79
Mujer	.24

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	78.6%	21.4%
46	Mujer	39%	61%

Clasificados correctamente el 65% de los casos agrupados originales

Los datos que podemos referir son:

(a) Aunque antes de la intervención podíamos hablar de cierta discriminación en algunas variables que reflejaban la sintomatología negativa, conforme van transcurriendo los meses tras la intervención quirúrgica, las diferencias entre los grupos, van desapareciendo. A pesar de ello, las escalas de depresión y somatización como indican los coeficientes de estructura seguirían siendo las más relevantes aunque su papel sea muy ténue.

(b) El poder discriminante de las variables consideradas es pequeño (.84), según el valor de Lamda de Wilks, la correlación canónica (.40) tampoco es alta, y la función discriminante ni siquiera tiende a la significación, datos que confirman lo expuesto anteriormente.



### 6.4.3. Análisis discriminante al año de la intervención

Tabla 52. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes las escalas del Cuestionario SF-36 relativo a la Calidad de Vida.

Variables introducidas en el análisis

<p><b>Funcionamiento físico</b>  <b>Rol físico</b>  <b>Dolor</b>  <b>Salud general</b>  <b>Vitalidad</b>  <b>Funcionamiento social</b>  <b>Rol emocional</b>  <b>Salud mental</b></p>
---

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.34	100.00	.50	.75	15.69	8	.05

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función 1
Funcionamiento físico	.45
Rol físico	-.92
Dolor	.01
Salud General	-.56
Vitalidad	.03
Funcionamiento social	1.01
Rol emocional	-.65
Salud mental	1.03

Coefficientes de estructura

	Función 1
Salud mental	.61
Vitalidad	.44
Funcionamiento social	.42
Dolor	.19
Rol emocional	.16
Salud general	.16
Rol físico	-.09
Funcionamiento físico	.09

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	1,035
Mujer	-,315

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	85.7%	14.3%
46	Mujer	35%	65%

Clasificados correctamente el 70,0% de los casos agrupados originales

(a) El poder discriminante de las variables consideradas no es muy grande y la correlación canónica (.50) tampoco es muy alta. Sin embargo, el conjunto de variables da lugar a una función discriminante que es significativa ( $p < .05$ ).

(b) Los coeficientes estandarizados indican que las variables de funcionamiento social (1.01) y salud mental (1.03), son las variables que tienen mayor peso. Los coeficientes de estructura nos indican que la variable de vitalidad, es una variable que tiene también una aportación a la hora de diferenciar entre hombres y mujeres.

(c) El valor de los centroides nos indica que el grupo de hombres puntúa de modo positivo en la función discriminante, mientras que las mujeres lo hacen de modo negativo.

(d) Finalmente, con las seis variables seleccionadas se puede clasificar el 70% de todos los pacientes de la muestra. Respecto a la adscripción correcta de los pacientes según el género, aparecen mejor clasificados los hombres (85,7%) que las mujeres (65,2%).

**Tabla 53. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el género y como variables independientes las referentes al Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**Variables introducidas en el análisis**

<b>Somatización</b>
<b>Obsesión-compulsión</b>
<b>Susceptibilidad</b>
<b>Depresión</b>
<b>Ansiedad</b>
<b>Hostilidad</b>
<b>Ansiedad fóbica</b>
<b>Ideación paranoide</b>
<b>Psicoticismo</b>
<b>Depresión melancólica</b>

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.30	100.00	.48	.77	13.70	10	.19

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Somatización	,079
Obsesión-compulsión	-,487
Susceptibilidad	-1,039
Depresión	1,327
Ansiedad	1,013
Hostilidad	,301
Ansiedad fóbica	-,649
Ideación paranoide	,677
Psicoticismo	-,824
Depresión melancólica	-,089

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Depresión	,482
Ansiedad	,479
Somatización	,413
Depresión melancólica	,305
Obsesión-compulsión	,282
Ideación paranoide	,243
Hostilidad	,145
Susceptibilidad	,136
Psicoticismo	,066
Ansiedad fóbica	,007

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Hombre	-,968
Mujer	,295

### Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
14	Hombre	85.7%	14.3%
46	Mujer	34.8%	65.2%

Clasificados correctamente el 70% de los casos agrupados originales

Los resultados que podemos describir son:

(a) El poder discriminante de las variables consideradas no es muy alto, al igual que la correlación canónica es baja, y no podemos hablar de una significación con respecto a la función discriminante.

(b) A pesar de no poder hablar de un poder discriminativo significativo, es interesante resaltar como a los 12 meses de la intervención, las diferencias entre grupos con respecto a la sintomatología psicológica negativa son mayores y vuelven a ser muy similares a las que ya hemos analizado con respecto a antes de la intervención quirúrgica.

(c) Los coeficientes tipificados muestran, de nuevo, un mayor peso para la escala de depresión y los coeficientes de estructura a su vez resaltan, además de la depresión, la importancia de los síntomas de somatización y añaden cierta relevancia por lo que se refiere a los de ansiedad. Parece como si al año las diferencias vuelven a notarse, también en el grupo de mujeres, aunque no podamos hablar de significatividad.

### 6.5. Conclusiones de este capítulo

Aunque son pocos los estudios que hablan de las diferencias psicológicas producidas en los pacientes sometidos a *by-pass* gástrico según el género, sí que hay bastantes estudios como el de Tymitz et al. (2007) que señalan que el género masculino ha sido asociado con una mayor tasa de complicaciones, morbilidad y mortalidad tras la cirugía bariátrica, tanto en procedimientos abiertos como laparoscópicos. En este estudio, los varones presentaban un IMC medio superior al de las mujeres y mayor tasa de enfermedades cardíacas que ellas. Además, se señala que aunque las diferencias a los 6 y 12 meses no son superiores significativamente, con respecto a las complicaciones, los varones seguían con pesos superiores a las mujeres, a pesar de haber perdido un porcentaje de peso más elevado que el de ellas.

Aunque no se puede hablar de una diferencia significativa en cuanto al IMC de los hombres y las mujeres antes, a los 6 meses y al año de la operación, en nuestro estudio, sí que podemos señalar que los hombres de nuestra muestra acuden a la operación con más peso. Las mujeres acuden con una media de exceso de peso más baja, y son las que más peso pierden, aunque esta diferencia no sea significativa. En el estudio de Busetto et al. (2002) y Larsen et al. (2004), se vio que las mujeres perdían un poco más de peso que los hombres.

Con respecto a las variables de comprensión, motivación y expectativas de la Entrevista Boston y las correspondientes a los Cuestionarios COPE y MOS, medidas antes de la intervención quirúrgica únicamente, no se dan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En referencia a las estrategias de afrontamiento cognitivo, tanto los hombres como las mujeres, destacan por utilizar el afrontamiento cognitivo centrado en el problema. Con respecto al apoyo emocional, la media en ambos grupos puntúa más elevado en el apoyo emocional-informacional.

La motivación hacia la operación y la comprensión del procedimiento quirúrgico es alta en ambos grupos, al igual que las expectativas. Existen diferencias, pero no son significativas.

La conducta alimentaria en los hombres varía significativamente en ambos factores de restricción y desinhibición. El factor restrictivo disminuye significativamente al año de la intervención, al igual que el factor de desinhibición que mejora significativamente a los 6 meses y también al año. En cambio, en las mujeres el factor restrictivo es más alto, y la mejoría significativa en este factor, se da en los 6 primeros meses de la intervención y al año aunque hay mejoría, no es significativa. La desinhibición en las mujeres es muy similar a la de los hombres antes de ser intervenidas, aunque se percibe una mejoría claramente significativa en los 6 primeros meses, al año se mantiene prácticamente igual.

Algunos estudios sugieren que, especialmente en las mujeres, el deseo de mejorar su apariencia física, es uno de los motivos principales para someterse a la cirugía bariátrica (Libeton et al., 2004). Según Neven et al. (2002), la mejora en la imagen corporal, debería ser una de las principales razones de la mejoría psicológica tras la intervención, debido a una mejor integración social y a un aumento de la calidad de vida. La pérdida de peso tras la cirugía, dirige la mejoría en la imagen corporal y en el atractivo físico. Sin embargo, con el tiempo, algunos pacientes todavía se sienten con sobrepeso y están descontentos con su piel. En uno de los estudios más recientes, van Hout et al. (2008), encontraron que los pacientes referían un cambio significativo en la apreciación negativa hacia el tamaño de su cuerpo, la falta de familiarización y la insatisfacción general sobre el mismo. En resumen, los resultados sobre el cuestionario de imagen corporal reflejaron una mejoría significativa en la misma.

En nuestro estudio, como hemos podido observar en los Gráficos expuestos, vemos que la puntuación total en la preocupación de la imagen corporal es más alta en mujeres que en hombres, y si nos centramos en los factores, preocupación por el peso e insatisfacción corporal, los resultados muestran diferencias claramente significativas entre ambos. En breve, aunque a los 6 meses y al año de la operación tanto hombres como mujeres mejoran en la percepción de su imagen corporal, pero siguen existiendo diferencias significativas entre ambos, ya que la preocupación por la imagen es significativamente superior en las mujeres que en los hombres.

Por lo que se refiere a la calidad de vida, podemos señalar que tanto hombres como mujeres tienen una mejoría en todas las áreas que evalúa el Cuestionario SF-36. Esta mejoría es significativa al año, en los hombres, en las áreas de funcionamiento físico, dolor, vitalidad, salud mental y salud física general. En las mujeres la mejoría a los 6 meses es significativa en todas las áreas, y al año en todas excepto en rol emocional, salud mental y salud mental general, donde la puntuación era alta ya antes de ser intervenidas. Por otro

lado, al año de la operación, destacan las escalas de vitalidad, de funcionamiento social, de salud mental y salud mental general donde existe una mejoría significativa de los hombres comparado con las mujeres.

Es importante destacar las diferencias que existen en la sintomatología que se da en hombres y la que se da en mujeres. Aunque el nivel de la sintomatología negativa sea bajo en ambos géneros, es importante centrarse en dónde los pacientes perciben una mejoría significativa.

- (a) En el caso de los hombres hay mejoría significativa a los 6 meses en la escala de obsesión-compulsión, y entre los 6 meses y el año en la escala de ansiedad.
- (b) En las mujeres hay mejoría significativa a los 6 meses en las escalas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ideación paranoide, depresión melancólica y el índice de gravedad global. Entre los 6 meses y el año no hay diferencias significativas.
- (c) Los análisis comparativos entre ambos grupos nos indican que los hombres tienen menos sintomatología negativa, ya que en las escalas de somatización, depresión, ansiedad, depresión melancólica e índice de gravedad global, sobresalen las puntuaciones más altas y significativas que obtienen las mujeres.

La variable autoestima, permanece estable en ambos grupos, antes, a los 6 meses y al año de la operación, no destacando una mejoría significativa. A pesar de que muchos estudios confirman que la autoestima mejora significativamente en los pacientes operados de *by-pass* gástrico, en nuestra muestra no podemos llegar a esa conclusión.

Con respecto a los resultados aportados por el análisis discriminante podemos señalar lo siguiente:

- (a) No hay ningún análisis donde se pueda hablar de una alta significación en los resultados, además, hay que destacar que tanto la correlación canónica como el resultado del estadístico lambda de Wilks indican un poder discriminante bajo con respecto a las diferentes variables independientes.
- (b) A pesar de estos resultados, podemos destacar que las variables de restricción y preocupación en la imagen corporal a nivel general, tienen cierto poder discriminativo en los grupos, destacando la importancia de éstas en el grupo de las mujeres.
- (c) Con respecto a las variables del Cuestionario SCL-90, donde podemos hablar de una tendencia a la significación, es de destacar que las variables de depresión melancólica y somatización, son las que poseen cierta importancia a la hora de discriminar entre los hombres y las mujeres, siendo más elevadas en el grupo de mujeres antes de ser intervenidas quirúrgicamente.
- (d) A los 6 meses de la intervención, las diferencias entre ambos grupos van desapareciendo con respecto a la sintomatología negativa, a pesar de ello, las escalas de depresión y somatización seguirán siendo las más relevantes aunque de forma débil.

- (e) Al año de la intervención, aunque el poder discriminativo no es muy alto, podemos puntualizar que las variables de funcionamiento social y salud mental son mayores en el grupo de hombres. Aunque la calidad de vida a nivel general no presenta un poder discriminativo significativo entre ambos grupos, es importante destacar que a nivel de variables, los hombres tienen puntuaciones más altas en las variables arriba mencionadas.
- (f) Con respecto a la sintomatología psicológica al año de la intervención, encontramos que las variables de somatización y depresión, vuelven tener un poder discriminativo, aunque no muy elevado, entre ambos grupos, teniendo más fuerza su puntuación en el grupo de mujeres. Además, al año, se añade cierta relevancia a los síntomas de ansiedad.

## **7. RESULTADOS V: ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE *BY-PASS* GÁSTRICO SEGÚN LAS INFLUENCIAS DEL *SETTING* HOSPITALARIO**

En este capítulo vamos a analizar las posibles diferencias que existen en los pacientes entrevistados de la muestra de esta investigación, pertenecientes al hospital público, y los que fueron intervenidos quirúrgicamente en el hospital privado. En primer lugar, analizaremos las medias y las desviaciones típicas de cada grupo teniendo en cuenta las comparaciones intragrupo según los cambios en público y privado, y en segundo lugar, las comparaciones entregupo. En este caso, dado que el número de sujetos en cada uno de los grupos lo permite, como estadístico para las comparaciones se usará la “t” de Student, bien para grupos dependientes, bien para grupos independientes. Al igual que en el capítulo anterior se presentará la misma secuencia de análisis discriminantes.

### **7.1. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra perteneciente al hospital público**

En primer lugar, analizaremos las variables que sólo han sido medidas antes de la intervención quirúrgica.

En segundo lugar, vamos a analizar las medias y las desviaciones típicas de los pacientes que pertenecían al hospital público y los pacientes del hospital privado en las diferentes variables analizadas en la investigación medidas en las tres ocasiones: antes de la operación, a los 6 y a los 12 meses de la misma.

#### **7.1.1. Análisis de las variables medidas antes de la intervención en el hospital público (N=38)**

En la tabla 54, podemos ver como la comprensión del procedimiento en el Hospital Público es baja. La motivación hacia la operación, al igual que las expectativas son moderadas-altas.

**Tabla 54. Medias y desviaciones típicas de las variables correspondientes a la Entrevista Boston, y a los Cuestionarios COPE y MOS, medidas antes de la**



intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital público (N=38).

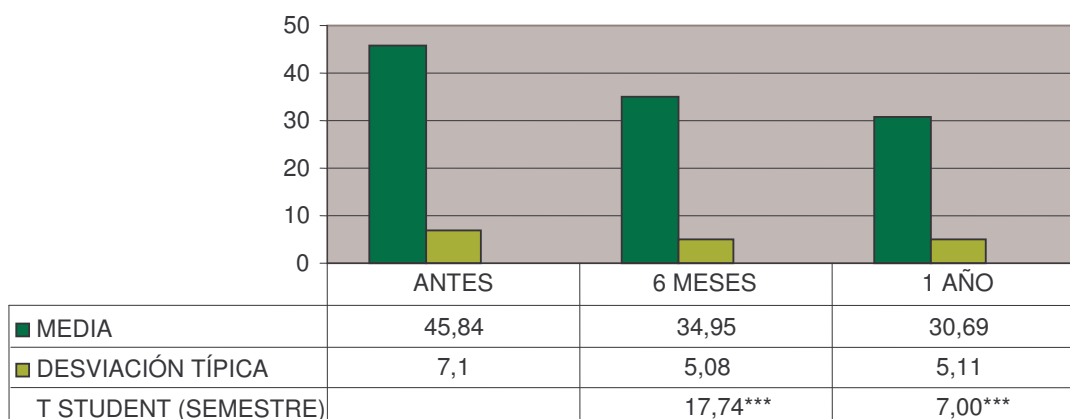
	Media	Desviación Típica
Comprensión	12,21	6,58
Motivación	20,34	5,46
Expectativas	3,21	1,58
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	29,50	5,35
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	37,84	7,33
COPE Escape cognitivo	21,55	6,68
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	31,92	8,08
COPE Consumo de drogas	5,47	3,65
MOS Apoyo emocional-informacional	41,00	8,90
MOS Apoyo afectivo	22,42	3,47
MOS Apoyo instrumental	16,82	4,11
MOS Puntuación total en apoyo emocional	80,24	14,53

Con respecto a las variables de afrontamiento, se puede destacar como variable más utilizada las que hacen referencia al afrontamiento cognitivo centrado en el problema, y como apoyo social, que es alto, el apoyo emocional-informacional.

### 7.1.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital público (N=38)

#### 7.1.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) en los pacientes intervenidos en el hospital público

Gráfico 82. Índice de Masa Corporal en los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 38).

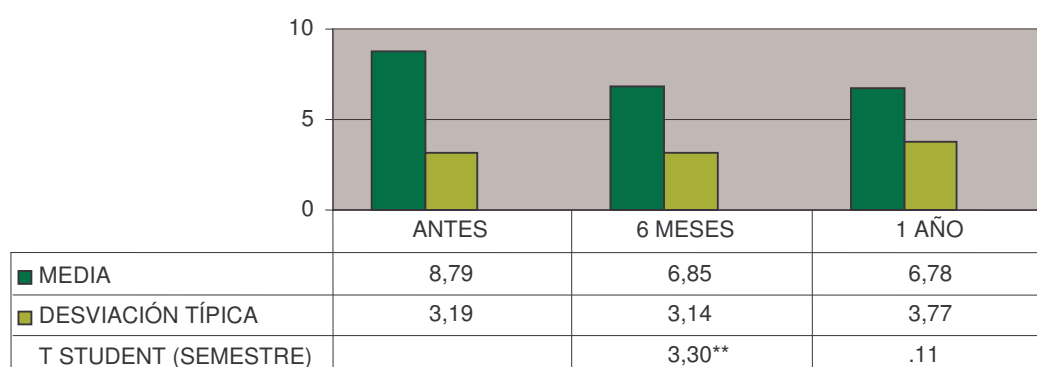


En el Gráfico 82 se muestran los resultados de los tres momentos donde se ha entrevistado a los pacientes del hospital público. Podemos comprobar como la disminución del peso se realiza de forma altamente significativa a los 6 meses y también al año, aunque la diferencia mayor ocurre en el primer semestre post-operatorio. Los

resultados muestran que los pacientes con obesidad mórbida que se sometían a la operación, un año después se encuentran en el rango de obesidad I casi sobrepeso, según la OMS.

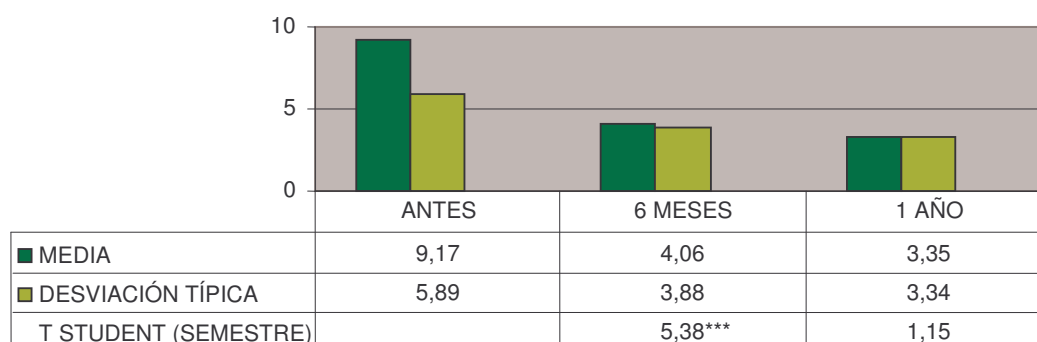
### 7.1.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) en los pacientes intervenidos en el hospital público

**Gráfico 83. Valores correspondientes al factor Restricción del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 38).**



Como se ha mencionado anteriormente, la restricción de la dieta se refiere a la tendencia de algunas personas a reducir conscientemente la ingesta alimentaria con el fin de controlar el peso corporal o bajar de peso. En el Gráfico 83, los resultados que aparecen a los 6 meses de la operación en cuanto al nivel restrictivo de los pacientes operados en el hospital público, es significativamente menor que antes de la operación. El nivel alcanzado se mantiene sin variaciones al año.

**Gráfico 84. Valores correspondientes al factor Desinhibición del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 38).**



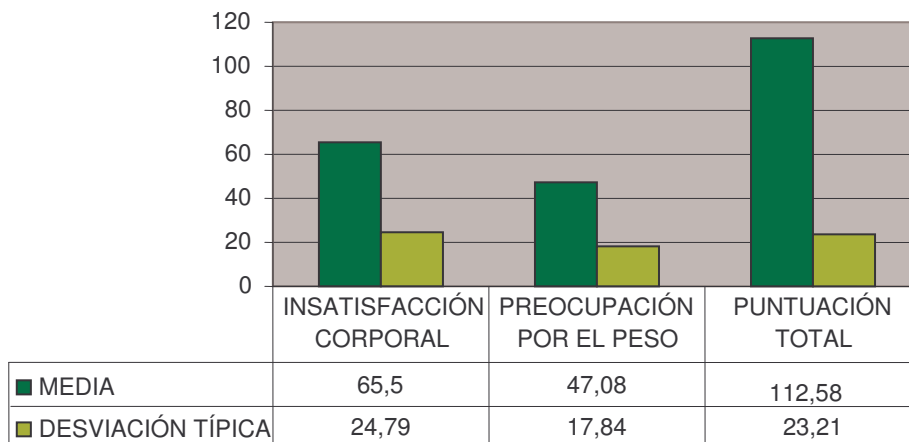
Los resultados obtenidos en el factor desinhibitorio, van en la misma línea que los comentados con respecto al factor de restricción que mide el Cuestionario TFEQ. Los niveles disminuyen significativamente a los 6 meses, pero al año la mejoría que hay no es significativa.

En líneas generales, los valores de las medias de los pacientes antes de ser intervenidos, se sitúan próximos a la población patológica, y un año más tarde, donde los resultados son totalmente diferentes, la media de la puntuación está dentro de la población normal, muy por debajo de la patológica.

### 7.1.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) en los pacientes intervenidos en el hospital público

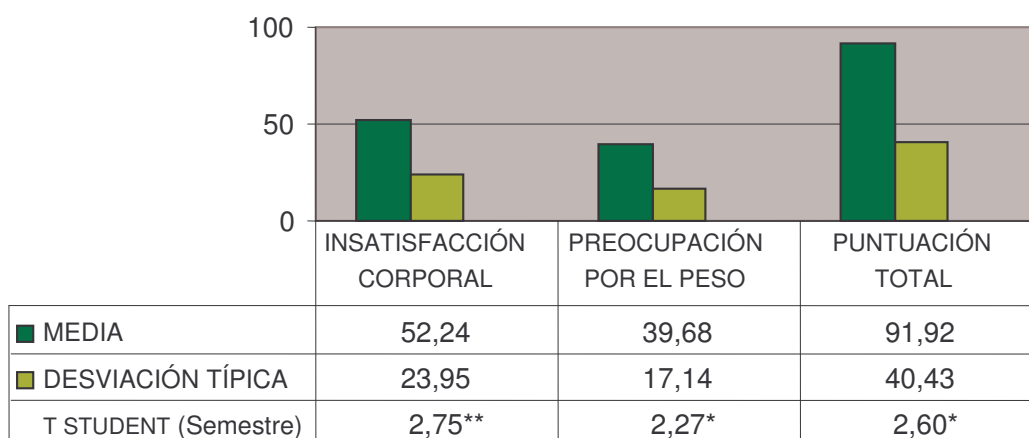
La imagen corporal es un conjunto complejo de percepciones, que incluye tanto como vemos “todo el cuerpo” y “cada una de sus partes”, cómo “el movimiento y límites de éste”, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Estos sentimientos, valoraciones, y pensamientos, van a estar afectando antes de la intervención y después de ella a los pacientes de nuestra muestra, tanto de un hospital como de otro. Vamos a ver los resultados que los pacientes obtienen a nivel pre-operatorio y post-operatorio, con respecto a la insatisfacción corporal y a la preocupación por el peso.

