

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



UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

**EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA A LARGO PLAZO EN PACIENTES
CON OBESIDAD MÓRBIDA QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA
BARIÁTRICA**

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado: Psicología de la Salud
Nº Real Decreto. 1393/ 2007

Presentada por:
M^a del Sagrario Álvarez Valdeita

Dirigida por:
Dra. María José Báguena Puigcerver
Dr. Joaquín Ortega Serrano

Valencia 2014

A la memoria de mi Padre y mis Abuelos

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los pacientes por su colaboración y el interés que mostraron por aportar su experiencia y que estas sirvan para futuras personas con su mismo problema.

De forma cariñosa quiero agradecer a mi directora de tesis, la Dra. M^a José Báguena, la forma en que me ha guiado, por sus sugerencias, por su gran profesionalidad, y también por el respeto hacia mis propuestas, su paciencia y comprensión en muchos momentos compartidos. Y al Dr. Joaquín Ortega por su apoyo y confianza.

A todas las personas del equipo médico que me han facilitado el poder acceder a entrevistar a los pacientes. Quiero mencionar a Regina, amiga y compañera de trabajo, para agradecerle su apoyo y guía en estos años. Y también a Wolfgang Gralke por su ayuda con los procesos estadísticos.

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que han compartido estos años conmigo, y que de una manera directa o indirecta han hecho posible este trabajo, por el apoyo y comprensión que he recibido de ellos, pido disculpas por no mencionarlos a todos, ya que eso ocuparía muchas páginas.

Por último quiero dar las gracias a mis hermanos por su cariño, ayuda, apoyo y consejo en todo este tiempo, y en especial a mi madre, por su amor y la paciencia con la que ha sobrellevado todo el proceso de mi tesis.

Valencia, marzo de 2014

Índice

CAPÍTULO 1. OBESIDAD MÓRBIDA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA	1
1.1. Consideraciones generales	1
1.1.1. Perspectivas históricas	2
1.1.2. Etiología de la obesidad	2
1.1.2.1. Patrones alimentarios	4
1.1.2.2. Predisposición genética	7
1.1.3. Metabolismo energético	8
1.1.4. Longevidad y obesidad	10
1.2. Obesidad	11
1.2.1. Concepto	11
1.2.2. Clasificación	12
1.2.3. Patologías asociadas a la obesidad	14
1.3. Estudios epidemiológicos	16
1.3.1. Obesidad como enfermedad	16
1.3.2. Prevalencia de la obesidad	17
1.3.3. Datos sobre obesidad infantil	18
1.4. Aspectos médicos y psicológicos de la cirugía bariátrica	21
1.4.1. Cirugía bariátrica	21
1.4.2. Tratamiento quirúrgico	22
1.4.2.1. By-pass gástrico	23
1.4.3. Selección de pacientes para cirugía bariátrica	24
1.4.3.1. Criterios de selección	25
1.4.3.2. Criterios psicopatológicos	26
1.4.3.3. Criterios conductuales	28
1.4.3.4. Proceso de selección de los pacientes a cargo de un equipo multidisciplinar	30
1.5. Tratamiento perioperatorio del paciente sometido a cirugía bariátrica	34
1.5.1. Preparación preoperatorio	34
1.5.2. Postoperatorio	35
1.6. Variables psicológicas estudiadas	42
1.6.1. Variables demográficas	42
1.6.2. Conocimiento y expectativas	43
1.6.3. Conducta de alimentación previa	44
1.6.4. Dimensiones temperamentales de personalidad	46
1.6.5. Estrategias de afrontamiento a la enfermedad	47
1.6.6. Apoyo social	49
1.6.7. Alimentación	50
1.6.8. Autoestima	51
1.6.9. Calidad de vida	52
1.6.10. Imagen corporal	55
1.6.11. Sintomatología psicológica	57

1.7. Objetivos e hipótesis	61
CAPÍTULO 2. MÉTODO	67
2.1. Diseño de la investigación	67
2.2. Características sociodemográficas de la muestra	69
2.3. Instrumentos de evaluación	73
2.4. Procedimiento	84
2.5. Análisis estadístico planteado en la investigación	86
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	87
3.1. Anamnesis	87
3.1.1. Historia de peso y nutrición	88
3.1.2. Conductas de alimentación	92
3.1.3. Conclusiones generales	94
3.2. Evolución de los pacientes en las variables que fueron evaluadas en los cuatro momentos de la investigación	95
3.2.1. Evolución del peso	95
3.2.2. Evolución de la conducta alimentaria	96
3.2.3. Evolución de la autoestima	97
3.2.4. Evolución de la calidad de vida	98
3.2.5. Evolución de la imagen corporal	102
3.2.6. Evolución del funcionamiento psicológico	104
3.2.7. Conclusiones generales	107
3.3. Análisis predictivo de los cambios a largo plazo observados en los pacientes que se han sometido a cirugía de by-pass gástrico	108
3.3.1. Variables predictoras relacionadas con la intervención quirúrgica	109
3.3.2. Variables predictoras relacionadas con la conducta de la alimentación y la actividad física	113
3.3.3. Variables predictoras relacionadas con las características intermedias de personalidad (apoyo social y afrontamiento)	120
3.3.4. Variables predictoras relacionadas con las características básicas de la personalidad	126
3.3.5. Conclusiones generales	131
3.4. Un análisis sobre el cambio en las motivaciones específicas de los pacientes	135
3.4.1. Datos descriptivos de la motivación	135
3.4.2. Evolución de la variable motivación	137
3.4.3. Análisis predictivo de las variables de la motivación	141
3.4.4. Conclusiones generales	146
3.5. Análisis de los cambios en la estructura a lo largo del tiempo entre las variables de la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sintomatología	149

psicológica	
3.5.1. Conducta alimentaria	149
3.5.2. Imagen corporal	150
3.5.3. Conclusiones generales	152
3.6. Análisis de la muestra respecto a las diferencias entre los pacientes operados según IMC previsto para GBP (By-pass gástrico)	153
3.6.1. Introducción al IMC previsto después de la cirugía bariátrica	154
3.6.2. Descripción por grupos de los pacientes que no obtienen éxito y de los que sí obtienen éxito	155
3.6.3. Evolución de la pérdida de peso de los pacientes que no obtienen el IMC esperado vs pacientes que sí obtienen el IMC esperado	158
3.6.3.1. Evolución por grupos (centro hospitalario) del IMC esperado	158
3.6.3.2. Evolución del IMC de los pacientes que no obtienen el IMC esperado (no éxito) vs pacientes que sí obtienen el IMC esperado (éxito)	159
3.6.4. Análisis de medias y comparaciones entre grupos (no éxito vs éxito) en todas las variables estudiadas	162
3.6.4.1. Análisis del no éxito vs éxito de las variables estudiadas en el preoperatorio	162
3.6.4.2. Análisis del no éxito vs éxito de las variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación	163
3.6.5. Análisis de medias y comparaciones intra-grupo en las variables evaluadas en los cuatro momentos del estudio	168
3.6.5.1. Evolución de las variables estudiadas a lo largo de los cuatro momentos del estudio del grupo sin éxito	168
3.6.5.2. Evolución de las variables estudiadas a lo largo de los cuatro momentos del estudio del grupo con éxito	171
3.6.6. Conclusiones generales	174
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	177
4.1. Resumen	177
4.2. Confirmación de hipótesis	177
4.3. Conclusiones y discusión	184
4.3.1. Características clínicas de los pacientes intervenidos de by-pass gástrico	184
4.3.2. Evolución de los pacientes en las diferentes variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación	185
4.3.3. Predictores de los cambios a largo plazo en los pacientes sometidos a cirugía de by-pass gástrico	188
4.3.4. Motivaciones específicas de los pacientes y cirugía bariátrica	196
4.3.5. Cambios en la estructura a lo largo del tiempo entre las variables de la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sintomatología psicológica	197
4.3.6. IMC previsto como factor de éxito en los pacientes operados de by-pass gástrico	197
4.4. Limitaciones y sugerencias	199
4.4.1. Limitaciones	199
4.4.2. Sugerencias	199

Índice

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
ANEXOS	227
Anexo A: Cuestionarios	229
A.1. Entrevista Boston y actividad física	231
A.2. EPQ-R	241
A.3. COPE	242
A.4. MOS	245
A.5. TFEQ	247
A.6. Autoestima de Rosenberg	249
A.7. SF-36	251
A.8. BSQ	258
A.9. SCL-90	260
Anexo B: Tablas	265
Tabla B.1. Matriz de correlaciones (antes de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90	267
Tabla B.2. Matriz de correlaciones (a los 6 meses de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90	273
Tabla B.3. Matriz de correlaciones (al año de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90	279
Tabla B.4. Matriz de correlaciones (a los 4 años de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90	285

CAPÍTULO 1.

OBESIDAD MÓRBIDA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA

1.1. Consideraciones generales

Actualmente en las sociedades occidentales la obesidad viene siendo un problema de salud importante al que es necesario prestar atención desde diferentes disciplinas. En los últimos años ha habido un importante y preocupante aumento de la prevalencia de esta enfermedad, aunque no está clasificada como un trastorno de la conducta alimentaria, y ello al margen de que algunos estudios demuestren que las personas diagnosticadas de obesidad mórbida presentan desórdenes alimentarios que se han mantenido durante un largo periodo de tiempo y que han concluido en la obesidad (Kalarchian, Marcus, Levine, Courcoulas, Pilkonis, Ringham, Soulakova, Weissfeld y Rofey, 2007 y Denia Lafuente, 2009). Según el consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO), la *obesidad mórbida* se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que se traduce en 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. El porcentaje de grasa y su distribución será lo que determine la mortalidad.

Los resultados que se recogen de los diferentes estudios médicos respecto a los pacientes con obesidad mórbida que se someten a la intervención de by-pass gástrico, es que presentan una pérdida de peso superior a cualquier otro tratamiento, y que esa pérdida de peso se mantiene más estable en el tiempo, siendo la pérdida de peso de alrededor de un 35% del peso corporal.

Hoy en día la mayoría de intervenciones para el tratamiento de la obesidad mórbida se llevan a cabo mediante cirugía laparoscópica, que es la técnica más utilizada por los médicos cirujanos. Tanto la morbimortalidad preoperatoria como el período de convalecencia disminuyen de forma significativa, además la pérdida de peso es cuantitativamente equiparable a la obtenida mediante cirugía abierta.

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 para la vida. 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. 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.

En suma, el carácter preocupante de la obesidad ha conducido a que, tanto desde la Psicología como desde la Medicina haya crecido el interés por el estudio de la evolución de los pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica, a fin de generar protocolos adecuados de actuación con estos pacientes que favorezcan su mejora y mantenimiento óptimo tanto a nivel físico como psicológico.

1.1.1. Perspectivas históricas

El tratamiento quirúrgico de la obesidad comenzó a desarrollarse a partir de la idea de que restringiendo la ingesta, induciendo malabsorción, o por ambos medios, era posible reducir el peso corporal y mantener esa reducción. La primera intervención fue la derivación intestinal, que hizo uso del "síndrome de intestino corto" (Mason, 2009). En 1954 cuando la utilización de la derivación intestinal fue mencionada por primera vez en una reunión de la *American Surgical Association*, la obesidad no era reconocida como enfermedad. La idea de que la obesidad era una patología susceptible de ser tratada con éxito mediante cirugía fue aceptada inicialmente solo para los obesos graves. Ellos acogieron favorablemente el alivio de su morbilidad, de sus repetidos fracasos con las dietas y de la falta de respeto que la sociedad les demostraba (Kremen, Linner y Nelson, 1954). En la actualidad el sobrepeso y la obesidad representan un problema grave y creciente para la salud de las poblaciones en todo el mundo.

1.1.2. Etiología de la obesidad

La obesidad es el resultado de un desequilibrio a largo plazo entre el aporte de energía y su consumo, que favorece un balance energético positivo. Si el aporte de energía excede de forma crónica su consumo, el desequilibrio resultante provoca la expansión de los depósitos de lípidos del tejido adiposo y favorece la adipogenia, es decir, el incremento del número de adipositos. La etiología de la obesidad es compleja y de naturaleza multifactorial, y numerosos factores biológicos y de comportamiento pueden afectar a la ecuación del balance energético.

Según Lakka y Bouchard (2009), en la última década se ha producido un incremento considerable en el conocimiento de los mecanismos moleculares que regulan la homeostasis energética, de los mediadores moleculares en el cerebro y en el sistema periférico, y de la genética de la obesidad. Sin embargo, dado el grado de extensión de la epidemia de obesidad, alcanzado en un periodo de tiempo breve, es evidente que los factores ambientales y el estilo de vida desempeñan un papel importante.

El conocimiento de los mecanismos moleculares que regulan la homeostasis de la energía y de la genética de la obesidad se ha incrementado rápidamente en los últimos tiempos.

a) Influencias culturales

La cultura es un sistema aprendido de categorías, reglas y esquemas que las personas utilizan para guiar su comportamiento. La cultura de una persona impregna cada aspecto de su vida, incluidos los pensamientos sobre la gordura y la delgadez, las conductas alimentarias y los patrones de actividad física. Los valores y las normas culturales sobre el peso corporal varían considerablemente. Los pocos análisis transculturales que se han realizado analizando las percepciones sobre el peso corporal han deducido que la mayoría de las culturas del mundo valora más la gordura moderada que la delgadez extrema. El ideal de cuerpo masculino se relaciona frecuentemente con "lo grande" (estructura y musculatura grandes), pero no necesariamente con la gordura. En las mujeres, un mayor peso corporal y unas circunferencias aumentadas han sido considerados como signos de condición sana, salud reproductiva y prosperidad. Este sigue siendo el caso en numerosos entornos culturales. En cambio, en muchos países industrializados, la delgadez en las mujeres ha venido a simbolizar aptitud, éxito, control y atractivo sexual, mientras que la obesidad representa pereza, autoindulgencia y falta de fuerza de voluntad. En general hay más personas obesas en las clases socioeconómicas altas de los países pobres y en las bajas de los países ricos (Bouchard, Perusse, Rice y Rao, 2007).

b) Predisposición individual y biológica que favorece el aumento de peso

Entre los factores individuales que pueden favorecer el aumento de peso encontramos los siguientes: el abandono del consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, tratamiento farmacológico, estados de enfermedad, una disminución importante de la actividad física; y los cambios en las circunstancias personales, sociales y del entorno.

La predisposición biológica depende del sexo y de la edad. Varios procesos fisiológicos contribuyen al aumento del depósito de grasa en las mujeres. Se cree que dichos depósitos son necesarios para asegurar la capacidad reproductiva. Las diferencias en la prevalencia de la obesidad por sexo varían entre poblaciones y grupos étnicos.

Existen periodos críticos que pueden favorecer el aumento de peso. El rebote en la adiposidad alrededor de los 5 a 7 años de edad puede estar asociado con un incremento en el riesgo de sobrepeso en los años siguientes. En la adolescencia, el aumento de la autonomía puede conllevar cambios en el estilo de vida que, combinados con otros cambios fisiológicos, promueven el aumento del depósito de grasa, especialmente en mujeres. El primer periodo de la edad adulta suele estar caracterizado por una marcada disminución de la actividad física, lo que puede causar aumento de peso. El aumento de peso después del embarazo es como mínimo de casi 1kg, aunque el margen a este respecto es amplio. Por su parte, las mujeres menopáusicas son propensas a un aumento rápido de peso.

1.1.2.1. Patrones alimentarios

En el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003), el patrón alimentario definido como *flexible restringido* se asoció con un riesgo menor de aumento de peso, mientras que el patrón *restringido rígido/con desinhibición* periódica se asoció a un riesgo mayor. Un estudio más reciente (Newby, Muller, Hallfrisch, Qiao, Andres y Tucker, 2003), ha demostrado que un patrón alimentario sano (definido como el consumo de una dieta rica en frutas, verduras, lácteos desgrasados y cereales integrales, y pobre en carnes rojas y sometidas a procesado, platos preparados, comida rápida y bebidas gaseosas), se relaciona con un menor aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) y del perímetro abdominal, en comparación con otros cuatro patrones alimentarios (pan blanco, alcohol, dulces, carne y patatas). Dado que los alimentos no se consumen aisladamente, la investigación sobre patrones alimentarios basada en la observación en los escenarios naturales de las comidas puede ser más útil para la comprensión de las causas dietéticas de la obesidad y ayudar a cada persona en el control de su peso.

a) Trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en tres categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimentarios atípicos o trastornos no especificados de otro modo (Fairburn y Harrison, 2003). Se han observado en personas obesas trastornos de la conducta alimentaria que tienen como resultados un consumo excesivo de energía en relación con sus requerimientos. Sin embargo, no queda claro si la obesidad es un resultado o una causa subyacente de dichos trastornos.

Conviene tener en cuenta lo que significa el término de "Trastornos Alimentarios". En general se refiere a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Así, el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, pérdida de peso...) pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida,...). (Ver tabla 1.1).

b) Trastorno alimentario por atracones de comida

Las personas con síndrome de trastorno alimentario por atracón (TAA) se dan atracones de comida, igual que los sujetos con bulimia nerviosa pero, a diferencia de estos, no realizan actividades compensatorias (p. ej., vómitos autoinducidos o abuso de laxantes y diuréticos). La obesidad no está clasificada como un trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, el Trastorno por Atracón (TA), está clasificado dentro del grupo de trastornos de la conducta alimentaria, y éste sí puede derivar hacia la obesidad. En el TAA se dan episodios de sobreingesta compulsiva (atracones). (Ver tabla 1.2).

Tabla 1.1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.e., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tabla 1.2. Características del trastorno por atracón.

1. Comer durante un periodo de tiempo (p.e., durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
2. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (p.e., sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).
3. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 - comer a solas para esconder su voracidad.
 - culpabilidad después del atracón.
4. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, profundo malestar al recordar los atracones.
5. Una media de dos episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.
6. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.e., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

c) Síndrome del comedor nocturno

El síndrome del comedor nocturno (SCN) es un trastorno de estrés, de la conducta alimentaria, del sueño y del ánimo, que se asocia a una función neuroendocrina alterada. Sigue un patrón circadiano característico y responde a un agente que aumenta la función de la serotonina. El SCN es poco frecuente en la población general (1,5%). Está presente en individuos no obesos, aunque es más prevalente en los que sí lo son (Stunkard y Allison, 2003). (Tabla 1.3).

Tabla 1.3. Criterios provisionales del síndrome de atracones nocturnos.

1. Anorexia matinal, incluso aunque el paciente desayune.
2. Hiperfagia nocturna: más del 50% de la ingesta energética diaria se realiza tras la última comida del día.
3. Al menos un despertar cada noche.
4. Consumo de tentempiés en los despertares.
5. Mantenimiento de los criterios provisionales durante 2-3-meses.
6. Los sujetos no cumplen criterios de bulimia nerviosa o trastorno por atracón.

d) Actividad física

La actividad física representa una parte importante del gasto energético diario total. La disminución del gasto de energía debido a una actividad física menor esta considerada de forma general, como uno de los factores que de manera más importante contribuyen a la epidemia global de sobrepeso y obesidad.

Existen pruebas de que una actividad física regular protege contra el aumento de peso, mientras que los estilos de vida sedentarios (trabajos sedentarios y actividades de ocio inactivas, como la televisión, el uso del ordenador o los videojuegos) favorecen el aumento de peso. La mayoría de los estudios que incluyen datos sobre la actividad física recogidos en la fase de seguimiento ha registrado una relación inversa entre la actividad física y el aumento de peso a largo plazo. Los resultados de los estudios prospectivos en los cuales la actividad física se mide desde el inicio y de aquellos realizados sobre intervenciones aleatorias para la reducción de peso, son poco coherentes, probablemente debido al bajo cumplimiento durante periodos prolongados (Fogelholm y Kukkonen-Harjula, 2000). Por tanto, los niveles de actividad física habituales son los que parecen ofrecer cierta protección frente a un aumento de peso perjudicial para la salud, más que la actividad física previa o la adscripción a un programa de ejercicios.

La actividad física influye en la composición corporal (cantidad de grasa, músculo y tejido óseo). Ross y Janssen (2001) evaluaron si la pérdida de peso inducida por el ejercicio se asociaba o no con la correspondiente reducción de la adiposidad total y de la grasa visceral y abdominal, siguiendo un patrón dosis-respuesta. En ensayos, bien controlados, con un incremento de la

actividad física, expresada ésta como la energía consumida por semana, y a corto plazo, las reducciones de la adiposidad total tuvieron lugar según el patrón de dosis-respuesta. Sin embargo, a pesar de que la actividad física se relacionó con la reducción de la grasa abdominal y visceral, no se obtuvieron pruebas suficientes para evaluar la existencia de una relación dosis-respuesta.

La actividad física recomendada como suficiente para prevenir un aumento de peso perjudicial sería, para los adultos, de 30 minutos diarios de realización de una actividad física de intensidad moderada, preferiblemente todos los días de la semana, lo que tiene como objetivo limitar el riesgo de desarrollar varias enfermedades crónicas, incluyendo patologías coronarias y diabetes (*U.S. Department of Health and Human Services: 1996*). Sin embargo, en nuestro entorno actual, esta pauta parece insuficiente para prevenir el aumento de peso o su recuperación, tal y como estipuló el panel de expertos reunidos por la *International Association for the Study of Obesity*. Existen pruebas de que la prevención de la recuperación de peso en individuos anteriormente obesos puede requerir entre 60 y 90 minutos de actividad física de intensidad moderada al día. A pesar de que no existen datos definitivos, parece probable que para prevenir la transición de sobrepeso a obesidad se requieren de 45 a 60 minutos de actividad física moderada diaria, o el equivalente a un nivel de actividad física (NAF) de 1,7 (Saris, Blair, van Baak, Eaton, Davies, Di Pietro, Fogelholm, Rissanen, Schoeller, Swinburn, Tremblay, Westerterp y Wyatt 2003).

1.1.2.2. Predisposición genética

El componente genético de la obesidad y los mecanismos por los que se origina el exceso de grasa ha sido y sigue siendo un motivo de debate permanente. En los últimos tiempos ha aumentado el interés por la genética de la obesidad.

Existe una agregación familiar significativa de muchos fenotipos de obesidad, incluyendo el exceso de masa corporal o porcentaje de grasa corporal, el exceso abdominal total, la grasa subcutánea y visceral, el exceso de grasa gluteofemoral.

Según Rosenbaum y Leibel (1988) se encuentra bien documentado el papel de la herencia en la génesis de la obesidad. La distribución del tejido adiposo, el gasto metabólico basal, la respuesta energética a la sobrealimentación, la actividad lipoprotein-lipasa, la tasa lipolítica basal y las preferencias alimentarias dependen en un 30-40% de la carga genética de nuestros antepasados.

En los estudios realizados con familias se han encontrado, de forma general, niveles de heredabilidad intermedios en los estudios realizados con gemelos y los realizados con hijos adoptados. La experiencia demuestra que los antecedentes familiares de obesidad son muy frecuentes en los pacientes obesos. Así, si el padre y la madre son obesos, el 80% de los hijos lo son también, mientras que solo la presentan el 10% de los hijos cuyos padres no son obesos. No obstante hay muchos autores que opinan que lo que se

“hereda” en estas familias de obesos, más que la alteración metabólica, son los hábitos de mesa.

a) Interacciones entre el genotipo y el ambiente

La obesidad es un trastorno claramente genético en algunos casos poco frecuentes. Cuando la obesidad es causada por un gen inactivado que tiene como resultado la falta de competencia de una proteína que afecta al mecanismo de regulación del balance energético, entonces se puede decir que la obesidad es una alteración de origen genético. En estos casos, el entorno solo tiene un papel permisivo en la gravedad del fenotipo. Es difícil llegar a una conclusión firme sobre el número de casos de obesidad genética, ya que queda por evaluar un gran número de genes en este aspecto. Hasta la fecha, parece que la obesidad genética podría relacionarse con hasta el 5% de los casos de obesidad muy grave (Bouchard et al., 2007).