**Gráfico 85. Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes, pertenecientes al hospital público, antes de la operación (N = 38).**



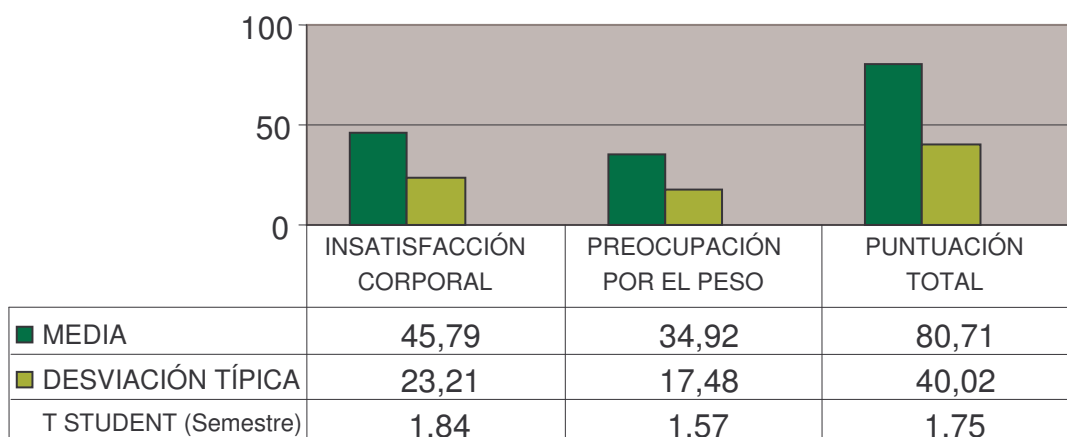
El Gráfico 85, indica que los pacientes intervenidos en el hospital público presentan una preocupación alta con respecto a su imagen corporal. Tanto en la insatisfacción corporal como en la preocupación por el peso, esta variable está afectando fuertemente a los pacientes, y como indican algunos estudios, es uno de los motivos por el que muchos de ellos acuden a la cirugía bariátrica.

**Gráfico 86.** Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, a los 6 meses de la operación (N = 38).



A los 6 meses de la intervención, la preocupación por la imagen ha disminuido de forma significativa, especialmente en el factor de insatisfacción corporal. En el Gráfico 86 la t de Student nos muestra el nivel de significación de las variables. A pesar de estas diferencias significativas, sigue existiendo una moderada preocupación por la imagen, que tendremos que ver cómo evoluciona en los siguientes meses.

**Gráfico 87.** Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, tras el año de la operación (N = 38).

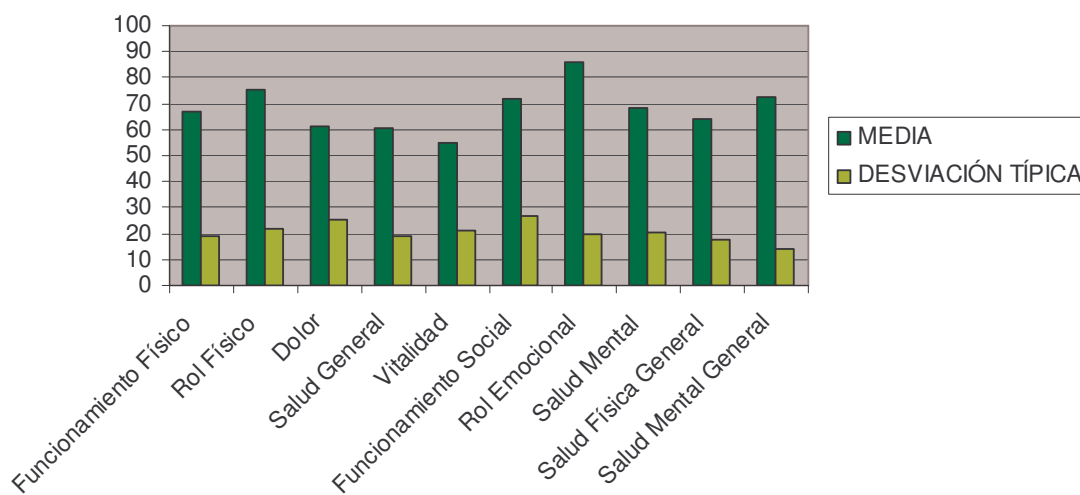


Las mejoras existentes entre los 6 meses y el año, no son significativas, y aunque el paciente percibe una menor preocupación por el peso y menor insatisfacción corporal, no hay cambio significativo según indican los valores de la t de Student reflejados en el Gráfico 87. La preocupación por la imagen corporal sigue siendo moderada aunque más baja.

### 7.1.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) en los pacientes intervenidos en el hospital público

Vamos a pasar a evaluar la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos operados en el hospital público, mediante la evaluación de las siguientes escalas del Cuestionario SF-36: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Recuérdese que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud (0: peor estado de salud y 100: mejor estado de salud).

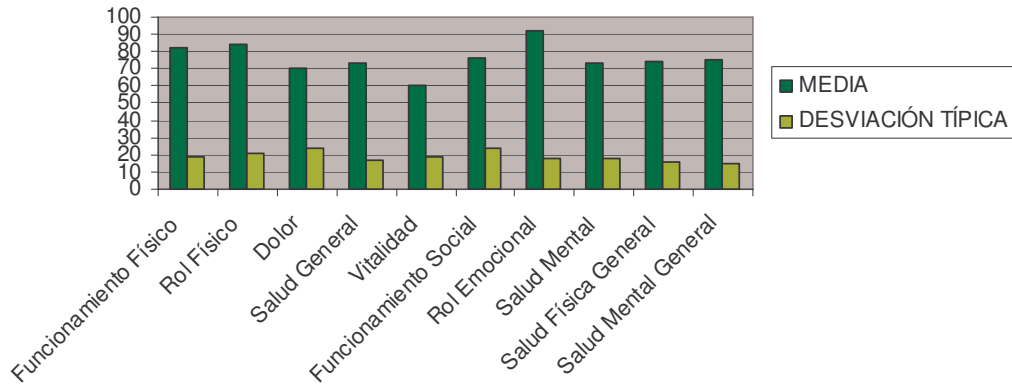
**Gráfico 88. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación (N = 38).**



Con respecto a las áreas de calidad de vida de los pacientes intervenidos en el hospital público, podemos destacar que los pacientes de manera general puntúan más bajo en las escalas de dolor, salud general, funcionamiento físico, y especialmente en la escala de vitalidad.

Aunque los resultados en todas las áreas obtienen una valoración buena por parte de los pacientes, antes de ser intervenidos, el Gráfico 88, nos muestra como la evaluación es muy positiva con respecto al rol emocional, el rol físico, el funcionamiento social y la salud mental general.

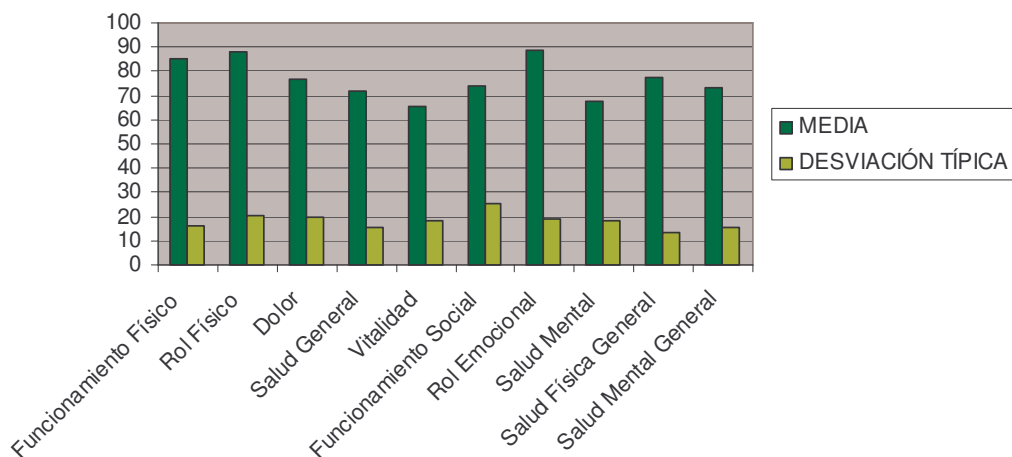
**Gráfico 89. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, a los 6 meses de la operación (N = 38).**



A los 6 meses, se observa un incremento significativo ( $p < .001$ ) en las escalas de funcionamiento físico, salud general y salud física general (ver Tabla 55).

Con respecto al rol físico y al dolor, se produce también una mejoría significativa ( $p < .05$ ) y en el resto de escalas, aunque las puntuaciones también aumenta, no lo hacen de modo significativo.

**Gráfico 89. Resultados del Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, después del año de la operación (N = 38).**



Entre los 6 meses y el año no se da mejoría significativa en ninguna de las escalas del Cuestionario SF-36, según nos indica la t de Student en la Tabla 55.

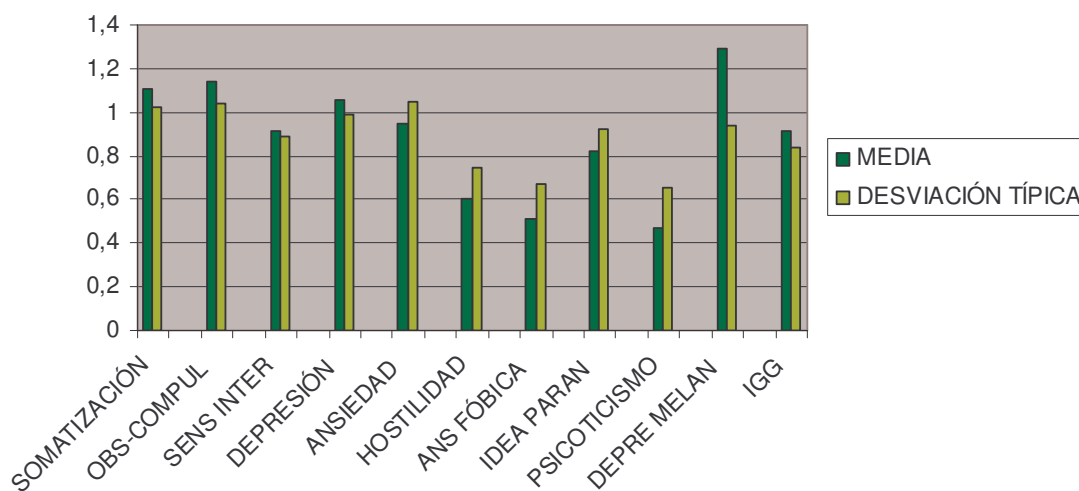
Tabla 55. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SF-36.

S.F.-36	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	T	T
<b>Funcionamiento Físico</b>	-5.86***	-7.48***	-1.67
<b>Rol Físico</b>	-2.06*	-2.95**	-1.08
<b>Dolor</b>	-2.26*	-3.67**	-1.83
<b>Salud General</b>	-4.66***	-3.37**	.98
<b>Vitalidad</b>	-1.63	-2.88**	-1.21
<b>Funcionamiento Social</b>	-1.26	-.48	.93
<b>Rol Emocional</b>	-1.60	-.74	1.31
<b>Salud Mental</b>	-1.67	.25	1.77
<b>Salud Física General</b>	-4.10***	-6.00***	-1.79
<b>Salud Mental General</b>	-1.25	-.50	.85

En suma, las máximas diferencias, se dan en los 6 primeros meses de la intervención. Aunque entre los 6 meses y el año el nivel de los diversos aspectos que conforman la calidad de vida permanecen estables, entre la evaluación pre-operatoria y la evaluación al año, destacan las mejorías clínicamente significativas que hay en las escalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad y salud física general.

#### 7.1.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) en los pacientes intervenidos en el hospital público

Gráfico 90. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación (N = 38).

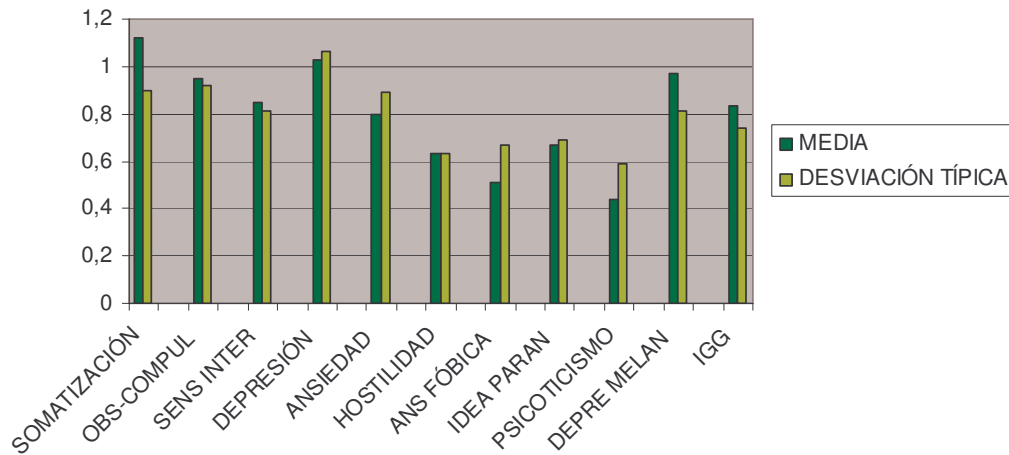


La sintomatología psicológica general, evaluada mediante el Cuestionario SCL-90 antes de la operación, nos muestra que, los pacientes del hospital público obtienen las

puntuaciones más elevadas en la escala de depresión melancólica seguidas de las escalas de obsesión-compulsión, somatización y depresión.

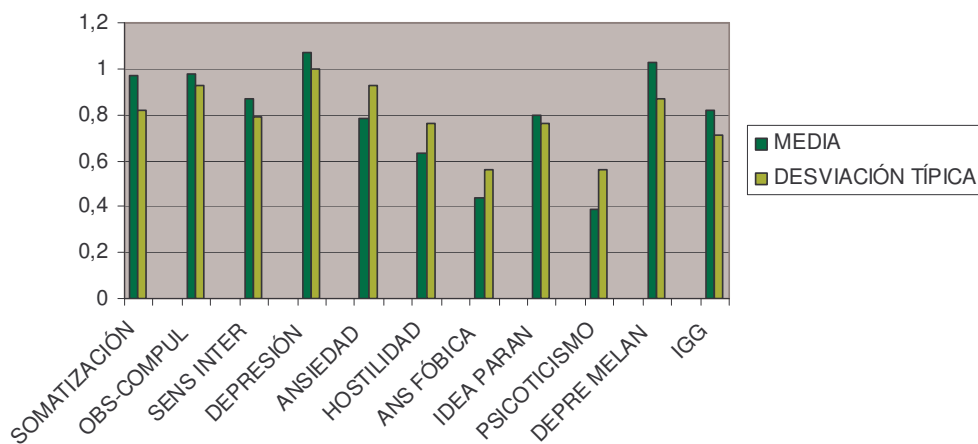
Aunque las puntuaciones sean más altas en las escalas anteriormente citadas, estamos hablando de puntuaciones bajas, no patológicas.

**Gráfico 91. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, a los 6 meses de la operación (N = 38).**



A los 6 meses de la intervención, no hay mejorías significativas en ninguna de las variables del Cuestionario SCL-90, ya que se da cierto estancamiento en la mejoría de los sujetos evaluados en el hospital público. Falta ver que ocurre con los pacientes evaluados en el hospital público, con la finalidad de corroborar si el apoyo psicológico y el apoyo del grupo mejoran la sintomatología psicológica, como se indica en algunas investigaciones.

**Gráfico 92. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, transcurrido 1 año de la operación (N = 38).**



Al año de la intervención, los resultados son muy similares: no hay mejoría significativa.



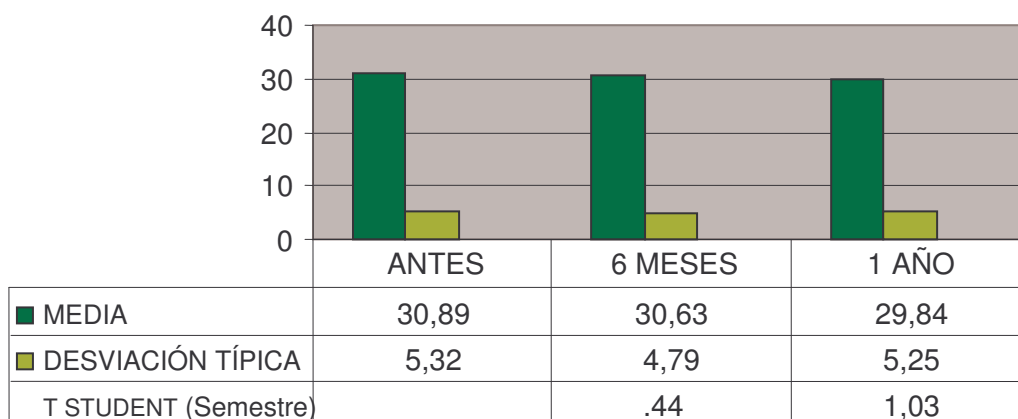
Tabla 56. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SCL-90.

S.C.L.-90	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Somatización</b>	-.03	.81	.91
<b>Obsesión-compulsión</b>	1.30	.92	-.19
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	.40	.27	-.14
<b>Depresión</b>	.23	-.03	-.25
<b>Ansiedad</b>	1.06	1.16	.15
<b>Hostilidad</b>	-.19	-.23	.00
<b>Ansiedad fóbica</b>	.00	.83	.94
<b>Ideación paranoide</b>	1.02	.13	-.96
<b>Psicoticismo</b>	.31	.84	.53
<b>Depresión melancólica</b>	1.99	1.54	-.50
<b>Índice de Gravedad Global</b>	.70	.75	.07

Como hemos señalado, la Tabla 56 muestra que no se dan diferencias significativas ni a los 6 meses ni al año de la intervención quirúrgica en los pacientes del hospital público, en ninguna de las escalas del SCL-90.

#### 7.1.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) en los pacientes intervenidos en el hospital público

Gráfico 93. Valores correspondientes a la autoestima de los sujetos medida con el Cuestionario Autoestima de Rosenberg aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital público, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 38).



Con respecto a la autoestima, no existe mejoría estadísticamente significativa a los 6 meses, ni tampoco al año donde los valores descienden mínimamente. Esto nos ayuda a confirmar que la autoestima no es un constructo fijo ni aislado, sino que interactúa con otros factores y puede aumentar o disminuir en función de los pensamientos y percepciones de la persona, aunque se den cambios positivos con respecto a la pérdida de

peso y la imagen corporal, es decir, esos cambio, por sí mismos, no parecen provocar una mejoría de la autoestima, sino que ésta necesita ser trabajada.

## 7.2. Análisis de medias y comparaciones intra-grupos de la muestra de pacientes operados en el hospital privado (N=22)

En este apartado vamos a analizar las medias y las desviaciones típicas de los pacientes operados en el hospital privado en las diferentes variables evaluadas en la investigación, en tres ocasiones: antes de la operación, a los 6 y a los 12 meses de la misma. Para las comparaciones intra-grupos, se ha utilizado la “t” de Student para muestras relacionadas ya que el número de sujetos lo permite.

Primero, analizaremos las variables medidas en una ocasión, y luego pasaremos a ver los cambios en las variables medidas en las tres ocasiones en los pacientes del hospital privado.

### 7.2.1. Análisis de las variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital privado (N=22)

Tabla 57. Medias y desviaciones típicas de las variables medidas antes de la intervención quirúrgica en el hospital privado (N=22).

	Media	DesviaciónTípica
<b>Comprensión</b>	22,32	5,93
<b>Motivación</b>	20,68	5,80
<b>Expectativas</b>	4,50	1,30
<b>COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema</b>	29,27	5,32
<b>COPE Afrontamiento cognitivo del problema</b>	35,14	7,52
<b>COPE Escape cognitivo</b>	21,00	6,36
<b>COPE Afrontamiento centrado en las emociones</b>	30,68	9,07
<b>COPE Consumo de drogas</b>	5,32	2,80
<b>MOS Apoyo emocional-informacional</b>	36,55	10,99
<b>MOS Apoyo afectivo</b>	19,82	4,72
<b>MOS Apoyo instrumental</b>	16,09	4,36
<b>MOS Puntuación total en apoyo emocional</b>	72,45	18,28

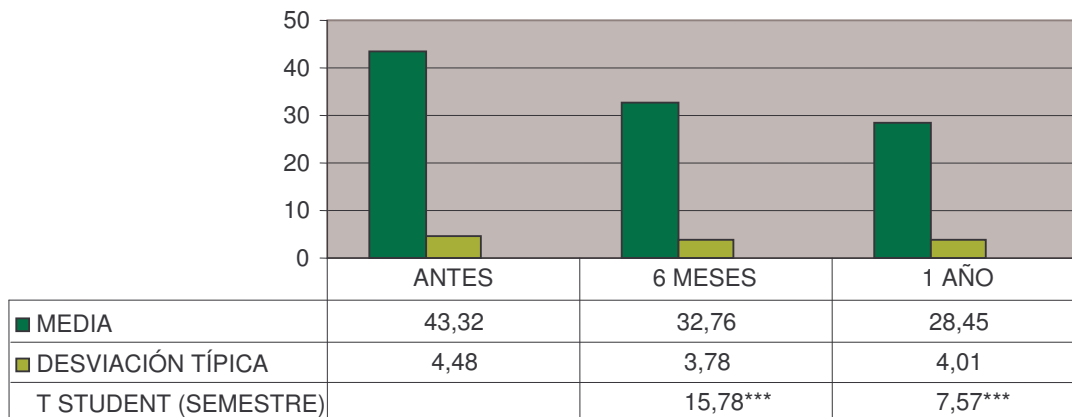
Como podemos ver en la Tabla 57, la comprensión del procedimiento de la operación en la media de pacientes del hospital privado es elevada, al igual que las expectativas hacia la misma.

La motivación también es moderada-alta, como ya se ha comentado anteriormente, estas expectativas tan elevadas pueden ser irrealistas y afectar en los resultados de la pérdida de peso.

**7.2.2. Análisis de las variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica en el grupo de pacientes intervenidos en el hospital privado (N=22)**

**7.2.2.1. Cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC) en los pacientes intervenidos en el hospital privado**

**Gráfico 94. Índice de Masa Corporal de los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 22).**

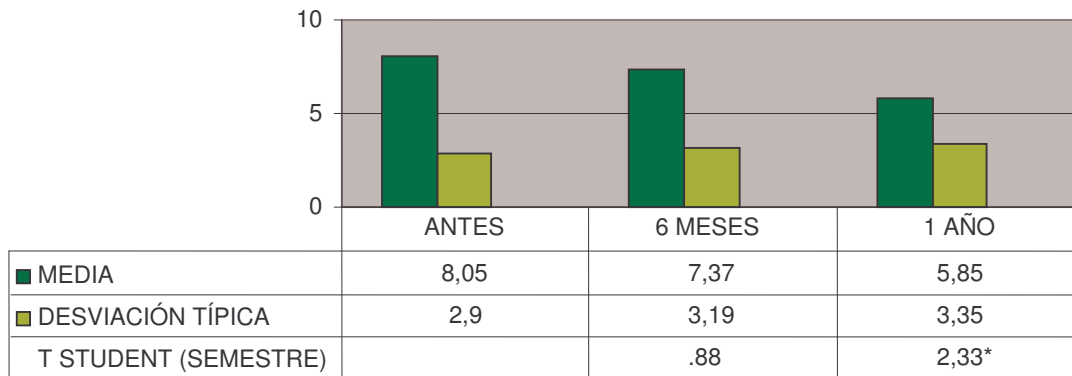


Los resultados que obtenemos en el Gráfico 94, muestran claramente que los pacientes intervenidos en el hospital privado tienen una mejoría significativa, según señala la t de Student, con respecto a la pérdida de peso, a los 6 meses y al año, ya que los pacientes presentaban un índice de obesidad mórbida antes de ser intervenidos, en cambio al año, se encuentran dentro de la población de sobrepeso, llegando algunos pacientes a su peso ideal.

Estos datos van en la línea del estudio, ya comentado en el capítulo 2, donde los pacientes que participan en los grupos de apoyo tienen una mayor pérdida de peso frente a los que no lo hacen (Orth et al., 2008).

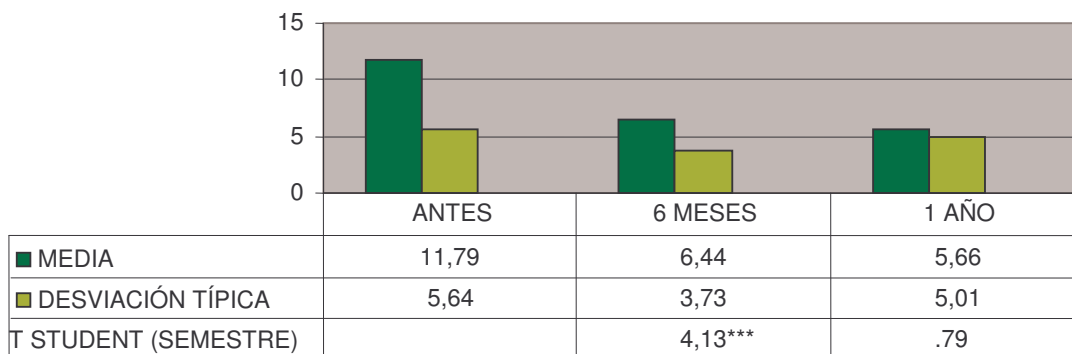
### 7.2.2.2. Cambios en la alimentación (TFEQ) en los pacientes intervenidos en el hospital privado

Gráfico 95. Valores correspondientes al factor Restricción del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 22).



A los 6 meses de la intervención quirúrgica, los pacientes no presentan una mejoría significativa en los niveles de restricción, esto puede responder a que debido a la propia intervención, donde el paciente come pequeñas cantidades, y al miedo que muchos pacientes tienen de comer más o comer de todo, siguen restringiendo la alimentación, hasta que al año empiezan a comer de todo aprendiendo nuevos hábitos, trabajados en las sesiones de grupo realizadas en el hospital privado, y hay una mejoría estadísticamente significativa en estos niveles, según indica el valor de la t.

Gráfico 96. Valores correspondientes al factor Desinhibición del Cuestionario TFEQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 22).



Con respecto al factor desinhibitorio, los resultados son diferentes y complementarios. A los 6 meses de la operación, los pacientes mejoran según indica el nivel de la significación de la t, con respecto a la desinhibición hacia la comida, es decir, los pacientes son capaces de controlar más a nivel cognitivo los mecanismos de saciedad. Entre los 6 meses y el año esos niveles se mantienen, es decir, no hay mejoría significativa.

Estos resultados son positivos, ya que una fuerte restricción y una muy controlada desinhibición en estos pacientes, puede provocar el efecto contrario, por ello, es importante trabajar en la línea de la estabilidad a nivel cognitivo y emocional, como se ha ido trabajando en las sesiones de grupo e individuales con los pacientes intervenidos en el hospital privado.

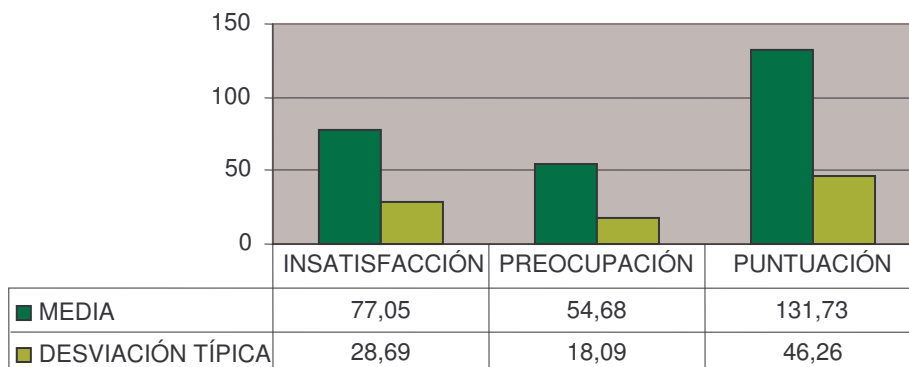
Un aspecto muy reforzante para los pacientes es que ellos se dan cuenta que pueden comer todo tipo de alimentos sin perder el control, y que ahora saborean mucho más las diferentes comidas y son capaces de parar o de no comer cuando no tienen hambre, aspecto que les costaba mucho controlar antes de la operación, debido a la ansiedad o a cualquier otra emoción.

Gracias a la intervención, son capaces de empezar a modificar hábitos y de cambiar su relación con la alimentación.

### 7.2.2.3. Cambios en la Imagen Corporal (BSQ) en los pacientes intervenidos en el hospital privado

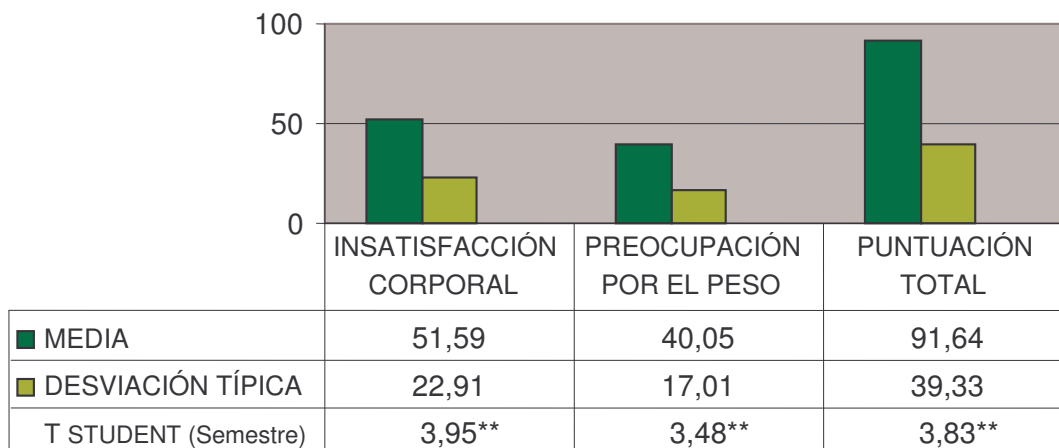
Uno de los aspectos donde hemos encontrado algunas diferencias, ha sido en la imagen corporal, ya que la adaptación de la estructura mental a los cambios que se dan a nivel físico en el paciente, ocurre de forma más lenta, y en muchos casos, es necesario trabajar esa aceptación corporal y ese cambio de imagen que abarca muchas esferas de la vida del individuo.

**Gráfico 97. Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación (N = 22).**



La preocupación por la imagen corporal que subrayan los pacientes antes de ser operados en el hospital privado, muestra claramente una alta preocupación como refleja la puntuación total, y la puntuación con respecto a los factores de insatisfacción y preocupación por el peso, factores que demuestran claramente que los pacientes buscan la intervención quirúrgica como última alternativa para poder perder peso y no recuperarlo.

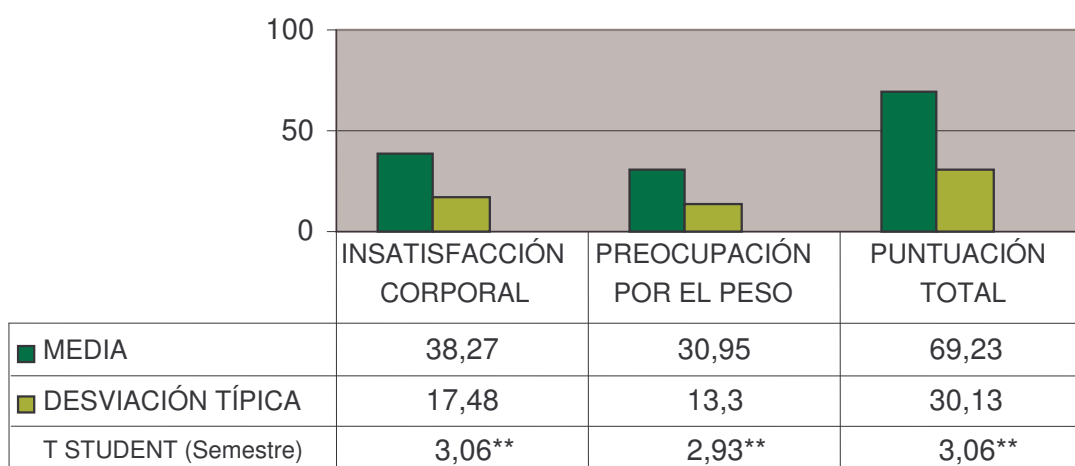
**Gráfico 98.** Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total correspondientes al Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, a los 6 meses de la operación (N = 22).



A los 6 meses de la intervención la mejoría es significativa según indica la t en los tres resultados: puntuación total, preocupación por el peso e insatisfacción corporal.

Los pacientes siguen tendiendo una preocupación moderada por su imagen corporal, pero la mejoría empieza a ser notable en la evaluación que la media de pacientes hace sobre su imagen.

**Gráfico 99.** Valores correspondientes a la Insatisfacción Corporal, la Preocupación por el peso, y la Puntuación total del Cuestionario BSQ aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, tras el año de la operación (N = 22).



Transcurrido el año de la operación, los resultados vuelven a mostrar una mejoría significativa en las tres puntuaciones como podemos ver en el Gráfico 99.

La puntuación total empieza a estar dentro de los valores de una preocupación moderada-baja, que corresponden a las exigencias que los pacientes empiezan a tener

cuando su peso se encuentra dentro del sobrepeso y dejan de ser personas con obesidad mórbida. Tienen una preocupación normal por el peso y una insatisfacción corporal que va en la línea de las exigencias de la población normal, es decir, que reflejan los ideales de una sociedad que busca la figura perfecta dentro de la talla más baja.

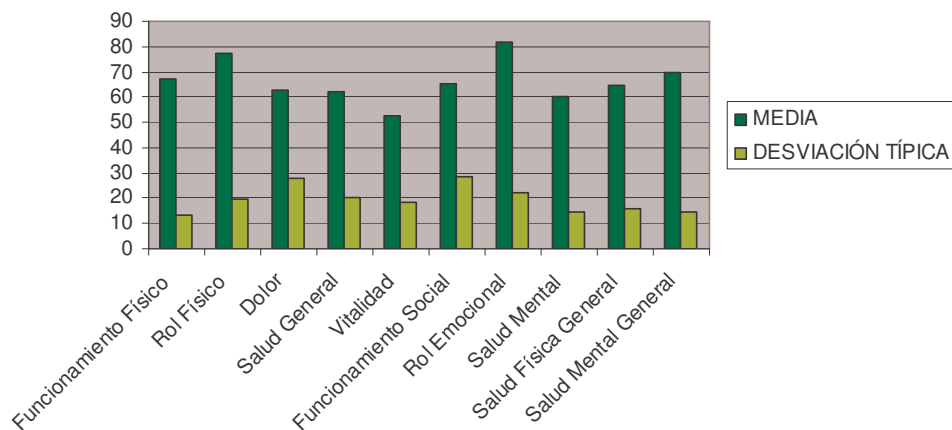
Aunque sigue existiendo preocupación acerca de la imagen corporal, los pacientes revelan que ahora se consideran personas “normales”, con la preocupación normal por mantener esa imagen e incluso mejorarla, es por ello, que muchos acuden a la cirugía plástica para poder solventar los problemas más habituales de la piel cuando se da una pérdida de peso tan grande.

Sería interesante evaluar si los pacientes que acuden a cirugía tienen una mejor imagen corporal que los que no lo hacen, al igual que si existe diferencia entre los que hacen ejercicio físico y los que no.

#### 7.2.2.4. Cambios en la Calidad de Vida (SF-36) en los pacientes intervenidos en el hospital privado

La calidad de vida a nivel mental va muy unida a la percepción que la persona tiene de su imagen y a la propia aceptación de la misma. Para ello, se va a analizar la calidad de vida en las áreas físicas y mentales que mide el Cuestionario SF-36 en los pacientes intervenidos en el hospital privado.

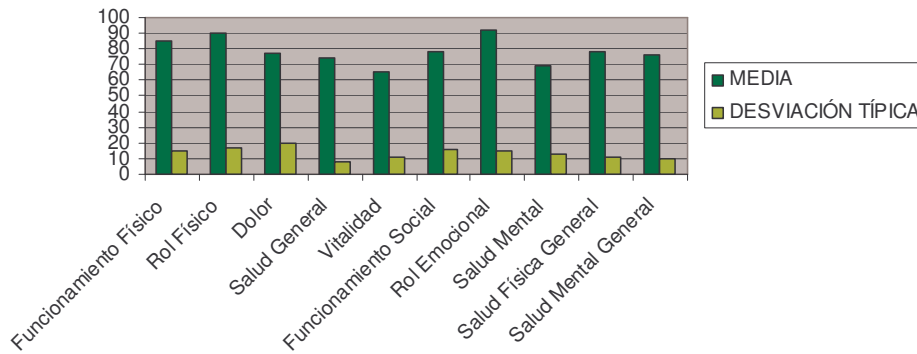
**Gráfico 100. Resultados en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación (N = 22).**



Las escalas mejor evaluadas, antes de la operación de *by-pass* gástrico en la media de pacientes intervenidos en el hospital privado, han sido en las de rol emocional, rol físico y salud mental general. Las peor evaluadas vitalidad y salud mental.

En general los pacientes evalúan las diferentes áreas de la calidad de vida dentro de unos valores positivos, donde destacan las escalas anteriormente mencionadas.

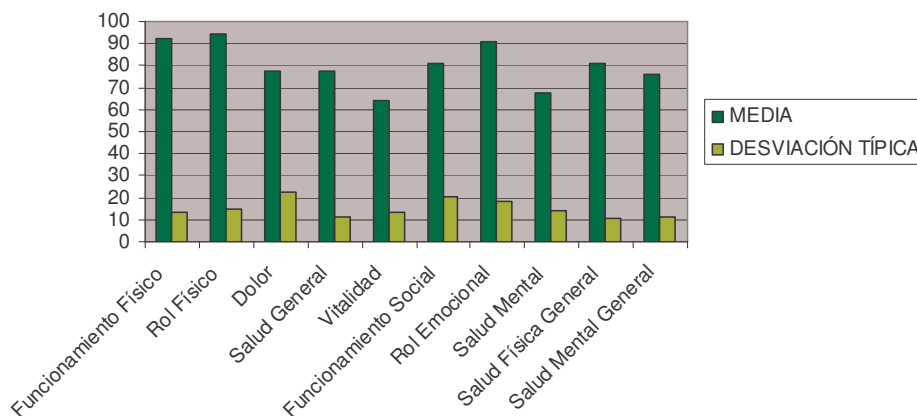
**Gráfico 101. Resultados en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, a los 6 meses de la operación (N = 22).**



En el Gráfico 101, vemos que las puntuaciones en todas las escalas, a excepción de rol emocional y salud mental general, mejoran significativamente (ver más abajo). Destaca la significación con una  $p < .001$  en las escalas de funcionamiento físico y salud física general. En dolor, salud general y vitalidad destaca la mejoría con una significación de  $p < .01$ , y en rol físico, funcionamiento social y salud mental la significación es de  $p < .05$  según reflejan los valores de la t de Student expuestos en la Tabla 58 (más adelante).

Es palpable la mejoría que refieren los pacientes a nivel físico y mental entre el antes y los 6 meses de la operación.

**Gráfico 102. Resultados en las variables de: Funcionamiento Físico, Rol físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental, Salud Física General y Salud Mental General correspondientes al Cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, después del año de la operación (N = 22).**



Entre los 6 meses y el año sólo se da una mejoría altamente significativa en la escala de funcionamiento físico, donde los pacientes perciben un fuerte cambio ya que pasan de no tener prácticamente vida a poder funcionar en todos los aspectos. En el resto de escalas, aunque se da mejoría, no es significativa.



Tabla 58. Resultados de la t de Student con respecto al Cuestionario SF-36.

S.F.-36	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Funcionamiento Físico</b>	-6.44***	-8.29***	-4.59***
<b>Rol Físico</b>	-2.19*	-3.69**	-1.19
<b>Dolor</b>	-3.05**	-3.40**	.00
<b>Salud General</b>	-3.01**	-3.82**	-1.30
<b>Vitalidad</b>	-3.49**	-3.50**	.33
<b>Funcionamiento Social</b>	-2.19*	-2.83*	-.78
<b>Rol Emocional</b>	-1.68	-1.60	.19
<b>Salud Mental</b>	-2.55*	-1.96	.81
<b>Salud Física General</b>	-4.83***	-7.13***	-1.54
<b>Salud Mental General</b>	-1.92	-2.79*	-.22

La Tabla 58 muestra los resultados que fueron representados gráficamente. Podemos destacar, que los pacientes que se someten a la cirugía bariátrica en el hospital privado, al año de la intervención presentan una mejoría clínicamente significativa en las escalas de funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, salud física general y salud mental general.

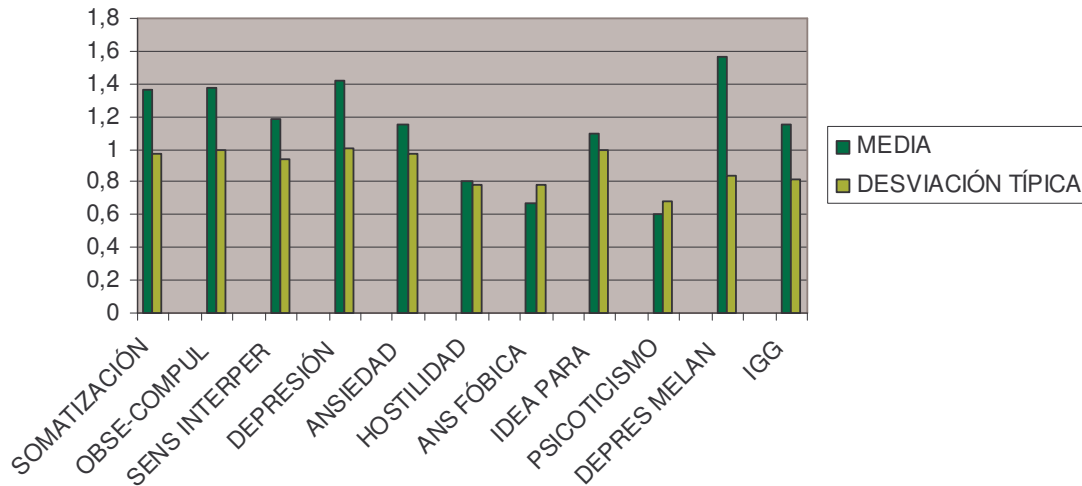
Destacan sobre todo las escalas de funcionamiento físico y la salud física general.

Las máximas diferencias, se dan en los 6 primeros meses de la intervención. Entre los 6 meses y el año sólo aparece en el factor de funcionamiento social.

### 7.2.2.5. Cambios en la Sintomatología Psicológica General (SCL-90) en los pacientes intervenidos en el hospital privado

La sintomatología psicológica general está muy asociada con una pobre pérdida de peso según algunos estudios, en cambio, cada vez se ve en otros muchos, la influencia positiva de la intervención en esta sintomatología. Vamos a analizar los resultados con respecto al Cuestionario SCL-90 que los pacientes completaron en el hospital privado antes, a los 6 meses y al año de la intervención, con la finalidad de ver los posibles cambios.

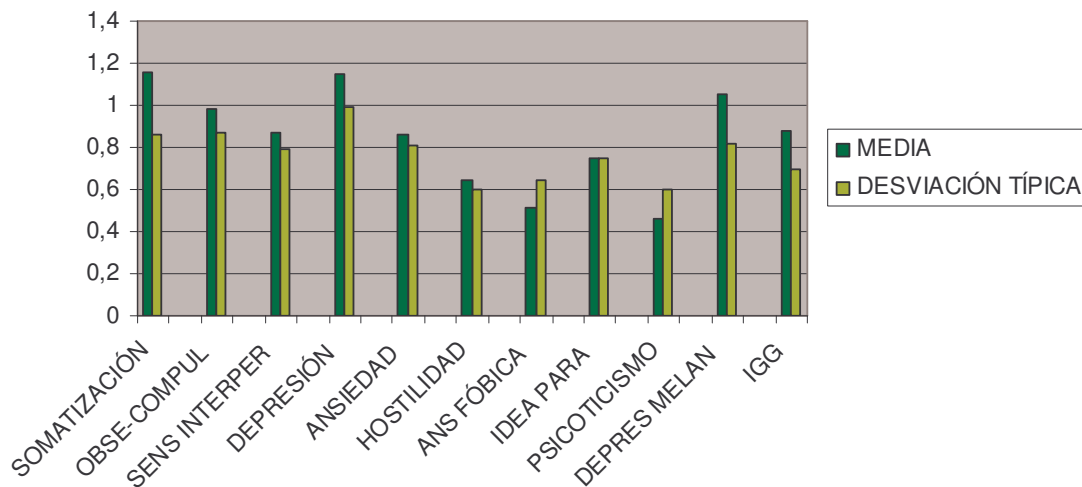
**Gráfico 103.** Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación (N = 22).



El Gráfico 103 muestra los valores de sintomatología que los pacientes presentan antes de ser sometidos a la operación de *by-pass* gástrico en el hospital privado. Podemos destacar las puntuaciones más altas en depresión, depresión melancólica, y obsesión-compulsión. Como vemos, estos resultados son muy parecidos a los que hemos visto en el hospital público, por lo que nos acerca al perfil más frecuente del paciente con obesidad mórbida.

Las puntuaciones más bajas se dan en psicoticismo, ansiedad fóbica y hostilidad.

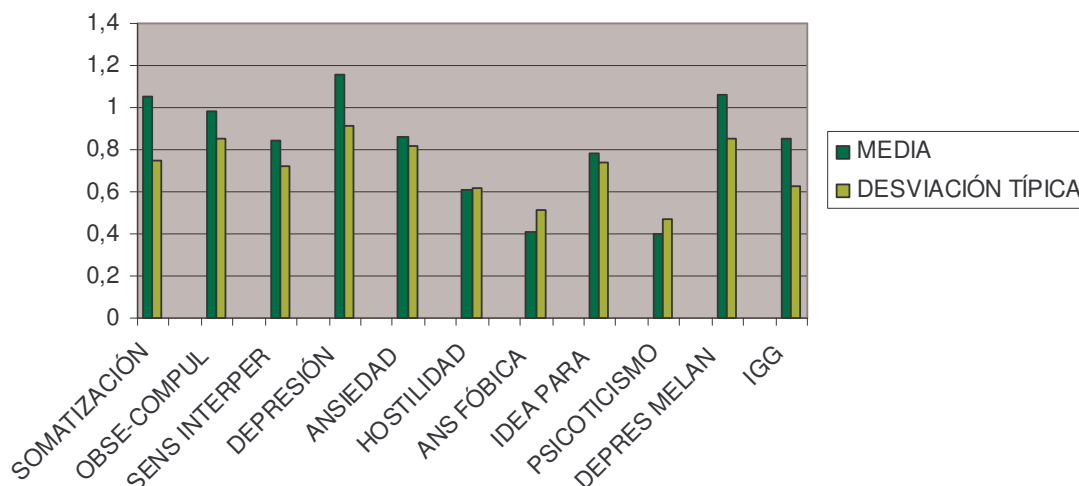
**Gráfico 104.** Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, a los 6 meses de la operación (N = 22).



A los 6 meses, los resultados son diferentes a los que hemos visto en el hospital público, pudiendo encontrar su causa en el tratamiento y apoyo psicológico y grupal que reciben los pacientes operados en el hospital privado al año de la intervención.

La mejoría que se da en todas las escalas es significativa, indicando que los pacientes mejoran su sintomatología psicológica 6 meses después de la intervención.

**Gráfico 105. Valores de la media y desviación típica de las diferentes escalas del Cuestionario SCL-90, aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, transcurrido 1 año de la operación (N = 22).**



Entre los 6 meses y el año no se da ninguna mejoría significativa, aunque los pacientes disminuyan su sintomatología. Al año, la mayoría de puntuaciones se encuentran por debajo del 1, cercano al 0, es decir, podemos hablar de una muy baja o casi nula sintomatología psicológica general.