Los trabajos clínicos realizados por Stunkard, Soresen, Hanis, Teasdale, Chakraborty, Schull y Schulsinger (1986) y Bouchard, Tremblay, Nadeau, Deprés, Theriault, Boulay, Lortie, Leblanc y Fournier (1989) con gemelos homocigotos criados en ambientes distintos nos hacen tener en cuenta la existencia de una predisposición genética a la obesidad sobre la que actuarían factores sociales, educativos o nutricionales.

En suma, la obesidad es un síndrome heterogéneo y multifactorial. En los últimos tiempos ha aumentado el conocimiento de los mecanismos moleculares que regulan la homeostasis de la energía y de la genética de la obesidad. Los genes son determinantes importantes de la susceptibilidad de una persona para aumentar de peso. Sin embargo, dados los niveles epidémicos de obesidad, alcanzados en un corto espacio de tiempo, queda claro que los factores relacionados con el entorno y el estilo de vida desempeñan un papel importante. El cuerpo humano está diseñado para almacenar energía de forma eficiente de cara a los periodos de ayuno, una adaptación que se ha transformado en un problema de salud en la actualidad. Si se mantiene el entorno actual obesogénico, las tasas de obesidad seguirán creciendo. En este contexto, un conjunto de factores culturales y sociales complejos interactúan para crear unas condiciones de vida que favorecen un bajo nivel de actividad física y el consumo de más calorías de las necesarias.

1.1.3. Metabolismo energético

Parece que la regulación energética está controlada por un sistema homeostático que incluye el cerebro y los nervios periféricos. Los mecanismos de la obesidad se relacionan con las vías que enlazan el intestino, la masa adipocitaria y el eje cerebral. El componente del sistema nervioso central en este sistema, es el hipotálamo, que es modulado por péptidos centrales y periféricos para inducir cambios en el comportamiento. Existe un balance entre

los péptidos anabólicos (orexígenos), que estimulan la conducta alimentaria, y los péptidos catabólicos (anorexígenos), que atenúan la ingesta alimentaria.

Se ha de tener en cuenta que hay muchas áreas cerebrales implicadas en la regulación de la alimentación, aunque el hipotálamo parece ser el centro esencial para la obesidad, y por ello, el hipotálamo medial merece una atención particular. El hipotálamo medial se compone de varias áreas que actúan en las otras a través de una regulación hormonal y por neuropéptidos. Las células que contienen galanina llegan al área preóptica medial hacia el núcleo paraventricular y, de aquí, siguen hacia la eminencia media. Esta vía está implicada en el consumo y la oxidación de grasas. Otros centros del hipotálamo medial como el núcleo arqueado, el núcleo paraventricular, el área media preóptica y el núcleo supraquiasmático, también intervienen para controlar la ingesta. Todas estas áreas se ven influidas por diversas hormonas intestinales, por hormonas derivadas del hipotálamo y de otros péptidos (Leibowitz y Wortley, 2004).

a) Termogénesis y obesidad

De manera específica, la obesidad es una enfermedad metabólica o, mejor, del balance energético. Este concepto está basado en la primera ley de la termodinámica, la ley de la conservación de la energía.

El exceso de grasa que define la obesidad es el resultado de un balance positivo de energía. En la obesidad, el total de energía consumida es menor que el total de energía gastada. La regulación de estas dos fuerzas opuestas y, por tanto, del balance energético, se complica debido al planteamiento extendido y erróneo según el cual el gasto energético total depende del peso. Clásicamente, el concepto de balance energético se representa por una simple ecuación: $BALANCE\ ENERGÉTICO = ENERGÍA\ INCORPORADA - ENERGÍA\ LIBERADA$. Sin embargo hay que tener en cuenta que en situaciones de libertad de movimientos (actividad habitual) el balance es muy difícil de medir pues hay una gran variabilidad de la ingesta de un día para otro, siendo, en diferentes momentos, mayor la variabilidad de la ingesta calórica que de la pérdida calórica o energía producida, por lo que una única medida de la ingesta energética (y también de la liberación de energía) es claramente insuficiente para representar el balance real (Soriguer, Esteve y Muñoz, 1994).

b) El gasto energético en reposo

El metabolismo basal ha sido utilizado durante mucho tiempo como prueba diagnóstica a pesar de su escaso valor predictivo en la identificación de enfermedades metabólicas, lo que ha dado lugar a que su significado como expresión de las necesidades de energía de mantenimiento se haya olvidado con frecuencia en la literatura médica (Grande, 1988). Se denomina Tasa Metabólica Basal (TMB) a la actividad metabólica que se precisa para el mantenimiento de la vida y de las funciones fisiológicas del individuo, en condiciones de reposo (no en sueño).

Según Behnke (1953) se ha podido comprobar que la diferencias de TMB inicialmente atribuidas a la edad o al sexo son fundamentalmente debidas a los cambios en la proporción entre la masa grasa y la masa no grasa.

c) Tasa metabólica basal en la obesidad

La obesidad podría explicarse por la menor liberación de energía durante los procesos metabólicos en los pacientes obesos, si estos tuvieran una mayor capacidad para utilizar la energía, pero esta sugerencia provoca controversia entre los especialistas. Aunque los sujetos obesos tienen una TMB mayor que los delgados, hay excepciones individuales importantes. Algunos sujetos obesos tienen un TMB muy baja para los valores teóricos poblacionales que le corresponderían por sexo y edad (Ravussin, Lillioja, Knowler, Christin, Freymond, Abbott, Boyce, Howard y Bogardus, 1988).

1.1.4. Longevidad y obesidad

Ya en la época de Hipócrates se hablaba de la mortalidad de los obesos, se señaló que los obesos presentaban un mayor riesgo de muerte súbita que los delgados. En la medicina contemporánea, las estadísticas de las compañías aseguradoras y los datos actuariales fueron los primeros en indicar que la obesidad se asociaba a un mayor nivel de mortalidad precoz (Sjöström, 1992).

En la actualidad el problema de la mortalidad es primordial en el campo de la obesidad. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud del IMC se basa precisamente en la asociación entre obesidad y mortalidad. Varios estudios epidemiológicos extensos han confirmado esta hipótesis y han demostrado repetidamente un incremento en la tasa de mortalidad precoz en los individuos obesos, así como un mayor número de muertes por diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer (WHO 2000, Solomon y Manson, 1997).

El número de muertes atribuibles al sobrepeso y a la obesidad también se pueden estimar a nivel social. Allison, Fontaine y Manson (1999) utilizaron datos de seis estudios estadounidenses y estimaron que aproximadamente 280.000 muertes al año de adultos en su país, estaban relacionadas con el sobrepeso o la obesidad. Más del 80% de las muertes atribuibles a la obesidad fueron observadas en individuos con IMC de 30kg/m² o más. Recientemente se ha estimado que cada año al menos una de cada trece muertes en la Unión Europea parece estar relacionada con la obesidad (Banegas, López, Gutiérrez, Guallar y Rodríguez, 2003).

1.2. Obesidad

1.2.1. Concepto

a) Concepto

La obesidad se define como el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Es, por lo tanto, un incremento de la cantidad de tejido adiposo del cuerpo. Ha de tenerse en cuenta que un aumento del peso del cuerpo puede no deberse exclusivamente a un incremento de la cantidad de grasa corporal, como por ejemplo sucede en las personas que practican el culturismo, quienes poseen una masa muscular muy desarrollada, y ello se traduce siempre en un aumento de peso, sin que esto indique que se trate de una forma de obesidad. Sin embargo, las personas que llevan una vida muy sedentaria y tienen un desarrollo muscular escaso pueden mantener un peso normal a expensas de un aumento en la grasa corporal (Grande y Keys, 1980).

La obesidad es una enfermedad relacionada con múltiples causas. Desde un punto de vista antropométrico, una persona es obesa cuando su peso es superior al 120% del peso teórico o ideal, de acuerdo con las tablas de peso normal para una población determinada y teniendo en cuenta también la edad, el sexo y la altura del individuo. Si utilizamos el IMC como medida de grado de obesidad, podemos decir que una persona padece sobrepeso o es obesa cuando su IMC es igual o superior a 25kg/m². Estos criterios son los que sigue la OMS y que, en mayo de 1993, fueron adoptados por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO, 1995).

Muchas veces se utiliza el término **sobrepeso** en la bibliografía cuando el IMC se halla comprendido entre 25 y 30kg/m² y **obesidad** cuando es superior a 30kg/m².

b) Medida de la masa grasa

El cálculo del IMC es sinónimo de Índice de Quetelet (IQ). Se trata de la relación P/A^2 en la que P es el peso (en kg) y A es la altura (en m). (ver Formula b.1). La facilidad para calcular este índice y la buena correlación que tiene el porcentaje de tejido adiposo corporal han hecho que, hoy día, el cálculo del IMC se haya adaptado internacionalmente como medida de la obesidad. En la actualidad es el método más ampliamente difundido en la práctica clínica.

Formula b.1:

$$\text{IMC} = \frac{P \text{ (kg)}}{A^2 \text{ (m)}}$$

1.2.2. Clasificación

El *sobrepeso* se relaciona con diversos problemas sanitarios, y la *obesidad* es un menoscabo manifiesto para la salud. Aunque todavía son muchos los profesionales que la interpretan como un problema conductual de falta de autocontrol, la obesidad se caracteriza por generar anomalías en el metabolismo energético y es responsable de numerosas patologías asociadas.

La *obesidad mórbida* va asociada, casi siempre, con patologías comórbidas, lo que conlleva que sea una enfermedad perniciosa que acorta la vida, y se relaciona con numerosos factores, que pueden ser identificados y tratados independientemente. Hoy en día la obesidad es una epidemia que afecta a todos los grupos de edad, a ambos sexos y a todas las razas, en todo el mundo.

Según la característica que se considere, la obesidad se puede clasificar en: anatómica, según la edad de inicio, la etiología, y la magnitud.

Anatómica. Cuando tenemos en cuenta distintas características del tejido adiposo o la distribución regional del mismo en el cuerpo. La distribución regional de la grasa puede valorarse de forma sencilla calculando la relación entre perímetro de la cintura y el de la cadera. Cuando se localiza, de forma predominante, en el abdomen, se denomina *visceral*, abdominal, andrógina o centrípeta, y suele acompañarse de complicaciones metabólicas y/o vasculares, aunque el sobrepeso no sea muy importante, se asocia a un mayor riesgo de complicaciones y cuando se localiza en la zona de la cadera se denomina *periférica*, de cadera, ginoide o centrífuga, que presenta un menor riesgo (Krotkiewski, Björntorp, Sjostrom, Smith 1983).

Según el número de adipocitos. A nivel celular podemos considerar las obesidades como *hiperplásicas* cuando hay un aumento del número de células. Está asociada a la aparición de la obesidad en las épocas de crecimiento y tienen un efecto mayor de riesgo. *Hipertróficas* cuando lo que aumenta es el tamaño celular, con una más fácil reversibilidad de la obesidad (Hirsch, Batchelor, 1976).

Edad de inicio. La obesidad puede iniciarse a cualquier edad. La existencia de la misma durante el primer año de vida no predice de forma necesaria la posibilidad de ser obeso durante la vida adulta. Un segundo periodo de aparición de la obesidad se sitúa entre los 4 y los 11 años. A esta edad puede haber un aumento progresivo de peso hasta superar el límite máximo considerado normal para la edad. Habitualmente, esta obesidad progresiva persiste durante toda la vida y se acompaña de hiperplasia de los adipocitos. La pubertad es una época proclive para el comienzo de la obesidad, en especial en el sexo femenino. En este tipo de obesidad puberal la edad de la menarquia suele ser menor a la de las adolescentes no obesas. Cuando la obesidad comienza en la edad adulta suele ser desde la pubertad. Los primeros años de la edad adulta son muy importantes, tanto para los hombres como para las

mujeres. En estas últimas los embarazos son cruciales para la aparición o no de la obesidad. En el caso de los hombres el inicio de la actividad laboral junto con un cambio en el estilo de vida orientado a un mayor sedentarismo son determinantes para el inicio de la obesidad. Menos de la tercera parte de los adultos obesos fueron niños que sufrieron de obesidad.

Magnitud. Medida por el porcentaje de sobrepeso, o por el IMC. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una **clasificación** cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el IMC, que es el índice más difundido tanto en la clínica, como en la realización de estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. (Ver tablas 1.4 y 1.5).

Tabla 1.4. Clasificación del IMC según la OMS (Organización Mundial de la Salud).

IMC	OMS	DESCRIPCIÓN CLINICA
18,5-24,9	Normal	Normal
25- 29,9	Grado 1 de Sobrepeso	Sobrepeso
30- 39,9	Grado 2 de Sobrepeso	Obesidad
> 40	Grado 3 de Sobrepeso	Obesidad Mórbida

Tabla 1.5. Clasificación de la SEEDO (2000).

IMC	DESCRIPCIÓN CLINICA
18,5-24,9	Normopeso
25 – 26,9	Sobrepeso Grado I
27 – 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)

Etiología. La etiología es diversa y puede atender a factores genéticos, endocrinológicos, hipotalámicos (o centrales) inducidos por fármacos, psicológicos, sociales, etc. (Hirsch y Batchelor, 1976; Bray, 1992). También se considera que puede ser inducida por inactividad de origen social, laboral, limitación física o excesivo aporte por una dieta inadecuada en cantidad, composición, distribución, etc. (Ravussin, Lillojia, Anderson, Christin y Bogardus 1986). (Ver tabla 1.6).

Tabla 1.6. Clasificación etiológica de la obesidad.

<p><i>Obesidades genéticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Obesidad "esencial" con predisposición genética Síndromes congénitos que cursan con obesidad <ul style="list-style-type: none"> De Prader- Willi De Alström De Bardet- Biedl De Cohen De Carpenter
<p><i>Obesidades neuroendocrinológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Obesidad Hipotalámica Obesidad ovárica (síndrome de Stein- Leventhal) Obesidad con hiperinsulinemia (diabetes mellitus tipo 2) Síndrome de Cushing Hipotiroidismo
<p><i>Obesidades por inactividad física</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dependientes de la edad Forzosa (postoperatoria) Relacionada con un estilo de vida sedentario
<p><i>Obesidades por desequilibrio nutricional o ingesta exagerada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ingesta de alimentos con un elevado contenido de grasas saturadas Polifagia Costumbre de "picar"
<p><i>Obesidades inducidas por medicamentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Glucocorticoides Estrógenos (anticonceptivos orales) Antidepresivos tricíclicos Fenotiacinas Hidrácidas Supresión de la nicotina (dejar de fumar)
<p><i>Obesidades relacionadas con aspectos socioculturales</i></p>
<p><i>Obesidades "reactivas" a situaciones emocionales conflictivas</i></p>

1.2.3. Patologías asociadas a la obesidad

a) Patologías médicas asociadas.

A continuación se presenta un listado de las patologías médicas más usuales relacionadas con la obesidad (tabla 1.7). (Buchwald, 2005).

Tabla 1.7. Patologías médicas asociadas.

-
- Hipertensión
 - Dislipidemia
 - Diabetes e intolerancia a la glucosa
 - Enfermedad cardíaca y enfermedad vascular periférica
 - Asma
 - Apnea de sueño
 - Síndrome de obesidad-hipoventilación
 - Enfermedad de los discos y la columna vertebral
 - Artrosis periférica
 - Colelitiasis
 - Enfermedad por reflujo gastroesofágico
 - Transformación grasa, cirrosis y hepatocarcinoma
 - Seudotumor cerebral y síndrome del túnel carpiano
 - Dermatitis intertriginosa
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo
 - Trastornos endocrinos y de reproducción en la mujer
 - Trastornos endocrinos y de reproducción en el varón
 - Otros carcinomas
-

b) Patologías psicológicas asociadas.

Además de las implicaciones sociales y económicas de la obesidad, y de la evidente carga psicosocial diaria que soportan los obesos, la prevalencia de depresión clínica es alta, en especial entre las mujeres obesas (NAASO: The North American Association for the Study of Obesity, Sept 1998 y Oct 2000). Las adolescentes y las mujeres jóvenes son particularmente sensibles a padecer depresión grave. Más del 50% de las mujeres que solicitan cirugía bariátrica han recibido antidepresivos con anterioridad.

La tabla 1.8 muestra los problemas psicológicos que se presentan de forma más frecuente.

Tabla 1.8. Patologías psicológicas asociadas.

-
- Pérdida de autoestima y confianza en uno mismo
 - Falta de habilidades sociales
 - Presencia de índices altos de depresión
 - Presencia de índices altos de ansiedad
 - Baja calidad de vida
 - Dificultades en la vida diaria
-

Tradicionalmente, la perspectiva del médico y su concepto de resultado positivo se basaba en la pérdida de peso y, más recientemente, en la mejora de las patologías asociadas a la obesidad. Sin embargo, la perspectiva del paciente y

su noción de resultado satisfactorio casi siempre se han centrado, y siguen haciéndolo, en la mejora de la calidad de vida y la disminución de la discriminación (Dixon y O'Brien, 2002). Por ello, es importante disponer de instrumentos que faciliten una evaluación completa que ayude a mejorar las patologías comórbidas asociadas a la obesidad, tanto las físicas como las psicológicas. Con ello habría un mayor acercamiento a lo que propone la Organización Mundial de la Salud como definición de calidad de vida, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo de ausencia de enfermedad.

1.3. Estudios epidemiológicos

1.3.1. Obesidad como enfermedad

En el año 2001 el *Centro para el Control y Prevención de Enfermedades* contactaron con el *Centro de Servicios Médicos de los Seguros de Enfermedad (CMMS)*, para pedir que modificara la terminología en el Documento Nacional de Cobertura, de modo que se viera reflejada la dimensión de la amenaza que constituía la obesidad (Brechner, Farris, Harrison, Tillman, Salive, Phurrough, 2005). El 15 de Julio de 2005, el Secretario de Salud, Tommy Thompson, indicó que el CMMS debería borrar el enunciado "la obesidad no es una enfermedad" en el manual CMS. Este es quizá el primer reconocimiento gubernamental en la historia de nuestra sociedad de que la epidemia de la obesidad no es solo un fenómeno cultural sino, más bien, una epidemia derivada de mecanismos de supervivencia ciertamente inadecuados.

La OMS empezó a dar la voz de alarma en los años 90 (WHO, 2002). El termino *globesity* se acuñó para advertir de que entre 1995 y 2000, el número de adultos obesos se había incrementado en una cifra situada entre los 200 y los 300 millones de personas en todo el mundo. Se estimó que al menos 115 millones de adultos sufren problemas relacionados con la obesidad, especialmente diabetes tipo 2, enfermedad cardiaca y tumores relacionados con la obesidad.

La comprensión de la obesidad está todavía en su fase inicial. Uno de los problemas para poner solución a ello es la falta de atención general que se le presta. Incluso en la comunidad médica, muchos círculos no reconocen la obesidad como algo más que el resultado de una simple falta de autocontrol. (Ikramuddin, 2009). Todavía hoy, algunos informes manifiestan esta simplificación de la noción de obesidad (Kelner y Helmuth, 2003).

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y

entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008: 1500 millones de adultos a partir de los 20 años tenían sobrepeso. De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

1.3.2. Prevalencia de la obesidad

En nuestra sociedad del siglo XXI, la obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública. En la última década la obesidad ha aumentado un 50 %, afectando a 350 millones de personas en 2004, frente a los 200 millones de 1995, según el *International Obesity task Force* (IOTF).

a) Medición de la obesidad en los estudios epidemiológicos

La obesidad ha sido reconocida como un importante problema nutricional y de salud en la mayoría de los países industrializados, no obstante, hasta ahora no se han llevado a cabo estudios homologados y estandarizados en estos países que permitan comparar sus tasas de exceso de peso y obesidad. Esto dificulta la posibilidad de definir la magnitud del problema. La elección de una definición epidemiológica es muy importante y, en ese sentido, en la primera conferencia internacional sobre el control de peso, celebrada en Montreux, Suiza (1985), se llegó a la conclusión que la definición más simple y aceptada del peso ideal venía determinada por la fórmula del IMC.

b) Epidemiología de la obesidad en España y otros países

Los costes para la salud y la esperanza de vida en años para las personas que padecen obesidad, son alarmantes (Stunkard y Wadden, 1993). La esperanza de vida en personas de 20 años con IMC de 45 es de 13 años menor para los hombres de raza blanca y 20 años menor para los afroamericanos, comparados con los hombres de peso normal. Estos efectos eran algo menores para las mujeres blancas, que se disminuye en 8 años y para las afroamericanas en 5 años (Fontaine, Redden, Wang, Westfall y Allison 2003).

Seidell y Deerenberg (1994), a partir de una compilación de datos sobre obesidad en grupos de población entre 35 y 65 años de edad de diferentes países europeos principalmente procedentes del proyecto MONICA de la OMS, concluyen que existe una gran variabilidad en la prevalencia de la obesidad de unos países a otros, sobre todo en las mujeres. Según los datos de este estudio, realizado en zonas geográficas limitadas de una serie de países con el objetivo de analizar y comparar los factores de riesgo cardiovascular, se observa que en Europa la máxima prevalencia de obesidad (personas con un IMC > 30) en dicha población, se haya en la isla de Malta. Los países del Este

tienen cifras de obesidad superiores al 20%, en tanto que en el Norte de Europa (exceptuando Finlandia) obtienen prevalencias inferiores al 15%. En los países del Este y los mediterráneos las diferencias de obesidad entre sexos son mucho más acusadas. *España* presenta en este estudio una prevalencia del 17% (que puede considerarse intermedia) y que coincide con la obtenida en los estudios realizados en Cataluña para este grupo de edad. El criterio para definir la obesidad en este trabajo fue considerar un IMC >27. Estos estudios permiten situar la prevalencia de obesidad en España en un punto intermedio entre los países del Norte de Europa, Francia y Australia con las proporciones más bajas que en Estados Unidos y los países del Este europeo.

En España se han llevado a cabo estudios epidemiológicos en distintas comunidades autónomas, destacando los llevados a cabo en Cataluña, en el País Vasco, en la Comunidad Valenciana y en Madrid. Un reciente metanálisis de estos cuatro estudios realizado por Aranceta, Pérez, Serra, Ribas, Quiles, Vioque y Foz (1998), denominado estudio SEEDO'97, obtuvo como resultado una prevalencia global de obesidad en España del 13,4% (11,5% en hombres y 15,2% en mujeres), aumentando con la edad y en personas con bajo nivel educativo. Además el estudio mostró que existían 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.

Teniendo en cuenta los estudios de Aranceta, Serra, Foz, Moreno y Grupo Colaborativo SEEDO (2005), en casi todos los estudios realizados en España, en población adulta, 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 de edad, destacando que 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.

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 procedente 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.

El problema de la obesidad en España conlleva que se considere de primer orden en la salud pública y sobre el que es conveniente actuar desde un prisma multidisciplinar.

1.3.3. Datos sobre obesidad infantil

Cada vez es más frecuente la poca atención que se pone en los hábitos de calidad de vida de los niños y jóvenes. Los alarmantes datos en cuanto a prevalencia de obesidad y sobrepeso en la infancia, hace que haya una

preocupación por querer abordar el problema de la obesidad, desarrollando programas de intervención temprana de la enfermedad, y no dejar que los años transcurran. En la asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refirió a la obesidad y al sobrepeso como la "nueva epidemia del siglo XXI", al tiempo que presentaba la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* (2004).