**Tabla 59. Resultados de la T de Student con respecto al Cuestionario SCL-90.**

S.C.L.-90	ANTES-6 MESES	ANTES-1 AÑO	6 MESES-1 AÑO
	t	t	t
<b>Somatización</b>	3.32**	3.27**	.34
<b>Obsesión-compulsión</b>	4.05**	4.29***	.50
<b>Sensibilidad Interpersonal</b>	2.97**	3.84**	1.03
<b>Depresión</b>	2.92**	3.17**	.62
<b>Ansiedad</b>	2.44*	2.89**	1.13
<b>Hostilidad</b>	3.21**	3.07**	1.52
<b>Ansiedad fóbica</b>	2.74*	3.09**	1.11
<b>Ideación paranoide</b>	2.69*	4.10**	1.90
<b>Psicoticismo</b>	2.30*	3.07**	1.40
<b>Depresión melancólica</b>	4.05**	3.80**	.80
<b>Índice de Gravedad Global</b>	3.63**	4.01**	1.21

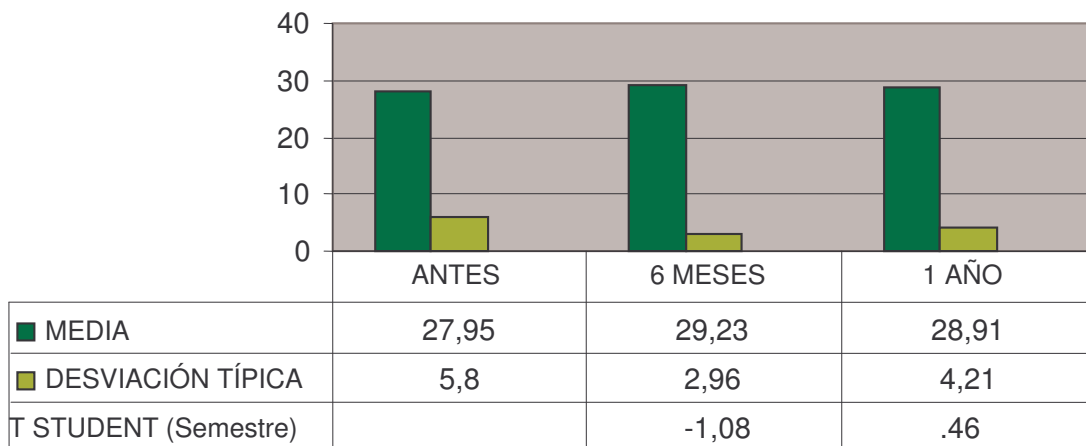
La Tabla 59 muestra las diferencias significativas que hay entre antes y transcurridos 6 meses de la intervención en todas las escalas del Cuestionario SCL-90. Esta diferencia coincide con la máxima pérdida de peso. Entre los 6 meses y el año, no hay mejoría significativa en ninguna de las escalas, esto puede tener relación con que los kilos ya no se

pierden tan rápidamente, y junto a ello aparecen los problemas de la piel más flácida o el pecho caído en el caso de las mujeres.

Al año de la intervención, vemos que la mejoría en todas las escalas del SCL-90 es significativa, produciéndose esta mejoría en los 6 primeros meses.

### 7.2.2.6. Cambios en la Autoestima (Rosenberg) en los pacientes intervenidos en el hospital privado

Gráfico 106. Valores correspondientes a la autoestima de los sujetos medida con el Cuestionario Autoestima de Rosenberg aplicado a los pacientes de la muestra, pertenecientes al hospital privado, antes de la operación, a los 6 meses y al año (N = 22).



La autoestima sigue la misma línea que en el hospital público, es decir, no se pueden hablar de diferencias significativas. Parece haber un ligero incremento de la autoestima a los 6 meses, pero ésta no es significativa como muestra la t, en el Gráfico 106.

## 7.3. Comparaciones entre grupos

Para la comparación entre los pacientes del hospital público y los del hospital privado antes, a los 6 meses y al año de la intervención, se ha aplicado la t de Student para grupos independientes debido a que el tamaño de la N es más pequeño.

Tabla 60. Resultados medidos según la t de Student en las escalas correspondientes a la comprensión, motivación y expectativas de la Entrevista Boston y a las correspondientes al Cuestionario COPE y al Cuestionario MOS, medido antes de la intervención para la comparación de resultados obtenidos en la muestra de pacientes del hospital público (N=38) y privado (N=22).

Antes	t
Comprensión	-6.11***
Motivación	-.22
Expectativas	-3.42***
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	.16
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	1.36
COPE Escape cognitivo	.32
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	.53
COPE Consumo de drogas	.19
MOS Apoyo emocional-informacional	1.62
MOS Apoyo afectivo	2.26*
MOS Apoyo instrumental	.63
MOS Puntuación total en apoyo emocional	1.71

Como podemos ver en la Tabla 60, existen diferencias significativas entre los pacientes del hospital público y los del hospital privado en tres variables. En dos de ellas, comprensión hacia la operación y motivación hacia la misma, las diferencias son muy altas  $p < .001$ , y con respecto a la tercera, es la variable de apoyo afectivo, con una  $p < .05$  la que discrimina entre grupos.

Estas tres variables tienen una mayor puntuación en la muestra de pacientes del hospital privado.

Tabla 61. Resultados medidos según la t de Student en las escalas correspondientes a los cuestionarios TFEQ, BSQ y SF-36 y al valor del IMC: antes de la operación, a los 6 meses y al año para la comparación de los resultados obtenidos en la muestra de pacientes del hospital público y del hospital privado. Hospital público (N = 38) y Hospital privado (N=22).

En la Tabla 61 tenemos la comparación entre grupos correspondientes a los cuestionarios TFEQ, BSQ y SF-36 y al valor del IMC, antes de la operación, a los 6 meses y al año.

IMC	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
	t	t	t
IMC	1.68	1.90	1.89

T.F.E.Q.	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		t	t	t
RESTRICCIÓN	20	.92	-.62	.98
DESINHIBICIÓN	25	-1.70	-2.36*	-1.93

B.S.Q.	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		t	t	t
INSATISFACCIÓN CORPORAL	20	-1.58	.10	1.42
PREOCUPACIÓN POR EL PESO	14	-1.58	-.08	.99
PUNTUACIÓN TOTAL	34	-1.60	.03	1.26

S.F.-36	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		t	t	t
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	10	-.02	-.82	-1.90
ROL FÍSICO	4	-.35	-1.14	-1.43
DOLOR	2	-.18	-1.32	-.16
SALUD GENERAL	5	-.24	-.21	-1.64
VITALIDAD	4	.48	-1.14	.32
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	2	.85	-.31	-1.21
ROL EMOCIONAL	3	.72	.10	-.38
SALUD MENTAL	5	1.82	.95	-.01
SALUD FÍSICA (funcionamiento físico+rol físico+dolor+salud general+vitalidad)	25	-.10	-1.24	-1.22
SALUD MENTAL (salud general+vitalidad+funcionamiento social+rol emocional+salud mental)	19	.75	-.14	-.78

Sólo hay una puntuación que es significativa, correspondiente al factor de desinhibición del TFEQ, donde la media de pacientes intervenidos en el hospital privado presenta una mayor puntuación con respecto a la desinhibición por la comida a los 6 meses de operarse, frente a la que obtienen los pacientes intervenidos en el hospital público.

En el resto de puntuaciones, no podemos hablar de diferencias significativas.

Tabla 62. Resultados medidos según la t de Student en las escalas correspondientes a la SCL-90: antes de la operación, a los 6 meses y al año para la comparación de los resultados obtenidos en la muestra de pacientes del hospital público y del hospital privado. Hospital público (N = 38) y Hospital privado (N=22).

S.C.L.-90	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		t	t	t
SOMATIZACIÓN	12	-1.01	.74	.22
OBSESIÓN-COMPULSIÓN	10	-1.37	.45	.91
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	9	-1.83	.06	.89
DEPRESIÓN	13	-1.96	-.03	.46
ANSIEDAD	10	-1.05	-.06	.52
HOSTILIDAD	6	-1.89	-.10	.73
ANSIEDAD FÓBICA	7	-1.47	.33	.44
IDEACIÓN PARANOIDE	6	-1.68	-.79	1.04
PSICOTICISMO	10	-1.52	-.49	-.09
DEPRESIÓN MELANCÓLICA	7	-1.54	-.20	.60
ÍNDICE DE GRAVEDAD GLOBAL	90	-1.67	.06	.64

AUTOESTIMA DE ROSENBERG	NºÍTEMS	ANTES	SEIS MESES	UN AÑO
		t	t	t
AUTOESTIMA	10	1.95	1.40	.75

Con respecto a la Tabla 62, a pesar de existir diferencias en la sintomatología negativa entre los pacientes de un hospital y el otro, no se pueden concluir que sean significativas en ninguna escala del SCL-90, ni en la variable autoestima, en ninguno de los tres momentos donde se ha evaluado a los pacientes: antes, a los 6 meses y al año.

#### 7.4. Análisis discriminantes

Como ya se explicó, en el capítulo anterior, referente a las comparaciones entre géneros, vamos a pasar al análisis de los resultados discriminantes con respecto al *setting* hospitalario, para los cuales se ha vuelto a utilizar el estadístico Lambda de Wilks que mide el poder discriminante de un conjunto de variables evaluadas antes, a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica.

Como ya se dijo anteriormente, se han realizado 4 análisis discriminantes en T1 según las variables que se incluían en cada uno. En el primer análisis las VIs introducidas (6) han sido las correspondientes a la Entrevista Boston (conocimiento, motivación y expectativas), los factores de la conducta de alimentación (restricción y desinhibición) y la puntuación total en la percepción de la imagen corporal. En el segundo, las VIs incluidas en el análisis han sido la autoestima, los factores de afrontamiento y la puntuación total en apoyo social (7). En el tercero se han considerado las variables correspondientes al Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36), concretamente los 8 factores con los que cuenta

la prueba. Finalmente, el cuarto análisis se ha realizado incluyendo las 10 escalas de la SCL-90. Estos dos últimos análisis discriminantes se han realizado también en T2 y T3.

### 7.4.1. Análisis discriminante antes de la intervención

Tabla 63. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes: comprensión, motivación, expectativas, restricción (TFEQ), desinhibición (TFEQ), y puntuación total del BSQ.

VARIABLES INTRODUCIDAS EN EL ANÁLISIS

Comprensión
Motivación
Expectativas
Restricción (TFEQ)
Desinhibición (TFEQ)
Puntuación total (BSQ)

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.76	100.00	.66	.57	31.17	6	.00

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función 1
Comprensión	.89
Motivación	-.06
Expectativas	.10
Restricción (TFEQ)	-.17
Desinhibición (TFEQ)	.37
Puntuación total (BSQ)	.18

Coefficientes de estructura

	Función 1
Comprensión	.89
Expectativas	.49
Desinhibición (TFEQ)	.25
Puntuación total (BSQ)	.25
Restricción (TFEQ)	-.13
Motivación	.03



**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Clínico	-.65
Quirón	1.13

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	84.2%	15.8%
22	Quirón	13.6%	86.4%

Clasificados correctamente el 85,0% de los casos agrupados originales

Los resultados obtenidos en este primer análisis son los siguientes:

(a) El poder discriminante de las variables consideradas es grande ( $\Lambda = .58$ ), al igual que el valor de la correlación canónica también es alto (.66). Además, podemos observar que estos resultados son significativos (.001)

(b) Los resultados hablan del poder discriminante que presenta la variable comprensión sobre el procedimiento de la intervención quirúrgica antes de ser operados. El coeficiente tipificado da lugar a un peso de .89 y los coeficientes de estructura muestran a su vez que ésta variable es la que más correlaciona con la función discriminante (.89), seguida por la de expectativas sobre los resultados de la operación (.49).

(c) El valor de los centroides nos indica que el grupo de pacientes intervenidos en la Clínica Quirón (hospital privado), puntúa de forma positiva en la función discriminante, mientras que el grupo de pacientes del hospital público, lo hacen de forma negativa.

(d) El conjunto de variables permiten clasificar correctamente al 85% de los pacientes, con independencia de que se trate del hospital público o privado.

Estos resultados pueden tener que ver con el hecho de que los pacientes que se operan en el hospital privado obtienen la información poco antes de la intervención, en cambio, los pacientes que se operan en el hospital público, obtienen la información mucho antes de operarse debido a las listas de espera, y cuando se van a operar muchos de ellos no preguntan de nuevo toda la información y se les ha olvidado. Además, normalmente el paciente que acude a la Clínica Quirón ha ido buscando más información en otros sitios hasta que encuentra lo que necesita, lo cual lleva a un mayor conocimiento general sobre lo que le van a hacer. En el Clínico (hospital público), el paciente es remitido por el endocrinólogo y no suele buscar otras alternativas.

Tabla 64. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes: la puntuación total de autoestima, el afrontamiento conductual, el afrontamiento cognitivo, el escape cognitivo, el afrontamiento emocional, el consumo de drogas y la puntuación total de apoyo social.

Variables introducidas en el análisis

Autoestima (Puntuación total)
Afrontamiento conductual
Afrontamiento cognitivo
Escape cognitivo
Afrontamiento emocional
Consumo de drogas
Apoyo social (Puntuación total)

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.14	100.00	.35	.88	6.90	7	.44

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Autoestima	.67
Afrontamiento conductual	-.41
Afrontamiento cognitivo	.50
Escape cognitivo	.21
Afrontamiento emocional	-.12
Consumo de drogas	-.05
Apoyo social	.47

Coefficientes de estructura

	Función
	1
Autoestima	.71
Apoyo social	.65
Afrontamiento cognitivo	.49
Afrontamiento emocional	.20
Escape cognitivo	.11
Consumo de drogas	.06
Afrontamiento conductual	.06

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Clínico	.28
Quirón	-.48

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	73.3%	26.3%
22	Quirón	31.8%	68.2%

Clasificados correctamente el 71,1% de los casos agrupados originales

(a) El poder discriminante de las variables consideradas es muy pequeño, a la vista del valor de Lamda de Wilks que está muy alejado del 0 (.90). La correlación canónica es muy baja. Por tanto, podemos señalar que los grupos se solapan entre sí con respecto a estas variables.

(b) Los coeficientes tipificados muestran que la autoestima es la variable que mayor peso posee (.67). Y los coeficientes de estructura, nos muestran que esta variable y el apoyo social son las que más correlacionan con la función discriminante, respectivamente coeficientes de .71 y .65.

(c) El conjunto de variables permite clasificar apenas mejor a los pacientes del hospital público (73,3%) que a los del privado (68,2%).

**Tabla 65. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes las escalas del Cuestionario SF-36 de calidad de vida.**

**VARIABLES INTRODUCIDAS EN EL ANÁLISIS**

<b>Funcionamiento físico</b>
<b>Rol físico</b>
<b>Dolor</b>
<b>Salud general</b>
<b>Vitalidad</b>
<b>Funcionamiento social</b>
<b>Rol emocional</b>
<b>Salud mental</b>

### Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.14	100.00	.35	.88	7.15	8	.52

### Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Funcionamiento físico	.08
Rol físico	-.96
Dolor	.03
Salud general	-.78
Vitalidad	-.26
Funcionamiento social	1.12
Rol emocional	.34
Salud mental	.75

### Coefficientes de estructura

	Función
	1
Salud mental	.58
Funcionamiento social	.30
Rol emocional	.26
Vitalidad	.16
Rol físico	-.12
Salud general	-.08
Dolor	-.07
Funcionamiento físico	-.01

### El valor de los centroides

Sexo	Función
	1
Clínico	.28
Quirón	-.49

### Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	63.2%	36.8%
22	Quirón	36.4%	63.6%

Clasificados correctamente el 63,3% de los casos agrupados originales

(a) Con respecto a las escalas del Cuestionario SF-36, referente a la calidad de vida de los pacientes antes de la intervención quirúrgica, nos vuelve a indicar que el poder discriminante de las variables es pequeño, como vemos en el valor de lambda de Wilks (.88) y la correlación canónica es baja (.36). Además, la función discriminante no es significativa.

(b) Los coeficientes tipificados sugieren que la variable que tiene un peso mayor en la función es, valga la redundancia, la de funcionamiento social. Por su parte, los coeficientes de estructura muestran que la variable que más correlaciona con la función discriminante es la de salud mental, junto con el funcionamiento social.

(c) El porcentaje de sujetos correctamente clasificados es solo un 13,3% superior al azar.

**Tabla 66. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes las variables del Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**Variables introducidas en el análisis**

<p style="text-align: center;"> <b>Somatización</b>  <b>Obsesión-compulsión</b>  <b>Susceptibilidad</b>  <b>Depresión</b>  <b>Ansiedad</b>  <b>Hostilidad</b>  <b>Ansiedad fóbica</b>  <b>Ideación paranoide</b>  <b>Psicoticismo</b>  <b>Depresión melancólica</b> </p>
--

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.18	100.00	.39	.85	8.50	10	.58

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función 1
Somatización	-.95
Obsesión-compulsión	.19
Susceptibilidad interpersonal	.11
Depresión	1.35
Ansiedad	-1.48
Hostilidad	.54
Ansiedad fóbica	.42
Ideación paranoide	.21
Psicoticismo	-.01
Depresión melancólica	.26

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Depresión	.63
Hostilidad	.62
Susceptibilidad interpersonal	.60
Ideación paranoide	.55
Psicoticismo	.51
Ansiedad fóbica	.50
Depresión melancólica	.46
Obsesión-compulsión	.43
Ansiedad	.32
Somatización	.30

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Clínico	-.31
Quirón	.54

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	73.7%	26.3%
22	Quirón	41%	59%

Clasificados correctamente el 68.3% de los casos agrupados originales

(a) Con respecto a la sintomatología psicológica general evaluada antes de la intervención, podemos decir que el poder discriminante de las variables consideradas no es muy alto, a la vista del valor de Lamda de Wilks que es de (.90) Además, la correlación canónica no es muy alta (.39), y no tiene poder significativo.

(b) Podemos concluir, que con respecto a las variables de sintomatología psicológica, el poder discriminativo en los grupos es prácticamente inexistente, y por tanto, se solapan entre sí.

### 7.4.2. Análisis discriminante a los 6 meses de la intervención

Tabla 67. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes las escañas del Cuestionario SF-36 de Calidad de vida.

Variables introducidas en el análisis

<p><b>Funcionamiento físico</b>  <b>Rol físico</b>  <b>Dolor</b>  <b>Salud general</b>  <b>Vitalidad</b>  <b>Funcionamiento social</b>  <b>Rol emocional</b>  <b>Salud mental</b></p>
---

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.11	100.00	.32	.90	5.75	8	.68

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Funcionamiento físico	-.09
Rol físico	.23
Dolor	.81
Salud general	-.14
Vitalidad	.50
Funcionamiento social	-.06
Rol emocional	.02
Salud mental	-1.02

Coefficientes de estructura

	Función
	1
Dolor	.50
Rol físico	.42
Vitalidad	.40
Salud mental	-.34
Funcionamiento físico	.30
Funcionamiento social	.11
Salud general	.07
Rol emocional	-.04

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Clínico	-.25
Quirón	.43

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	63.2%	36.8%
22	Quirón	22.7%	77.3%

Clasificados correctamente el 68,3% de los casos agrupados originales

(a) El poder discriminante de las variables de calidad de vida a los 6 meses de la intervención, es prácticamente inexistente con respecto a los dos grupos referentes al hospital público y al privado, donde el estadístico lambda de Wilks es de (.90) y la correlación canónica es muy baja.

(b) Las mejorías en las diferentes escalas del Cuestionario SF-36, en ambos grupos, no tienen valor discriminante significativo a los 6 meses, y los grupos se solapan entre sí. O, dicho de otro modo, el *setting* hospitalario no parece tener ningún tipo de influencia.

**Tabla 68. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes los factores del Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**VARIABLES INTRODUCIDAS EN EL ANÁLISIS**

<b>Somatización</b>
<b>Obsesión-compulsión</b>
<b>Susceptibilidad</b>
<b>Depresión</b>
<b>Ansiedad</b>
<b>Hostilidad</b>
<b>Ansiedad fóbica</b>
<b>Ideación paranoide</b>
<b>Psicoticismo</b>
<b>Depresión melancólica</b>

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.14	100.00	.36	.89	7.12	10	.71



**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función
	1
Somatización	-1.00
Obsesión-compulsión	-1.15
Susceptibilidad interpersonal	-1.04
Depresión	.28
Ansiedad	.87
Hostilidad	.20
Ansiedad fóbica	-.39
Ideación paranoide	1.63
Psicoticismo	-.18
Depresión melancólica	.90

**Coefficientes de estructura**

	Función
	1
Ideación paranoide	.29
Somatización	-.24
Psicoticismo	.17
Obsesión-compulsión	-.15
Ansiedad fóbica	-.11
Depresión melancólica	.07
Hostilidad	.04
Susceptibilidad interpersonal	-.02
Ansiedad	.02
Depresión	.01

**El valor de los centroides**

Sexo	Función
	1
Clínico	-.28
Quirón	.49

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	65,8%	34,2%
22	Quirón	40,9%	59,1%

Clasificados correctamente el 63,3% de los casos agrupados originales

(a) Aunque en los resultados que hemos visto a lo largo del capítulo sí que se reflejaban las diferencias con respecto a la sintomatología psicológica general entre un

hospital y el otro, el estadístico lambda de Wilks (.90) nos indica que el poder discriminativo del conjunto de las 10 escalas del SCL90 es bajo a la hora de diferenciar entre hospital público vs. privado.

### 7.4.3. Análisis discriminante al año de la intervención.

Tabla 69. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes las escalas del Cuestionario SF-36 relativo a la Calidad de Vida.

Variables introducidas en el análisis

<p><b>Funcionamiento físico</b>  <b>Rol físico</b>  <b>Dolor</b>  <b>Salud general</b>  <b>Vitalidad</b>  <b>Funcionamiento social</b>  <b>Rol emocional</b>  <b>Salud mental</b></p>
---

Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.14	100.00	.35	.88	7.06	8	.53

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Funcionamiento físico	.50
Rol físico	.33
Dolor	-.45
Salud general	.74
Vitalidad	-.81
Funcionamiento social	.24
Rol emocional	-.09
Salud mental	.22

**Coefficientes de estructura**

	Función 1
Funcionamiento social	.64
Salud general	.53
Rol físico	.46
Funcionamiento social	.40
Rol emocional	.13
Vitalidad	-.10
Dolor	.06
Salud mental	.00

**El valor de los centroides**

Sexo	Función 1
Clínico	-.28
Quirón	.48

**Resultados de la clasificación**

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	50%	50%
22	Quirón	27,3%	72,7%

Clasificados correctamente el 58,3% de los casos agrupados originales

Al año de la intervención, los resultados son:

(a) El valor de la lambda de Wilks (.89) es alto y la correlación canónica baja (.35), y a pesar, como veíamos en el apartado anterior, de que existan diferencias al año entre ambos grupos, no se puede hablar de significación, ya que se solapan entre sí con respecto a las variables de Calidad de vida.

**Tabla 70. Análisis discriminante utilizando como variable dependiente el *setting* hospitalario y como variables independientes las referentes al Cuestionario de Sintomatología Psicológica SCL-90.**

**Variables introducidas en el análisis**

<p><b>Somatización</b>  <b>Obsesión-compulsión</b>  <b>Susceptibilidad</b>  <b>Depresión</b>  <b>Ansiedad</b>  <b>Hostilidad</b>  <b>Ansiedad fóbica</b>  <b>Ideación paranoide</b>  <b>Psicoticismo</b>  <b>Depresión melancólica</b></p>
--

**Función discriminante**

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación Canónica	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.30	100.00	.48	.77	13.70	10	.19

**Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica**

	Función 1
Somatización	-.67
Obsesión-compulsión	.60
Susceptibilidad interpersonal	.70
Depresión	.03
Ansiedad	.19
Hostilidad	.16
Ansiedad fóbica	.36
Ideación paranoide	.87
Psicoticismo	-1.79
Depresión melancólica	-.19

**Coefficientes de estructura**

	Función 1
Ideación paranoide	.45
Susceptibilidad interpersonal	.38
Obsesión-compulsión	.37
Hostilidad	.29
Depresión melancólica	.24
Ansiedad	.20
Ansiedad fóbica	.19
Depresión	.19
Somatización	.09
Psicoticismo	-.04

**El valor de los centroides**

Sexo	Función 1
Clínico	.22
Quirón	-.38

### Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Hombre	Mujer
38	Clínico	52,6%	47,4%
22	Quirón	36,4%	63,6%

Clasificados correctamente el 56.7% de los casos agrupados originales

(a) Con respecto a la sintomatología psicológica general al año de la intervención, sucede lo mismo, hemos visto anteriormente que había diferencias entre el hospital privado y el público, pero el poder discriminante de las variables consideradas no es muy alto.