La OMS (2010) calcula que existen entre 35 y 43 millones de niños obesos en el mundo. Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso se han convertido en el quinto factor de riesgo para la salud, al aumentar la vulnerabilidad a padecer otros trastornos graves como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, pero también se asocia con el padecimiento de trastornos psicológicos y psicosociales, como baja autoestima, depresión o rechazo social, contribuyendo todo ello a mermar de manera considerable la calidad de vida de los niños con problemas de sobrepeso u obesidad.

En España, esta alteración es aún más alarmante si se tiene en cuenta que es uno de los países europeos con una mayor prevalencia de este problema de salud en la población infantojuvenil. Según los datos publicados en la *Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil* del Ministerio (2009), indican que casi el 14% de los niños y adolescentes entre 2 y 24 años presentan obesidad y que algo más del 26% de las personas de dichas edades presentan sobrepeso. Todo esto se traduce, además de en importantes costes para el desarrollo vital y la calidad de vida de dicha población, en un considerable gasto sociosanitario, al suponer el 7% del presupuesto sanitario total o, lo que es lo mismo, alrededor de 2500 millones de euros anuales.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), habla de que: "uno de cada tres jóvenes (españoles) de edades comprendidas entre los 13 y 14 años tiene sobrepeso". Las edades más vulnerables se corresponden con las etapas de la adolescencia y de la juventud temprana, cuando aún no se ha completado su desarrollo, ni a nivel biológico ni a nivel psicológico.

Según datos de la OMS la prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. De hecho en España, según datos del 2009, el 27,6 % de la población infantil presenta sobrepeso u obesidad, siendo uno de los países de Europa con mayor prevalencia de obesidad infantil. En EEUU se estima que uno de cada tres adultos será diabético en el 2020, y entre las clases más desfavorecidas 1 de cada 2.

Tiempo atrás se consideraba que el sobrepeso y la obesidad eran un problema propio de los países de ingresos altos o desarrollados, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en

particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones más que la insuficiencia ponderal (bebés y niños/as con bajo peso). Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

a) Prevención

Cuando se comienza a observar anomalías en el peso o en la forma de comer del niño, se debe acudir al especialista y no permitir que pasen los años. En caso de no darle la importancia que hace falta para hacer frente a este mal del siglo XXI, los niños con obesidad y sobrepeso serán propensos a seguir siendo obesos en su edad adulta, por tanto, corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes, y no sólo eso, sino que tienen mayor riesgo de sufrir estas enfermedades a edades más tempranas. Por tanto, se debe seguir insistiendo sobre el tema, desde un enfoque global, puesto que es un problema que afecta tanto a educadores, como a padres y a profesionales sanitarios.

b) Posibles soluciones

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha puesto en marcha medidas para paliar esta situación, como es la Estrategia NAOS, principalmente dirigida a la promoción de la actividad física y la adquisición de hábitos nutricionales saludables en la población. Para ello ha editado en colaboración con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), la guía: Manual de alimentación de tus niños y niñas.

La actitud de los profesionales es fundamental, la disposición de los pediatras para actuar frente a la obesidad es elevada, y la consideran un problema importante, que necesita una acción desde el punto de vista sanitario. A pesar de ello los pediatras y otros profesionales sanitarios la identifican y actúan sobre ella en la mitad de los casos. Eso sin contar que se encuentran con otro tipo de barreras como pueden ser el sistema sanitario (falta de acceso a expertos, falta de tiempo, ausencia de materiales educativos, o falta de la colaboración de otros profesionales) y las barreras sociales: hábitos sedentarios, escasa incorporación de los padres al tratamiento, falta de motivación del niño, y fácil acceso a la publicidad de algunos alimentos y bebidas.

1.4. Aspectos médicos y psicológicos de la cirugía bariátrica

1.4.1. Cirugía bariátrica

El aumento de la prevalencia de la obesidad ha dado lugar a un drástico aumento en el número de procedimientos bariátricos, realizados para ayudar a las personas a perder peso y mejorar las patologías comórbidas asociadas. Según datos de la *American Society for Bariatric Surgery* (ASBS), en 2001 se realizaron aproximadamente 47.000 intervenciones bariátricas, mientras que el número programado para 2005 era de 180.000. El tratamiento perioperatorio adecuado para estos pacientes es esencial para asegurar resultados eficaces y esto requiere estar familiarizado con las consecuencias fisiopatológicas de la obesidad y su influencia en el tratamiento quirúrgico y con los posibles problemas asociados a cada procedimiento bariátrico.

Se ha demostrado que los cambios en el estilo de vida, las modificaciones conductuales y las dietas, solas o combinadas, son en su mayor parte ineficaces, y los resultados del tratamiento farmacológico de la obesidad mórbida han sido en general limitados, la combinación de anfetaminas fentermina y fenfluramina suprime el apetito, sin embargo estos fármacos fueron retirados del mercado por la *Food and Drug Administration* de EE.UU. por su asociación con complicaciones cardíacas y pulmonares significativas. En contraste, la cirugía de la obesidad ha logrado resultados positivos en el control a largo plazo de la obesidad, aunque no sin puntuales fracasos (Steinbrook, 2004). Es a partir de la evolución de los tratamientos y de la valoración de los fracasos, lo que ha hecho patente la necesidad de comprender los mecanismos de la obesidad. De todas formas el poder conocer las causas de la obesidad de cada paciente facilitará, en último término, la consecución de tratamientos satisfactorios.

Es interesante que algunos estudios indiquen que las patologías asociadas mejoran o incluso remiten mucho antes de que se haya alcanzado la pérdida de peso fijada. Los datos muestran que ciertas mejoras en pacientes diabéticos pueden no deberse simplemente a la restricción alimentaria, sino relacionarse con la desviación de las trayectorias intestinales, como sucede después de una derivación gástrica (Pories, Swanson, Mac Donald, Long, Morris, Brown, Barakat, de Ramon, Israel y Dolezal, 1995). La comprensión de los motivos por los cuales la cirugía bariátrica funciona nos permitirá saber porque ocurre la obesidad mórbida. El balance metabólico de la ingesta alimentaria y el gasto energético facilitan la homeostasis de peso en los individuos no obesos, mientras que la regulación inadecuada o el fallo en las hormonas clave (p.e., leptina, resistina, colecistocinina, grelina) inhiben la apropiada selección del tipo y la cantidad de alimento en los obesos y afectan sus esfuerzos para dedicarse a una actividad con gasto energético. Los procedimientos de la cirugía bariátrica suministran un excelente modelo de estudio de la pérdida de peso extrema, ya que usa una gama de reajustes anatómicos que va desde la simple restricción a la derivación intestinal para procesos malabsortivos.

1.4.2. Tratamiento quirúrgico

Se dispone de evidencias de que la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz a largo plazo respecto a otras medidas convencionales en el tratamiento de la obesidad mórbida, reduciendo de manera significativa las comorbilidades asociadas a la obesidad (Maggard, Shugarman, Suttorp, Maglione, Sugerman, Livingston, Nguyen, Li, Mojica, Hilton, Rhodes, Morton y Shekelle, 2005).

Según el documento de consenso entre la SEEDO (2000) y SECO, existe unanimidad en que las indicaciones deben quedar limitadas a sujetos con $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ o $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ en presencia de comorbilidades mayores, pero también ha de asumirse ciertos requisitos de estabilidad psicológica y compromisos para el seguimiento por parte del paciente para garantizar un éxito a largo plazo. Se ha de tener en cuenta que esta aproximación terapéutica, tremendamente compleja y no exenta de riesgos, debe comportar la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar, así como establecer los requisitos mínimos acerca de la idoneidad de los equipos e instalaciones quirúrgicas que garanticen, dentro de lo posible, una baja tasa de morbilidad ($< 10\%$) y de mortalidad ($< 1\%$) anuales (Rubio, Martínez, Vidal, Larrad, Salas-Salvadó, Pujol, Díez y Moreno, 2004).

Actualmente existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad mórbida, que se pueden agrupar en 3 categorías:

a) Técnicas restrictivas.

Se incluyen la *gastroplastia vertical anillada* (GVA) y la *banda gástrica ajustable*. La GVA es una técnica que actualmente se encuentra en desuso debido a la mala calidad de vida de un alto porcentaje de los pacientes y a que los resultados a largo plazo son modestos, precisando reconversiones de la cirugía en más del 30% de los sujetos (Baltasar, Bou, Arlandis, Martínez, Serra, Bengochea y Miró 1998; Arribas del Amo, Aguilera, Elia, Artigas y Martínez, 2001). La colocación de una banda gástrica mediante abordaje por vía laparoscópica permite reducir el número de complicaciones, pero los resultados sobre el peso corporal a largo plazo son similares al GVA. Las técnicas restrictivas sólo estarían justificadas en casos muy seleccionados, con IMC entre 35-40 kg/m^2 y con alto nivel de comprensión para adaptarse a las rígidas exigencias que esta modalidad quirúrgica implica.

Recientemente se está implantando una nueva técnica restrictiva, la *gastrectomía tubular* (*sleeve gastrectomy*), que consiste en la realización de

una gastrectomía longitudinal paralela a la curvatura menor gástrica. La capacidad gástrica residual es de 2 a 4 veces mayor que en las otras técnicas restrictivas, lo que permite una mejor calidad alimentaria, con pérdidas de pesos similares o mayores (Almogly, Croques y Anthone, 2004; Roa, Kaidar-Person, Pinto, Cho, Szomstein y Rosenthal, 2006).

Esta cirugía, realizada por laparoscopia, podría tener su indicación en situaciones de alto riesgo quirúrgico, también como una alternativa de cirugía en dos tiempos para aquellos sujetos con IMC > 60 kg/m, o incluso como una aproximación óptima en ancianos o en adolescentes. Esta técnica permite, si el caso lo requiere, proceder a realizar en un segundo tiempo un *by-pass* gástrico o una derivación biliopancreática, tipo cruce duodenal. Aunque los primeros resultados son alentadores, de momento se desconoce su efectividad a largo plazo y queda, por tanto, pendiente de evaluación futura.

b) Técnicas mixtas.

Con componente restrictivo y malabsortivo, están representadas por el ***by-pass*** gástrico, que es actualmente ***la técnica de referencia en cirugía bariátrica***. Esta técnica permite que el sujeto tenga buena calidad de vida, con pérdidas notables de peso mantenidas a largo plazo (60-75% del exceso de peso) (Brolin, 2001). El acceso por vía laparoscópica, en manos experimentadas, ha permitido incrementar la oferta de este tratamiento a sujetos con obesidad mórbida, con reducción de la estancia media y la práctica desaparición de las complicaciones (Podnos, Jiménez, Wilson, Stevens y Nguyen, 2003).

c) Técnicas malabsortivas.

Son aquellas indicadas en sujetos con IMC > 45 kg/m, ofreciendo buena calidad de vida, con pérdidas importantes de peso a largo plazo (70-85% del exceso de peso), pero con un coste metabólico importante originado por deficiencias nutricionales serias que hay que vigilar de cerca. Desde las descripciones clásicas de las derivaciones biliopancreáticas de Scopinaro, en nuestro país se están introduciendo variantes técnicas que contribuyen a minimizar en gran medida las complicaciones nutricionales (Baltasar, 2004).

1.4.2.1. By-pass gástrico

La intervención quirúrgica de la obesidad mórbida combina restricciones en el tamaño del reservorio gástrico con derivaciones intestinales que reduzcan la superficie absorptiva (intervención mixta). El prototipo es el *by-pass* gástrico que fue desarrollado inicialmente por Mason. La técnica consiste en la confluencia de dos canales (biliopancreático y alimentario) sobre uno común que continúa hasta el colon. 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. La longitud de cada trayecto es importante de cara al impacto nutricional en el paciente y, en definitiva, del 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.

Las complicaciones son numerosas como técnica quirúrgica de alto riesgo que es. Las *complicaciones quirúrgicas* más frecuentes e inherentes a la propia cirugía bariátrica incluyen la dehiscencia de suturas, úlcera marginal, comunicación gastrogástrica, estenosis de la anastomosis gastroyeyunal o eventración (25-50%) en cirugías abiertas. Entre las *complicaciones médicas* se encuentran los vómitos, diarreas, síndrome de dumping y aquellas relacionadas con la malabsorción de proteínas y vitaminas. Por ello, el seguimiento de las pautas alimentarias y la suplementación diaria de complejos de vitaminas y minerales (en especial hierro, calcio, y vitaminas B12 y D) deben conformar parte de la educación nutricional que necesariamente deben recibir estos pacientes tras la cirugía y la monitorización analítica periódica para ajustar los tratamientos (Bloomberg, Fleishman, Nalle, Herron y Kini, 2005). Y referente a las *complicaciones psicológicas* en ocasiones pueden presentarse trastornos depresivos (WHO, 1998), y desde mi experiencia profesional he observado que también pueden presentarse además de crisis de ansiedad, nuevos miedos, y estados eufóricos al inicio del postoperatorio, debido al bienestar que experimentan.

Todos los tipos de cirugía consiguen mejorar o resolver las principales comorbilidades asociadas a la obesidad, de una manera proporcional a la complejidad de la técnica empleada. Como consecuencia de esta mejoría, es esperable que la cirugía bariátrica comporte una disminución en las tasas globales de mortalidad cuando se comparan sujetos de la misma edad, sexo e IMC, no intervenidos. No obstante, y a pesar de los resultados observacionales, se requieren estudios comparativos entre sujetos intervenidos y un grupo control, como el estudio SOS (*Swedish Obese Subjects*: Karlsson, Sjostrom y Sullivan, 1998), que determinen si la cirugía ofrece una mejoría tanto en calidad de vida como en la supervivencia de los obesos mórbidos a largo plazo.

1.4.3. Selección de pacientes para cirugía bariátrica

La decisión de operar a un paciente está generalmente determinada por cuatro variables: la gravedad de la enfermedad subyacente, la urgencia con la cual esta enfermedad debe ser tratada, la probabilidad de un buen resultado de la cirugía y los riesgos asociados al procedimiento quirúrgico. La selección de pacientes para la cirugía bariátrica es particularmente delicada debido a la gran cantidad de situaciones que pueden plantear estas variables (Santry, Alberdy y Prachand, 2009). En suma, la selección de pacientes para cirugía bariátrica plantea más retos que la selección en otros ámbitos de la cirugía, debido a la enfermedad subyacente, a su tratamiento y a que los resultados de este no son fácilmente predecibles (Gawande, 2001). Pero la gravedad de la obesidad

mórbida no solo se predice en función del peso real del paciente, sino también por la presencia de enfermedades concomitantes, la posibilidad de que otras enfermedades se desarrollen si la obesidad persiste, y los deterioros psicológicos y de calidad de vida asociados a la obesidad (Allison, Fontaine, Manson, Stevens y VanItallie, 1999; y Sullivan, Sullivan y Kral, 1987).

Más allá de la pérdida de peso absoluta, la definición de éxito también debe considerar la mejoría o la resolución de enfermedades asociadas y la presunta prevención de enfermedades futuras, así como la mejoría en la calidad de vida. Además, el éxito no sólo debe ser el resultado de las habilidades técnicas del cirujano, sino también de la capacidad del paciente de adaptarse a los cambios en el estilo de vida derivados de la cirugía y de cumplir con los comportamientos necesarios para mantener el peso perdido. La cirugía bariátrica ha sido calificada de "cirugía del comportamiento", en la cual el resultado satisfactorio requiere más educación pre y postoperatoria del paciente que cualquier otra cosa (Kral, 2001).

1.4.3.1. Criterios de selección

En la actualidad, los criterios de selección más ampliamente aceptados para la cirugía bariátrica por parte de los clínicos y de los aseguradores son los propuestos por el *Consensus Development Conference Statement on Gastrointestinal Surgery for Severe obesity* de los *National Institutes of Health* (NIH) (1991).

La publicación reciente de las guías de la *Consensus Conference* de 2004 actualiza las recomendaciones para la cirugía bariátrica y establece estándares razonables de selección de pacientes (Buchwald, 2005). "En última instancia, el mejor y más determinante indicador para la cirugía bariátrica es la decisión para cada caso individual tomada por un cirujano bien informado y experimentado" (Cowan, Hiler y Buffington, 1999). En la tabla 1.9 se muestran los criterios propuestos por la SEEDO (2007).

Tabla 1.9. Criterios de selección de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. SEEDO 2007.

1. Edad 18-60 años.
2. El IMC del paciente es:
 - Superior a 40.
 - Entre 35 y 40, con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal.
 - Entre 35 y 40, con limitaciones funcionales debidas al tamaño corporal o alteraciones articulares.
3. Evolución de la obesidad mórbida >5 años.
4. Fracasos continuados a tratamientos convencionales supervisados.
5. Ausencia de trastornos endocrinos que sean la causa de la obesidad mórbida.
6. Estabilidad psicológica: a) ausencia de abuso de alcohol o drogas y b) ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (BN).
7. Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.
8. Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
9. Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía.
10. Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).
11. Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año postcirugía.

1.4.3.2. Criterios psicopatológicos

Una vez que el paciente haya satisfecho todos los requerimientos para la cirugía, el candidato ideal desde un punto de vista psicosocial será aquel sin antecedentes de psicopatología grave, con un entorno con pocos factores estresantes, recursos para el manejo de situaciones adversas, alta motivación, comprensión adecuada del proceso quirúrgico, buen funcionamiento cognitivo y social, y apoyo sociofamiliar. Los criterios psicológicos para la selección de candidatos son más difíciles de interpretar que los criterios médicos. La mayoría de los cirujanos están, en general, bien formados en lo que respecta a las enfermedades médicas concomitantes que afectan a los resultados de la cirugía, pero normalmente no están tan familiarizados con las complejidades inherentes al diagnóstico y a los tratamientos psicológicos. Es muy recomendable realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica independiente puesto que el tratamiento satisfactorio de los problemas psicológicos ha demostrado ser un indicador predictivo de éxito (Clark, Balsiger, Sletten, Dahlman, Ames, Williams, Abu-Lebdeh y Sarr, 2003). Dichos autores consideran que en la evaluación se ha de tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Trastornos del eje I

Cualquier trastorno del eje I diagnosticado por primera vez debe ser evaluado y tratado a fondo bajo la supervisión de un psiquiatra durante al menos 1 año, antes de la reevaluación de cara a la cirugía. Cualquier paciente al que se le haya diagnosticado ideación suicida, debe estar libre de tales ideas durante por lo menos 1 años antes de ser nuevamente considerado como candidato a cirugía. La depresión mayor bien controlada, el trastorno bipolar y la esquizofrenia no impiden la cirugía. Sin embargo, los futuros pacientes deben demostrar que han sido tratados de forma efectiva y que están capacitados -en forma de compromiso personal, seguimiento psiquiátrico, consejo psicológico, y soporte social-, para continuar con el tratamiento después de la cirugía de pérdida de peso.

b) Abuso de sustancias

El abuso activo de sustancias o el alcoholismo, diagnosticados en la evaluación psicológica, deben ser considerados como contraindicación absoluta a la cirugía. Las manifestaciones conductuales de estos trastornos no son compatibles con el estilo de vida postquirúrgico de estos pacientes. Los pacientes con antecedentes de algunos de estos trastornos deben ser cuidadosamente reevaluados.

Es obligatorio al menos 1 año sin consumir drogas o alcohol antes de reconsiderar la cirugía en estos pacientes. Las intervenciones realizadas en el pasado para el control de estos trastornos adictivos deben estar bien documentadas, incluidas cartas de médicos que avalen la posibilidad de mantener el control de estos a la hora de hacer frente al importante estrés fisiológico y emocional que conlleva la cirugía de pérdida de peso.

c) Trastorno de la conducta alimentaria

La anorexia activa (rara aunque compatible con un peso corporal muy elevado) y la bulimia, deben ser consideradas como contraindicaciones absolutas a la cirugía. Un componente destacado del resultado satisfactorio de la cirugía implica el control del tipo de alimentos consumidos y del tamaño de las porciones. Los pacientes con anorexia activa y con bulimia no pueden cumplir con estos requisitos. Por otra parte, al igual que en los trastornos psiquiátricos mayores y que en los trastornos adictivos, un antecedente de trastorno de la conducta alimentaria no puede contraindicar absolutamente la cirugía. También en estos casos debe existir documentación completa de un psiquiatra o de un psicólogo que haya seguido al paciente, que establezca que los síntomas psiquiátricos y conductuales de anorexia y bulimia están controlados. El paciente debe ser declarado capaz de satisfacer los requisitos de alimentación necesarios para la intervención quirúrgica.

d) Trastornos psiquiátricos leves

Los pacientes en los que se estima que pueden padecer trastornos psiquiátricos leves, tales como distimia o atracones de comida, deben ser evaluados de forma individual. Los pacientes con estos trastornos que posean mecanismos adecuados para sobrellevar estas situaciones adversas que cuenten con un adecuado apoyo social, suelen adaptarse bastante bien después de la cirugía. Estos pacientes pueden cumplir con los requisitos de estilos de vida postquirúrgicos y continuar con su seguimiento. Sin embargo, se debe ser especialmente cauto al observar si los signos de estos trastornos evolucionan, de forma que puedan dar lugar a trastornos psiquiátricos mayores que requieran un tratamiento de psicoterapia.

e) Víctimas de abuso sexual o físico previo

Los datos han demostrado que el antecedente personal de haber sido víctima de abusos, especialmente de tipo sexual, está correlacionado con el desarrollo de la obesidad. Todos los pacientes deben ser interrogados sobre antecedentes al respecto. Las secuelas psicosociales deben ser evaluadas concienzudamente y tratadas antes de valorar la posible cirugía.

De ahí la importancia del conocimiento de los posible trastornos psicológicos que puedan presentar los candidatos para poder abordar de la manera más eficaz el tratamiento postoperatorio, adecuando las diferentes fases del mismo a la complejidad o no del cuadro psicológico del paciente.

1.4.3.3. Criterios conductuales

Brolin señala que "la estabilidad psicológica del futuro paciente debe ser evaluada, en particular, en lo que hace referencia a voluntad de adaptarse a los efectos postoperatorios permanentes de la restricción gástrica y de la malabsorción" (Brolin, 2001, 2002). Tres de los criterios que sugiere dicho autor para la estabilidad psicológica son:

- 1) Conocimiento básico de cómo la cirugía de la obesidad produce pérdida de peso.
- 2) Comprensión de que la cirugía por sí misma no garantiza la pérdida de peso.
- 3) Cumplimiento con el seguimiento postoperatorio.

a) Valoración y función cognitiva

La valoración se refiere a la comprensión de los pacientes del proceso quirúrgico, los potenciales efectos negativos de la cirugía, la pérdida de peso esperada, y la dieta y el estilo de vida postquirúrgicos. Algunos autores han sugerido que los individuos con una capacidad intelectual limitada, como los que padecen retraso mental o analfabetos, no deben ser considerados aptos para una cirugía de pérdida de peso, ya que no pueden valorar adecuadamente

el proceso y los resultados de la misma. A pesar de que no se requiere una prueba formal del cociente intelectual, un futuro paciente debe ser capaz de demostrar al cirujano, al equipo psiquiátrico y al trabajador social, que entiende por qué es candidato a la cirugía y de lo que ésta conlleva antes, durante y después de la intervención.