### 7.5. Conclusiones del capítulo

Con respecto a los resultados generales de este capítulo, podemos destacar algunas diferencias entre los pacientes intervenidos en el hospital público, y los pacientes del hospital privado:

- (a) Las variables evaluadas antes de la intervención, han marcado una discriminación significativa ( $p < .001$ ) con respecto a las variables de comprensión y expectativas hacia la operación entre los pacientes de un hospital y los del otro. Además, con respecto al apoyo afectivo también podemos destacar esta discriminación entre grupos con una  $p < .05$ .
- (b) En referencia al IMC, encontramos que en ambos grupos, la pérdida que se da es significativa a los 6 meses de la intervención, y al año de la misma. En el hospital público, donde la muestra es de 38 pacientes, la media es de 45,84 antes de la intervención y al año es de 30,69, muy próximos a la franja de sobrepeso, y en el hospital privado, cuya muestra es de 22 pacientes, la media pre-operatoria es de 43,82 y al año de 28,45, es decir, se encontrarían fuera de la franja de obesidad, y se situarían dentro de los parámetros de sobrepeso. Estos resultados van acompañados en el 100% de los pacientes de una mejoría física de sus enfermedades, así como de la disminución del riesgo de padecer otras.
- (c) Con respecto a las características de la conducta alimentaria, los factores de restricción y desinhibición, disminuyen significativamente sus puntuaciones a los 6 meses en el hospital público, y al año también se da mejoría pero no significativa.

En el hospital privado, el factor de restricción no mejora significativamente a los 6 meses, pero sí lo hace al año de la intervención con una  $p < .05$ . La desinhibición, a los 6 meses tiene una mejoría significativa de  $p < .001$  y al año, aunque no es significativa también se da mejoría.

Es en este factor, donde el estadístico U de Mann-Withney señala que la mejoría que se da en el grupo intervenido en la Quirón (Hospital privado) es significativamente mejor que la que se da en el Clínico (Hospital público).

- (d) El constructo de la percepción de la imagen corporal, también marca diferencias, aunque en este caso no sean significativas según la U de Mann-Whitney. En el Clínico, la preocupación de los pacientes que van a ser intervenidos, es alta, pero encontramos que a los 6 meses las diferencias son significativas y hablamos de una mejoría significativa en la insatisfacción corporal con una  $p < .01$ , en la preocupación por el peso, con una  $p < .05$  y en la puntuación total con  $p < .05$ . Los datos del hospital privado destacan porque la mejoría significativa se da a los 6 meses y al año de la intervención en los factores arriba mencionados. Esta mejoría al año en los pacientes de la Quirón, que no se da por igual en los pacientes del Clínico, se debe a que la imagen mejora por igual en ambos grupos cuando la pérdida de peso es muy rápida, en el momento que la pérdida se detiene, la percepción de la imagen a nivel cognitivo, debe ser trabajada para seguir mejorando y apreciando los cambios, y no detenerse porque el peso empiece a frenarse.
- (e) La calidad de vida percibida por los pacientes intervenidos en el hospital público antes de la operación, es buena en general, pero los aspectos peor valorados son los de dolor, salud general, funcionamiento físico, y vitalidad especialmente. A los 6 meses, se da una mejoría significativa en funcionamiento físico, salud general, y salud física general. Aunque entre los 6 meses y el año no hay mejoría significativa en ninguna variable, podemos destacar que los pacientes experimentan una mejoría significativa entre antes de la operación y el año en las variables de funcionamiento físico, salud general y salud física general. En la Quirón, las escalas mejor evaluadas antes de la intervención son en rol emocional, rol físico y salud mental general. Las peor evaluadas son en vitalidad y salud mental. La mejoría es significativa a los 6 meses de la intervención en las escalas de funcionamiento físico, salud física general, dolor, salud general, vitalidad, rol físico, funcionamiento social y salud mental. Entre los 6 meses y el año sólo se da mejoría significativa en la escala de funcionamiento físico. Podemos destacar que en los pacientes intervenidos en el hospital privado, la mejoría al año de la intervención, es significativa en funcionamiento físico, rol físico, vitalidad, funcionamiento social, salud física general, y salud mental general con una  $p < .001$ , aunque esta mejoría se produce principalmente en los 6 primeros meses.
- (f) Con respecto a la sintomatología psicológica general, podemos destacar que antes de la operación, los pacientes del hospital público presentan una mayor puntuación en las escalas de depresión melancólica, obsesión-compulsión y depresión. A los 6 meses, no aparece mejoría significativa en ninguna de las variables del Cuestionario SCL-90. Al año los resultados vuelven a ser los mismos. Con respecto al hospital privado, las puntuaciones más altas antes de ser intervenidos los pacientes, son depresión, depresión melancólica y obsesión-compulsión. Las más bajas se dan en psicoticismo, ansiedad fóbica y hostilidad. A los 6 meses de la intervención, la mejoría es significativa en todas las escalas. Al año hay mejoría pero no significativa. Podemos señalar, que los pacientes del hospital privado, que reciben apoyo psicológico, principalmente en los 6 primeros meses, mejoran en todas las escalas de sintomatología psicológica al año de ser intervenidos, aunque esta mejoría transcurre en los 6 primeros meses.

Aunque vemos que existe diferencia entre ambos hospitales, el estadístico U de Mann-Whitney no señala que esta diferencia sea significativa entre ambos con respecto a las escalas del Cuestionario SCL-90.

- (g) La variable autoestima, permanece estable en los tres momentos de evaluación en ambos grupos. Aunque al año hay una mejoría mayor en los pacientes del hospital privado que en los del público esta mejoría no es significativa.
  
- (h) En referencia a los resultados de los análisis discriminantes entre los pacientes intervenidos en uno y otro hospital, podemos destacar que el poder discriminativo del estadístico lambda de Wilks sólo es significativo en la variable comprensión sobre el procedimiento de la intervención quirúrgica, donde discrimina positivamente en los pacientes del hospital privado. Estos resultados confirman que la comprensión del paciente con respecto a la intervención, es mejor en los pacientes que acuden al hospital privado, ya que normalmente son los que buscan esta alternativa para solucionar su obesidad, y suelen haber acudido a otros médicos, tener más información, etc... además, estos pacientes no tienen lista de espera, con lo cual desde que se informan de todo hasta que se operan pasa poco tiempo, que les permite tener toda la información en la cabeza, sin embargo, los pacientes del hospital público, al tener una media de 4 años de lista de espera, reciben la información al principio, y cuando llega el momento de la intervención, muchos no vuelven a informarse como al principio, dando por hecho que lo conocen, y gran parte de lo explicado por el cirujano se les ha olvidado.  
Es importante destacar que los pacientes del hospital privado, al contar con el apoyo psicológico, trabajan algunas de sus dudas, preocupaciones o simplemente observaciones acerca de la intervención antes de la misma.
  
- (i) El poder discriminativo en el resto de variables ha sido bajo, por tanto, aunque hemos visto diferencias entre ambos hospitales, no podemos hablar de significatividad en las demás.

## 8. RESUMEN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 8.1. Confirmación de hipótesis

A modo de resumen, vamos a centrarnos en los objetivos planteados en el capítulo 2 de metodología donde las pretensiones del estudio eran múltiples. La investigación sobre pacientes obesos mórbidos operados de *by-pass* gástrico, se ha centrado en la evaluación de estos antes de la operación, y en el seguimiento a largo plazo a los 6 y 12 meses, donde se ha explorado la evolución en su calidad de vida a nivel físico y a nivel mental, el conocimiento y expectativas acerca de la operación, la conducta alimentaria, su percepción en la imagen corporal, sus niveles de autoestima y estrategias de afrontamiento, así como el apoyo social. Como luego veremos en las limitaciones de este estudio, es necesario un mayor seguimiento de estos pacientes para explorar algunas áreas, transcurrido un mayor tiempo tras la operación.

Hemos partido de una hipótesis general, corroborada por la investigación en este campo de estudio, donde contamos encontrar, tanto a nivel físico, como a nivel psicológico, una mejoría significativa en la vida de los pacientes que se operan de *by-pass* gástrico. Como ya mencionamos anteriormente, esperamos, por tanto, que los pacientes incrementen significativamente tras la intervención su nivel de autoestima (Burgmer et al., 2007) y calidad de vida (Sabbioni et al., 2002, Dymek et al., 2002, & Boan et al., 2004, entre otros). También, que disminuyan sus conductas de alimentación perjudiciales, como señalan Ruíz et al. (2002) en su estudio donde se veían los efectos beneficiosos que se producen en la conducta alimentaria tras la operación de *by-pass* gástrico, así como su percepción negativa de la imagen corporal, como señala el estudio de van Hout et al. (2008) en el que las mejorías significativas se dan en la imagen corporal de los pacientes intervenidos, y que disminuyan su malestar psicológico (Herpertz et al., 2003).

Una vez presentados todos los resultados en los diferentes capítulos de la investigación (4, 5, 6 y 7) vamos a pasar a analizar las 10 hipótesis previas planteadas en el estudio.

No obstante, antes de pasar al análisis, me gustaría destacar que las pruebas empleadas con los pacientes, han mostrado coeficientes de fiabilidad muy altos, igualando o superando en su calidad a los obtenidos con otras muestras de pacientes. Esto añade a la investigación general una información útil. En suma, a excepción de la variable Escape conductual del Cuestionario COPE, el resto presentan un  $\alpha$  de Cronbach satisfactorio para poder ser utilizado en la práctica clínica con este tipo de población. Además, los coeficientes de consistencia interna se mantienen en los tres momentos en aquellos cuestionarios que fueron aplicados en las tres ocasiones.



**Hipótesis 1:** *Cómo afectan los niveles de restricción alimentaria, así como de desinhibición a nivel cognitivo, en la calidad de vida física y mental, que los pacientes van adquiriendo tras la operación debido a una menor ingesta de alimentos y a una sensación mucho más pequeña de la sensación de hambre)* Podemos señalar con respecto a nuestra investigación, y en consonancia con otros estudios (Zwaan et al., 2002, Green et al., 2004, Fischer et al., 2007, & Green et al., 2007), que estos niveles previos a la operación estaban afectando a los hábitos alimentarios y a los posibles trastornos relacionados con la conducta de comer. Hemos visto, que la correlación existente entre los factores de restricción, principalmente, y desinhibición es alta con respecto a la imagen corporal. Además, el factor desinhibitorio del TEFQ correlaciona positivamente con la sintomatología evaluada por el Cuestionario SCL-90, datos que nos indican que a mayor desinhibición, puede darse mayor sintomatología psicológica general. Según Guisado et al. (2001), los pacientes con trastornos psiquiátricos tenían patrones de alimentación, especialmente desinhibición y trastorno por atracón, más desestructurados que los que no los tenían.

Además, según los datos que nos aporta el Cuestionario TFEQ y el valor de la *t* de Student, hemos podido ver en los resultados del capítulo 4, que aparece una disminución significativa de la puntuación, a los 6 meses de la intervención. En nuestro objetivo número II se hacía referencia a estos valores, y hemos podido comprobar que la hipótesis se confirma parcialmente, ya que los niveles de restricción y desinhibición son significativamente inferiores tras la intervención quirúrgica, y que su influencia en la conducta alimentaria futura de los pacientes y en el resto de variables es muy importante, como ya se suponía en la hipótesis.

**Hipótesis 2:** *Cómo la imagen corporal puede jugar un papel predictor importante en la sintomatología psicológica general del paciente a los 6 meses y al año de la intervención quirúrgica, y cómo la imagen corporal va cambiando a los 6 meses y al año de la intervención).* En el estudio encontramos conclusiones interesantes como que una alta preocupación por el peso o una elevada insatisfacción corporal se relaciona significativamente con una baja autoestima en el sujeto y con puntuaciones altas en la sintomatología medida por el cuestionario SCL-90. Estos valores corroboran los resultados del estudio de Rosenberg et al. (2006), donde la insatisfacción corporal estaba asociada con una puntuación alta en depresión y con una baja en autoestima.

Aunque la preocupación por la imagen corporal a los 6 meses ha disminuido significativamente, sigue habiendo preocupación, y es al año cuando la puntuación nos revela que ya no hay preocupación por la imagen y si la hay ya no es relevante para la aceptación corporal del propio sujeto. Los cambios más significativos sobre la preocupación en la imagen corporal se dan en los 6 primeros meses, coincidiendo con la máxima pérdida de peso que también se produce en este período. Entre los 6 meses y el año, es donde los pacientes empiezan a estabilizarse en su imagen corporal ya que la pérdida de peso se hace de forma más lenta. Esto corrobora parcialmente la hipótesis. Por ello, al año, la preocupación de la imagen es menor, y solamente se acentúa en los casos donde es necesario la cirugía estética. En estos pacientes la dermolipsectomía, así como los retoques en las distintas partes del cuerpo, principalmente en la mujer, cooperan en la mejoría de la imagen.

Cuanto mayor es la pérdida de peso, mayor es el efecto del faldón en la barriga o se hace más evidente la piel caída. Hemos encontrado algunos pacientes jóvenes, que a los 6 meses de la intervención tienen miedo a seguir perdiendo peso por la elasticidad de la piel, pacientes que modifican sus expectativas iniciales de mejorar en salud y calidad de vida, por motivos más de apariencia física.

**Hipótesis 3:** *La mejora de la autoestima podría ser consecuencia de la misma operación, y presuponíamos que la mejora de ésta, sería significativa como se ha visto reflejada en algunos estudios (Guisado et al., 2002, & Burgmer et al., 2007).* Esto no parece confirmarse en nuestra investigación. Por el contrario, en los resultados que se han ido presentando, el nivel de autoestima no varía en las tres ocasiones donde es evaluada, es decir, antes, a los 6 meses y al año. Estos resultados nos hacen concluir que la autoestima no es un constructo que dependa únicamente de otras variables como pueden ser la imagen corporal o la calidad de vida, y que aunque estas variables mejoren, si la autoestima del sujeto no se trabaja puede estancarse, es decir, no empeorar porque las otras áreas del sujeto mejoran, pero no potenciarse como podría ser el caso de los pacientes que pasan de tener una obesidad mórbida y estar muy limitados en muchos aspectos, a optar a una calidad de vida en todos los ámbitos. Además, para cualquier persona es necesario trabajar su autoestima a lo largo de su vida, y especialmente cuando se producen cambios significativos para la persona, por tanto, en estos pacientes, que están sumergidos en un profundo cambio, este parámetro debería ser trabajado en todas las áreas de su vida (personal, aspecto físico, laboral, social, familiar...), en las que el cambio es más directo (aspecto físico o funcionamiento ocupacional), y en las que también se produce indirectamente un cambio, como son las relaciones a nivel personal o familiar.

Se ha visto que la autoestima puede actuar como predictor importante junto con la imagen corporal en la evolución psicológica del paciente. Este dato puede ser de gran ayuda en la práctica clínica, ya que el trabajo con estos pacientes en todas las áreas donde puede estar dañada su autoestima y principalmente en el área física, en la que se va a producir el cambio más sustancial, es muy relevante antes, a los 6 meses y al año de la intervención.

A lo largo de la discusión, analizaremos más detalladamente el rol que puede tener el psicólogo en estos aspectos.

Con respecto a la calidad de vida del paciente obeso mórbido, la mayoría de estudios (Karlsson et al., 1998, Horchner et al., 1999, O'Brien et al., 2002, Dymek et al., 2002, Boan et al., 2004, & Mamplekou et al., 2005), afirman que ésta presenta un cambio significativo a nivel general, destacando en algunas áreas.

En nuestra investigación, y en línea con el planteamiento de la **hipótesis 4**, en la que se refería que *las mejorías más significativas podrían darse en el área física*, hemos confirmando la hipótesis ya que los resultados hablan de una mejoría significativa en el área de la salud física, principalmente en los 6 primeros meses después de la operación, y aunque los pacientes refieran una mejor salud mental que física previa a la operación, debido a la baja vitalidad, o al escaso funcionamiento físico, tras la operación, la puntuación en salud mental mejora también aunque no de forma significativa. Estos resultados nos sugieren que los pacientes empiezan a percibir su calidad de vida física mucho mejor que antes de estar operados, y que aunque la calidad de vida mental sea mejor, no crece al ritmo que se manifiesta la mejoría física. Aquí podemos destacar lo que muchos pacientes refieren “me han operado el estómago, pero no el cerebro” lo que indica que conforme van transcurriendo los meses de la intervención, ellos son concientes de sus avances a nivel físico simplemente por el hecho de estar operados, pero a nivel psicológico y mental, los avances van más lentos y hay que trabajarlos para ver la evolución.

Las distintas investigaciones encuentran mejorías en las dos áreas, por ejemplo Shiri et al. (2007) hacen referencia a la mejoría de aspectos como gran sensación de fuerza interna, y mejoría en las capacidades individuales, y Bocchieri et al. (2002) señalan cambios positivos incluyendo aumento en el nivel de actividad, y en el funcionamiento ocupacional, así como mejoría en las propias habilidades. Como vemos estos cambios físicos provocan mejorías a nivel mental que refuerzan la calidad de vida de los pacientes en general.

Haciendo alusión a la *sintomatología psicológica general* del paciente, partimos de la hipótesis 5, al apoyar estudios que van en la línea de *una mejoría significativa* en estas variables (Herpertz et al., 2003, & Schowalter et al., 2008). Como hemos visto en los resultados, y luego veremos más detalladamente en la hipótesis que hace referencia al *setting* hospitalario, la mejoría es mayor, aunque no significativa, en los pacientes operados en el hospital privado que en el público, y esto confirma lo que ya se ha ido exponiendo a lo largo del estudio, que algunas variables no reflejan mejoría estadísticamente significativa, aunque haya mejoría, si no se trabaja con los pacientes, y este es el caso de muchos síntomas psicológicos. Aunque algunos estudios señalan que las mejorías no son significativas en cuanto a la sintomatología psicológica general, como es el caso de Mamplekou et al. (2005), otros hablan de una tendencia general en el descenso de psicopatología y la normalización de los individuos que se someten a *by-pass* gástrico. Nuestros resultados van en la línea de ambos estudios, encontramos esa mejoría aunque no de forma significativa, por tanto, hablaríamos de una confirmación parcial de la hipótesis.

Un aspecto muy importante que puede ser tenido en cuenta para la práctica clínica, es el aspecto predictivo del malestar psicológico general cuando se considera como predictores el afrontamiento, el apoyo social, la autoestima y la percepción de la imagen corporal. A los 6 meses destaca el papel predictor de la autoestima y el apoyo social percibido de tipo instrumental, especialmente en los síntomas de depresión y ansiedad. A los 12 meses, el papel predictor más relevante con respecto a la sintomatología psicológica es la valoración de la imagen corporal que el paciente tenía antes de la operación, es decir, a veces nos encontramos con pacientes obesos que a los 6 meses de la intervención presentan un malestar psicológico menor, que el que tienen al año de la misma, principalmente en obsesión/compulsión, depresión y ansiedad, debido al deterioro de su imagen corporal que viene desde antes de la intervención. Con estos pacientes es clave el trabajo de la aceptación de su imagen corporal, que lleva muchos años dañada, y que más tarde repercutirá en su estabilidad psicológica.

Sería importante destacar, que cuando no se da la cirugía estética y el paciente presenta excesivo faldón alrededor de su cuerpo, aunque tenga muy buena calidad de vida a nivel físico, su apariencia puede afectar en su salud psicológica y en su autoestima, principalmente en los casos donde las expectativas eran erróneas o el paciente no ha trabajado en la aceptación de su imagen corporal.

A nivel predictivo, es importante destacar que la motivación irreal predice el nivel de malestar psicológico que experimenta el paciente a los 6 meses de la operación, particularmente los niveles de depresión y ansiedad. Las motivaciones y expectativas irreales influyen negativamente en la pérdida de peso a largo plazo y en el bienestar psicológico del paciente a corto plazo. Así, de las distintas variables predictoras consideradas, la motivación es la única que se relaciona (negativamente) con la disminución en el IMC al año de la intervención quirúrgica. Podría decirse que las expectativas irreales de los pacientes obesos les acaban generando más ansiedad y obsesión que no es buena para la pérdida de peso y que influye en su mejoría global.

Como señalábamos en la **hipótesis 6**, teniendo en cuenta el papel predictor del apoyo social y el afrontamiento, cabe esperar que *el apoyo social previo tenga un efecto beneficioso en la mejor calidad de vida y menor malestar psicológico del paciente intervenido*. Hemos podido observar en los análisis de regresión, que el nivel de calidad de vida del paciente a los 6 y 12 meses de la operación aparece mejor predicho, por el apoyo social, el afrontamiento y la autoestima previas del paciente. A los 6 meses resulta más importante el apoyo social percibido por parte de los demás, de tipo emocional y afectivo, que al igual que la autoestima influyen positivamente en algunos aspectos de la calidad de vida, como pueden ser el funcionamiento social, la vitalidad o el rol emocional, mientras que un estilo emocional o pasivo a la hora de enfrentar los problema influye negativamente, llevando al paciente a encerrarse más en sus problemas.

Esta última hipótesis va en la línea de la siguiente, confirmando parcialmente la **hipótesis 7** (*una buena autoestima en el paciente y una correcta percepción de la imagen corporal, predice un buen apoyo social a nivel familiar y de amistades previo a la operación*). Así, a los 12 meses, el apoyo afectivo se ve sustituido por el apoyo instrumental y el afrontamiento pasivo por un afrontamiento conductual, más activo, centrado en el problema que lleva al paciente a la búsqueda de soluciones, que al haber transcurrido ya el año de la intervención, es más amplia debido a los cambios que se han producido a nivel físico y más segura por parte del paciente, según lo que refieren muchos en la entrevista, estos resultados irían en la línea de la **hipótesis 8** (*este apoyo social podría estar muy relacionado con las estrategias de afrontamiento*).

En referencia al *género*, y aunque no se han encontrado resultados concluyentes al respecto en otras investigaciones, podemos destacar que, a nivel de percepción en la imagen corporal y sintomatología psicológica, que era donde presuponíamos, en nuestra **hipótesis 9**, que los grupos se diferenciarían más, hemos encontrado que la puntuación total en la preocupación de la imagen corporal, es más alta en mujeres que en hombres, y aunque las diferencias son igualmente significativas en ambos grupos a lo largo del tiempo tras la operación, la preocupación al año sigue siendo superior en éstas. Además, la elasticidad en la piel de la mujer, y por lo general, la recuperación de la figura es más costosa en mujeres que en hombres, es por ello, que la mayoría de operaciones de estética suelen hacerse en ellas.

Con respecto al malestar psicológico, encontramos que los hombres tienen menos sintomatología negativa, ya que en las escalas de somatización, depresión, ansiedad, depresión melancólica e índice de gravedad global, las puntuaciones son significativamente superiores en las mujeres que en los hombres.

La experiencia con los pacientes, a nivel general, es que los hombres evolucionan psicológicamente mejor transcurrido el año de la operación. A partir del año, las mujeres, en algunos casos, refieren un mayor malestar psicológico, esto puede estar unido al papel predictor de la preocupación por la imagen corporal que ha sido mayor en mujeres que en hombres.

Las variables de depresión melancólica y somatización son las que poseen cierta importancia a la hora de discriminar entre los hombres y las mujeres, variables en las que destacan las mujeres. Estos resultados concuerdan con los resultados de la población general.

Por último, la **hipótesis 10** habla de las *posibles diferencias según el setting hospitalario*.

Como ya hemos ido haciendo referencia, hay variables donde esperamos encontrar una mayor discriminación entre los grupos debido al papel del apoyo psicológico que solamente reciben los pacientes del hospital privado.

La discriminación entre los pacientes de un hospital y los del otro es altamente significativa ( $p < .001$ ) a favor del hospital privado, con respecto a la variable de comprensión sobre el procedimiento de la operación y las expectativas que fueron evaluadas en una ocasión antes de la intervención (T1). Con el apoyo afectivo la diferencia es también significativa, aunque menor ( $p < .05$ ), donde es mayor en el hospital privado que en el público.