En todos los casos, ha de tenerse en cuenta la capacidad del paciente para dar su consentimiento informado. En los casos de una capacidad intelectual limitada, el paciente ha de cumplir los criterios para autorizar legalmente a un allegado que sea el responsable del mismo (puede ser un familiar o tutor), de la decisión de operarse, si se satisfacen todos los criterios médicos, debe supeditarse al hecho de que el paciente cuente con un apoyo social adecuado para permitirle el cumplimiento de todos los requisitos del estilo de vida postoperatorio. Por ejemplo, a un paciente con retraso mental que sufre las consecuencias fisiológicas negativas de la obesidad no se le debe denegar la cirugía si está atendido por una persona responsable que demuestre una adecuada capacidad de valoración y adaptación del proceso quirúrgico y que pueda garantizar que se cumplirán los requisitos conductuales del postoperatorio.

b) Apoyo social

Los individuos socialmente aislados tienen menos probabilidades de adaptarse de manera satisfactoria al estilo de vida postquirúrgico. El apoyo y la motivación ofrecidos por la familia y los allegados ayudan a mitigar la distorsión postoperatoria del rol del paciente ante la comida como hecho social. La persona de apoyo debe demostrar su compromiso de ayudar al paciente en todos los asuntos prácticos relacionados con la cirugía, tales como, entre otros, acompañarle a las citas médicas, acompañarle en el día de la intervención quirúrgica, prepararle las comidas y prestarle apoyo emocional y motivación a lo largo de todo el proceso. Esta persona puede ser cualquier familiar que este en el entorno cercano del paciente o incluso un amigo íntimo. El apoyo social también es considerado en una situación doméstica estable y segura, en el que puedan darse situaciones emocionales y físicas que favorezcan el bienestar del paciente.

c) Motivación

La motivación del paciente se evalúa en función del rigor con el que el paciente aborda la cirugía. Generalmente se cree que un paciente altamente motivado es un mejor candidato. Sin embargo, la motivación sea quizá el criterio más subjetivo en la selección de los pacientes para cirugía de pérdida de peso. Ray ha relacionado la "motivación intrínseca" con una mejor pérdida de peso postquirúrgica (Ray, Nickels, Sayeed y Sax, 2003). A pesar de que existen ciertos instrumentos psicométricos para medir la motivación personal, ninguno de ellos ha demostrado ser suficiente o necesario para asegurar el éxito tras la cirugía. Así, los cirujanos experimentados y el equipo profesional con el que colaboran en el proceso de toma de decisiones, deben evaluar de forma

individual la motivación de cada paciente. Un paciente que dude o que se muestre inseguro acerca de la cirugía, que la aborde con falta de compromiso o que parezca forzado a someterse a ella debido a factores externos, tales como la familia o el médico, no debe ser seleccionado. En la práctica profesional los pacientes que no presentan una motivación previa y se sienten forzados, no se les excluye, existe un trabajo previo con dichos pacientes para poder generar una mayor adherencia al proceso quirúrgico y al tratamiento psicológico, y la toma de conciencia de la gravedad futura del mantenimiento de la obesidad mórbida.

Un paciente que esté lo suficientemente preocupado de que su obesidad sea incapacitante o amenace su vida de forma inminente, que piense que al menos algún elemento de la obesidad está fuera de su control personal, y que valore plenamente los riesgos y los beneficios de la cirugía en general, demuestra un compromiso firme de someterse a un procedimiento de pérdida de peso y el control que ha de tener sobre los cambios en los estilos de vida que la cirugía le va a imponer. Sin embargo, es necesario mantener una actitud precavida a la hora de evaluar a cualquier futuro paciente que se muestre demasiado entusiasmado por la cirugía y que de forma errónea la vea como un medio rápido de curación de la obesidad, más que como una herramienta para el control de la pérdida de peso (Cowan, 1998). Tales pacientes tienden a esperar demasiado de la cirugía y, por tanto, muestran muy poco compromiso de esfuerzo en el postoperatorio en lo que respecta al cumplimiento de los requisitos conductuales de éste.

1.4.3.4. Proceso de selección de los pacientes a cargo de un equipo multidisciplinar

La dinámica, los sesgos y la eficacia del trabajo de grupo para resolver un problema difícil, ha sido el objetivo de intensas investigaciones en el campo de la ciencia médica y social, en particular de la psicología cognitiva (Purtilo, 1994; Molyneux, 2001). En el caso de la cirugía bariátrica el problema a resolver es establecer quienes son los candidatos más apropiados. Los resultados de estas decisiones se ven positivamente influidos por un equipo cohesionado en el cual se desarrolla una evaluación más a fondo y más concienzuda que la que podría desarrollar una sola persona (Wolf y Colditz 1994). La creación y mantenimiento de un equipo para "filtrar" a los pacientes en función de su elegibilidad para la cirugía bariátrica resulta esencial por varias razones:

- 1) hay una uniformidad en el abordaje de la enfermedad.
- 2) la sinceridad del compromiso del paciente con la cirugía bariátrica es continuamente examinada, clarificada y mantenida por el consenso del equipo.
- 3) los ajustes en la selección de pacientes y en los protocolos de tratamiento se lleva a cabo de forma continua, basándose en la experiencia colectiva y en los resultados de revisiones periódicas.

Según Ortega, Casinello, Baltasar y Torres (2012), la universalización progresiva de la cirugía bariátrica en nuestro país aconseja la elaboración de un protocolo perioperatorio consensuado para homogeneizar en lo posible los protocolos perioperatorios a utilizar a nivel nacional para esta cirugía. Se ha multiplicado la práctica de la cirugía bariátrica, por lo que la idea de conseguir un documento consensuado sobre medidas perioperatorias de aplicación nacional en la cirugía bariátrica es un objetivo en sí, a conseguir. Bajo esta consideración, en el XII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía y I Congreso Nacional de Psicología de la Obesidad, celebrado en Valencia, los autores mencionados presentaron el resultado de una encuesta cuyo objetivo era el de homogeneizar posibles protocolos perioperatorios de cirugía bariátrica. Dicha encuesta fue respondida por los miembros de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y las Enfermedades Metabólicas (SECO), y la finalidad era poder aprobar en una Sesión Plenaria del XII Congreso de la SECO un documento-resumen de consenso de procedimientos preparatorios y/o profilácticos a aplicar en el perioperatorio en cirugía bariátrica. Respondieron la encuesta 47 miembros de la SECO de 14 comunidades autónomas, y el resultado fue aprobado por unanimidad en el Congreso. En dicha encuesta se considera el estudio psicológico como un procedimiento perioperatorio recomendable en un 76% de los encuestados.

Aunque casi todos los equipos tienen alguna forma de valoración psiquiátrica de los pacientes obesos antes de indicar la cirugía, existen dudas sobre su utilidad real ya que son contados los casos de pacientes en los que los psiquiatras contraindican la cirugía. Mayor utilidad tiene el estudio y clasificación psicológica previos a la cirugía, ya que puede permitir la intervención psicológica en aquellos grupos de pacientes con peligro de tener un bajo nivel de adherencia al seguimiento del tratamiento perioperatorio tanto médico como psicológico o de desarrollar complicaciones psicosociales (Blackstone, Cortes, Messer y Engstrom, 2010).

Sin embargo, hay poco consenso todavía entre los diferentes grupos de psicólogos bariátricos, que en general proveen asesoramiento preoperatorio, pero poco asesoramiento postoperatorio y casi nulos programas de intervención o tratamiento (Van Hout, Leibbrandt, Jakimowicz, Smulders, Schoon, Van Spreeuwel y Van Heck, 2003).

Resulta difícil elaborar un protocolo universal de preparación o seguimiento para un procedimiento quirúrgico determinado, teniendo en cuenta las diferencias existentes entre los especialistas de los equipos (número, habilidad, experiencia, etc.) y entre los recursos humanos y materiales disponibles (colaboración con otros especialistas, aparataje, instrumentación, etc.). Todo ello se ve dificultado cuando se trata de una técnica de reciente generalización, de elevada complejidad, alto riesgo, y con la carga adicional de una fuerte repercusión mediática. Por lo tanto, hay coincidencia entre los cirujanos en la colaboración con los equipos de psicólogos, pero todavía no están definidos mayoritariamente los estándares de actuación de los mismos, ya que lo que se tiene en cuenta es lo que hace la mayoría, pero no constituye un protocolo

basado en la evidencia ni marca un camino obligatorio, y debe adaptarse a cada paciente, teniendo en cuenta además la amplia oferta de pruebas o técnicas que deben realizarse en casos seleccionados. (Ortega et al., 2012).

Según Donaldson y Mohr (2000) cada miembro del equipo debe compartir la responsabilidad de identificar y ejercer su especialidad y de contribuir con ella al grupo en el marco de los objetivos del proyecto, que, en el caso de la cirugía bariátrica sería, la satisfacción del paciente por la pérdida de peso adecuada y una mejoría en su salud en general. El desarrollo de un equipo bariátrico efectivo requiere capacidad de gestión, igualdad, discusión abierta y responsabilidad de un grupo de profesionales diversos, incluidos cirujanos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, médicos prescriptores, internistas, trabajadores sociales y personal administrativo.

Estos autores evalúan a los futuros pacientes en una reunión de grupo de una hora de duración. En ella, el personal administrativo y el personal de enfermería especializado contestan a las preguntas de cuatro o cinco posibles candidatos a cirugía, que a su vez expresan sus inquietudes sobre el proceso de evaluación. Durante esta sesión, el personal clínico también adquiere una información demográfica general de los futuros pacientes. Los pacientes son a continuación sometidos a la anamnesis y al examen clínico del cirujano. En esta primera sesión la interacción del paciente con el cirujano, el personal de enfermería especializado y el auxiliar, ofrece una visión significativa a todas las partes implicadas sobre las cuestiones médicas pertinentes, la magnitud de la obesidad, las cuestiones sociales y cognitivas, y el nivel de apoyo social. Otro día, normalmente a la semana siguiente, el paciente vuelve para examen completo por el equipo de psicología y de nutrición. Después de realizar las evaluaciones psiquiátrico-psicológica y nutricional, el equipo bariátrico al completo se reúne en una sala de conferencias para evaluar y discutir sobre cada paciente individualmente. La decisión de si el paciente es o no candidato apropiado a la cirugía se toma de forma colegiada, teniendo cada miembro una influencia significativa en la decisión del grupo.

Dicho equipo diseñó una escala de candidatura basada en las evoluciones médicas, psicológicas y dietéticas formales e informales (ver tabla 1.10).

En la práctica profesional se obtiene una mejora después de la operación quirúrgica, tanto a nivel físico como psicológico, el nivel de mejora dependerá de otros factores, como por ejemplo el grado de satisfacción del paciente, los objetivos conseguidos por parte del médico-cirujano y del psicólogo/a.

Tabla 1.10. Escala de Candidatura.

A. Condicionantes Médicos	0: Contraindicación absoluta 1: Contraindicación relativa considerada 2: Ausencia de contraindicaciones medicas
B. Psicopatología	0: Enfermedad psiquiátrica activa que requiere tratamiento 1: Enfermedad psiquiátrica bien controlada 2: Ausencia de contraindicaciones psiquiátricas
C. Motivación	0: Baja 1: Alta
D. Función social (herramientas de superación, herramientas sociales)	0: Bajo funcionamiento, alto estrés 1: Alto funcionamiento (en los casos de baja capacidad cognitiva, la existencia de un familiar de apoyo que lleva a cabo la valoración)
E. Valoración y función cognitiva	0: Valoración inadecuada de la cirugía y de sus implicaciones 1: Valoración adecuada de la cirugía y de sus implicaciones (en casos de capacidad cognitiva baja persona de apoyo cercana para permitir la valoración)
F. Apoyo social	0: Falta de apoyo social adecuado 1: Sólida red de apoyo social (amigos, familia, etc.) y un entorno seguro
G. Nutrición	0: Conocimientos sobre nutrición y comprensión de los requisitos dietéticos postoperatorios escasos 1: Buenos conocimientos sobre nutrición y adecuada comprensión de los requisitos dietéticos postoperatorios 2: Buenos conocimientos sobre nutrición y adecuada comprensión o de los requisitos dietéticos postoperatorios

Desde la intervención psicológica, es conveniente comunicar al médico-cirujano de la/las problemática/as, teniendo en cuenta la evolución de dichos trastornos psicológicos. Ya que en algunos casos no son criterios de exclusión, puesto que puede resultar más perjudicial a largo plazo la no intervención quirúrgica que afrontar la cirugía y el proceso que conlleva.

Para ello, desde el inicio del preoperatorio, se valoran los criterios tanto psicopatológicos como los conductuales y que requerirán un abordaje paralelo en el perioperatorio de la cirugía a la que se va a someter el paciente. Dicha valoración se tiene presente a lo largo del proceso perioperatorio, siendo de vital importancia la buena comunicación y transmisión de información, tanto medica como psicológica, para poder conseguir una optima evolución de la cirugía.

1.5. Tratamiento perioperatorio del paciente sometido a cirugía bariátrica

1.5.1. Preparación preoperatoria

En la preparación preoperatoria el cirujano bariátrico debe estar familiarizado con las exigencias exclusivas que presentan los pacientes con obesidad severa. Las consecuencias metabólicas y físicas de la obesidad aumentan la probabilidad de desarrollo de numerosas patologías comórbidas asociadas, que pueden tener una profunda influencia sobre el tratamiento quirúrgico del paciente (Kral, 2001). Algunos pacientes pueden incluso necesitar un periodo prolongado preparatorio antes de la cirugía. Está ampliamente reconocido que una estrategia multidisciplinar para realizar la evaluación y preparación preoperatorias es una medida eficaz para identificar y mejorar los factores de riesgo, este aspecto se incluyó en la *Consensus Development Conference* de los *National Institutes of Health (NHI)* de 1991 y en las recomendaciones de la *Consensus Statement* de la ASBS de 2005 para el tratamiento quirúrgico de la obesidad (Buchwald, 2005). Además del cirujano bariátrico y del especialista en medicina interna, se ha de contar con un equipo multidisciplinar que incluya a profesionales de la salud (psicólogos, enfermeros, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.).

a) Evaluación de riesgos preoperatorios

Cuadros médicos. Según el NHI, es de vital importancia la realización de una anamnesis completa y una exploración por parte del equipo de cirugía bariátrica. Muchos pacientes con obesidad mórbida reciben una asistencia sanitaria subóptima por varias razones, estas van desde la negación del paciente, a la falta de interés médico. Por consiguiente, muchos profesionales sanitarios no tienen conciencia de cuáles son los principales riesgos para la salud relacionados con la obesidad. El gran número de patologías comórbidas y

el incremento de los riesgos quirúrgicos asociados a la obesidad mórbida requieren que todos los datos médicos estén bien documentados y sean tratados de forma exhaustiva en la fase preoperatoria. Los principales colaboradores para un tratamiento multidisciplinar de la obesidad son los médicos especialistas en neumología, cardiología, gastroenterología, endocrinología y anestesiología, que deben estar disponibles para la evaluación y el control de las enfermedades concurrentes en la consulta preoperatoria, optimizando así las condiciones del paciente.

Cuadros psiquiátricos. Preoperatoriamente se ha de abordar una consulta psiquiátrica, con pruebas psicológicas, como parte del proceso de evaluación previa. La consulta psiquiátrica o psicológica se debe plantear para todos los pacientes, para garantizar que los cambios de comportamiento alimentarios necesarios para la cirugía se ajustan de forma adecuada a la salud mental del paciente. Se ha de tener en cuenta que los pacientes tratados con dosis altas de antipsicóticos y los que toman varios antidepresivos también deben someterse a consulta preoperatoria psiquiátrica para ajustar la dosis y cambiar los fármacos orales por parenterales durante el periodo postoperatorio.

Aunque la consulta psiquiátrica preoperatoria no ha demostrado resultados beneficiosos, muchos la consideran un factor importante en la evaluación de la cirugía en ciertos casos. Las evidencias actuales indican que algunos factores psicosociales y de comportamiento pueden ser predictivos de éxito tras la derivación gástrica (Ray et al., 2003).

1.5.2. Postoperatorio

Según Di Rocco, Halverson, Planer, Walser y Cunningham (2009), la adecuación de la asistencia postoperatoria de rutina al paciente sometido a un procedimiento bariátrico dependerá de si ha sido adecuada la selección de los pacientes (en relación con su salud general y probabilidad de cumplimiento dietético y de las instrucciones postoperatorias); si se ha realizado una formación en el periodo preoperatorio de la conducta en relación con el régimen dietético adecuado; si se ha elegido la intervención adecuada para el paciente; si el paciente y el procedimiento han superado con éxito el periodo perioperatorio; y si el paciente mantiene un seguimiento a largo plazo.

La asistencia en el postoperatorio al paciente obeso mórbido es un proceso continuado e indefinido que se realiza en un contexto de apoyo constante al paciente por los responsables de la asistencia sanitaria primaria. Es muy importante la asistencia del equipo multidisciplinar, en el que el cirujano esté motivado y sea exigente al demostrar por igual a pacientes y a equipo la importancia del seguimiento a largo plazo para lograr unos buenos resultados en la pérdida de peso y evitar complicaciones metabólicas.

La capacidad del cirujano bariátrico de asistir eficazmente a un paciente en el periodo postoperatorio puede mejorarse considerablemente con la debida

preparación prequirúrgica del paciente. En el caso de una intervención con un importante componente restrictivo, la modificación de la velocidad, es decir la forma de comer (ya no va a ser posible comer rápido) y de la cantidad de ingesta oral (va a ser mucho menor que antes de la intervención quirúrgica), son fundamentales para alcanzar un buen resultado en cuanto al peso. El fracaso en el logro de los cambios de conducta y del establecimiento de nuevos hábitos, dará lugar no solo a una pérdida de peso inadecuada, sino también a un estado de enfermedad en el paciente, que le puede llevar a presentar vómitos frecuentes. Por todo ello, es importante que el paciente participe en el seguimiento a largo plazo. En definitiva, el cumplimiento y comprensión del proceso de postoperatorio por parte del paciente es esencial.

El éxito tras la cirugía depende en gran parte de la capacidad del paciente de cumplir con los requisitos conductuales del postoperatorio. El cumplimiento no es una entidad médicamente definible, pero la incapacidad para adaptarse a los cambios en los hábitos de vida, al uso de complementos vitamínicos durante el resto de la vida del paciente y al seguimiento a largo plazo, deben ser consideradas como una contraindicación absoluta para la cirugía. La capacidad de cumplimiento terapéutico tanto médico como psicológico es multifactorial y, a diferencia de otras áreas del proceso de decisión, ello fuerza al cirujano y a su equipo a evaluar complicadas nociones relacionadas con la inteligencia de los pacientes, la patología conductual, los medios de adaptarse a las situaciones adversas, el nivel funcional, el nivel socioeconómico y el apoyo social.

a) Directrices para el seguimiento en el postoperatorio.

El objetivo del seguimiento postoperatorio es evaluar los resultados y valorar al paciente en busca de complicaciones postoperatorias, además de darle formación y apoyo. En el periodo postoperatorio inmediato, se valorará a los pacientes cuando sea necesario (controles de la herida quirúrgica, retirada de los puntos de sutura, pesaje, apoyo del dietista, tratamiento psicológico, etc.).

La relación que los pacientes establezcan con el equipo de asistencia bariátrica en la fase preoperatoria será fundamental para la asistencia postoperatoria, por lo que habrá que salvar la frialdad inicial, y establecer un buen *rapport* con los pacientes. Muchas veces el contacto telefónico con los pacientes satisfechos por las relaciones mantenidas con el equipo médico evita preocupaciones e incluso importantes contratiempos, mejorando así la asistencia.

Para dichos autores, durante el primer año siguiente los pacientes deben ser evaluados por lo menos cada 3 meses. En cada visita, debe obtenerse una anamnesis nutricional, y cualquier síntoma o problema de los pacientes debe ser considerado por los miembros del equipo bariátrico correspondientes. Debido a que, previsiblemente, poco después de la intervención se producirá una mejora en la hipertensión arterial y en el tratamiento de la glucemia, en el seguimiento debe incluirse la vigilancia de estos parámetros, manteniendo una comunicación regular con los médicos de atención primaria. Además, es necesario evaluar a los pacientes para detectar el posible desarrollo de

carencias nutricionales. Normalmente, deben determinarse los niveles séricos de hemoglobina, hematocrito vitamina B₁₂, ácido fólico, tiamina (o transcetolasa eritrocitaria) y de hierro, y la capacidad total de captación de este al cabo de 6 meses y 1 año, y después de cada año, a menos que se produzca algún déficit.

Si no parece haber complicaciones, la frecuencia de las visitas puede reducirse a dos veces el segundo año y después anualmente. El seguimiento debe ser permanente, ya que es el único medio fiable de asegurar unos resultados positivos a largo plazo. Sólo con un seguimiento a largo plazo podemos obtener conclusiones válidas sobre los resultados. En la práctica real no siempre es posible, en casi todos los casos es debido a que el paciente se siente muy bien, y no considera que necesite revisión anual, aunque esté acordada previamente. Sólo acude en el caso que surja una complicación médica, que el propio paciente asocie a la cirugía a la que fue sometido. En la sanidad pública sí que es el endocrino quien hace esa revisión anual y a la que el paciente sí acude, pero en la que no está presente un psicólogo/a para poder realizar de forma paralela dicho seguimiento.

El seguimiento en la clínica de cirugía bariátrica ha de ser un esfuerzo multidisciplinar, y los pacientes deben tener fácil acceso al personal de enfermería y al cirujano, así como al dietista y al personal del grupo de apoyo. Además deben estar disponibles un fisioterapeuta y psicoterapeuta familiarizados con los problemas que presentan los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Lo más importante es que el asesoramiento nutricional, psicológico y el ejercicio sean coordinados y adaptados a cada individuo. La intensidad de este seguimiento es superior a la media en los pacientes quirúrgicos, pero hay que considerar que las necesidades de estos pacientes son singulares y no son bien conocidas por la mayoría de los médicos de atención primaria. Así, el aumento de la probabilidad de carencias vitamínicas y minerales y la malnutrición proteico-calórica real (en el caso de las intervenciones malabsortivas), hacen esencial este nivel de seguimiento.

Aunque no hay pruebas de que un mayor seguimiento lleve a perder más peso, la oportunidad del equipo bariátrico de interacción con el paciente en la ingesta alimentaria aumenta posiblemente el cumplimiento y, por tanto, es más probable que conduzca a una pérdida de peso satisfactoria. Además, el resultado de las intervenciones quirúrgicas provoca cambios vitales profundos, algunos de los cuales siguen requiriendo ajuste emocional y apoyo profesional, como son la imagen corporal y las relaciones personales; y desde mi experiencia, el mantenimiento de la integración cotidiana en el orden alimentario y al ejercicio físico que en muchas ocasiones por diversas circunstancias sufre un desajuste.

b) Conducta alimentaria

Los factores hereditarios, el estado endocrino (tasa metabólica), y el ejercicio influyen en el peso, aunque sólo las calorías se almacenan en forma de grasa, y sólo la privación de calorías (en función de las necesidades diarias orgánicas)

implicará la eliminación de grasa y la posterior pérdida de peso. Por tanto, para garantizar una conducta dietética adecuada, es fundamental la formación en la modificación de la conducta durante el periodo preoperatorio y un estrecho seguimiento postoperatorio.

La mayoría de las clínicas de cirugía bariátrica reconocen las ventajas de contar con un dietista cualificado en su equipo quirúrgico. El dietista puede ser esencial en el periodo postoperatorio del paciente supervisando los avances con la dieta y vigilando la pérdida de peso. El dietista cualificado también evaluará la adecuación de la ingesta alimentaria, y podrá ayudar a evaluar los posibles problemas dietéticos del paciente.

También es importante el asesoramiento sobre los suplementos multivitamínicos y proteicos necesarios. Por último, el dietista cualificado puede desempeñar un papel destacado en la prestación de apoyo y estímulo a medida que se produzcan los cambios en el estilo de vida del paciente. Un grupo de apoyo es a veces el entorno más adecuado para esta función.

Se recomienda una estructura organizada de la ingesta dietética en el periodo postoperatorio, para que el paciente ingiera una dieta equilibrada muy lentamente, lo cual se logrará enseñando al paciente a tomar bocados del tamaño de una cucharilla o más pequeños, a masticar cada bocado cuidadosamente (20 veces o más), y a esperar 5 minutos después de tragar antes de tomar el siguiente bocado. Con el fin de evitar el rebosamiento de la bolsa (o emesis y estiramiento de la misma), hay que insistir en que un paciente concluya una comida cuando ya no tenga hambre, en lugar de comer hasta que se sienta "lleno", lo que puede asociarse con dolor cuando una pequeña bolsa gástrica está rebosando. Desde la propia experiencia, consiste en que, se trata de escuchar al estómago de una forma diferente, cuando el paciente siente que no le va a entrar más comida (aunque quede algo en el plato), debe dar por finalizada la comida que esté realizando. Todo ello conlleva un aprendizaje del propio paciente para poder determinar cuáles son las cantidades que puede ingerir en las diferentes comidas y circunstancias que estas conlleven.

A menudo hay intolerancia a ciertos alimentos, sobretodo en procedimientos quirúrgicos que combinan componentes restrictivos y malabsortivos. Con una adecuada formación previa, los pacientes pueden estar en condiciones de evitar dietas que les causen dolor. En ciertos casos, la carne, la pasta, el pan fermentado, y el alcohol producen trastornos.

c) Consideraciones psicológicas

Una cuestión importante a la que se enfrentan todos los equipos de cirugía bariátrica es la percepción, por lo demás errónea, de que la obesidad mórbida esta siempre asociada con una enfermedad mental. Como en cualquier población, los obesos mórbidos pueden presentar una patología mental, siendo especialmente frecuente la depresión. Por otra parte, en estos pacientes se

observan todas las variables habituales del comportamiento humano, desde el completamente normal a la afectación psicológica profunda.

Por diferentes motivos, muchos pacientes que se presentan para someterse a intervenciones bariátricas están tomando medicamentos psicotrópicos. La mayoría de ellos refieren antecedentes de depresión debidos a su peso, sin embargo, otros autores han demostrado que la depresión se reduce después de la derivación gástrica (Gentry, Halverson y Heisler, 1984). Por el contrario, algunos pacientes informan sentirse deprimidos porque su capacidad para disfrutar de los alimentos ha sido radicalmente alterada, en la practica real manifiestan que sentarse a comer "ya no es como antes, no se disfruta igual", en parte es debido a que en ocasiones padecen molestias físicas que les obliga a interrumpir la ingesta y esperar cinco o diez minutos a que pase dicha molestia. Una intervención bariátrica, por lo general, produce una mejora en la sensación de bienestar del paciente. El mejor aspecto físico, la mayor probabilidad de acceso a un empleo, y la mejora general de la salud y la actividad física sexual producen lo que muchos pacientes describen como una nueva vida.

Pueden desarrollarse fobias en el periodo postoperatorio, incluyendo miedo al fracaso, miedo de comer, miedo a la emesis, y miedo a engordar, siendo importante el apoyo permanente por el equipo bariátrico, más concretamente del psicólogo/a. Puede ser útil la potenciación de una actitud optimista en relación con la alimentación en el periodo postoperatorio. No obstante, lo que resulta esencial es el estricto seguimiento de los principios de modificación de conducta dietética aprendidos en el postoperatorio. Aunque el miedo a recuperar el peso es un factor relevante, el temor por si sólo rara vez hace que los pacientes se conviertan en anoréxicos. No obstante la experiencia propia sugiere que a largo plazo puede existir una preocupación excesiva, que en algunos casos les lleva a temer engordar 2 ó 3 kg, y si ello sucede, tomar medidas de compensación, lo que puede resultar perjudicial puesto que el paciente retoma conductas de prohibición y la posible reaparición del sentimiento de culpa. El temor a la emesis, sin embargo, lleva a muchas personas no sólo a reducir la velocidad a la que comen, sino también a disminuir la variedad y cantidad de alimentos. La importancia de los psicólogos, profesionales de enfermería experimentados, y dietistas dedicados a los pacientes con este tipo de problemas es evidente, y el éxito general de los procedimientos bariátricos puede depender muchas veces de su intervención.

d) Problemas postoperatorios especiales

En la práctica usual con estos pacientes surgen dos problemas físicos especiales después de la cirugía que pueden afectar a la calidad de vida del paciente y al aprendizaje de los nuevos hábitos alimentarios, a la par que pueden surgir nuevos miedos respecto a si la operación está dando el resultado esperado, o sentimientos de culpa, siendo el propio paciente el que dice "estoy haciendo algo mal", y de ahí la importancia de la intervención precoz en el postoperatorio durante la fase de alimentación a base de líquidos y de purés.

- 1- *Emesis*: La emesis postoperatoria puede producirse después de cualquier procedimiento bariátrico, pero se observa más frecuentemente después de técnicas gástricas restrictivas en pacientes que no comen lentamente ni mastican de modo adecuado. Parece deberse a una combinación entre el pequeño tamaño de la bolsa gástrica y la estrechez del orificio de salida.

La emesis puede influir de forma importante en la calidad de vida del paciente. Halverson y Brown (2000) encontraron que, ya después de una derivación gástrica o de una gastroplastia dos tercios de los pacientes presentaban episodios mínimos o nulos de vómitos si habían sido cuidadosamente instruidos en el periodo preoperatorio. Por mi experiencia no es aconsejable trabajar dicho problema antes de la operación. No hay que explicarles lo que los pacientes ya operados definen como "atasco", sino que es conveniente que sea el médico-cirujano quien prevenga éste problema físico, una vez han sido intervenidos quirúrgicamente, con el fin de normalizarlo. Al mismo tiempo el psicólogo/a trabaja a un nivel conductual qué comportamientos son favorables en caso de que suceda, y que hábitos son los adecuados para evitar la emesis. Se consideran vómitos importantes los que se registran con uno o más episodios por semana y, de acuerdo con esta definición, se determina una incidencia del 21% (Balsirger, Kennedy, Abu-Lebdeh, Collazo, Jensen, O'Brien, Hensrud, Dinneen, Thompson, Que, Williams, Clark, Grant, Frick, Mueller, Mai y Sarr, 2000).

Según Halverson y Brown (2000), los cirujanos bariátricos experimentados asegurarán una cuidadosa formación en el periodo preoperatorio a los pacientes en relación con las conductas que favorezcan el logro de la pérdida de peso en el periodo postoperatorio. Estas conductas incluyen: 1) comer una dieta bien equilibrada, 2) tomar un bocado cada 5 minutos; 3) masticar cada bocado al menos 20 veces; 4) parar de comer cuando ya no se tenga hambre, y 5) no consumir líquidos durante 45 minutos antes y después de las comidas. En muchos casos, la emesis postoperatoria es consecuencia de hábitos alimentarios inadecuados y puede dar lugar a rechazo alimentario, y a una disminución en la calidad de vida y las relaciones sociales, pudiendo aparecer conductas evitativas. La pérdida de peso, sin embargo, no parece estar relacionada con la presencia o la gravedad de la emesis.

- 2- *Estenosis anastomótica*: Se ha observado que el estrechamiento o la ulceración de la anastomosis entre el estómago y el intestino delgado después de la cirugía bariátrica se produce hasta en un 14% de los pacientes sometidos a una derivación gástrica laparoscópica (Perugini, Mason, Czerniach, Novitsky, Baker, Litwin y Kelly, 2003). Estos pacientes presentan vómitos frecuentes, por lo general incoercibles y, a menudo, requieren repetidas dilataciones endoscópicas. Por lo general son tratados con éxito, requiriendo sólo una reintervención quirúrgica las estenosis irritables.

La mayoría de los pacientes afirman que vomitan si mastican de forma inadecuada o si comen demasiado rápido, de ahí la importancia de la enseñanza de la modificación de la conducta alimentaria antes de la cirugía. En base a mi propia experiencia, antes de la operación no es conveniente abordar las complicaciones mencionadas, puesto que al no ser algo que suceda a todos los pacientes que se someten a cirugía bariátrica, sería anticiparles unas complicaciones que no necesariamente ocurren. Es más conveniente abordarlas cuando surjan, insistiendo en una evaluación continua de la adquisición de los nuevos hábitos, normalizando que al principio del postoperatorio es complicado cambiar unos hábitos alimentarios que se han tenido durante años. Esto facilita el que los pacientes no presenten sentimientos de culpa y que expresen abiertamente el proceso en el que se encuentran en relación con la comida, es importante tener en cuenta en qué contexto y circunstancia les suceden dichas complicaciones, debido a que en algunos pacientes sólo sucede con los líquidos, a otros con los alimentos y a otros con ambas cosas.

e) Problemas psicológicos

Tras la cirugía, se produce en los pacientes una gama de problemas psicológicos comprendida dentro de los límites normales. La anorexia postoperatoria es muy poco frecuente, cuando no inexistente; en cambio la bulimia, debe reconocerse no como un acto irracional diseñado para hacer que una persona pierda peso, sino más bien como un síntoma de una enfermedad psiquiátrica subyacente, y debe buscarse la correspondiente ayuda para el paciente.

En el otro extremo se encuentra una grave aversión a la comida, en la cual la ingesta del paciente disminuye debido al temor a aumentar de peso, le desagradan los alimentos por sí mismos, o incluso teme vomitar. La aversión a los alimentos a menudo comienza en relación con un tipo determinado de alimentos (carne, pasteles, salsas), puede suceder con cualquier alimento o líquido, y entonces puede generalizarse a otros. En este caso hay que plantear consulta psicológica. Es conveniente trabajar la adaptación de la ingesta de todos los alimentos, si en un momento dado no han podido digerir determinado alimento hay que motivar al paciente que deje pasar un tiempo (pueden ser 2 ó 3 semanas) y que vuelva a intentar tomar el mismo alimento. La experiencia clínica demuestra que los pacientes consiguen tomar de nuevo un alimento que en alguna ocasión no pudieron ingerir.

Los cambios en la imagen corporal son uno de los efectos secundarios saludables de los procedimientos bariátricos. La mejora de la percepción de la propia imagen, del acceso al empleo y de la actividad sexual son factores constantes, que resultan positivos para la mayoría de los pacientes. Sin embargo hay un pequeño grupo de pacientes en el que una mejor apariencia o imagen corporal tiene connotaciones negativas, ya que aumenta la probabilidad de su interacción social, las expectativas personales, o incluso se plantea una amenaza desde el punto de vista de la vida sexual.

Una reacción, extraña pero frecuente, después de la cirugía, es la irritabilidad de los pacientes según adelgazan y sus allegados empiezan a tratarlos de modo distinto. Aunque podría ser más fácil conseguir un trabajo o ser promocionados, algunos pacientes reaccionan negativamente, argumentando que son los mismos de antes y que no entienden por qué les tratan de manera diferente.

En general, en el periodo preoperatorio, los pacientes han presentado una disminución de la función sexual y de la satisfacción a medida que se han convertido en obesos mórbidos. En cambio, al recuperar su salud y alcanzar un peso normal en el periodo postoperatorio, estos factores mejoran y aumenta la satisfacción en las parejas.

1.6. Variables psicológicas estudiadas

El estudio de las variables psicológicas respecto a la evolución psicológica a largo plazo de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica se ha centrado sobre todo en la calidad de vida de los mismos, obteniendo resultados de mejora, que hoy día no son discutibles. Otras variables como la autoestima, los hábitos alimentarios, el afrontamiento, las expectativas, la depresión y la ansiedad ocupan un espacio no menos importante. Sin embargo aspectos como la imagen corporal han recibido menos atención en la literatura científica. A continuación se realiza una revisión de las variables psicológicas relevantes en esta investigación.

1.6.1. Variables demográficas

Las variables demográficas que hacen referencia a la edad, sexo y estatus socio-económico evaluadas en la entrevista pre-operatoria del paciente son las que más se han puesto en relación con el éxito asociado a la operación de cirugía bariátrica.

Edad: 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, Downey, Faust y Horn, 2000). Otros estudios encontraron que no hay relación entre la edad y la pérdida de peso tras la operación ni tampoco entre la aparición de la obesidad y la pérdida de peso. (Powers, Rosemurgy, Boyd y Pérez, 1997, y Pekkarinen, Koskela, Huikuri y Mustajoki, 1994). El hecho de que los pacientes más jóvenes obtengan mayor éxito en la pérdida de peso tras la cirugía, quizás sea debido a que presentan menos co-morbilidades y una mayor movilidad, aunque los pacientes de mayor edad también tienen una pérdida significativa de peso.

Género: muchos estudios no han encontrado ninguna correlación entre género y pérdida de peso (Dixon y O'Brien, 2002; Korenkov, Kneist, Heintz y

Junginger, 2004), sin embargo otros han encontrado que las mujeres pierden un poco más de peso que los hombres (Busetto, Segato, Marchi, Foletto, De Luca, Caniato, Favretti, Lise y Enzi, 2002; Larsen, Geenen, Maas, Wit, van Antwerpen, Brand y van Ramshorst, 2004).

Estatus socio-económico: en algunos estudios se ha encontrado que un bajo estatus correlaciona de forma significativa con más complicaciones tras la cirugía y con un menor éxito (Renquist, Mason, Tang, Cullen, Doherty y Maher, 1996). Sin embargo, otros autores demuestran en sus investigaciones que no hay relación directa entre el estatus socioeconómico y el éxito de la cirugía, y concluyen que los pacientes con un bajo estatus no deberían ser excluidos (Korenkov et al., 2004; Durkin, Bloomston, Murr y Rosemurgy, 1999).

1.6.2. Conocimiento y expectativas

Con respecto al *conocimiento* de la naturaleza de la operación, de los riesgos y beneficios potenciales que comporta, y de los cambios que deberán realizar los pacientes 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. Expresaban que eran conscientes de las probabilidades que tenían de vomitar, o de tener alguna complicación y de en qué iba a consistir el plan de alimentación tras la intervención.

Según Moizé (2006), un aspecto de gran importancia en la intervención con los pacientes que van a ser o han sido sometidos a cirugía bariátrica, consiste en reconducir, de forma adecuada, las *expectativas* que tienen en relación con la cirugía. Nuestra investigación a este respecto pretende observar si este conocimiento o el hecho de tener expectativas poco realistas influyen en el nivel de satisfacción del paciente respecto a los resultados obtenidos tras la cirugía, el paciente obeso candidato a cirugía, generalmente presenta expectativas psicosociales irreales. (Rabner, Dalton y Greenstein, 1993).

Con respecto a la expectativa de pérdida de peso, se pretende que los pacientes reciban psico-educación, y presenten unas metas más realistas con respecto a ésta. Los esfuerzos clínicos están más enfocados a ayudar a los pacientes a aceptar esas metas realistas (Marney, Masheb, Rothschild, Burke y Grilo, 2007). A pesar de las sesiones de psico-educación, los pacientes todavía desean un peso más bajo de lo que realmente podría ser razonable; es decir, existe en algunos pacientes el deseo de querer seguir bajando peso.

En algunos estudios los obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica han presentado metas de pérdida de peso más altas que obesos menos severos. La cantidad de peso requerida para alcanzar sus metas no es realista, ya que buscan 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. Wee, Jones, Davis, Bourland y Hamel (2006) encontró que los pacientes no estaban conformes si no perdían al menos el 24 % de su masa corporal.

En el mismo estudio de Marney et al. (2007), señalan 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. Sin embargo, los investigadores encontraron que las expectativas no-realistas con respecto a la pérdida de peso, no afectaba a los resultados de la intervención quirúrgica a los 6 y a los 12 meses de la misma. Y, además, estas mismas expectativas no-realistas, no correlacionaban con el comportamiento y el funcionamiento psicológico previo a la operación, y no parecían impedir los beneficios positivos a nivel psicológico, que se alcanzaban tras los 12 meses de la operación. En suma, la gran pérdida de peso que experimentaban los pacientes después de la cirugía no hacía que variasen sus metas con respecto al peso transcurridos 12 meses después de la intervención quirúrgica, sino que permanecían estables. Es de interés poder obtener resultados respecto a si las metas referentes a la pérdida de peso se han modificado o se mantienen estables, pasados 4 años de la operación.

Las metas no-realistas están presentes en los tratamientos de pérdida de peso, y lo que sucede en la mayoría de los pacientes que han sido operados es que, conforme van perdiendo peso, adoptan una dinámica de querer seguir perdiendo peso, sobre todo, por el miedo a la posibilidad de volver a engordar. Existen dos aspectos importantes que explican la influencia de las expectativas previas a la operación a corto y medio plazo: por un lado las expectativas respecto a los propios resultados que obtiene el paciente, y por otro, el grado de realidad de esas expectativas (Bleijenberg y Raes, 1989). Otros estudios sugieren que la motivación hacia la operación no corresponde con la pérdida de peso, pero no por ello hay que dejar de considerar que las expectativas realistas y las fuertes motivaciones hacia el cambio pueden ser consideradas como predictores de éxito (Pessina, Andreoli y Vassallo, 2001). Otros estudios analizan expectativas que también son 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 muchas personas esperan obtener tras la operación.

1.6.3. Conducta de alimentación previa

Saber cuál ha sido la conducta alimentaria previa de la vida de los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica y los trastornos asociados a ella, es uno de los aspectos más importantes de estudio debido a los riesgos que comporta. Por ello el conocimiento de la historia de peso cuya finalidad sería la de conocer los hábitos de alimentación que presentan los pacientes antes de la intervención quirúrgica, es un aspecto relevante a tener en cuenta, con ello se pretenderá obtener una valoración de la conducta alimentaria previa, así como el diagnóstico de un posible trastorno alimentario que pueda presentar el paciente. Los resultados de dicha valoración son relevantes para la

intervención en el postoperatorio.

De los trastornos de conducta alimentaria (TCA), de los que se ha hablado en el apartado 1.1.2, es el trastorno por atracón el más 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. De ahí la importancia de la valoración de la conducta alimentaria previa, y el diagnóstico de un posible trastorno de alimentación.

Respecto al trastorno por atracón (TA), la cantidad de comida y energía ingeridas por los obesos con dicho trastorno son mayores que las ingeridas por los obesos sin TA (Yanovski, Leet, Yanovski, Flood, Gold, Kissileff y Walsh, 1992; Goldfein, 1993; Cooke, Guss, Kissileff, Devlin y Walsh, 1997; y Gendall, Joyce y Abbott, 1999). Los pacientes obesos que presentan TA consumen más grasas y menos proteínas tanto durante el atracón como en las comidas diarias, que los pacientes sin historia de TA. 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).

Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas (1992) encontraron en su estudio que el 30% de los participantes de un ensayo clínico de control de peso presentaban TA en comparación con el 2% y 3,3% de otros grupos de la población general. En el estudio de Saunders (1999), cuyo objetivo era determinar la prevalencia de trastorno por atracón en un grupo de pacientes antes de someterse a *by-pass* gástrico, encontraron que el 33% de la muestra presentaba este problema.

En los estudios de Hsu, Sullivan y Benotti (1997) y Hsu, Benotti, Dwyer, Roberts, Saltzman, Shikora, Rolls y Rand (1998) se observó una mejoría con los problemas alimentarios, en la mayoría de los pacientes, después de la operación, pero vieron una erosión de esta mejoría alrededor de los 2 años de ésta. Estos autores defienden que hay una gran parte de obesos mórbidos operados que siguen manteniendo malos patrones alimentarios, y que esto les lleva a seguir picando alimentos entre horas, incluso también líquidos. Sin embargo Larsen, van Ramshorst, Geenen, Brand, Stroebe, y van Doornen (2004), defienden que los patrones de alimentación se normalizan y los trastornos de alimentación disminuyen significativamente después de 1 año de la operación. Y en general, diversos estudios (Ogden, Clementi, Aylwin y Patel, 2005; y Saunders, 2001) señalan que la desinhibición alimentaria disminuye y hay un mayor control sobre la conducta alimentaria. Adami, Meneghelli y Scopinaro (1999), observaron que al tercer año después de la operación, todos los pacientes que tenían trastorno por atracón antes de la operación, habían

cesado.

Debido a los resultados que se obtienen de los diferentes estudios, se desprende la conclusión de la importancia del tratamiento postoperatorio y de la creación de grupos para trabajar aspectos psicoeducacionales donde el paciente aprende a afrontar los conflictos, y saber manejar las emociones que le pueden llevar a la comida, y canalizarlas de forma más óptima. 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 la retroalimentación social ya no está tan presente como en el primer año y ello hace que haya pacientes que no se cuiden y atiendan de la misma forma y que puedan volver a aparecer malos hábitos alimentarios o trastornos de alimentación, lo que se podría considerar como una complicación de la cirugía bariátrica.

Diversos autores han investigado si el TA es un predictor de una pobre pérdida de peso en los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía bariátrica. Los diferentes estudios no llegan a un resultado acorde, encontrando que en algunos es un predictor de menor pérdida de peso y en otras investigaciones no apoyan con tanta claridad que exista una asociación negativa significativa entre el TA y la pérdida de peso tras la operación de by-pass gástrico. En el estudio de Green, Dymek, Pytluk, Le Grange, y Alberdi (2004), el porcentaje de pérdida de peso, en pacientes con TA y los que no tenían, era mayor entre los que no presentaban TA, pero aun así, el grupo de pacientes con TA todavía perdía un 44% de exceso de peso. La pérdida de peso afectaba a muchas áreas de la vida de los pacientes, concluyendo los autores que el trastorno por atracón no es un pronóstico negativo indicativo para la cirugía bariátrica.

1.6.4. Dimensiones temperamentales de la personalidad

La personalidad ha recibido diferentes y numerosas definiciones a lo largo de la historia, ya Hipócrates elaboró la teoría de los temperamentos (sangre, linfa, bilis negra y bilis amarilla). Principalmente Catell y Eynseck, dos discípulos de Charles Spearman (1803-1945), fundador del análisis factorial, definen la personalidad con diferentes elementos. Catell, en 1950, definió la personalidad como "aquello que nos permite predecir que hará un individuo en una situación dada" y Eynseck, por su parte, organizó la personalidad según un sistema jerárquico y según tipos y niveles. Sugirió en un primer momento dos factores amplios, extraversión/introversión (E) y estabilidad/inestabilidad (N) (o neuroticismo), independientes entre si. Más adelante añadió en su sistema de personalidad una tercera dimensión: el psicoticismo (P). La Personalidad para Eysenck se define como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el

sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina (H. J. Eysenck, 1970)

No hay estudios que demuestren claramente que existan factores de personalidad que predeterminen la presencia de obesidad en todos los pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo sí que se ha relacionado la obesidad con patología adictiva, y en algunos centros se trata como una adicción más. Chalmers, Bowyer y Olenick (1990) encuentran las mismas características de personalidad en pacientes con abuso de alcohol y en grandes obesos, como son la impulsividad o la dependencia. Además en aquellos pacientes que presentan obesidad mórbida y/o atracones, suele estar presente en mayor o menor medida la impulsividad, la labilidad e inestabilidad emocional (García, Correas, Quintero, Gutiérrez, García, Chinchilla, 2003).

Especial atención ha recibido el estudio de los trastornos de personalidad en relación con la enfermedad. En esta línea Echeburúa y Marañón (2001), en relación con la sobreingesta compulsiva, describen que en cuanto a lo que se refiere al tipo de alteraciones concretas, en general hay una cierta relación entre las características conductuales de la personalidad límite (impulsividad, conductas autodestructivas, etc.) y la obesidad mórbida, al menos en mujeres (Sansone, Sansone y Morris, 1996). Sin embargo los autores Grana, Coolidge y Merwin (1989) en su estudio con obesos mórbidos afirman que las personalidades más prevalentes son otras, pero con pocas diferencias entre ellas: evitadora, antisocial y obsesiva, y que según Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer (1993), los trastornos de personalidad aparecen en un 16% de la muestra de obesos, pero esta cifra asciende hasta un 35% en la de obesos con atracones. Aunque en un apartado posterior volveremos otra vez sobre estos aspectos (1.6.11), no parece que se pueda establecer de forma directa que los pacientes con obesidad mórbida presenten trastornos de personalidad.