El factor desinhibitorio con respecto a la conducta alimentaría mejora significativamente al año de la intervención en los pacientes intervenidos en el hospital privado, y aunque también mejora en los del hospital público, las diferencias entre ambos son sustanciales. Aquí podemos destacar que el trabajo conductual que se hace con los pacientes del hospital privado con respecto a la alimentación, puede ser el responsable de estas diferencias.

Con respecto a la sintomatología psicológica general, las diferencias entre el antes y el año de los pacientes del hospital privado son significativas en todas las escalas. En los pacientes del hospital público no se da esta mejoría significativa en términos estadísticos, aunque sí hablamos de mejoría. A pesar de estos resultados, no podemos afirmar con claridad que el *setting* hospitalario influya fuertemente en la diferenciación entre los grupos a este respecto.

En la imagen corporal vuelven a darse resultados parecidos, a los 6 meses de la intervención las mejorías son significativas en ambos grupos, pero al año, sólo en los pacientes del hospital privado. Esto puede deberse a que la imagen mejora por igual en ambos grupos cuando la pérdida de peso es muy rápida, pero en el momento que la pérdida se detiene, la percepción de la imagen a nivel cognitivo, debe ser trabajada para seguir mejorando y apreciando los cambios, y no detenerse porque el peso empiece a frenarse.

Teniendo en cuenta que la obesidad como forma de percibirse a uno mismo está condicionada por multitud de factores socioambientales, modelos estéticos, culturales, creencias, valores, símbolos, hábitos de alimentación, características personales y familiares, desde la perspectiva de la Sanidad, se impone distinguir rotundamente cuándo la obesidad es una enfermedad física con riesgo para el paciente, si es causa o consecuencia de trastornos psicológicos o una mera cuestión estética; ya que en cada caso se requiere una intervención específica.

## 8.2. Sugerencias

En función de lo anteriormente expuesto, es necesario destacar el rol del psicólogo con este tipo de pacientes, donde el cambio que experimentan tras la intervención a nivel personal es enorme y el daño que se han ido haciendo, de forma inconsciente muchas veces, en el transcurso de los años, hay que repararlo.

Si pensamos en el plano psicológico, el concepto “obesidad”, además adquiere otras connotaciones. “Ser obeso” no es lo mismo que “sentirse obeso”. Una persona con sobrepeso, al margen de una mera preocupación estética, tal vez desee perder peso por razones médicas, dadas las complicaciones físicas asociadas a la obesidad, como la diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia, trastornos cardiovasculares, respiratorios (apneas del sueño) y artrosis, sin presentar por este motivo efectos psicológicos adversos. La obesidad es un problema de nuestro tiempo, ya que a lo largo de la historia de la humanidad no se había considerado “enfermo” al obeso.

Las relaciones entre las alteraciones psicológicas y la obesidad se pueden organizar en tres niveles: a) pacientes con trastornos psicológicos primarios que pueden constituir un factor etiopatogénico en el origen y desarrollo de la obesidad (trastornos de la personalidad, disforia, patología ansiosa, depresiva, y, por supuesto, conductas bulímicas); b) pacientes obesos con alteraciones reactivas a su obesidad (rechazo a su imagen corporal, trastornos afectivos derivados de la presión social, prejuicios y discriminación), y c) alteraciones psicopatológicas que se desarrollan en el curso de una reducción ponderal (cuadros depresivos-ansiosos, bulimia).

Al acto de alimentarse no se le atribuye únicamente una conducta instintiva y biológica destinada a la supervivencia, sino que en sí misma contiene y refleja una fuerte carga simbólica. Con frecuencia los trastornos de la alimentación sirven como vehículo y recurso expresivo por medio del cual una persona deja traslucir al exterior su problemática interna.

Los trastornos producidos y derivados de la conducta alimentaria son muy complejos y se intentan dilucidar por la interacción de múltiples contingencias; por lo tanto, se plantea la necesidad de observar su tratamiento desde una configuración multidisciplinaria. En el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa, el papel del psicólogo clínico siempre se ha visto fundamental, pero cada vez más tenemos que ser conscientes que su función dentro del marco de la obesidad es indispensable en el tratamiento de la persona obesa que se siente “enferma” como efecto de su insatisfacción corporal y las consecuencias físicas, personales y psicosociales que se derivan de esto (Martínez et al., 1999).

Actualmente, a través de una visión multidisciplinaria de la obesidad, se da importancia a la influencia de los factores comportamentales y cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la patología. Por ello, el tratamiento psicológico previo y posterior a la operación bariátrica ayuda a trabajar las estrategias de intervención necesarias para los cambios de hábitos y conductas alimentarias, los factores cognitivos y el estilo de vida que necesita ser modificado.

Se parte de algunas premisas que sustentan este modelo de intervención, entre las que las que se encuentran las siguientes: el comer en exceso y la inactividad son hábitos aprendidos, la solución a estos factores que intervienen en la obesidad radica en desaprender estos hábitos inadecuados y aprender otros más apropiados, la mejor forma de aprenderlos es cambiando o reajustando el entorno de manera que los nuevos hábitos tengan más probabilidad de ocurrir que los antiguos, el cambiar hábitos inapropiados por otros más adecuados es un proceso largo y difícil, y la mejor forma de conseguirlo es de a poco, paso a paso. Otro aspecto a tener en cuenta es las actitudes que llevan a no cumplir lo que cada uno se había propuesto con respecto al cambio de hábitos. Por ello se trabaja sobre los monólogos internos (lo que cada uno se dice a si mismo).

Modificar el ambiente personal quiere decir cambiar nosotros mismos, lo que hacemos y elegimos cada día de nuestra vida, en las temáticas vinculadas a la obesidad. Trabajar todo esto tras la intervención quirúrgica es mucho más fácil porque el paciente consigue los resultados de la pérdida de peso de forma rápida y satisfactoria sin pasar hambre. A lo largo del primer año el psicólogo tiene un papel muy importante porque es donde el paciente está más ilusionado con el cambio de hábitos y en muchos aspectos está dispuesto a empezar desde cero. Todo esto, es muy importante trabajarlo desde el área psicológica, tanto el trabajo sobre la motivación de la persona para destinar tiempo y energía al proceso de cambio como las dificultades que comportan los mismos cambios.

Ante toda situación de cambio se movilizan ansiedades básicas que es necesario elaborar para posibilitar una adaptación a la nueva situación sin efectos colaterales indeseables (ansiedad, irritabilidad, cambios repentinos en el estado de ánimo). El psicólogo clínico, junto con el entrenamiento antes mencionado, brinda un sostén y orientación que sirve de contención a la movilización afectiva, y además enseña a manejar emociones perturbadoras sin vincularlas con el consumo alimentario.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de ampliar fronteras internas, que nos brinda el abordaje multidisciplinario del tratamiento, para un problema de salud de graves consecuencias como es la obesidad.

Como ya se mencionó en el capítulo 2, la intervención psicológica, antes y después de la intervención quirúrgica debe realizarse a nivel conductual y cognitivo. Ya que, aunque los cambios que el paciente va dando se tienen que concretar en nuevos hábitos de vida saludables, es necesario que a nivel cognitivo el paciente aprenda a pesar de otra forma con respecto a la comida y al manejo de sus emociones, cambio que, lógicamente influirá en su forma de comportarse con los demás.

Pensamos que el estudio en esta área es de relativa importancia para poder obtener cuestionarios más adaptados a este tipo de población, y a los cambios que se producen en los pacientes tras la intervención.

### **8.3. Limitaciones del estudio**

Con respecto a las limitaciones de este estudio, habría que seguir con el seguimiento a los 18 meses, donde la mayoría de estudios coinciden que se estabiliza el peso, y a los 2 años para valorar algunos aspectos como la imagen corporal, tras las operaciones de estética, y la autoestima. Y ver si la alimentación sigue siendo estable, o hay pacientes que aumentan un poco de peso.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, es el número de sujetos que se han empleado en la muestra, que en el caso del género se ha visto un poco limitado, ya que, aunque la prevalencia de este tipo de operaciones se da en mujeres, la muestra de hombres ha quedado un poco pequeña, al igual que los pacientes de un hospital y otro. El número de operaciones semanales ha sido mayor en el hospital público que en el privado, y por ello, la muestra en éste último ha sido menor.

Algunos pacientes han señalado que el número de cuestionarios era un poco pesado y repetitivo. Además, decían que algunas preguntas, sobre todo en el cuestionario de alimentación y de imagen corporal no tenían en cuenta su situación de operados. Este aspecto es importante ya que indica que sería muy útil validar cuestionarios específicos para la población obesa mórbida que va a someterse a este tipo de cirugías.

Otro aspecto que me ha llamado la atención, es que algunos pacientes contestaban algunas cosas en el cuestionario que luego cambiaban cuando te lo contaban a ti, tal vez por miedo a que quedase escrito, a pesar de tener confianza y saber que los datos eran totalmente confidenciales. Especialmente con respecto a la sintomatología psicológica referida en el SCL-90.

Asimismo, se podían haber realizado otro tipo de análisis. Por ejemplo, nuestra investigación permitía abordar el papel predictor de las variables de la entrevista Boston, los estilos de afrontamiento y el apoyo social percibido respecto a los cambios que en la percepción de la imagen corporal y la autoestima se encuentran a los 6 y 12 meses de la operación. Sin embargo, estos análisis que iluminarían nuestros resultados, así como la realización de otros, los reservamos para futuros trabajos ya que en algún momento éste debía finalizar.





## Referencias Bibliográficas

### A

- Adami, G.F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Ravera, G. & Scopinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal Eating Disorder*, 24, 299-306.
- Adami, G.F., Gandolfo, P, Bauer, B. & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 45-50.
- Adami, G.F., Meneghelli, A., Bressani, A. & Scopinaro, N. (1999). Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 275-281.
- Adami, G.F., Meneghelli, A. & Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 335-338.
- Alastrué, A., Rull, M., Formiguera, J., Casas, D., Escudero, L.E., Mira, X., Sánchez Planell, L., Martínez, B., Díez, C., Foz, M. & Broggi, M. (1994). Obesidad severa: cirugía bariátrica. En J.C. Soriguer (Coor.), *La obesidad* (pp.285-303). Madrid: Díaz de Santos.
- Alastrué, A., Rull, M., Formiguera, J., Sánchez Planell, L., Martínez, B., Canet, J., Vila, P., Casas, D., Broggi, M., Foz, M. & Salvá, J.A. (1991). Obesidad mórbida: tratamiento quirúrgico (I). Criterios de obesidad, inclusión y valoración preoperatoria. *Medicina Clínica*, 96, 581-589.
- Alastrué, A., Rull, M., Salvá Lacombe, J.A., Formiguera, J., Casas, D., Sánchez Planell, L., Martínez, B., Díez & Broggi, M. (1991). Gastroplastia vertical anillada: experiencia de un grupo multidisciplinario de tratamiento de 65 pacientes (IV). Problemas clínico-metabólicos tardíos y valoración psicopatológica. *Cirugía Española*, 50, 349-357.
- Alustiza E. (2004). Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en Atención Primaria. XXI Jornada de Pediatría de Gipuzkoa. Donosita.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.

- Aranceta-Bartrina, J. (2006). "Epidemiología de la Obesidad Mórbida en España" en *Manual de Obesidad Mórbida*. Madrid. Editorial médica panamericana.
- Aranceta-Bartrina, J., Serra-Majem, L., Foz-Sala, M., Moreno-Esteban, B. & Grupo Colaborativo SEEDO. (2005) Prevalencia de Obesidad en España. *Medicina Clínica* (Barcelona), 125, 460-6.
- Arcila, D., Velázquez, D., Gamino, R., Sierra, M., Salin-Pascual, R., González-Barranco, J. & Herrera, M.F. (2002). Quality of life in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 661-665.
- Aro, H., Hanninen, V. & Paronen, O. (1989). Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16 years old adolescents. *Social Science of Medicine*, 29, 1051-1056.
- Atkinson, R.M. & Ringnette, E.L. (1967). A survey of biographical and psychological features in extraordinary fatness. *Psychosomatic Medicine*, 29, 121-133.
- Averbukh, Y., Heshka, S., El-Shoreya, H., Flancbaum, L., Geliebter, A., Kamel, S., Pi-Sunyer, F.X. & Laferrère, B. (2003). Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, 13, 833-836.
- Azcona San Julián, C., Romero Montero, A., Bastero Miñón, P. & Santamaría Martínez, E. (2005). Obesidad infantil. Revisiones. *Revista Española de Obesidad*, 3, 26-39.
- B**
- Baile, J.I., Raich, R.M. & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19, 187-192.
- Baile Ayensa, J.I., Guillén Grima, F. & Garrido Landívar, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*: efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- Baird, P. & Sights, J.R.L. (1986). Low self-esteem as a treatment issue in the psychotherapy of anorexia and bulimia. *Journal of Counselling Development*, 64, 449-451.
- Balibrea del Castillo, J.M. & Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J. (2005). "Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.
- Balsiger, B.M., Murr, M.M, Poggio, J.L. & Sarr, M.G. (2000). Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Medicine Clinical of North American*, 84, 477-489.
- Bancheri, L., Patrizi, B., Kotzalidis, G., Mosticoni, S., Gargano, T., Angrisani, P., Tatarelli, R. & Girardi, P. (2006). Treatment Choice and Psychometric Characteristics: Differences Between Patients Who Cose Bariatric Surgical Treatment and Those Who Do Not. *Obesity Surgery*, 16, 1630-1637.

- Baños, R.M. & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Barajas Gutiérrez, M.A., Robledo Martín, E., Tomás García, E., Sanz Cuesta, T., García Martín, P. & Cerrada Somolinos, I. (1998). Calidad de vida en relación con la salud y la obesidad en un centro de Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 221-223.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Battle, J. (1978). Relationship between Self esteem and Depression. *Psychological Report*, 42, 745-746.
- Bender, R., Jöckel, K.H., Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. (1999). Effect of age on excess mortality in obesity. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 1498-1504.
- Black, D. R., Gleser, L. J. & Kooyers, K. J. (1990). A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. *Health Psychology*, 9, 330-347.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. & Mason, E.F. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-234.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.F., Bell, S.E. & Blum, N. (1992). Depression and other mental disorders in the relatives of morbidly obese patients. *Journal of Affective Disorders*, 25, 91-95.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. & Mason, E.E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, 13, 746-751.
- Bland, S., Krogh, V., Winkelstein, W. & Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: a population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 598-607.
- Bleijenberg, G. & Raes, B.C.M. (1989). De bijdrage van psycholoog/psychiater aan de chirurgische behandeling van extreme overgewicht. (The contribution of psychologist/psychiatrist to the treatment of extreme overweight). *Gedrag Gezond*, 17, 93-97.
- Bloomston, M., Zervos, E.E., Camps, M.A., Goode, S.E. & Rosemurgy, A.S. (1997). Outcome following bariatric surgery in super versus morbidly obese patients: does weight matter?. *Obesity Surgery*, 7, 414-419.
- Boan, J., Kolotkin, R.L., Westman, E.C., McMahon R.L. & Grant, J.P. (2004). Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14, 341-348.
- Bocchieri, L.E., Meana, M. & Fisher, B.L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 155-165.
- Bocchieri, L.E., Meana, M. & Fischer, B.L. (2002). Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity Surgery*, 12, 781-788.

- Bocchieri-Ricciardi, L.E., Chen, E.Y., Muñoz, D., Fischer, S., Dymek-Valentine, M., Alverdy, J.C. & Le Grange, D. (2006). Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 16, 1198-1204.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. & Gehlbach, S.H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-529.
- Brolin, R.E., Robertson, L.B., Kenler, H.A. & Cody, R.P. (1999). Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Annals of Surgery*, 220, 782-790.
- Brown, G.W., Bifulco, A. & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. III: Etiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 235-243.
- Brownell, K. D. & Stunkard, A. J. (1981). Couples training, pharmacotherapy, and behavior therapy in the treatment of obesity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1224-1229.
- Burgmer, R., Grigutsch, K., Zipfel, S., Wolf, A.M., De Zwaan, M., Husemann, B., Albus, C., Senf, W. & Herpertz, S. (2005) The influence of eating behaviour and eating pathology on weight loss after gastric restriction operations. *Obesity Surgery*, 15, 684-691.
- Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, M., Zwaan, M., Wolf, A.M. & Herpertz, S. (2007). Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery*, 17, 785-791.
- Busetto, L., Segato, G., Marchi, F., Foletto, M., De Luca, M., Caniato, D., Favretti, F., Lise, M. & Enzi, G. (2002). Outcome predictors in morbidly obese recipients of an adjustable gastric band. *Obesity Surgery*, 12, 83-92.

## **C**

- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A. & Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity Surgery*, 15, 254-260.
- Capella, J.F. & Capella, R.F. (2003). Bariatric surgery in adolescence: is this the best age to operate?. *Obesity Surgery*, 13, 826-832.
- Carver, C. & Scheier, M. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En: Field T, McCabe PM, Schneiderman N, eds. *Stress and coping* Hillsdale, NJ: Erlbaum, p. 305-30.
- Carver, C. & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Carver, C. & Scheier, M. (1983). A control-theory model of normal behavior, and implications for problems in self-management. En: Kendall PC, ed. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Vol. 2. Nueva York: Academic Press, 127-194.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Castaño L. (2004). Genética y obesidad. XXI Jornada de Pediatría de Gipuzkoa. Donostia, 7 de octubre de 2004.
- Castelnuovo-Tedesco, P. & Schiebel, D. (1976). Studies of superobesity: II. Psychiatric appraisal of jejuno-ileal bypass surgery. *American Journal of Psychiatry*, 133, 26-31.
- Chinchilla Moreno, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.
- Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). *Medicina Clínica*, 1996, 107, 782-787.
- Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la Obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. (2000). *Medicina Clínica*, 115, 587-597.
- Cooke, E.A., Guss, J.L., Kissileff, H.R., Devlin, M.J. & Walsh, B.T. (1997). Patterns of food selection during binges in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 22, 187-193.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company.
- Correas Lauffer, J., García Blázquez, V., Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J. & Leira Sanmartín M. (2005). "Tratamiento psicoterapéutico de la obesidad" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.
- Crespo, M., & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Crespo, M., Cruzado, J.A. & Vázquez, C. (1997). Evaluación del afrontamiento. *Revista Española de Salud Pública*, 23, 797-830.
- Crumpton, E., Wine, D.B. & Groot, H. (1966). MMPI profiles of obese men and six other diagnostic categories. *Psychological Reports*, 19, 1110-1115.

**D**

- Dalle Grave, R., Calugi, S., Molinari, E., Petroni, M.L., Bondi, M., Compare, A., Marchesini, G. & QUOVADIS Study Group. (2005). Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obesity Research*, 13, 1961-1969.
- De la Revilla, L. & Bailón, E. (1994). Recursos Familiares. En: De la Revilla L. *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. 1ª ed. Barcelona: Doyma.
- De la Revilla, L., Bailón, E. & Luna, J.D. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-691.
- De Panfilis, C., Cero, S., Torre, M.T., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Adorni, A. & Maggini, C. (2007). Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric Banding. *Obesity Surgery*, 17, 792-799.
- Delin, C.R., Watts, J.McK., Saebel, J.L. & Anderson, P.G. (1997). Eating Behavior and the experience of hunger following Gastric Bypass Surgery for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 7, 405-413.
- DeNeve, K.M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Deslypere, J.P. (1995). Obesity and cancer. *Metabolism*, 44, 24-27.
- Dixon, J.B., Dixon, M.E. & O'Brien, P.E. (2002). Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. *Obesity Surgery*, 12, 65-71.
- Dixon, J.B., Dixon, M.E. & O'Brien, P.E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives International of Medicine*, 163, 2058-2065.
- Dixon, J.B. & O'Brien, P.E. (2002). Changes in comorbidity and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *American Journal Surgery*, 184, 51-54.
- Dixon, J.B. & O'Brien, P.E. (2002). Selecting the optimal patient for lapband placement. *American Journal of Surgery*, 184, 17-20.
- Dolan, K. & Fielding, G. (2003). A comparison of laparoscopic adjustable gastric banding in adolescents and adults. *Surgical endoscopy*, 18, 45-47.
- Dubovksy, S.L. & Liechty, R.D. (1986). Psychiatric evaluation in gastric surgery for obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 144-150.

- Durkin, A.J., Bloomston, M., Murr, M.M. & Rosemurgy, A.S. (1999). Financial status does not predict weight loss after bariátrica surgery. *Obesity Surgery*, 9, 524-526.
- Dymek, M.P., Le Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. (2002). Quality of life after gastric bypass surgery: a cross-sectional study. *Obesity Research*, 10, 1135-1142.
- Dymek, M.P., Le Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. (2001). Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obesity Surgery*, 11, 32-39.

## **E**

- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Edgington, E.S. (1974). A new tabulation of statistical procedures used in APA Journals. *American Psychologist*, 29, 25-26.
- Espinosa de los Monteros, M.J., Alonso, J., Ancochea, J. & González, A. (2002). Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria. *Archivos de Bronconeumología*, 38, 4-9.

## **F**

- Feliu, J., Arroyo, M. & León, A. (1997). Dieta y cáncer: una relación polémica. *Medicina Clínica*, 108, 663-668.
- Fischer, S., Chen, E., Katterman, S., Roerhig, M., Bochierrri-Ricciardi L., Munoz D., Dymek-Valentine, M., Alverdy, J. & Le Grange, D. (2007). Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obesity Surgery*, 17, 778-784.
- Foster, G.D. & Matz, P.E. (2004). Weight loss and changes in body image. In Cash TF, Pruzinsky T, eds. *Body image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press: 407.
- Foster, G.D., Wadden, T.A. & Vogt, R.A. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychology*, 16, 226-229.
- Foster, G.D., Wadden, T.A., Vogt, R.A. & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 79-85.
- Freedman, D.S., Wiliamson, D.F., Croft, JB., Ballew, C. & Byers, T. (1995). Relation of boody fat distribution to ischemic heart disease. The National Health and Nutrition Examination Survey I (NHANES I). Epidemiologic follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 142, 53-63.
- Freys, S.M., Tigges, H., Heimbucher, J., Fuchs, K.H., Fein, M. & Thiede, A. (2001). Quality of life following laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 5, 401-407.



Frigg, A., Peterli, R., Peters, T., Ackermann, P. & Tondelli, P. (2004). Reduction in comorbidities 4 years after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14, 216-223.

## G

Galtier-Dereure, F., Boegner, C. & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complication and cost. *American Journal Clinical Nutrition*, 71, 1242-1248.

Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J.I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.

García Blázquez, V., Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J., Correas Lauffer, J. & Leira Sanmartín, M. (2005). "Complicaciones de la obesidad" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.

Gastrointestinal Surgery for Svere Obesity. NIH Consensus Development Conference. *Nutrition* 1996, 12, 397-404.

Gemert, W.G., Severijns, R.M., Greve, J.W., Groenman, N. & Soeters, P.B. (1998). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 393-398.

Gendall, K.A., Joyce, P.R. & Abbott, R.M. (1999). The effects of meal composition on subsequent craving and binge eating. *Addiction Behaviour*, 24, 305-315.

Gentry, K., Halverson, J.D. & Heisler, S. (1984). Psychologic assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: A comparison of preoperative and postoperative adjustment. *Surgery*, 95, 215-20.

George, D. & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont, Wadsworth Publishing Company.

Gertler, R. & Ramsey-Stewart, G. (1986). Pre-operative psychiatric assessment of patients presenting for gastric bariátrica surgery (surgical control of morbid obesity). *Australian NZ Journal of surgery*, 56, 157-161.

Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 122-130.

Giovannucci, E. (2003). Diet, body weight, and colorectal cancer: a summary of the epidemiologic evidence. *Journal Womens Health (Larchmt)*, 12, 173-182.

Godoy, J. (2004). Cirugía de la obesidad en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 471-472.

Goldfein, J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L. & Kissileff, H.R. (1993). Eating behaviour in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 14, 427-431.

- González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. & Monterrey, A.L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- Green, A.E., Dymek-Valentine, M., Pytluk, S., Le Grange, D. & Alverdy, J. (2004). Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obesity Surgery*, 14, 975-985.
- Grilo, C.M. & Masheb, R.M. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 38, 162-166.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., Brody, M., Burke-Martindale, C.H. & Rothschild, B.S. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *The International Journal of Eating Disorders*, 37, 347-351.
- Grissett, N.I. & Fitzgibbon, M.L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for BED and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors*, 21, 57-66.
- Guisado, J.A. & Vaz, F.J. (2003). Personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13, 394-408.
- Guisado, J.A. & Vaz, F.J. (2003). Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. *Eating Weight Disorders*, 8, 315-318.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., Alarcón, J. López-Ibor, J.J. Jr., Rubio, M.A. & Gaite, L. (2002). Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 835-840.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., Alarcón, J., Béjar, A., Casado M. & Rubio, M.A. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13, 29-34.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., López-Ibor, J.J. Jr. & Rubio, M.A. (2001). Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: Differences between obese people with and without psychiatric disorders. *Obesity Surgery*, 11, 576-580.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., López-Ibor, J.J., López-Ibor, M.I. & Rubio, M.A. (2002). Gastric Surgery and restraint from food as triggering factors of eating disorders in morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 97-100.

**H**

- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (págs. 87-111). Nueva York: Plenum.
- Hawke, A., O'Brien, P., Watts, J.M., Hall, J., Dunstan, R.E., Welsh, J.F., Slavofinek, A.H. & Elmslie, R.G. (1990). Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *Australian New Zealand Journal of Surgery*, 60, 755-758.
- Herman, C.P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A.M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300-1314.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A.M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, 12, 1554-1569.
- Hildebrandt, S.E. (1998). Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, 8, 535-542.
- Horchner, R. & Tuinebreijer, W. (1999). Improvement of physical functioning of morbidly obese patients who have undergone a Lap-Band operation: one-year study. *Obesity Surgery*, 9, 399-402.
- House, J. S. & Khan, J. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y L. S.Syme (eds.), *Social Support and Health* (pp. 154-170). Londres: Academic Press.
- Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White, M.A., Rothschild, B.S., Burke-Martindale, C.H. & Grilo, C.M. (2006). A Prospective Study of Body Dissatisfaction and Concerns in Extremely Obese Gastric Bypass Patients: 6- and 12-Month Postoperative Outcomes. *Obesity Surgery*, 16, 1615-1621.
- Hsu, L.K., Benotti, P.N., Dwyer, J., Roberts, S.B. Saltzman, E., Shikora, S., Rolls, B.J. & Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic Medicine*, 60, 338-346.
- Hsu, L.K., Sullivan, S.P. & Benotti, P.N. (1997). Eating disorders and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 385-390.

**I**

- Irruarrizaga Díez, I. (2006). "Psicología del paciente con obesidad grave" en *Manual de Obesidad Mórbida*. Madrid. Editorial médica panamericana.

**K**

- Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Wilson, G.T., Labouvie, E.W., Brolin, R.E. & LaMarca, L.B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12, 270-275.
- Kaplan, H.B. & Pokorny, A.D. (1969). Self derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Kalarchian, M.A., Wilson, G.T., Brolin, R.E. & Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 4, 1-5.
- Karlsson, J., Persson, L.O., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1715-1725.
- Karlsson, J., Sjöström, L. & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) –an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behaviour after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 113-126.
- Keselman, J.C. & Keselman, H.J. (1990). Analysing unbalanced repeated measures designs. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 43, 265-282.
- Kernis, Mh., Granneman, B.D. & Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Kinzl, J.F., Schrattenecker, M., Traweger, C., Aigner, F., Fiala, M. & Biebl, W. (2007). Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obesity Surgery*, 17, 229-235.
- Kinzl, J.F., Schrattenecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M. & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1609-1614.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E. & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 13, 105-110.
- Kinzl, J.F., Trefalt, E., Fiala, M. & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, 12, 292-294.
- Kirchner, T., Forns, M. & Amador, J.A. (2006). Sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento en la adolescencia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33, 63-76.
- Koenig, S.M. (2001). Pulmonary complication of obesity. *American Journal Medicine Science*, 321, 635-643.

Korenkov, M., Kneist, W., Heintz, A. & Junginger, T. (2004). Laparoscopic gastric banding as a universal method for the treatment of patients with morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14, 1123-1127.

## L

Larsen, J.K., Geenen, R., Maas, C. de Wit, P., van Antwerpen, T., Brand, N. & van Ramshorst, B. (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12, 1828-1834.

Larsen, J.K., Geenen, R., van Ramshorst, B., Brand, N., de Wit, P., Stroebe, W. & van Doornen, L.J.P. (2003). Psychological functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: A cross-sectional study. *Obesity Surgery*, 13, 629-636.

Larsen, J.K., van Ramshorst, B., Geenen, R., Brand, N., Stroebe, W. & van Doornen, L.J.P. (2004). Binge eating and its relationship with outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 14, 1111-1117.

Larsen, F. & Torgerson, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *Journal Psychosomatic Research*, 33, 323-334.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Libeton, M., Dixon, J.B., Laurie, C. & O'Brien, P.E. (2004). Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obesity Surgery*, 14, 392-398.

Lin, N. (1986). Conceptualising social support. En N. Lin, A. Dean y T. W. Ensel (eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 103-105). Nueva York: Academic Press.

Linde, J.A., Jeffery, R.W., Finch, E.A., Ng, D.M. & Rothman, A.J. (2004). Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women?. *Obesity Research*, 12, 569-576.

## M

McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavior Research and Therapy*, 28, 205-215.

MacGregor, A.M. & Rand, C.S. (1993). Gastric surgery in morbid obesity. Outcome in patients aged 55 and older. *Archives of Surgery*, 128, 1153-1157.

Maddi, S.R., Fox, S.R., Khoshaba, D.M., Harvey, R.H., Lu, J.L. & Persico, M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11, 680-685.

Mamplekou, E., Komesidou, V., Bissias, Ch., Papakonstantinou, A. & Melissas, J. (2005). Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obesity Surgery*, 15, 1177-1184.

- Marney, A.W., Masheb, R.B., Rothschild, B.S., Burke-Martindale, C.H. & Grilo, C.M. (2007). Do patients' unrealistic weight goals have prognostic significance for bariatric surgery?. *Obesity Surgery*, 17, 74-81.
- Martínez, B. & Sánchez Planell, L. (1999). Tratamiento psicológico de la obesidad en M. Foz y X. Hormiguera (Ed). *Obesidad* (pp 151-167). Barcelona. Harcourt.
- Mitchell, J.E., Lancaster, K.L., Burgard, M.A., Howell, L.M., Krahn, D.D., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A. & Gosnell, B.A. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 11, 464-468.
- Moizé Arcone, V. (2006). "Reeducación nutricional y cambios en el estilo de vida del paciente candidato a cirugía bariátrica" en *Manual de Obesidad Mórbida*. Madrid. Editorial médica panamericana.
- Molinero, L.M. Feb. (1998). Cuestionario de salud. Asociación de la sociedad española de hipertensión.
- Mora Giral, M. & Raich Escursell, R.M. (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿Un vínculo causal?. *Anales de psicología*, 9, 69-84.

## N

- Navio Acosta, M. (2005). "Obesidad. Epidemiología, prevención y costes" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.
- Neven, K., Dymek, M., LeGrange, D., Maasdam, H., Boogerd, A.C. & Alverdy, J. (2002). The effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on body image. *Obesity Surgery*, 12, 265-269.

## O

- Oakley, A., Rigby, A.S. & Hickey, D. (1994). Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *European Journal of Public Health*, 4, 81-91.
- O'Brien, P.E., Dixon, J.B., Brown, W., Schachter, L.M., Chapman, L., Burn, A.J., Dixon, M.E., Scheinkestel, C., Halket, C., Sutherland, L.J., Korin, A. & Baquie, P. (2002). The laparoscopic adjustable gastric band (Lap-Band): a prospective study of medium-term effects on weight, health and quality life. *Obesity Surgery*, 12, 652-660.
- Odmsn, T.E., Berkman, L.F. & Kassl, S. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. & Patel, A. (2005). Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: a quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery*, 15, 266-272.

Orth, W.S., Madan, A.K., Taddeucci, R.J., Coday, M. & Tichansky, D.S. (2008). Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obesity Surgery*, 18, 391-394.

Ovejero, A. (1990). Apoyo Social y Salud. En S. Barriga y J. M. León (eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 107-134). Madrid: Sedal.

## **P**

Papageorgiou, G.M., Papakonstantinou, A., Mamplekou, E., Terzis, I. & Melissas, J. (2002) Pre- and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obesity Surgery*, 12, 534-539.

Papasavas, PK., Gagné, D.J., Kelly, J. & Caushaj, P.F. (2004). Laparoscopic Roux-en Y gastric bypass is a safe and effective operation for the treatment of morbid obesity in patients older than 55 years. *Obesity Surgery*, 14, 1056-1061.

Pascual Díaz, M., Tébar Massó, F.J., Hernández Martínez, A.M., Pomares Gómez, F., Vicente Tera, T., Soria Arcos, F., Pascual Figal, D., Valdés Chavarri, M. (1999). Influencia de la obesidad sobre la morfología del ventrículo izquierdo. *Medicina Clínica*, 113, 721-725.

Pardo, A., Ruiz, M., Jódar Gimeno, E., Garrido, J., Rosendo González, J.M. & Usán, L. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19, 99-109.

Pecori, L., Serra Cervetti, G.G., Marinari, G.M., Migliori, F. & Adami, G.F. (2007). Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and body contouring. *Obesity Surgery*, 17, 68-73

Pekkarinen, T., Koskela, K., Huikuri, K. & Mustajoki, P. (1994). Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: Binge-eating as a predictor of poor outcome. *Obesity Surgery*, 4, 248-255.

Pereira Cunill, J.L. & García-Luna, P.P. (2005). Costes económicos de la obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 3, 11-12.

Pessina, A., Andreoli, M. & Vassallo, C. (2001). Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obesity Surgery*, 11, 459-463.

Petroni, M.L., Villanova, N., Avagnina, S., Fusco, M.A., Fatati, G., Compare, A., Marchesini, G. & Quovadis group. (2007). Psychological distress in morbid obesity in relation to weight history. *Obesity Surgery*, 17, 391-399.

Poves Prim, I., Macías, G.J., Cabrera Fraga, M., Situ, L. & Ballesta López, C. (2005). Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista Española de Enfermería Diagnóstica*, 97, 187-195.

Powers, P.S., Perez, A., Boyd, F. & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *The International Journal of Eating Disorders*, 25, 293-300.

Powers, P.S., Rosemurgy, A., Boyd, F. & Pérez, A. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obesity Surgery*, 7, 471-477.

Probst, M., Vanderycken, W., Vanderlinden, J. & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with physiological and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.

## **Q**

Quintero Gutiérrez, F.J., Correas Lauffer, J., García Blázquez, V. & Chinchilla Moreno, A. (2005). "Concepto y clasificación de la obesidad" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.

Quintero Gutiérrez del Álamo, F.J. & San Sebastián Cabasés, J. (2005). "Obesidad infantil" en *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona. Ed. Masson.

## **R**

Rabner, J.G., Dalton, S. & Greenstein, R.J. (1993). Obesity surgery: dietary and psychosocial expectations and reality. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 60, 305-310.

Rabner, J.G. & Greenstein, R.J. (1991). Obesity surgery: expectation and reality. *International Journal of Obesity*, 15, 841-845.

Rabner, J.G. & Greenstein, R.J. (1993). Antiobesity surgery: is a structured support group desirable preliminary. *Obesity Surgery*, 3, 381-390.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Raich, R., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66.

Rand, C.S. & Macgregor, A.M. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *The International Journal of Obesity*, 15, 577-579.

Rebelo, L. (1998). *Medicina familiar o paciente com artritis reumatoide e a sus familias*. Lisboa: Temática.

Remor, E.A. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-F-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención primaria*, 32, 15-22.



- Renquist, K.E., Mason, E.E., Tang, S., Cullen, J.J., Doherty, C. & Maher, J.W. (1996). Pay status as a predictor of outcome in surgical treatment of obesity. *Obesity Surgery*, 6, 224-232.
- Revilla Ahumada, L. de la, Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E. & Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Riele te, W.W., Vogten, J.M., Boerma, D., Wiezer, M.J., & van Ramshort. (2008). Comparison of weight loss and morbidity after gastric bypass and gastric banding. A single center European experience. *Obesity Surgery*, 18, 11-16.
- Robins, R.W., Hendin, H.M. & Trzesniewski, K.H. (2001). Measuring global self-esteem: construct validation of a single item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 151-161.
- Rodríguez Martínez, A., Pinzón Pulido, S.A., Maiquez Pérez, A., Herrera Jaimez, J., De Benito Torrente, M. & Cuesta Ortiz, E. (2004). ¿Tienen apoyo social y familiar los “drogodependientes” que participan en el programa “libre de drogas” en prisión?. *Medicina de Familia*, 1, 16-26.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, P.H., Henderson, K.E. & Grilo, C.M. (2006). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariátrica surgery candidates. *Obesity Surgery*, 16, 1331-1336.
- Rowe, J.L., Downey, J.E., Faust, M. & Horn, M.J. (2000). Psychological and demographic predictors of successful weight loss following silastic ring vertical stapled gastroplasty. *Psychological Reports*, 86, 1028-1036.
- Rubio Herrera, M.A. (2006). *Manual de obesidad mórbida*. Editorial médica panamericana. Madrid.
- Ruiz Moreno, M.A., Berrocal Montiel, C. & Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida *Psicothema*, 14, 577-582.
- Ruiz Moreno, M.A., Berrocal Montiel, C. & Valero Aguayo, L. (2002). Psicopatología y calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 53-79.
- Ryan, N.D., Puig-Antich, J. & Ambrosini, P. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 36, 698-700.

## **S**

- Sabbioni, M.E.E., Dickson, M.H., Eychmuller, S., Franke, D., Goetz, S., Hürny, C., Naef, M., Balsiger, B., de Marco, D., Bürgi, U. & Büchler, M.W. (2002). Intermediate results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. *International Journal of Obesity*, 26, 277-280.

- Sallet, P.C., Ballet, J.A., Dixon, J.B., Collis, E., Pisani C.E., Levy, A., Bonaldi, F.L. & Cordás, T.A. (2007). Eating behaviour as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 17, 445-451.
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R.M., Figueras, M., Torrás, J. & Mora, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stukard y Messick con una (Three factor eating questionnaire, TEFQ) muestra española universitaria. *Psicología conductual*, 7, 393-416.
- Sannen, I., Himpens, J. & Leman, G. (2001). Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 11, 605-608.
- Saunders, R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery*, 9, 72-76.
- Saunders, R. (2001). Compulsive eating and gastric bypass surgery: what does hunger have to do with it?. *Obesity Surgery*, 11, 726-730.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. En: Berkowitz L, ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 21. Nueva York: Academic Press, p. 303-46.
- Schok, M., Geenen, R., van Antwerpen, T., de Wit, P., Brand, N. & van Ramshorst, B. (2000). Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for severe obesity: postoperative and retrospective preoperative evaluations. *Obesity Surgery*, 10, 502-508.
- Schowalter, M., Benecke, A., Lager, C., Heimbucher, J., Bueter, M., Thalheimer, A., Fein, M., Richard, M. & Faller H. (2008). Changes in depression following gastric banding: a 5- to 7- year prospective study. *Obesity Surgery*, 18, 314-320.
- Segal, A. (1999). Obesity and psychiatric co-morbidity: characterisation and therapeutic efficacy of multidiscipline attending on 34 patients involvement. Thesis presented to FMUSP for attainment of MD, Sao Paulo.
- Segal, A., Libanori, H.T. & Azevedo, A. (2002). Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obesity Surgery*, 12, 598-601.
- Seely, E.W. & Solomon, C.G. (2003). Insulin resistance and its potential role in pregnancy-induced hypertension. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism*, 88, 2393-2398.
- Shai, I., Henkin, Y., Weitzman, S. & Levi, I. (2003). Determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13, 269-274.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *The Social Science of Medicine*, 32, 705-714.
- Shiri, S., Gurevich, T., Feintuch, U. & Beglaibter, N. (2007). Positive psychological impact of bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17, 663-668.

- Siegal, K., Lune, H. & Meyer, I. H. (1998). Stigma management among gay/bisexual men with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, 21, 3–24.
- Skager, R. & Kerst, E. (1989). Alcohol and drug use and self-esteem: a psychological perspective. En A.M. Mecca, N.J. Smelser, Vasconcellos (Eds.), *The social importance of self-esteem* (págs. 248-293). Berkeley: University of California Press.
- Silbert, E. & Tippett, J.S. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Silverstone, P.H. & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 2-3.
- Smiertka, J.K. & MacPherson, B.H. (1995). Bariatric surgery and postoperative behavioral change: The importance of ongoing assessment and teaching. *Obesity Surgery*, 5, 337-342.
- Sogg, S. & De Anna, L.M. (2004). The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. *Obesity Surgery*, 14, 370-380.
- Spitzer, R.R., Devlin, M., Walsh, B.T. Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Stevens, J., Cai, J., Pamuk, E.R., Williamson, D.F., Thun, M.J. & Wood, J.L. (1998). The effect of age on the association between Body Mass Index and mortality. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1-7.
- Striegel-Moore, R.H. & Marcus, M. (1995). Eating disorders in women: Current issues and debates. En: Stanton, A., Gallant, S. (eds.). *Psychological Women Health* (pp. 445-487). Washington, D.C.: *American Psychological Association*.
- Stuart, R.B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 357-365.
- Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71–83.
- Stunkard, A.J., Stinnet, J.L. & Smoller, A.D. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *American Journal of Psychiatry*, 143, 417-429.
- Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Sugerman, H.J., Sugerman, E.L., deMaria, E.J., Kellum, J.M., Kennedy, C., Mowery, Y. & Wolfe, L.G. (2003). Bariatric surgery for severely obese adolescents. *Journal of gastrointestinal surgery*, 7, 102-108.

Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S., Jonsson, E., Larsson, B. & Lindstedt, S. (1993). Swedish obese subjects (SOS)- an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial function in the first 1743 subjects examined. *The international Journal of Obesity*, 17, 503-512.

## T

Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.

Terol, M. C. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Torres Álvarez, E., San Sebastián Mendizábal, X., Ibarretxe Zorriketa, R. & Zumalabe Makirriain, J.M. (2000). Un estudio psicométrico de tres dimensiones del cuestionario de salud mental SCL-90-R y análisis diferenciales. *Psiquis*, 21, 254-259.

Tsushima, W.T., Bridenstine, M.P. & Balfour, J.F. (2004). MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric by-pass surgery. *Obesity Surgery*, 14, 528-532.

Tymitz, K., Kerlakian, G., Ángel, A. & Bollmer, C. (2007). Gender differences in early outcomes following hand-assisted laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery: gender differences in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 17, 1588-1591.

## U

Urbina, E.M., Gidding, S.S., Bao, W., Pickoff, A.S., Berdusis, K. & Berenson, G.S. (1995). Effect of body size, ponderosity, and blood pressure on left ventricular growth in children and young adults in the Bogalusa Heart Study. *Circulation*, 91, 2400-2406.

## V

Vallis, T.M. & Ross, M.A. (1993). The role of psychological factors in bariatric surgery for morbid obesity: identification of psychological predictors of success. *Obesity Surgery*, 3, 346-359.

Valtueña Martínez, S. (2002). Obesidad y osteoporosis: efecto de la variación ponderal sobre la masa ósea. *Nutrición Hospitalaria*, 17, 49-54.

Van Hout, G.C.M., Boekestein, P., Frederiek, A.M., Fortuin, Aline, J.M., Pelle, & van Heck, G.L. (2006). Psychosocial functioning following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 787-794.

Van Hout, G.C.M., Fortuin, F.A.M., Pelle, A.J.M, & van Heck, G.L. Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. (2008). *Obesity Surgery*, 18, 115-120.

Van Hout, G.C.M., Saskia, K., Verschure, M., Guus, L. & van Heck. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 552-560.

- Vázquez García, J.C. (2002). Obesidad y asma. *Revista de Investigación Clínica*, 54, 453-461.
- Vázquez Morejón, A.J., Jiménez García-Bóveda, R. & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150.
- W**
- Wadden, T.A. & Sarwer, D.B. (2006). Behavioral assessment of candidates for Bariatric Surgery: A patient-oriented approach. *Obesity*, 14, 53-62.
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G., Foster, G.D., McGuckin, B.G. & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81, 1001-1024.
- Wadden, T.A. & Stunkard, A.J. (1985). Adverse social and psychological consequences of obesity. *Annual International Medicine*, 103, 1062-1067.
- Walters, E.E. & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Wee, C.C, Jones, D.B., Davis, R.B., Bourland, A.C. & Hamel M.B. (2006). Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 496-500.
- Wells, E.L. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: its conceptualisation and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wing, R. R., Marcus, M. D., Epstein, L. H. & Jawad, A. (1991). A family-based approach to the treatment of obese Type 2 diabetic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 156-162.
- Wing, R. R. & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 132-138.
- World health Organization MONICA Project. (1998). Geographical variation in the major risk factors of coronary disease in men and women aged 35-64 years. *World Health Stat Quart*, 41, 115-140.
- Wolfe, B.L. & Terry, M.L. (2006). Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1622-1629.

Y

Yanovski, S., Leet, M., Yanovski, J.A., Flood, M., Gold, P.W., Kissileff, H.R. & Walsh, B.T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.

Z

Zwaan de, M., Lancaster, K.L., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Manson, N., Roerig, J.L. & Crosby, R.D. (2002). Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 12, 773-780.

---

**ANEXO:**  
**CUESTIONARIOS**

---

**APARTADO I**  
**ENTREVISTA BOSTON**  
**ACTIVIDAD FÍSICA**



## Datos Generales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: 1 = Hombre 2 = Mujer

Trabaja: 0 = No 1 = Sí Profesión \_\_\_\_\_

Estado civil: 1 = soltero/a 2 = casado/a, viviendo en pareja  
3 = separado/divorciado/a 4 = viudo/a

Nivel de estudios: 0 = Sin estudios  
1 = Primarios  
2 = Secundarios (BUP o FP)  
3 = Estudios universitarios de grado medio  
4 = Estudios universitarios de grado superior

Nivel socioeconómico: 1 = Bajo 2 = Medio 3 = Alto

## Entrevista

### 1) HISTORIA DE PESO Y NUTRICIÓN

*Voy a realizarle algunas preguntas sobre su historia de peso y dieta.*

¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_

¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando tiene problemas de peso? (infancia, adolescencia, edad adulta, debido a algún estresor en su vida)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Caso de ser debido a algún estresor** (p.e., muerte de un ser querido, accidente propio o de conocidos, pérdida del trabajo):

¿en qué consistió?

\_\_\_\_\_

¿cuánto tiempo hace que ocurrió? \_\_\_\_\_

**Desde que usted tiene problemas de peso ¿cuál es el peso más bajo que ha obtenido (haciendo un esfuerzo para conseguirlo)?**

(Peso obtenido) \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo mantuvo este peso? \_\_\_\_\_

(si diferente del de arriba, ¿habitualmente cuánto tiempo mantiene su peso principal?)

---

**Intentos para perder peso actualmente y en el pasado**

*Voy a preguntarle por diferentes métodos que usted puede haber intentado para perder peso en el pasado. Para cada método, le preguntaré asimismo si lo está probando en la actualidad. También le preguntaré por el éxito que ha tenido cada método.*

Para cada intento indicar en la actualidad o en el pasado y cuánto éxito ha tenido el intento utilizando la siguiente escala:

0 = Sin éxito, ni ganó ni perdió peso; 1 = Éxito ligero; 3 = Éxito moderado; 4 = Mucho éxito

	En la actualidad		En el pasado	
	Intentado	¿cuánto éxito?	Intentado	¿cuánto éxito?
Seguir una dieta por mi mismo				
Dieta médica sin receta (p.e., Dexatrim)				
Dieta por prescripción médica				
Dieta ‘milagrosa’				
Dieta baja en calorías durante admisión hospitalaria del paciente				
Dieta en régimen ambulatorio				
Psicoterapia en régimen ambulatorio (centrada en la pérdida de peso)				
Programa de ejercicios				
Intervenciones quirúrgicas (p.e., liposucción). Especificar:				
Purgarse (p.e. vómitos concretos, diuréticos, laxantes)				
Grupos de apoyo para perder peso				
Utilizar programas u otros servicios que proporcionan dietas alimenticias. (Especificar: )				
Otros				

**2) CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN**

*Voy a preguntarle por conductas de alimentación de diferentes tipos y usted me dirá si hace cada una de ellas, y si la hace, con qué frecuencia.*

**Atracón y bulimia**

Nota: El entrevistador deberá estar familiarizado con los criterios del atracón antes de la entrevista. Pregunte lo resaltado en letra negrita, realice las preguntas que necesite, después dé una calificación extrema de ‘0’ si la alimentación del paciente no se califica como un atracón, o de ‘1’ si se califica como atracón.