1.1.1. Estrategias de afrontamiento a la enfermedad

El afrontamiento ha sido definido por Lazarus y Launier (1978), como "los esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer" (Citado por Font, 1990). Pero el hecho de hallarse ante una situación estresante no significa, por necesidad, sentirse nervioso y distorsionado, lo que ocurre, simplemente, es que hemos aprendido a reaccionar de ese modo.

El afrontamiento ha sido tradicionalmente estudiado en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante. Pero Lazarus y Folkman (1986) reconocen el valor que tiene el afrontamiento no solo en el contexto salud-enfermedad, sino también dentro de otros contextos como son la familia y el trabajo, y por ello demandan su estudio en estos ámbitos. Para estos autores el *afrontamiento* consiste en hacer esfuerzos por adaptarse

o reducir el malestar durante los sucesos estresantes; 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.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico.

Tomar decisiones está presente en la vida cotidiana con cierta frecuencia, y esta condición se hace más patente cuando las condiciones y circunstancias de vida son muy complejas y difíciles, como en el caso de padecer una enfermedad. La obesidad mórbida se puede entender como una situación de tensión mantenida que la persona suele percibir como amenazante, y por tanto como una situación estresante de forma constante. No obstante, Lazarus y Folkman (1986) plantean que afrontar no es equivalente a tener éxito, y piensan que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones. A su vez, Kahn (1964), citado por los propios Lazarus y Folkman, ve el afrontamiento independientemente del éxito adaptativo y, por lo tanto, debe incluir tanto errores como éxitos. El afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso ignorar, aquello que no puede dominar. La amenaza de las pérdidas que sufre la persona con obesidad mórbida le lleva a movilizarse para intentar controlar la enfermedad. Por tanto, pondrán en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos, y el rechazo en las diferentes áreas de su vida. 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 y Folkman, 1986).

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, Fornis y Amador, 2006).

En las últimas décadas ha habido numerosos estudios respecto al afrontamiento de sucesos vitales y de enfermedad, pero no sucede lo mismo en el estudio de cómo afrontan los pacientes con obesidad mórbida su enfermedad. Sin embargo, los estudios existentes con respecto a la estigmatización sobre el peso, han propuesto explicar cómo los individuos obesos hacen frente a su identidad estigmatizada. En los pacientes obesos mórbidos 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.

1.6.6. Apoyo social

Las redes familiares y sociales son un aspecto de vital importancia en la vida de las personas, puesto que las relaciones personales, sociales y comunitarias ejercen influencia en el bienestar y la salud física y psíquica de las personas. Pero la transformación de la sociedad, el posible deterioro de las relaciones personales y sociales puede producir una influencia negativa en la salud de las personas.

Por una lado Gottlieb (1983) concibe el apoyo social como "información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor". Y por otro Lin (1986) define el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Así, la referencia a "provisiones instrumentales o expresivas" destaca su carácter o dimensión funcional aludiendo a las dos topologías principales de apoyo social que se reflejan en la literatura.

Según el nivel de referencia en que se puede abordar el apoyo social, encontramos tres niveles de análisis (Lin, Dean y Ensel, 1986): el primero es el nivel comunitario o macro, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización; el segundo es el nivel medio, que comprende el apoyo percibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación, y el tercero y último es el nivel micro o de las relaciones íntimas, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Además Caplan (1974) distingue entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Esta diferenciación llevó a Caplan a distinguir entre la transacción y lo transferido. Así, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible o psicológica. Según Caplan (1976), cualquier forma de apoyo social vendría definida por la posición respecto a los ejes objetivo-subjetivo y tangible-psicológico.

Se da una muestra evidente de que es complejo establecer una definición única respecto al apoyo social, sabiendo que se compone de diferentes dimensiones

pero quedando claro que tiene relación con la salud de las personas. Así, las investigaciones sobre el apoyo social sostienen que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de las personas (Dean y Lin, 1977). La naturaleza de esta relación explicaría el porqué las personas con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental, dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (Cohen y Wills, 1985; Thoits, 1982).

De las investigaciones de Cassel (1976) y Cobb (1976) se obtuvo la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés (House, Landis y Umberson, 1988).

Existe una propuesta de dos modelos para explicar la relación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, en el que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, explica que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen y Syme, 1985; Gore, 1985). Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador). Bajo este modelo el apoyo social puede tener efectos sobre algunos procesos físicos y/o psicológicos, lo que supone una mejoría de la salud o ausencia de enfermedad, o que el apoyo social influye de forma positiva en el cambio de conductas hacia la salud, lo que a su vez conlleva mejoras en la salud física y/o psíquica de las personas. Otras investigaciones (House, 1981) refieren que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social cuando se observa un decremento en el nivel de bienestar físico y/o mental. Otros investigadores que siguen esta línea respecto al apoyo social sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, "lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud" (Berkman, 1985; Cohen y Syme, 1985).

Algunos estudios hacen referencia a la mejora de los pacientes, en cuanto a las relaciones sociales después de haberse sometido a cirugía bariátrica, mostrándose más activos socialmente (Karlsson et al., 1998), y mejorando y ampliando sus redes sociales, y consiguiendo con ello más apoyo social, además de conocer a una pareja (Kinzl, Traweger, Trefalt y Biebl, 2003).

1.6.7. Alimentación

Un aspecto importante en la investigación psicológica de los pacientes obesos mórbidos que se van a someter a cirugía bariátrica es la realización de una evaluación de la conducta alimentaria, y para ello el instrumento psicológico más utilizado ha sido el TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire, de Stunkard y Messick). 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. Actualmente no existe ninguna otra herramienta en español que permita estudiar la psicología de la conducta alimentaria en el conjunto de los hábitos de conducta relacionados con la obesidad. No obstante, el estudio de Green et al. (2004) mostró que el grupo de pacientes que presentaban 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 en restricción.

Es a los 18 meses de la operación quirúrgica cuando se alcanza la pérdida máxima de peso, después esa pérdida masiva se detiene, incluso algunos estudios indican que, alrededor de un 30% de los pacientes operados recuperan parte del peso perdido (Balsiger et al., 2000; Mitchell, Lancaster, Burgard, Howell, Krahn, Crosby, Wonderlich y Gosnell, 2001), esto es debido a que la ingesta calórica se produce al aumentar la frecuencia de la ingesta de alimentos. Este fenómeno se debe 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 sucede después de la comida y, de esta forma, el aporte energético total aumenta (Brolin, Robertson, Kenler y Cody, 1999). De aquí la importancia de realizar psicoeducación con los pacientes, en el proceso de postoperatorio, para poder elaborar estrategias que les ayuden a tener un autodomínio de las cantidades de comida que pueden ingerir y con qué frecuencia pueden hacerlo, y poder establecer de nuevo cierta susceptibilidad al hambre.

1.6.8. Autoestima

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Es un *sine qua non* emocional. Sin cierta dosis de autoestima, la vida puede resultar enormemente penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas. Uno de los principales factores que diferencia al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo: la capacidad de establecer una identidad y darle un valor (Mc Kay y Fanning, 1991).

El gran interés por el estudio de la autoestima, tanto en el ámbito científico y educativo como en la población general, se debe a que la autoestima se considera un factor clave en el buen desarrollo emocional y cognitivo del individuo, de una buena salud mental y unas relaciones sociales satisfactorias. Todas las personas necesitan tener una autoestima saludable, independientemente del sexo, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida.

La autoestima es un constructo de gran interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos (Skager y Kerst, 1989; Silverstone y Salsali; 2003), así como por su asociación con la conducta de búsqueda de ayuda psicológica (Kaplan y Pokorny, 1969; Coopersmith, 1967), con el estrés (Wells

y Marwell, 1976) y con el bienestar general (DeNeve y Cooper, 1998; Robins, Hendin y Trzesniewski, 2001). 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. Teniendo en cuenta a su vez que el concepto de la autoestima gira en torno a una doble perspectiva que la define como un constructo global e independiente, o bien como un componente más que un constructo denominado como "actitud hacia si mismo", que incluirá además el autoconcepto y el autocomportamiento (Fitts, 1964). La distinción entre ambas conceptualizaciones es vital para el diseño de programas de intervención, dada la disyuntiva que surge al considerar la autoestima como un constructo general, o bien como un componente más de carácter afectivo. El Cuestionario de Autoestima de Rosemberg (1965) es uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima.

Por lo que interesa a esta investigación, Guisado, Vaz, Alarcón, López-Ibor, Rubio y Gaité (2002), obtuvieron resultados positivos mostrando un aumento de la autoestima, la asertividad y la auto-confianza de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, ayudando esto a mejorar la actividad social y las relaciones interpersonales, y a disminuir la depresión y la ansiedad. En el estudio de Burgmer, Petersen, Burgmer, Zwaan, Wolf y Herpertz (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 embargo durante el segundo año no existen cambios significativos. Estos resultados han sido similares en otros estudios, donde se evaluaban constructos como la confianza y satisfacción con uno mismo.

En el estudio de Fernández (2008) se evaluó la autoestima a los 6 meses y al año, los resultados no mostraron un aumento de la misma. Los factores de la imagen corporal y la pérdida de peso, mostraron que no son factores determinantes que influyan la autoestima, de ahí la importancia de tener en cuenta que la valoración que los pacientes realizan de sí mismos no es estática o permanente, sino que se modifica durante toda la vida, como resultado de las nuevas experiencias de interacción con el mundo físico y social. Por tanto, la autoestima se va formando (y consolidando) a partir de nuestras relaciones con los demás y de la imagen que los demás nos proyectan en estas interacciones.

1.1.1. Calidad de vida

La calidad de vida es la variable más ampliamente estudiada en el área de la salud. La existencia de un gran número de estudios que relacionan la calidad de vida y la obesidad mórbida, demuestran, en los resultados de sus investigaciones, la mejoría significativa que presentan los pacientes después de la cirugía bariátrica, en comparación con la calidad de vida que presentaban antes de la operación.

La calidad de vida relacionada con la salud se interesaría por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (Badia y García, 2000). Se debe tener en cuenta el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, el bienestar mental y social, y las percepciones de, y la satisfacción con, los niveles que se hayan alcanzado en estos aspectos (Bowling y Brazier, 1995).

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos (Lawton, 1991; Garland, 1993; Setién, 1993; Fernández- Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1997; Rojo, Fernández, Pozo y Rojo, 2002).

La obesidad es una enfermedad y las personas que la padecen 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 y por tanto a su calidad de vida, física y psicológica (Mamplekou, Komesidou, Bissias, Papakonstantinou y Melissas, 2005).

En el estudio del equipo suizo de Karlsson et al. (1998) con pacientes operados de cirugía bariátrica vs pacientes con tratamiento convencional de pérdida de peso, se observó que los que mejoraron su calidad de vida son aquellos pacientes que tienen una pérdida sustancial de peso. Los cambios positivos que se produjeron en la calidad de vida, después de 2 años de la intervención quirúrgica, se debieron a la gran cantidad de pérdida de peso y a la mejoría en el comportamiento alimentario. En el grupo sometido a cirugía bariátrica existía una pobre calidad de vida antes de la operación, y esta mejoró significativamente con la pérdida de peso tras la cirugía, mientras que el grupo con tratamiento convencional, no mostró los mismos beneficios con respecto a su calidad de vida.

Siguiendo a varios autores, todos ellos encuentran que la calidad de vida mejora de forma significativa tras la cirugía bariátrica (Boan, Kolotkin, Westman, McMahon y Grant, 2004), especialmente a los 2 años de la operación (Freys, Tigges, Heimbucher, Fuchs, Fein y Thiede, 2001), pero también después de un largo seguimiento (Shai, Henkin, Weitzman y Levi, 2003), e incluso a los 6 meses (Sabbioni, Dickson, Eychmuller, Franke, Goetz, Hürny, Naef, Balsiger, de Marco, Bürgi y Büchler, 2002) o tan pronto como se han operado a las 2-3 semanas de la operación (Dymek, Le Grange, Neven y Alverdy, 2002). Pero hay otros estudios como el de Dymek et al. (2002) o el de Zwaan, Lancaster, Mitchell, Howell, Manson, Roerig y Crosby (2002), que sugieren que la mejoría se deteriora después de algunos años, debido a la estabilización o a la recuperación parcial del peso, o a la aparición de trastornos en los patrones alimentarios.

En el estudio de Ocón, Pérez, Gimeno, Benito y García (2005) los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica informaban una mejoría en su calidad de vida, considerando el resultado de la cirugía como excelente o muy bueno en el 64,2% de los casos, bueno en el 28,5%, regular en el 5,3% y malo en el 1,7%).

Kinzl, Schrattecker, Traweger, Aigner, Fiala y Biebl (2007), demuestran en sus investigaciones que la gran mayoría de pacientes quedan 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 relacionada con la mejoría en la calidad de vida, síntomas psiquiátricos, sexualidad, y comorbilidad física, pero además, que no todas las experiencias relacionadas con la pérdida de peso son positivas, incluso transcurridos varios años de la operación, los autores hacen referencia a la crisis de identidad, la demanda de nuevas amistades, los vómitos persistentes, la 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 (pechos, muslos y brazos), sobre todo en los casos donde la pérdida masiva de peso es en poco tiempo. También mostraron que los resultados positivos que obtienen los pacientes con respecto a la calidad de vida, no disminuyen a largo plazo. Estos autores concluyen que una mayoría de pacientes obesos muestran mejoría psicológica e interpersonal tras la cirugía, y que ello está directamente relacionado con la pérdida de peso y con el sentimiento que muestran los pacientes de haber encontrado una solución a sus problemas. Por estas razones, el equipo de Smiertka y MacPherson (1995), y Kinzl et al. (2007), sugieren en sus estudios que los pacientes deben ser informados previamente de estos efectos potenciales.

Estudios como el de van Hout, Fortuin, Pelle y van Heck (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.

Mencionar, por su excepción, que 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 Arcila, Velázquez, Gamino, Sierra, Salin, González y Herrera (2002), donde se midió la calidad de vida a 45 pacientes operados y a 15 no-operados mediante el cuestionario GIQLI (Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal), se concluyó que la calidad de vida de los pacientes operados es significativamente mejor que la calidad de vida de los no-operados.

Horchner y Tuinebreijer (1999) y O'Brien, Dixon, Brown, Schachter, Chapman, Burn, Dixon, Scheinkestel, Halke, Sutherland, Korin y Baquie (2002), encontraron incrementos significativos en todas las puntuaciones del SF-36 después de la intervención de *by-pass* gástrico. Por el contrario, Schock, Geenen, van Antwerpen, de Wit, Brand y van Ramshorst (2000), no

encontraron cambios significativos en las puntuaciones del SF-36 después de 1 ó 3 años de la intervención y mostraron bajas correlaciones entre pérdida de peso a corto plazo tras la operación y calidad de vida. Burgmer, Grigutsch, Zipfel, Wolf, De Zwaan, Husemann, Albus, Senf y Herpertz (2005), evaluaron la calidad de vida a través de los cuestionarios SF-36 y del HRQL, observando una mejoría considerable y significativa al año de la operación de *by-pass* gástrico con respecto a la dimensión física. Sin embargo en la dimensión mental, las puntuaciones no cambiaron de forma significativa al año de la operación.

En el estudio de Callegari, Michelini, Sguazzin, Catona y Klersy (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 el éxito de la cirugía.

Son numerosos los estudios que demuestran en los resultados de sus investigaciones una evidente mejoría en la calidad de vida de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica, relacionada fundamentalmente con la pérdida de peso (Larsen y Torgerson, 1989) y con las variaciones ocurridas, más o menos positivas, en las áreas física, mental y social.

1.6.10. Imagen corporal

Es importante mencionar el aspecto que hace referencia a la imagen corporal porque se relaciona con la insatisfacción, a la que también va ligada la autoestima y las características de personalidad del paciente. La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual. El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes o del cuerpo en su totalidad. El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. El componente conductual se refiere a las conductas elicidadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados.

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y al modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

El tema de la imagen corporal en los obesos mórbidos es una cuestión que cada vez plantea más cambios. El cambio físico va muy rápido y ello produce que

muchas veces cuesta incorporarlo a la estructura mental y tener que cambiar al mismo ritmo la imagen corporal provoca en muchas ocasiones expectativas no realistas y distorsiones de la propia imagen.

La consecuencia de una obesidad extrema es una *imagen corporal negativa*, 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 este tema ha recibido mucha atención con respecto a las personas obesas, en los obesos mórbidos esta cuestión está menos estudiada (Hrabosky, Masheb, White, Rothschild, Burke-Martindale y Grilo, 2006).

La *insatisfacción corporal* está asociada con una puntuación alta en depresión y con una baja autoestima, sin embargo, en el estudio de Rosenberg, Henderson y Grilo (2006), una variable que apareció como un factor predictor importante fue el perfeccionismo. Otras investigaciones dieron como resultado 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 sobrepeso en la niñez, e indicadores físicos y comportamentales, no fueron predictores significativos de la insatisfacción corporal. Estos datos no pueden generalizarse a la población masculina obesa, ya que serían necesarios otros estudios.

Otros autores relacionan la insatisfacción corporal con otras variables. En el estudio de Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale y Rothschild (2005), 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), se observó que el diagnóstico de trastorno por atracón en mujeres que se iban a someter a cirugía bariátrica estaba muy relacionado con la insatisfacción corporal.

A partir de su investigación cualitativa (con mujeres), Ronis, Adami, Pareja, Turato (2009), concluyen que el tratamiento quirúrgico conduce a una pérdida de peso sustancial, una mejora en la calidad de vida y la imagen corporal, disminución de psicopatologías y conducta alimentaria anormal, y a realzar las funciones psicosociales. El impacto psicológico y social que produce la pérdida masiva de peso causada por la cirugía, produce un comprensible bienestar en estas mujeres. Pero a su vez también concluyen que el reencuentro con el cuerpo femenino después de la cirugía se experimenta como una forma de restablecimiento, pero también con un sentimiento de indefensión, lo que puede conducir al desarrollo de síntomas fóbicos. Algunas pacientes muestran un descontento con sus cuerpos debido a que antes sentían una vergüenza atribuida por la obesidad, y después de la operación sienten vergüenza atribuida a la flaccidez, los pliegues de la piel y las cicatrices. La expectativa de

la cirugía plástica correctiva es una experiencia que genera la misma ansiedad y la misma urgencia como lo hicieron cuando la espera de la cirugía bariátrica.

Para algunos investigadores, 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, Dixon y O`Brian (2002) y Guisado et al. (2002), y en cambio para Foster y Matz (2004), representa una experiencia psicológica que es independiente del peso y, por tanto, no se ve afectada por su pérdida.

La conclusión del estudio de De Panfilis, Cero, Torre, Salvatore, Dall`Aglia, Adorni y Maggini (2007), es que sólo algunos aspectos de la imagen corporal mejoran después de la intervención, mientras que otros no. Estos aspectos son la apariencia física, la imagen corporal relacionada con comportamientos de evitación y la distorsión severa de la imagen corporal que disminuyen en su puntuación, es decir mejoran. En cambio, los aspectos que no mejoran son 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 mismo.

Por lo que se refiere a los aspectos más graves que mejoran después de la cirugía es la distorsión de la imagen corporal (hay una disminución en todo lo referente a las conductas de evitación hacia el propio cuerpo, y la distorsión severa de la imagen corporal). Su efecto se debe principalmente a la normalización de los patrones alimentarios tras la operación y no a la pérdida de peso. Sin embargo en el estudio de Mitchell et al. (2001) se mostró 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.

1.6.11. Sintomatología psicológica

Otro aspecto relevante en el estudio de los pacientes con obesidad mórbida que se van a someter a cirugía bariátrica es la realización de la evaluación de la sintomatología psicológica de dichos pacientes. La sintomatología que puedan presentar los pacientes, suele estar asociada con la severidad y duración de la obesidad, y puede ser la causa o el efecto de la obesidad que padecen (Guisado y Vaz, 2003).

Los trastornos psiquiátricos son, a menudo, considerados como contraindicaciones para la cirugía bariátrica, (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 concluyen resultados controvertidos y poca claridad en que sean predictores de éxito o no éxito. Algunos estudios sugirieron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los obesos mórbidos, no es sustancialmente diferente a la población normal (Stunkard, Stinnet y Smoller, 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, Goldstein y Mason, 2003).

Según Vallis y Rosse (1993) y Herpertz, Kielmann, Wolf, Langkafel, Senf y Hebebrand (2004), 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. Al igual que otros estudios que tampoco 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 y Bloomston, Zervos, Camps, Goode y Rosemurgy, 1997).

Como ya se ha mencionado en otro apartado del presente estudio, la enfermedad de la obesidad mórbida es multicausal. Un gran número de investigaciones hacen referencia a dos constructos: la ansiedad y la depresión, bien porque presente una correlación previa o posterior al desarrollo de la obesidad.

La estigmatización social que han sufrido los pacientes deriva en prejuicios que muchas veces carecen de fundamento, reforzando expectativas negativas que en ocasiones dan lugar a depresión. Cuando hablamos de pacientes que se someten a cirugía bariátrica, estos presentan grandes cambios en poco tiempo, lo que les hace tener que adaptarse con rapidez a diferentes percepciones del "yo", y han de reacomodarse ambientalmente y en su entorno social (Martínez, Ibáñez, Ortega, Sala, y Carmena, 2002). Es frecuente que aparezcan cuadros de ansiedad ante la evolución del peso, o cuadros depresivos de origen incierto, sobre todo en el primer trimestre postoperatorio (Ibáñez, 1994). Otros estudios han encontrado pacientes con depresión y ansiedad tras la cirugía bariátrica, e incluso pacientes con intentos de suicidio (Hsu et al., 1998 y Mitchell et al., 2001). Según Wadden, Sarwer, Womble, Foster, McGuckin y Schimmel (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, 1998).

Según el estudio de Ruiz, Berrocal y Valero (2002), la cirugía bariátrica o sus consecuencias, también produce efectos beneficiosos sobre parámetros comportamentales y psicológicos. Aproximadamente la mitad de los individuos señalan que su estado de ánimo, sus relaciones sociales y la satisfacción con su imagen corporal se han visto incrementadas, y un 35% que han mejorado sus relaciones sexuales. En general los resultados sugieren que los cambios en parámetros psicológicos que acontecen tras la cirugía se relacionan con cambios emocionales que experimentan los individuos como mejoras, y que parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras el tratamiento,

a la par que dichos cambios son más independientes de las pérdidas ponderales de lo que en un principio cabría esperar.

Estudios recientes en pacientes con TCA indican que la comorbilidad ansiosa está relacionada con los síntomas que definen a los trastornos alimentarios, como la realización de dietas erróneas, las preocupaciones en torno al peso y a la imagen corporal, los atracones alimentarios y las purgas (Spindler y Milos, 2007, citado por Solano y Cano, 2012). Santos, Richards y Beckley (2007) y Downs, DiNallo, Savage y Davison (2007, citado por Maganto, 2011) demuestran que cuanto mayor IMC mayor insatisfacción corporal y, consecuentemente, mayor depresión.

En un estudio de Rand y Macgregor (1991), se pidió a los pacientes operados que habían mantenido con éxito una pérdida de peso por lo menos 3 años, que eligieran entre la obesidad mórbida y una serie de otras patológicas: ningún paciente eligió obesidad mórbida sobre sordera, dislexia, diabetes, acné severo o serios problemas de corazón y sólo el 10% eligió la obesidad mórbida a la ceguera, lo que da cuenta de la consideración de la obesidad como una clara desventaja personal, que se traduce en intenso malestar psíquico (Lindsay, Meana y Barry, 2002).