0 = No, 1 = Sí

(Describir el alimento comido)  
(Anotar la frecuencia)

	Actualidad	Pasado
¿Ha tenido algún episodio en el que se diera un atracón, alguna vez en la que comiese mucha comida de una vez, más de lo que la mayor parte de la gente podría comer?		
¿Se siente fuera de control mientras está comiendo de esa manera?		
¿Cómo se sentía después?		
CUMPLE LOS CRITERIOS DEL ATRACÓN		
Después de haber tenido un atracón alguna vez ha intentado 'deshacerse de' lo que ha comido mediante alguna de las siguientes maneras:		
Vómitos autoinducidos		
Empleando laxantes		
Diuréticos		
Enemas		
Fasting		
Ejercicio excesivo		
Conductas purgantes (introducir '1' si cualquiera de las conductas mencionadas ha sido respaldada).		

### **Otras conductas de alimentación**

*Voy a listar una serie de conductas y me gustaría que me indicara si usted hace cada una de ellas y, caso de hacerla, con qué frecuencia la realiza.*

Para cada conducta: 0 = No y 1 = Sí

Para la frecuencia: 0 = N/A (no aplicable) o nunca

1 = Menos de una vez al mes; 2 = aproximadamente una vez al mes; 3 = aproximadamente una vez a la semana; 4 = varias veces a la semana; 5 = diariamente

Conducta de alimentación	Si/No	Frecuencia
Picotear y comer en la cocina mientras está de pie		
Comer mientras cocina o prepara algún alimento		
Comer rápidamente (más rápido que la mayor parte de las personas)		
Comer cuando no está hambriento		
Comer grandes cantidades de comida durante la noche		
Beber bebidas carbonatadas		

Beber grandes cantidades de líquidos calóricos (Gatorade, batidos, soda azucarada)		
Beber al menos 8 vasos de agua cada día		
Tomar suplementos vitamínicos o minerales		

#### 4) COMPRENSIÓN DEL PACIENTE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, RIESGOS, ETC.

*Ahora voy a preguntarle sobre lo que usted conoce acerca del procedimiento del bypass gástrico, los riesgos que conlleva y los cambios que usted debería realizar en su dieta tras la operación.*

Nota para el entrevistador: después de preguntar cada riesgo/efecto colateral, educar brevemente al cliente sobre cada uno de los aspectos allá donde sea necesario.

El entrevistador calificará la conciencia de los riesgos asociados con la operación:  
1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente, 6 = No hizo evaluación

<b>¿Sabe que sucede durante la operación de bypass gástrico? ¿Tiene el paciente una comprensión de la misma?</b>	
<b>¿Conoce los riesgos de cualquier operación importante o el uso de la anestesia general?</b>	
¿Comprende el paciente que el procedimiento quirúrgico implica anestesia general?	
<b>¿Qué es lo que usted conoce sobre los riesgos o efectos colaterales asociados con la operación de bypass gástrico?</b>	
Colocar una marca al lado de cada riesgo/efecto colateral del que el paciente sea consciente, dar una calificación global basada en estas respuestas.	
Náuseas	
Vómitos	
Diarreas	
Síndrome de <i>dumping</i>	
Hipoglucemia	
Pérdida del deseo de comer (Anorexia)	
Deficiencias nutricionales y porqué ocurren <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hierro, vitamina B12, ácido fólico, A, D, E</li> <li>- Corregidas por suplementos vitamínicos</li> <li>- Porque el BPG supone un acortamiento del intestino</li> </ul>	
Fracaso en la pérdida de peso <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un promedio del 15% de los pacientes no pierde peso (rango informado entre el 5-40%)</li> <li>- El fracaso es más probable entre aquellos que comen continuamente o que comen alimentos líquidos/blandos o dulces</li> </ul>	
- Otros efectos colaterales menos comunes (anotar brevemente) - (p.e. problemas de eliminación, obstrucción del intestino delgado (5%), hernia ventral (5%), úlcera péptica (1-25%), cálculos biliares (complicación común en las pérdidas de peso masivas 2-73%), bolsas de piel distales (3-9%)	

<b>Calificación global del conocimiento del paciente de los riesgos y efectos colaterales del procedimiento</b>	
---	--

### **Cuidados necesarios**

Nota para el entrevistador: después de preguntar cada riesgo/efecto colateral, educar brevemente al cliente sobre cada uno de los aspectos allá donde sea necesario.
--

El conocimiento del paciente sobre los cuidados postoperatorios se califica:  
1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente, 6 = No hizo evaluación

<b>¿Cuánto sabe en relación con lo que le sucederá después de la operación?</b> Colocar una marca al lado de cada riesgo/efecto colateral del que el paciente sea consciente, dar una calificación global basada en estas respuestas.	
Duración del postoperatorio en el hospital (7-10 días)	
No realizar tareas pesadas en casa/trabajo durante 6 semanas	
Volver al trabajo/actividades diarias (2-3 semanas)	
<b>Calificación global del conocimiento del paciente sobre los cuidados postoperatorios</b>	

### **CONOCIMIENTO DE LAS RESTRICCIONES DIETÉTICAS POSTOPERATORIAS**

***¿Qué conoce usted por lo que se refiere a la dieta que tendrá que seguir después de la operación?***

Para cada apartado se da una calificación global del conocimiento del paciente sobre las restricciones dietéticas postoperación, basada en su conocimiento de los puntos marcados abajo con el guión.

1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno, 5 = Excelente

<b><i>¿Cuál será su dieta durante los próximos 3-4 meses?</i></b> - Las porciones de comida deben limitarse a dos onzas o 4 cucharadas. - Esto puede aumentar, pero nunca deberá ser más grande que una porción tamaño niño. - Baja en azúcar y grasas, dieta de puré/líquida consistente en descremados o un 1% de leche, flan de leche descremada, gelatina sin azúcar, natillas bajas en calorías, caldo, sopa de verduras coladas, granos de cereales colados.	
<b><i>Cuando comience a comer alimentos sólidos, ¿cuáles podrá comer?</i></b> - Generalmente blandos, alimentos altos en fibra que sean altos en proteínas o almidón - Pan normal, galletas y panecillos, arroz y pasta, cereales cocidos o secos, quesos bajos en grasas, verduras bien cocidas, huevos revueltos, carnes tiernas, frutas blandas sin endulzar frescas o enlatadas	
<b><i>¿Qué alimentos debe limitar o evitar?</i></b> - Blandos y altos en calorías como helados, chocolate, quesos, bizcochos, bolsas de fritos (papas, cortezas, etc.). - Líquidos altos en calorías como el alcohol y sodas no dietéticas (fanta, cocacola), bebidas deportivas, batidos.	

<p>*Los problemas asociados con estos alimentos incluyen: síndrome de <i>dumping</i> (náuseas, mareos, acaloramiento y diarrea). También puede ganar peso al volver a comer alimentos altos en calorías.</p> <p>- Alimentos obstructivos: carne roja grasa, panes hechos con harina refinada, fideos de diversos tipos, la piel de los gajos de cítricos.</p> <p>*Los problemas asociados con estos alimentos incluyen: los alimentos fibrosos pueden obstruir la nueva bolsa estomacal y no poder moverse a lo largo de los intestinos.</p>	
<p><b>¿Cuáles deben ser tus hábitos alimenticios óptimos?</b></p> <p>- Entre 6-8 comidas diarias.</p> <p>- Masticar con cuidado y completamente para facilitar el proceso digestivo.</p> <p>- Asegúrese de dejar de comer cuando se siente lleno.</p> <p>- Porciones tamaño niño</p> <p>- No debería beber ni durante, ni 30 minutos antes o después de comer. Esto da lugar a que la comida se mueva demasiado rápido a través del estómago lo que puede causar distensión o vómitos.</p>	

## 5) MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

### Motivación

*Voy a darle una serie de razones de por qué las personas quieren hacerse una operación de bypass gástrico. Teniendo en cuenta una escala de 1-5, ¿cuánta importancia tiene cada una de ellas en su deseo por hacerse esta operación?*

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1 = Ninguna  | 4 = Considerable   |
| 2 = Ligera   | 5 = Extremada      |
| 3 = Moderada | N/A = No aplicable |

- a. Incrementar la movilidad diaria ..... \_\_\_\_\_
- b. Sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás ... \_\_\_\_\_
- c. Incrementar mi funcionamiento ocupacional ..... \_\_\_\_\_
- d. Mejorar la salud ..... \_\_\_\_\_
- e. Mejorar la apariencia ..... \_\_\_\_\_
- f. Mejorar mi vida sexual ..... \_\_\_\_\_
- g. Mejorar las relaciones con mi pareja o esposa ..... \_\_\_\_\_
- h. Otras (describa \_\_\_\_\_) ..... \_\_\_\_\_

Comentarios:

### Expectativas de resultados

*¿Qué sabe sobre lo que le espera después de la operación en términos de pérdida de peso?*

Calificar el conocimiento de los pacientes sobre el resultado post-operatorio:

1 = Pobre, 2 = Aceptable, 3 = Bueno, 4 = Muy Bueno, 5 = Extremadamente, 0 = no lo ha evaluado

<p><b>¿Cuánto peso espera perder después de la operación?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idealmente el paciente perderá entre el 60-70% de exceso de peso corporal</li> </ul>	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este peso puede ser recuperado, si el paciente no se adhiere a una dieta estricta</li> </ul>	
<p><b>¿Cuánto tiempo le costará conseguir la máxima pérdida de peso?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más rápido durante los primeros meses después de la operación</li> <li>• La máxima pérdida de peso puede costar dos años</li> </ul>	

**Capacidad para adherirse a un régimen después de la operación**

*¿Qué supondrá para usted limitar la ingesta de alimentos de forma tan severa?*

\_\_\_\_\_

*¿Le preocupa el si será capaz de refrenarse?*

\_\_\_\_\_

*Si usted ha tenido problemas con la comida en el pasado, ¿por qué piensa que será diferente después de la operación?*

\_\_\_\_\_

*¿Será capaz de obtener y preparar las comidas que usted necesita?*

\_\_\_\_\_

*¿Su ambiente de vida le ayudará o le impedirá sus intentos para controlar la comida?*

\_\_\_\_\_

**6) SISTEMA DE APOYO / RELACIONES**

*Si usted tiene éxito en perder peso, ¿cómo considera que esto afectará a sus relaciones?* (esposa o pareja, familia, amigos, colegas, otros) -

\_\_\_\_\_

*¿Hay alguna persona que pudiera sentirse desgraciada o incómoda con su pérdida de pe-so?*

\_\_\_\_\_

*Si fuese necesario ¿estaría esta persona (o personas) dispuesta a venir voluntariamente a la consulta antes de la operación? ..... 0 = No, 1 = Si*

**7) FUNCIONAMIENTO PSIQUIÁTRICO ACTUAL Y PASADO**

Nota: El entrevistador debería tener habilidades básicas en tomar una historia psiquiátrica y es-tablecer el estatus mental (ver la siguiente página; por ello las preguntas en esta sección no se escriben)

1. Tiene historia de: 0 = No, 1 = Sí

a. Depresión grave \_\_\_\_\_

b. Suicidio \_\_\_\_\_

c. Ansiedad grave \_\_\_\_\_  
d. Ataques de pánico \_\_\_\_\_  
e. Abuso físico o sexual \_\_\_\_\_  
(describir)

f. Medicaciones psicotrópicas \_\_\_\_\_

Actuales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el pasado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. Hospitalización(es) psiquiátrica \_\_\_\_\_

Fecha/diagnóstico/síntomas  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h. Psicoterapia ambulatoria \_\_\_\_\_

Fecha/diagnóstico/síntomas  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

i. Abuso de sustancias \_\_\_\_\_

Revisar información sobre abuso de sustancias a partir de la Forma de Información del Paciente
--

2. ¿Tiene historia familiar de problemas psiquiátricos? (0 = No, 1 = Sí) \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene historia familiar de abuso de sustancias? (0 = No, 1 = Sí) \_\_\_\_\_

Si sí para ambas preguntas de arriba, por favor descríbala

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Actividad Física

1. ¿Cuántas horas duerme al día? \_\_\_\_\_

2. ¿Se levanta descansado?

0 = No

1 = Sí

3. ¿Cuánto tiempo pasa al día delante de un ordenador, TV, videoconsola...?

1 = de 1 a 3 horas

2 = de 4 a 6 horas

3 = más de 6 horas

4. ¿Cuál/es son su/s hobbie/s preferidos?

1 = leer

2 = ver la TV

3 = escuchar música

4 = ir al cine

5 = practicar algún baile

6 = quedar con los amigos

7 = viajar

8 = hacer alguna actividad física (caminar, ir en bicicleta, nadar..)

9 = actividades manuales

10 = juegos de ordenador, Internet

11 = otros

1. ¿Cuántas horas a la semana realiza algún deporte/gimnasia?

0 = ninguno

1 = menos de 1 hora

2 = de 1 a 3 horas

3 = de 4 a 6 horas

4 = de 7 a 9 horas

5 = de 10 a 12 horas

6 = más de 12 horas

2. ¿Cuánto tiempo camina al día como media?

0 = no camino nada

1 = entre 30 minutos y 1 hora

2 = entre 1 y 2

horas 3 = entre 2 y 3 horas

4 = más de 3 horas

7. ¿Cuántos pisos sube al día como media?

0 = ninguno

1 = 1 piso

2 = 2 pisos

3 = 3 pisos

4 = 4 pisos

4 = más de 4 pisos

8. ¿Cuántas horas al día permanece sentado como media?

1 = entre 2 y 3 horas

2 = entre 3 y 5 horas

3 = entre 5 y 7 horas

4 = entre 7 y 10 horas

5 = entre 10 y 15 horas

6 = más de 15 horas

---

## **APARTADO II**

### **TFEQ**

**PARTE I: Contesta cada pregunta según sea verdadera o falsa para ti.**

	Verdadero	Falso
1. Cuando huelo un bistec chisporroteante o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida		
2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y picnics		
3. Habitualmente estoy tan hambrienta/o que como más de tres veces al día		
4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más		
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta/o		
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso		
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continúo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta/o		
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta/o, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más		
9. Cuando me siento ansiosa/o, me encuentro a mí misma/o comiendo		
10. La vida es demasiado corta para preocuparse de la dieta		
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez		
12. A menudo me siento tan hambrienta/o que tengo que comer algo		
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también		
14. Tengo una bastante buena idea del número de calorías de alimentos comunes		
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar		
16. No me es difícil dejar algo en el plato		
17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta/o porque me he acostumbrado a comer entonces		
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un período de tiempo para compensarlo		
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta/o como para comer yo también		

20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo		
21. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso		
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comer inmediatamente		
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena/o como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como		
24. Me pongo tan hambrienta/o que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo		
25. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años		
26. Estoy siempre tan hambrienta/o que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato		
27. Cuando me siento sola/o, me consuelo comiendo		
28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso		
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta/o al final de la tarde o por la noche		
30. Como todo lo que quiero y cuando quiero		
31. Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo		
32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso		
33. No como algunos alimentos porque me engordan		
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta/o como para comer en cualquier momento		
35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura		
36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono y como otros alimentos altos en calorías		

**PARTE II: Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideras apropiada a tu caso**

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?

1	2	3	4
raramente	algunas veces	habitualmente	siempre

38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 kg?

1	2	3	4
en nada	levemente	moderadamente	muchísimo

39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?

1	2	3	4
sólo en las comidas	algunas veces entre comidas	habitualmente entre comidas	casi siempre

40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

41. ¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?

1	2	3	4
fácil	levemente difícil	moderadamente difícil	muy difícil

42. ¿Cuán consciente eres de lo que estás comiendo?

1	2	3	4
nada	levemente	moderadamente	extremadamente

43. ¿Con qué frecuencia evitas abastecerte de comidas tentadoras?

1	2	3	4
casi nunca	rara vez	habitualmente	casi siempre

44. ¿Cuán propensa/o eres a comprar alimentos bajos en calorías?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

45. ¿Comes moderadamente cuando estás con otros y te abandonas cuando estás sola/o?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

46. ¿Cuán propensa/o eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que ingieres?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

47. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta/o?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

48. ¿Cuán propensa/o eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieres?

1	2	3	4
no soy propensa/o	levemente propensa/o	moderadamente propensa/o	muy propensa/o

49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?

1	2	3	4
nunca	raramente	a menudo	siempre

50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no restricción en la ingesta (comer todo lo que tú quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a tí misma/o?

- 0 comer todo lo que tú quieras cuando tú quieras
- 1 habitualmente comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 2 a menudo comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres
- 3 limitar la ingesta a menudo, pero a menudo también rendirse
- 4 habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse
- 5 limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse

51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? “Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta mañana”.

1	2	3	4
no se me aplica	se me aplica	bastante buena	me describe

algo

Descripción de mí:

---

## **APARTADO III**

### **BSQ**

Nos gustaría saber cómo se ha sentido respecto a su apariencia física durante LOS DOS ÚLTIMOS MESES. Por favor, lea cada cuestión y conteste redondeando el número apropiado de la derecha, según la escala que se indica más abajo. Por favor, conteste todas las cuestiones.

- 1= Nunca  
2= Rara vez  
3= Algunas veces  
4= A menudo  
5= Habitualmente  
6= Siempre

1. Cuando te aburras ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1	2	3	4	5	6
9. Con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?	1	2	3	4	5	6
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?	1	2	3	4	5	6



- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana?)                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

---

**APARTADO IV**

**AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

## ***AUTOESTIMA DE ROSENBERG***

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a ud. y a su forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elija, por favor, aquella con la que esté sinceramente de acuerdo y rodéela con un círculo.

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

2. Creo tener varias cualidades buenas.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo

4. estoy muy en desacuerdo
- 
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.
    1. estoy muy de acuerdo
    2. estoy de acuerdo
    3. no estoy de acuerdo
    4. estoy muy en desacuerdo
- 
9. A veces me siento realmente inútil.
    1. estoy muy de acuerdo
    2. estoy de acuerdo
    3. no estoy de acuerdo
    4. estoy muy en desacuerdo
- 
10. A veces pienso que no sirvo para nada.
    1. estoy muy de acuerdo
    2. estoy de acuerdo
    3. no estoy de acuerdo
    4. estoy muy en desacuerdo

---

**APARTADO V**

**SF-36**

## **SF-36**

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

### **1. En general, usted diría que su salud es:**

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

### **2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

### **3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

### **4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

### **5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metro)?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

**12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

*13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?*

- 1 Sí
- 2 No

*14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?*

- 1 Sí
- 2 No

*15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?*

- 1 Sí
- 2 No

*16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?*

- 1 Sí
- 2 No

*17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?*

- 1 Sí
- 2 No

*18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?*

- 1 Sí
- 2 No

*19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?*

- 1 Sí
- 2 No

*20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?*

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho



**21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

**22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

**23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

**32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

---

**APARTADO VI**

**SCL-90**

## SCL-90

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene en ocasiones. Por favor, lea cada uno con cuidado y seleccione uno de los números que describe mejor hasta qué punto se ha sentido afectado/a por este problema durante la última semana, INCLUIDO HOY. Ponga el número correspondiente en la línea que hay a la derecha de cada problema. No deje ningún ítem sin contestar y escriba los números claramente. Si cambia de opinión borre totalmente el primer número.

Conteste según esta escala:

- 0 = Nada
- 1 = Poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Bastante
- 4 = Muchísimo

### HASTA QUÉ PUNTO SE HA VISTO AFECTADO/A DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA POR

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables repetidos que no puede quitarse de la cabeza	0	1	2	3	4
4. Desmayos o mareos	0	1	2	3	4
5. Pérdida de interés o de placer sexual	0	1	2	3	4
6. Sentirse crítico/a hacia los demás	0	1	2	3	4
7. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas	0	1	2	3	4
9. Dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación por el desorden y la dejadez	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente enfadado/a o irritado/a	0	1	2	3	4
12. Dolores en el pecho o en el corazón	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14. Sentirse con pocas energías o decaído/a	0	1	2	3	4
15. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otra gente no oye	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. Cree que no se puede confiar en la mayor parte de la gente	0	1	2	3	4
19. Poco apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar con facilidad	0	1	2	3	4
21. Sentirse tímido/a o incómodo/a con el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22. Sentimientos de estar atrapado/a	0	1	2	3	4
23. Asustarse súbitamente sin razón	0	1	2	3	4
24. Explosiones de mal genio que no puede controlar	0	1	2	3	4
25. Sentir miedo de salir solo/a de su casa	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo/a de cosas	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28. Sentirse bloqueado/a para hacer cosas	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas	0	1	2	3	4
32. Desinterés por las cosas	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34. El hecho de que sus pensamientos son heridos fácilmente	0	1	2	3	4
35. Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos	0	1	2	3	4
36. Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con	0	1	2	3	4

usted					
37. Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	0	1	2	3	4
39. Palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco	0	1	2	3	4
40. Náuseas o trastornos estomacales	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares	0	1	2	3	4
43. Sentir que está siendo observado/a o que hablan de usted	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar y volver a comprobar lo que hace	0	1	2	3	4
46. Dificultad para tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
48. Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49. Rachas o momentos de frío o calor	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan	0	1	2	3	4
51. Quedarse con la mente en blanco	0	1	2	3	4
52. Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro	0	1	2	3	4
55. Dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56. Debilidad en algunas partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso/a y con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58. Sensación de pesadez en brazos o piernas	0	1	2	3	4
59. Pensamientos sobre la muerte o de morir	0	1	2	3	4
60. Comer en exceso	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo/a cuando la gente le mira o habla de usted	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63. Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarse muy temprano por la mañana	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarse	0	1	2	3	4
66. Dormir de manera inquieta o develarse fácilmente	0	1	2	3	4
67. Tener fuertes deseos de romper o de destrozar cosas	0	1	2	3	4
68. Tener pensamientos o creencias que otros no comparten	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy tímido/a con los demás	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo le representa un esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Momentos de terror y pánico	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo/a al comer o beber en público	0	1	2	3	4
74. Involucrarse frecuentemente en discusiones	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a	0	1	2	3	4
76. Pensar que los demás no valoran sus logros	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo/a incluso cuando está con gente	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan intranquilo/a que no puede estar quieto/a	0	1	2	3	4
79. Sentimientos de inutilidad	0	1	2	3	4
80. La sensación de que algo malo le va a ocurrir	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Sentir miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. Pensar que la gente se aprovechará de usted si les deja	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4
86. Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo grave pasa en su cuerpo	0	1	2	3	4
88. No sentirse nunca cercano/a o compenetrado/a con otra persona	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo funciona mal en su mente	0	1	2	3	4

---

**APARTADO VII**

**C.O.P.E.**

## C.O.P.E.

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que usted habitualmente hace o siente cuando experimenta sucesos estresantes. Evidentemente acontecimientos diferentes provocan respuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace habitualmente cuando se encuentra bajo estrés. Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas para usted como pueda. Por favor, responda a todos los ítems. No existen respuestas “buenas” o “malas”, por lo tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para usted, no la que usted crea que la mayoría de las personas diría o haría. **Indique, lo que usted habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.**

- 1 = Habitualmente no hago esto en absoluto
- 2 = Habitualmente lo hago esto un poco
- 3 = Habitualmente hago esto bastante
- 4 = Habitualmente hago esto mucho

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre ello.	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me río de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.	1	2	3	4
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta.	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios.	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4



24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1	2	3	4
42. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en mi religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación.	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.	1	2	3	4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiese sucedido.	1	2	3	4
58. Hago lo que ha de hacerse paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4

---

**APARTADO VIII**

**M.O.S.**

## M.O.S.

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre)

Nº de amigos íntimos o familiares... \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