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 y Vaz, 2003). En el trabajo de Guisado, Vaz, Alarcón, Béjar, Casado y Rubio (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.

En el estudio de Black, Goldstein, Mason, Bell y Blum (1992) 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 se encontró mayor tasa de enfermedad psiquiátrica en los pacientes obesos mórbidos.

Estudios que han empleado el cuestionario MMPI-2, como los de Maddi, Fox, Khoshaba, Harvey, Lu y Persico (2001) y Tsushima, Bridenstine y Balfour (2004), obtuvieron resultados en los que la psicopatología decrece en los pacientes obesos mórbidos tras la cirugía bariátrica, y que aquellos 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.

En algunas investigaciones, el interés se centra en la diferencia que existe entre los distintos grados de obesidad. Sullivan, Karlsson, Sjöström, Backman, Bengtsson, Bouchard, Dahlgren, Jonsson, Larsson y Lindstedt (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. En el estudio de 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. Así mismo, Saunders (1999), enfatizó que los pacientes obesos tienen una tendencia elevada a presentar niveles significativos de trastornos psiquiátricos. En el período del post-operatorio, Kalarchian, Wilson, Brolin y Bradley (1999), encontraron que mientras unos estudios muestran una evidente mejoría en el estado de ánimo; otros demostraron la posibilidad de aparición de síntomas depresivos tras la operación, sugiriendo la necesidad de una adecuada evaluación psiquiátrica post-operatoria. A través de una serie de 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.

Según Dymek, Le Grange, Neven y Alberdy (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. 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. Sin embargo para Mamplekou et al. (2005), esta mejoría, no significativa, está directamente relacionada con la pérdida de peso.

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.

En el estudio de Kinzl, Schrattecker, Traweger, Mattesich, Fiala y Biebl (2006), en el que 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), en comparación 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.

1.7. Objetivos e hipótesis

En este apartado se van a exponer los objetivos y las hipótesis del presente estudio, realizado con un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía de by-pass gástrico, y que ya fueron estudiados preoperatoriamente y al año. Más concretamente en nuestra investigación se observan, evalúan, y analizan los cambios producidos tras 4 años de la intervención quirúrgica de by-pass gástrico en pacientes que padecían obesidad mórbida. Se trata de estudiar cambios a largo plazo, de forma que los pacientes fueron evaluados en cuatro momentos: preoperatorio (T0), a los 6 meses de la operación (T1), al año (T2) y a los 4 años (T3). Este carácter longitudinal de la investigación nos permite asimismo estudiar el papel predictivo de ciertas variables evaluadas en T0 respecto al estado físico y psicológico de los pacientes en T3.

La investigación se enfoca sobre dos objetivos generales. El primero y principal, se ocupa de analizar los cambios asociados a la pérdida de peso, que ocurren en un amplio abanico de características del funcionamiento psicosocial y físico; y el segundo, explora las posibles diferencias existentes entre aquellos pacientes que, transcurridos 4 años desde la cirugía, han alcanzado o no el éxito en la pérdida de peso, en relación con el tipo de intervención empleada.

Partimos de la hipótesis general de que los pacientes obesos mórbidos que se someten a intervención quirúrgica de by-pass gástrico, mostrarán cambios beneficiosos en su salud física y psicosocial. Sin embargo, muchos de los cambios esperados que se pueden proponer son objeto de discusión, debido principalmente a la carencia de estudios realizados a largo plazo con pacientes que padecen obesidad mórbida. Un ejemplo representativo es la aplicación de la fórmula para el criterio de éxito en la pérdida de peso de los pacientes, que tiene su validez establecida únicamente hasta los 3 años transcurridos desde la operación.

A partir de lo anterior, se proponen un conjunto de objetivos específicos, cuyo orden no prejuzga su mayor o menor importancia en este estudio, y las correspondientes hipótesis.

Objetivo 1. Evaluar la evolución del peso, de la autoestima, de la conducta alimentaria, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal y el funcionamiento psicológico general, en pacientes que fueron sometidos a cirugía de by-pass gástrico.

Hipótesis 1a. Respecto a la pérdida de peso predecimos que la mayor pérdida de peso la encontraremos a corto plazo, esperando que dicha pérdida continúe al año de la operación y que se mantenga a largo plazo, en consonancia con los resultados de estudios como el de Balsiger et al. (2000) y Mitchell et al. (2001), que afirman que transcurridos 18 meses desde la cirugía, la pérdida de peso se detiene.

Hipótesis 1b. En cuanto a la conducta alimentaria, y en la línea del estudio de Ruíz et al. (2002) donde afirma que se producen efectos beneficiosos en la conducta alimentaria tras la operación de *by-pass* gástrico, esperamos que estos beneficios se vean reflejados más claramente a largo plazo en el factor de desinhibición que en el de restricción, debido a que la operación de *by-pass* gástrico lleva consigo una necesaria restricción alimentaria, a largo plazo los pacientes adquieren el hábito de una menor cantidad de ingesta en las comidas.

Hipótesis 1c. En consonancia con otras investigaciones como las de Guisado et al. (2002), Burgmer et al. (2007), esperamos que el nivel de autoestima de los pacientes se incremente a corto-medio plazo y que se mantenga estable a los 4 años. Sin embargo, otros estudios previos no han informado de cambios en el nivel de autoestima de los pacientes entre el preoperatorio y los seguimientos (Fernández, 2008).

Hipótesis 1d. Centrándonos en las dimensiones de CVRS evaluadas en nuestro estudio, se espera que los cambios más relevantes se produzcan en aquellas que involucran el componente de salud física, mejorando especialmente el funcionamiento físico de los pacientes ya que su movilidad diaria se encontraba antes de la operación sensiblemente mermada debido a su obesidad. Por otra parte, en consonancia con los estudios revisados (Freys et al., 2001; Karlsson et al., 1998; Sabbioni et al., 2002), esperamos que las mejoras más notables se aprecien en nuestro estudio a los 6 meses y al año de la operación, coincidentes con la mayor pérdida de peso, y que a largo plazo esas mejoras se mantengan estables.

Hipótesis 1e. La revisión bibliográfica ha prestado escasa atención a la evolución que sufre la percepción de la imagen corporal en los pacientes obesos mórbidos, que se someten a cirugía bariátrica. Partimos del supuesto de que los pacientes presentan una percepción negativa de su imagen corporal, donde la insatisfacción corporal y la preocupación por la imagen les perturba de forma considerable antes de la intervención. En función de ello, esperamos una disminución considerable en la percepción negativa de los pacientes entre el preoperatorio y el seguimiento a largo plazo. Particularmente, los aspectos más sensibles a los cambios en la imagen, evaluada por el BSQ se relacionarán más con la satisfacción con el propio cuerpo y apariencia obtenidas, que con el miedo a engordar o el deseo de perder peso, algo que sucede en todos los pacientes con independencia o no de la pérdida que se produzca.

Hipótesis 1f. En la línea con otras investigaciones que afirman una mejora en la sintomatología psicológica mayor a corto que a medio plazo tras la cirugía de *by-pass* gástrico (Herpertz et al., 2003, y Schowalter et al., 2008), esperamos que la pérdida de peso lleve asociada indirectamente una disminución en los síntomas generales de los pacientes, ésta disminución será más notoria a corto que a largo plazo. En cuanto al tipo y características de los síntomas psicológicos tenidos en cuenta en este estudio, consideramos que las más sensibles al cambio, caso de haberlos, serán aquellos aspectos de la

psicopatología relacionados con la obsesión, la ansiedad y la depresión. Y decimos caso de existir cambios porque la bibliografía sugiere que en los pacientes obesos mórbidos la presencia de psicopatología general no difiere de la presente en la población normal.

Objetivo 2. Analizar el papel predictor que desempeñan conjuntamente las variables relacionadas directamente con la cirugía, que incluyen la información que el paciente posee sobre la intervención quirúrgica y sus motivaciones y expectativas para la misma antes de la operación (T0), en la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal y el funcionamiento psicológico general, alcanzados por los pacientes a largo plazo tras la operación (T3).

Hipótesis 2a. En la línea de los estudios de Brolin (2001, 2002) y Ray et al. (2003), esperamos que estos predictores, y particularmente la motivación y las expectativas siempre que sean realistas, influyan a corto plazo en la pérdida de peso y bienestar físico y psicológico de los pacientes. Es más difícil aventurar el papel que la motivación total del paciente desempeñará a largo plazo, puesto que los motivos concretos por los que lo hizo pueden variar en su orden de importancia para el paciente a lo largo del tiempo. Algo relacionado con este aspecto se plantea en una hipótesis posterior (ver hipótesis 6a).

Objetivo 3. Analizar el papel predictor que desempeña los aspectos relacionados con la conducta alimentaria y actividad física previa de los pacientes antes de la operación (T0), en los mismos aspectos considerados en el objetivo 2.

Hipótesis 3a. En relación con los estudios de Balsiger et al. (2000) y Mitchell et al. (2001), y centrándonos en las dos dimensiones de la conducta alimentaria, cabe suponer que unos valores altos predigan una peor pérdida de peso, una percepción más negativa de la imagen corporal y una peor calidad de vida y funcionamiento psicológico tanto a corto como a largo plazo.

Hipótesis 3b. Por lo señalado en la introducción teórica, una disminución de la actividad física supone un menor gasto de energía, y es un factor que lleva al sobrepeso y la obesidad. Bien es cierto que los pacientes que presentan obesidad mórbida, a algunos sí le gusta realizar actividad física, y en el momento de someterse a cirugía, realizan algún tipo de ejercicio (caminar, pasear, etc.), y otros pacientes no realizan ningún tipo de ejercicio. En nuestra investigación esperamos encontrar que el nivel de actividad física previo a la operación, prediga una mejor pérdida de peso y mejor calidad de vida, sobre todo en aquellos aspectos referentes a la salud física, además de sentirse mejor con su aspecto, siendo relevante la influencia de la actividad física tanto a corto como a medio y largo plazo. Todo ello debido a que la pérdida de peso facilitará la movilidad, de la que carecían antes de la operación debido a la obesidad, y con ello un mejor nivel de actividad física.

Objetivo 4. Como en el objetivo anterior, aquí se trataría de abordar el papel predictor desempeñado por el conjunto de variables relacionadas con el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento típicas, empleadas por los pacientes antes de la operación (T0).

Hipótesis 4a. Aunque no existe abundancia de estudios sobre el papel predictor del apoyo social y el afrontamiento a largo plazo en este tipo de pacientes, estudios como el de Lanyon, Maxwell y Kraft (2009) y Ortega, Fernández, Álvarez, Cassinello y Báguena (2012) respaldan su importancia. Nosotros esperamos que la percepción de apoyo social previo de los pacientes y su empleo de estrategias de afrontamiento activas expliquen la obtención de resultados más positivos en términos de pérdida de peso y bienestar físico y psicológico.

Objetivo 5. En línea con los objetivos anteriores, analizar asimismo el papel predictor desempeñado por las características temperamentales y básicas de personalidad de los pacientes (T0), en la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal y el funcionamiento psicológico general, alcanzados por los pacientes a largo plazo tras la operación (T3).

Hipótesis 5a. La bibliografía revisada respecto a la personalidad hace referencia a que hay características similares en pacientes con abuso de alcohol y obesos mórbidos como son la impulsividad o la dependencia (Chalmers et al., 1990), al igual que otros autores (García et al., 2003) afirman que los pacientes obesos mórbidos suelen presentar impulsividad, labilidad e inestabilidad emocional. Por el tipo de prueba utilizada, particularmente esperamos que los niveles elevados, especialmente de la dimensión de neuroticismo (N), predigan una menor autoestima y peor salud mental en los pacientes. A su vez, suponemos que el papel predictor de N se apreciará a lo largo de todos los seguimientos.

Objetivo 6. Explorar con más detenimiento cómo determinados aspectos comprometidos con la motivación de los pacientes van variando a lo largo de los 4 momentos del estudio, y analizar el papel predictor de las diferentes motivaciones que llevan a los pacientes a querer someterse a cirugía de by-pass gástrico en relación con las mismas variables-criterio utilizadas en los objetivos 2, 3, 4 y 5.

Hipótesis 6a. En relación con los motivos expuestos por los pacientes para operarse, se espera que mejorar la salud o incrementar la movilidad diaria sean motivos principales por los que se operan y sigan siendo importantes a lo largo del tiempo. Sin embargo otro tipo de motivos menos valorados inicialmente por los pacientes pueden ir adquiriendo una importancia sustancial a medida que el paciente va perdiendo peso y mejorando sus comorbilidades, de forma que otros motivos como los de mejorar la apariencia o, en suma, aquellos que implican relaciones con los demás pueden llegar a resultar más importantes para los pacientes a largo plazo.

Hipótesis 6b. En cuanto al papel predictor de las diferentes motivaciones, suponemos que aquellas más importantes para el paciente inicialmente (erradicar las limitaciones que le produce su obesidad) serán más relevantes como predictores de la calidad de vida y percepción de la imagen corporal a corto plazo, mientras que aquellos motivos que implican aspectos sociales serán más relevantes a medio y largo plazo.

Objetivo 7. Explorar más en profundidad el patrón correlacional que a lo largo del tiempo mantiene la conducta alimentaria, la imagen corporal y el funcionamiento psicológico general de los pacientes.

Hipótesis 7a. Esperamos que restricción y desinhibición covaríen de forma diferente a lo largo del tiempo con la imagen corporal. En principio, tanto la realización de esfuerzos para perder peso como la pérdida de control sobre la comida se asociarán con una percepción negativa de la imagen corporal. Sin embargo, a corto plazo, tras la operación y sus correlatos, cabe esperar que sea la restricción la que mantenga relaciones más fuertes con la imagen corporal, mientras que una vez estabilizado el peso y a largo plazo, sea el factor desinhibición el que guarde más relación con esa percepción.

Hipótesis 7b. Tal y como se ha señalado en la introducción teórica, los pacientes son informados de la restricción alimentaria que tendrán en el postoperatorio, siendo conocedores, después de la operación, de que la propia cirugía supone una disminución en la cantidad de los alimentos que pueden ingerir. Es por ello que esperamos que los coeficientes más fuertes se produzcan entre el factor de desinhibición y los síntomas psicológicos de los pacientes a lo largo de los seguimientos.

Hipótesis 7c. En consonancia con estudios revisados (Fernández, 2008), por lo que se refiere a la percepción de la imagen corporal y el malestar psicológico de los pacientes, esperamos encontrar una pauta de covariación fuerte antes de la operación pauta que tenderá a disminuir en los seguimientos, dada la pérdida de peso que experimentan los pacientes. Sin embargo, creemos que una parte de los pacientes recupera algo de peso pasado el año después de la operación, por lo que suponemos que es posible que la preocupación por la imagen corporal y los síntomas psicológicos vuelvan a mantener ciertas relaciones a largo plazo.

Objetivo 8. Analizar las posibles diferencias en las variables evaluadas que se observan a lo largo de los 4 momentos entre el grupo de pacientes que no alcanzan el peso esperado y el de aquellos que sí lo alcanzan.

Hipótesis 8a. La revisión bibliográfica sobre cirugía de by-pass gástrico sugiere que esta intervención quirúrgica es la mejor solución para los pacientes que padecen obesidad mórbida (Brolin, 2001; Almogly et al., 2004; y Roa et al., 2006). Utilizando la fórmula del peso esperado, esperamos que la mayoría de los pacientes que han participado en el estudio alcancen dicho peso con independencia del que tuvieran antes de la operación.

Las hipótesis siguientes tienen un carácter tentativo ya que desconocemos estudios en los que se haya aplicado la fórmula del peso esperado con la intervención del by-pass gástrico y utilizado las variables que se manejan en esta investigación.

Hipótesis 8b. Siguiendo la fórmula aplicada en cuanto al éxito de la intervención quirúrgica (by-pass gástrico) en la pérdida de peso, y considerando ambos grupos (los que no obtienen éxito y los que sí) respecto a las variables utilizadas como predictoras en este trabajo, cabría esperar que es posible que ambos grupos se diferenciaron en aspectos tales como el apoyo social y la estrategias activas de los pacientes que pensamos serían más típicas, a priori, de aquellos que han tenido éxito. Teniendo en cuenta que el éxito o no éxito depende de la cantidad de kg que pierden los pacientes a largo plazo, cabe pensar que es a partir del año de la operación cuando se aprecien las diferencias más notables entre ambos grupos, por lo menos en aquellas variables que se relacionan más con esa pérdida de peso tales como pueden ser los aspectos físicos relacionados con la calidad de vida, reflejado en una mejor salud general, y en cierta medida, algunos componentes relacionados con la imagen corporal.

Hipótesis 8c. Considerando la evolución de cada uno de los grupos por separado (comparaciones intra-grupo), esperamos que el que no alcanza el éxito presente una mejor evolución en la pérdida de peso más a corto plazo que a largo plazo, y que muestre diferencias a lo largo de tiempo principalmente en los factores de la conducta alimentaria y de la imagen corporal. Y en cuanto al grupo que sí alcanza el éxito, cabe esperar que se produzca una mejora generalizada en las variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación (autoestima, conducta alimentaria, calidad de vida, percepción de la imagen corporal y funcionamiento psicológico general).

CAPÍTULO 2. MÉTODO

2.1. Diseño de la investigación

En el presente estudio se va a utilizar un diseño longitudinal. Para la mayoría de investigadores, los estudios longitudinales, son sinónimo de estudio de cohortes o seguimiento en el que se realizan más de dos mediciones a lo largo del tiempo (Chinn, 1989).

En nuestro diseño se recoge la información de los pacientes en cuatro momentos: T0 (2-7 días antes de la intervención quirúrgica), T1 (a los 6 meses de la intervención quirúrgica), T2 (al año de la intervención quirúrgica) y T3 (a los 4 años de la intervención quirúrgica), a partir de los que se pretende detectar tendencias, cambios o desarrollos a través del tiempo, y demostrar, en los casos pertinentes, la secuencia temporal en las diferentes características estudiadas. Por lo que se refiere a éstas, en nuestro diseño distinguimos entre variables evaluadas una sola vez (preoperatorio), que se muestran en la Tabla 2.1, y variables que fueron evaluadas en los 4 momentos temporales, que se muestran en la Tabla 2.2. Una observación realizamos en cuanto a la motivación del paciente, variable que se ajustó en la forma de preguntar a los pacientes en los seguimientos y que permitió un análisis pormenorizado de la misma a lo largo de los distintos momentos del estudio (ver próximo capítulo, apartado 3.4).

Las investigaciones en el área de la Psicología de la Salud, y más concretamente en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica, es bastante escasa por lo que a estudios longitudinales se refiere. Ya en el estudio de Kobasa, Maddi, Puccetti y Zola (1985), se destacó que en los apartados de discusión, conclusiones y futuro de lo que se pretende investigar según cada estudio, es donde aparecen las referencias de las promesas futuras de los diseños longitudinales, en lugar de ocupar un sitio en el apartado del método empleado. Nuestro trabajo intenta satisfacer en toda su extensión estas necesidades investigadoras.

Tabla 2.1. Variables estudiadas en el preoperatorio.

<i>Variables demográficas</i> Género Edad Estado civil Nivel socioeconómico Ocupación laboral Nivel de estudios
<i>Historia de peso y nutrición</i>
<i>Conducta alimentaria</i> Pasado Actualidad
<i>Comprensión</i> Procedimientos quirúrgicos
<i>Conocimiento</i> Restricciones postoperatorias
<i>Motivación y expectativas</i>
<i>Funcionamiento psiquiátrico</i> Pasado Actualidad
<i>Actividad Física</i>
<i>Personalidad</i> Neuroticismo Extraversión
<i>Afrontamiento</i> Centrado en el problema Cognitivo del problema Escape cognitivo Centrado en las emociones Escape conductual Consumo de alcohol o drogas
<i>Apoyo social</i> Apoyo emocional/ informacional Apoyo afectivo Apoyo instrumental

Tabla 2.2. Variables estudiadas en los cuatro momentos: T0, T1, T2 y T3.

<p><i>Control de la ingesta</i> Autodominio Desinhibición</p>
<p><i>Autoestima</i></p>
<p><i>Calidad de vida</i> Funcionamiento físico Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Funcionamiento social Rol emocional Salud mental</p>
<p><i>Imagen corporal</i> Insatisfacción corporal Miedo a engordar Apariencia Deseo de perder peso Preocupación por el peso</p>
<p><i>Sintomatología psicológica</i> Somatización Obsesión-compulsión Susceptibilidad interpersonal Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Ideación paranoide Psicoticismo Depresión melancólica Índice de gravedad global</p>

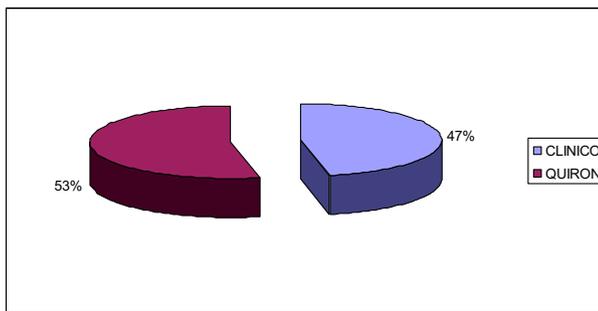
2.2. Características sociodemográficas de la muestra

En la presente investigación contamos con la información completa de una muestra de un total de 30 pacientes a los que se ha realizado un seguimiento hasta los 4 años después de haberse sometido a cirugía de by-pass gástrico. Pacientes que fueron incluidos en el proceso perioperatorio siguiendo los

criterios de selección de pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica establecidos por la SEEDO 2007 (ver Tabla 1.9 del capítulo 1).

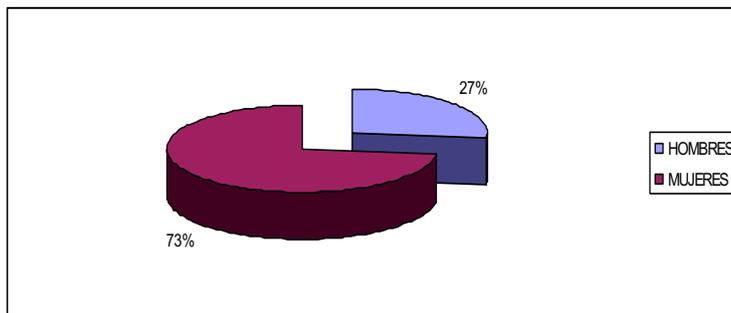
En la Figura 1 se presenta el porcentaje de sujetos según el **hospital** donde se les realizó la intervención quirúrgica (N = 30). Dicha figura indica un equilibrio entre los pacientes que han colaborado, siendo el 47% procedente de un hospital público (Hospital Clínico Universitario, N = 14) y el 53% procedente de un hospital privado (Hospital Clínica Quirón de Valencia, N = 16).

Figura 1. Hospital.



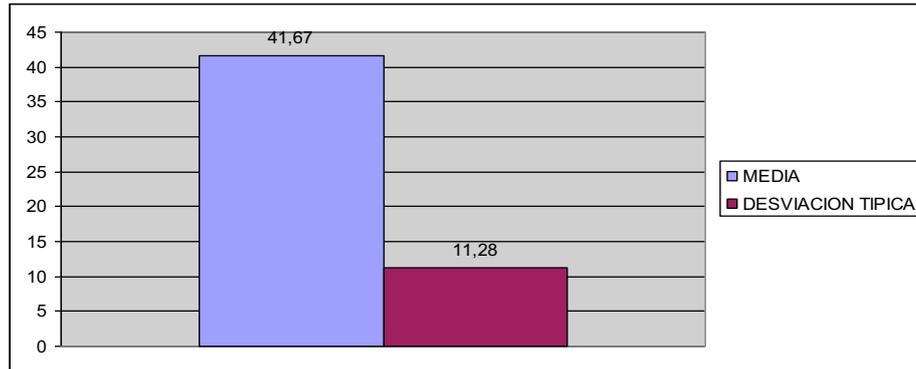
Género. La figura 2 representa a modo de porcentaje el desequilibrio en relación con esta variable. Siendo 8 los hombres y 22 las mujeres que han participado en el estudio. El elevado porcentaje de mujeres que encontramos constata el hecho de una mayor prevalencia de la obesidad en el subgrupo femenino en España, algo ya mencionado en el capítulo anterior, aunque la desproporción entre géneros es mucho mayor que las diferencias de prevalencia, lo que también indica una mayor propensión del sexo femenino a acudir a la cirugía como método de tratamiento.

Figura 2. Género.



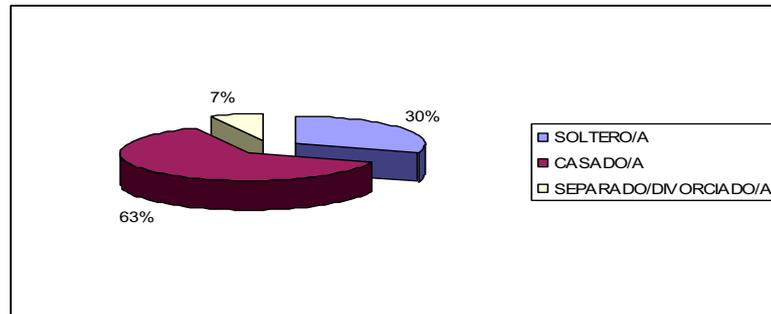
Edad. En la figura 3 se presenta la media de edad de los pacientes que han sido entrevistados, situándose en 41.67, siendo el/la paciente de menor edad de 22 años y el /la paciente de mayor edad de 59 años. La desviación típica se sitúa en un valor de 11.28.

Figura 3. Edad.



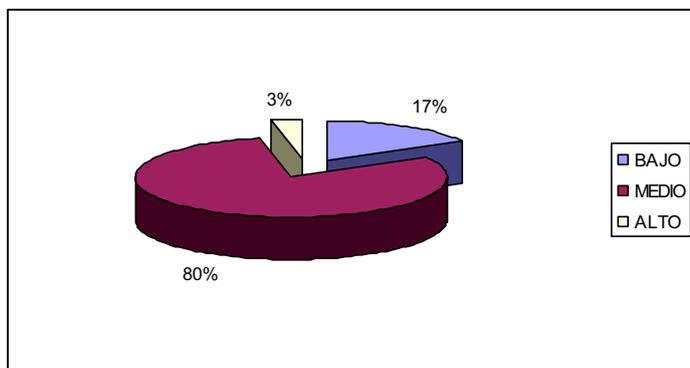
Estado civil. En la figura 4 aparece la distribución de la muestra según su estado civil. La mayoría de los pacientes de la muestra están casados/as o viven en pareja representado el 63% (N = 19); el 30% de la muestra están solteros/as (N = 9); y un 7% están separados/divorciados/as (N = 2).

Figura 4. Estado civil.



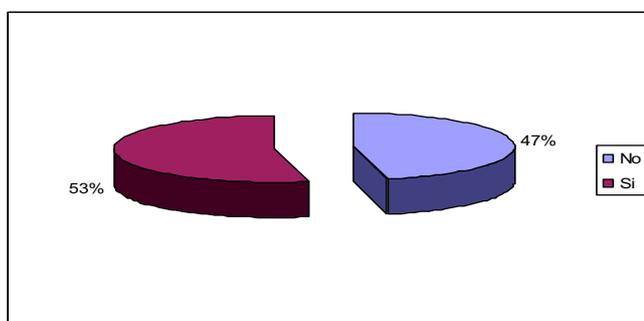
Nivel socioeconómico. En la figura 5 se representa la distribución de la muestra según el nivel socioeconómico. La frecuencia de casos en cada una de las categorías fue: nivel bajo (N = 5), nivel medio (N = 24) y nivel alto (N = 1).

Figura 5. Nivel socioeconómico.



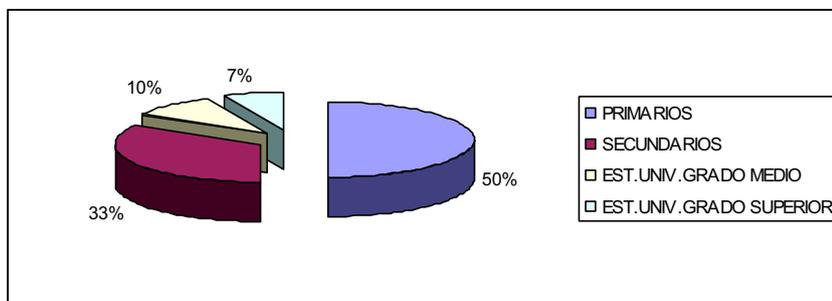
Ocupación Laboral. La figura 6 hace referencia a la situación laboral en la que se encuentran los pacientes. El 53% de estos manifiestan estar trabajando y el 47% no. Hay que tener en cuenta que algunos trabajos son temporales y que en el momento de ser entrevistados se encontraban sin trabajo. Además, el porcentaje de los que no trabajan se refiere a las mujeres que no lo hacen fuera del hogar, es decir este porcentaje incluye principalmente a las amas de casa.

Figura 6. Ocupación laboral (si trabaja en este momento o no).



Nivel de estudios. La figura 7 representa la distribución del nivel de estudios de los pacientes. El 50% de los pacientes tiene estudios primarios (N = 15), el 33% poseen estudios secundarios (N = 10), los que tienen estudios universitarios medios son el 10% (N = 3), y sólo un 7% (N = 2) de los pacientes informan tener estudios universitarios superiores. Estos datos van en la línea de los resultados epidemiológicos que sugieren una mayor prevalencia de la obesidad en personas con un menor nivel de instrucción.

Figura 7. Nivel de estudios.



2.3. Instrumentos de evaluación

La presentación de los instrumentos empleados en esta investigación se realiza en el siguiente orden: *Entrevista Boston*, *EPQ-R*, *COPE*, *MOS*, *TFEQ*, *Autoestima de Rosenberg*, *SF-36 Health Survey*, *BSQ*, *SCL-90*.

Entrevista Boston. 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 y De Anna, 2004).

La entrevista se realiza en el preoperatorio y recoge información de los pacientes que se van a someter a cirugía bariátrica en 7 áreas básicas: historia de peso y nutrición, conductas de alimentación (en el pasado y en la actualidad), comprensión del paciente de los procedimientos quirúrgicos, riesgos, etc.; conocimientos de las restricciones dietéticas postoperatorias, motivación y expectativas de resultados (respecto a la intervención quirúrgica y sus consecuencias futuras), sistema de apoyo-relaciones, y funcionamiento psiquiátrico actual y pasado. A la entrevista se le añadió un octavo apartado para esta investigación relativo a actividad física. A continuación se describen estas 8 áreas, teniendo en cuenta que algunas de ellas permiten establecer los criterios de inclusión y exclusión como son los referentes al peso (grado de obesidad y su evolución en el tiempo), fracasos continuados en tratamientos de pérdida de peso, etc., tal y como ya se ha comentado en el apartado 1.4.3 del capítulo anterior. Por otro lado señalar que la información recogida en las áreas de *comprensión del paciente de los procedimientos quirúrgicos y riesgos*, y *conocimiento de restricciones dietéticas postoperatorias*, así como la *motivación* y *expectativas de resultados* han sido tratadas como variables relevantes en nuestro estudio (preguntas con alternativas de respuesta cerrada), mientras que las áreas correspondientes al sistema de apoyo-relaciones, y funcionamiento psiquiátrico, son variables de las que obtenemos información más completa a través del uso de otros cuestionarios (ver más abajo).

En el área de *historia de peso y nutrición*, se pregunta al paciente sobre el peso actual y desde cuándo tiene problemas de peso, dicha información es relevante para el trabajo que se puede desarrollar a nivel psicológico; también se pregunta por los intentos para perder peso en la actualidad y en el pasado.

El área que evalúa la *conducta de alimentación* que presenta el paciente, es donde se valora si hay presencia de historia de atracón y bulimia y en caso afirmativo se consideran los criterios de diagnóstico para el trastorno por atracón, y en qué han consistido, su frecuencia e intensidad; también son valorados los hábitos de conducta alimentaría.

En cuanto a la *comprensión del paciente de los procedimientos quirúrgicos y riesgos, etc.*, se evalúan aspectos referentes a cuestiones formales de la propia operación, los posibles riesgos (anestesia, colaterales a la operación); los cuidados necesarios inmediatamente después de la operación. En conjunto se trata de 12 preguntas, utilizando una escala de respuesta de 1 a 5 que permite calificar la comprensión del paciente, siendo 1= pobre y 5 = excelente. El valor del coeficiente de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) obtenido en los pacientes de nuestro estudio ha sido de 0,83.

El *conocimiento de las restricciones dietéticas postoperatorias* se evalúa con cuestiones respecto a los cambios que ha de realizar el paciente en la dieta tras la operación en un plazo de 3-4 meses, el orden en la ingesta de líquidos, de purés y de sólidos, qué alimentos deberá limitar o evitar, y cuáles tendrán que ser los hábitos alimenticios óptimos. Todo ello a través de 5 preguntas, utilizando una escala de respuesta de 1 a 5 que permite calificar el conocimiento del paciente, siendo 1= pobre y 5 = excelente. El *alpha* de Cronbach en nuestro estudio posee un valor de 0,98.

La *motivación* del paciente incluye 7 preguntas que indagan acerca del por qué las personas quieren hacerse una operación de by-pass gástrico, utilizando una escala respuesta de 0 a 5 que permite calificar la importancia de la razón o motivo esgrimido, siendo 0= ninguna y 4 = extremada; añadiendo una octava razón: "otras", donde el paciente describe una razón que no ha sido mencionada, y por la que se quiere someter a dicha cirugía. El *alpha* de Cronbach posee un valor de 0,83.

En cuanto a las *expectativas* sobre los resultados de la operación, se trata de dos preguntas, utilizando una escala de respuesta de 1 a 5, siendo 1= pobre y 5 = extremadamente, relativas a qué es lo que sabe sobre lo que le espera después de la operación en términos de pérdida de peso, y respecto a la capacidad para adherirse a un régimen a corto y largo plazo, después de la operación. El *alpha* de Cronbach obtenido ha sido de 0,82.

En el área del *sistema de apoyo/ relaciones*, se le plantea al paciente cuestiones futuras respecto a como influirá su pérdida de peso en sus relaciones (personales, familiares, amigos, compañeros...), y si puede haber alguna persona que se pudiera sentir incómoda por su pérdida de peso. Aunque en

principio se puede prever que las consecuencias van a ser positivas, hay que tener en cuenta una evaluación en esta área, lo cual hace que facilite el cómo podrá ser la adaptación del paciente y del entorno a su nuevo aspecto después de una pérdida masiva de peso.

Respecto al *funcionamiento psiquiátrico actual y pasado* se examina la historia psiquiátrica del paciente, evaluando presencia de depresión grave, intento de suicidio, ansiedad grave, ataques de pánico, abuso físico o sexual, si ha tomado medicación, si se ha presentado alguna situación que hubiese requerido hospitalización, tratamiento de psicoterapia, y abuso de sustancias.

El apartado relativo a la *actividad física*, consiste en 8 cuestiones referentes a los hábitos que llevan en su actividad física, las horas de sueño y que aficiones son sus preferidas de una lista que se presenta, dejando un espacio para añadir alguna que no esté mencionada. Aquí es donde se evalúa la vida sedentaria o no que lleva el paciente hasta ese momento. La variable construida en este caso agrupa 6 de las 8 cuestiones, siendo el valor obtenido por el *alpha* de Cronbach de 0,49.

En suma, la información que se recoge a través de la entrevista facilita el buen desarrollo de la intervención con los pacientes a nivel psicológico. El conocimiento de las variables mencionadas con anterioridad respecto al paciente que se va a someter a by-pass gástrico, sirve de soporte en el pre y post-operatorio, y conlleva también la utilidad de servir como apoyo para el equipo multidisciplinar, puesto que la comunicación de la información entre los miembros que conforman el equipo facilita el proceso de intervención tanto médico como psicológico y el posterior éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.

Es importante insistir en la relevancia de la información que se recaba utilizando la entrevista. Sirve no sólo para obtener datos que nos ayudarán en la intervención psicológica, sino que es una toma de contacto con el paciente, previa a la operación, en la que se pueden empezar a trabajar algunos miedos y desmitificar la idea de que acudir al psicólogo es sinónimo de "estar loco", tal y como lo expresan los propios pacientes. Por ello, es importante tener en cuenta que dicha entrevista ha de ser realizada por un psicólogo/a que tenga las habilidades básicas en realizar una historia clínica, y entrenado en las distintas áreas respecto a la alimentación.

EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire Revised). El EPQ-R desarrollado por el grupo de H. J. Eysenck (H.J. Eysenck, S.B.G. Eysenck y P. Barrett, 1985) es uno de los cuestionarios más empleado y conocido para evaluar las dimensiones temperamentales básicas de la personalidad.

Eysenck postula la existencia de tres dimensiones o factores relativamente independientes entre sí en el área de la personalidad, que son *neuroticismo*, *extraversión* y *psicoticismo*, junto a una escala de *sinceridad* (destinada a medir la tendencia a mentir al responder la prueba). De las cuatro subescalas que

contiene el EPQ-R en esta investigación solo se han empleado las que permiten evaluar neuroticismo (12 ítems) y extraversión (12 ítems).

1. *Neuroticismo (N)*. El neuroticismo o inestabilidad emocional conlleva una baja tolerancia al estrés, ya sea físico como en las situaciones dolorosas, ya sea psicológico, como en las situaciones conflictivas o de frustración. Puntuaciones elevadas indican labilidad emocional. Las personas que las obtienen tienden a ser emocionalmente hipersensibles, presentando a su vez desordenes psicosomáticos.
2. *Extraversión-Introversión (E)*. Las personas que obtienen puntuaciones altas tienen tendencia a ser expansivos, impulsivos, desinhibidos, con mayor tendencia a la agresividad, inclinados al cambio, y que les gustan las actividades en grupo. En el otro polo (introversión), que sería obtener puntuaciones bajas en la escala, se encuentran los sujetos retraídos, tranquilos, previsores, con baja tendencia a la agresión, y mayor tendencia a las actividades individuales.

En resumen se trata de una prueba autoadministrada de fácil aplicación, siendo el formato de respuesta de Sí-No. Las instrucciones son sencillas y únicamente demandan que la persona responda de forma inmediata (sin pensarlo mucho), aclarando que no existen respuestas buenas o malas.

Algunos estudios basados en análisis factorial exploratorio (Valiente, Sandin, Chorot y Santed, 1996) o confirmatorio (Forrest, Lewis y Shevlin, 2000; Shevlin, Bailey y Adamson, 2002) han proporcionado información adicional que confirma la consistencia de las dimensiones de personalidad extraversión y neuroticismo tal y como son evaluadas por el EPQ-R, así como la unidimensionalidad de cada una de las escalas. En el presente estudio la consistencia interna (*alpha* de Cronbach) para la variable extraversión es de 0,84 y para la variable neuroticismo es de 0,89.

COPE. Este cuestionario surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica, premisa por la que se le insiste al paciente en que no existen respuestas "buenas" o "malas" y que responda aquella alternativa que sea más adecuada para él/ella. Tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier (1981, 1985), y Carver, Scheier y Weintraub (1989). Para la evaluación del afrontamiento, en nuestra investigación, se empleó el cuestionario COPE adaptado por Crespo y Cruzado (1997).

Este instrumento evalúa los modos generales de afrontamiento en sus aspectos cognitivos y conductuales. Consta de 60 ítems, siendo la escala de respuesta para cada ítem de tipo Likert presentando 4 alternativas: 1= habitualmente no hago esto en absoluto, 2= habitualmente lo hago esto un poco, 3= habitualmente hago esto bastante, 4= habitualmente hago esto mucho. Han de responder pensando en acontecimientos difíciles o estresantes para ellos/as,

teniendo en cuenta lo que hace de forma habitual cuando se encuentra ante esas situaciones. Los ítems inicialmente aparecen distribuidos en 15 escalas que denotan conductas puestas en marcha para afrontar una situación estresante, y que en un análisis factorial de segundo orden aparecieron agrupadas en los siguientes 6 factores:

1. *Afrontamiento conductual centrado en el problema* (11 ítems): hace referencia al crecimiento personal, la planificación y afrontamiento activo, y al abandono de los esfuerzos de afrontamiento. El *alpha* de Cronbach ha sido de 0,51.
2. *Afrontamiento cognitivo del problema* (15 ítems): se encarga de medir el grado de manejo de la aceptación, el humor, la reinterpretación positiva, y la manera de refrenar el afrontamiento. El *alpha* de Cronbach ha sido de 0,78.
3. *Escape cognitivo* (11 ítems): incluye las escalas de negación, religión, y conductas de evasión. El *alpha* obtenido ha sido de 0,77.
4. *Afrontamiento centrado en las emociones* (12 ítems): evalúa las escalas de centrarse en las emociones y desahogarse, y la búsqueda de apoyo social. El *alpha* obtenido ha sido de 0,87.
5. *Escape conductual* (7 ítems): actividades distractoras de la situación, concentrar esfuerzos para solucionar la situación. El *alpha* de Cronbach obtenido en este estudio ha sido de -0,01.
6. *Consumo de alcohol o drogas* (4 ítems): constituye por si mismo un modo de afrontamiento diferenciado. El *alpha* obtenido ha sido de 0,95.

Varios estudios apoyan sus adecuadas *propiedades psicométricas* en las versiones original y adaptada (Carver et al., 1989; Crespo y Cruzado, 1997). Sin embargo, en nuestra muestra de pacientes obesos mórbidos el factor relativo a *Escape conductual*, presenta una consistencia interna nula por lo que se ha descartado para la realización de análisis posteriores. A pesar de que la variable *Afrontamiento conductual centrado en el problema* presentaba una consistencia interna baja, decidimos conservarla en el estudio.

MOS. El cuestionario de Apoyo Social desarrollado en EEUU por Sherbourne y Stewart (1991), permite investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como cualitativos (dimensiones) del apoyo social. Consta de 20 ítems, y son contestados según el formato de escala de respuesta tipo Likert, puntuando de 1 = nunca a 5 = siempre (Sherbourne y Stewart, 1991; De la Revilla, Bailón y Luna, 1991; De la Revilla y Bailón, 1994; Rodríguez, Pinzón, Maiquez, Herrera, De Benito y Cuesta, 2004). Además de proporcionar una medida global de apoyo social, la adaptación española ofrece información sobre las siguientes dimensiones (De la Revilla et al., 1991):

1. *Emocional/informacional* (10 ítems): posibilidad de asesoramiento, consejo, información. El *alpha* obtenido ha sido de 0,96.
2. *Afectiva* (5 ítems): demostración de amor, cariño y empatía. El *alpha* obtenido ha sido de 0,86.

3. *Instrumental* (4 ítems): posibilidad de contar con personas para comunicarse. El *alpha* obtenido ha sido de 0,86.

Por lo que se refiere a la medida global en apoyo social el coeficiente de consistencia interna nos da un valor de 0,96.

TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire). La conducta alimentaria es un constructo multidimensional que incluye tres componentes: conductual, cognitivo y afectivo (Herman y Polivy, 1984). El modelo de regulación del alimento se basa en estos tres elementos, y acorde con éste, la ingestión de alimentos se encuentra regulada por dos límites: a) límite fisiológico de hambre y saciedad y b) límite psicológico o cognitivo, llamado zona de indiferencia biológica, que no es controlada por parámetros fisiológicos sino por factores de índole psicosocial (Herman y Polivy, 1984; Polivy y Herman, 2002).

Por lo anterior Stunkard y Messick (1985), desarrollaron el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (*Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ*), que constituye una de las medidas de restricción alimentaria más utilizadas en la actualidad, también conocido como *Inventario de Alimentación (EI)*, un cuestionario de autoinforme que se divide en dos partes, una primera que consta de 36 ítems con dos opciones de respuesta (falso-verdadero) y una segunda parte con 15 ítems (tipo Likert) con cuatro opciones de respuesta (1= raramente, 2= algunas veces, 3= habitualmente, 4= siempre). En esta investigación hemos utilizado la adaptación española de Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999), quienes encontraron en sus estudios factoriales que el instrumento evalúa dos factores claros:

1. *Restricción alimentaria* (20 ítems), destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos. El *alpha* obtenido en nuestro estudio ha sido de 0,64.
2. *Desinhibición alimentaria* (25 ítems), que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación. El *alpha* obtenido ha sido de 0,90.

En los estudios sobre las *cualidades psicométricas* del TFEQ se han informado valores de consistencia interna para el total del instrumento de 0,70 a 0,75 (Stunkard y Messick, 2008) y para sus tres subescalas de 0,71 a 0,93, y una fiabilidad test-retest de .98 (French, Jeffery y Wing, 1994).

Los estudios sobre la utilidad clínica del TFEQ/EI en mujeres obesas, han demostrando una débil correlación entre las puntuaciones en las subescalas de auto-dominio y desinhibición y los valores de peso e IMC basales. 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 (Pardo, Ruiz, Jódar, Garrido, de Rosendo y Usán, 2004).

El estudio SOS (*Swedish Obese Subjects*: Karlsson, Persson, Sjoström y Sullivan, 2000) objetó sólo parcialmente la estructura factorial del TFEQ/EI, aunque la dimensión de autodominio seguía claramente presente, la mayoría de los enunciados de las dimensiones desinhibición y hambre se agrupaban en una única dimensión, nominada como ingesta incontrolada, a la vez que surgía otra dimensión, ingesta emocional.

Stunkard y Messick (1985), han detectado que los obesos que obtienen puntuaciones altas en la escala de restricción del TFEQ responden mejor al tratamiento psicológico, mientras que los que obtienen puntuaciones altas en la escala de hambre, responden mejor a los tratamientos que emplean medicamentos supresores del apetito, demostrando así la utilidad del TFEQ para predecir el éxito del tratamiento. A su vez, el factor de restricción alimentaria del TFEQ, ha sido empleado por Stunkard y Messick (2008), en la monitorización del progreso del tratamiento de obesos que presentan atracones alimentarios.

De acuerdo con la literatura, el TFEQ ha sido útil para discriminar entre muestras de obesos con y sin atracón alimentario (Bas, Bozan y Cigerim, 2008; Hsu, Mulliken, McDonagh, Krupa, Rand, Fairburn, Rolls, McCrory, Saltzman, Shikora, Dwyer y Roberts, 2002; Le Grange, Gorin, Catley y Stone, 2001). Al respecto Molinari, Ragazzoni y Morosin (1997), Adami, Campostano, Marinari, Ravera y Scopinaro (2002), observaron que los obesos con Trastorno por Atracón (TA), obtienen puntuaciones significativamente más altas en las escalas de desinhibición y hambre de este cuestionario, a diferencia de los obesos sin TA.

Autoestima de Rosenberg (EAR). Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la autoestima global es la *Escala de Autoestima de Rosenberg*. Originariamente fue desarrollada por este investigador (Rosenberg, 1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Para el estudio se ha utilizado la traducción realizada por Echeburúa (1995).

Se trata de un cuestionario de autoinforme de los más utilizados para la medición global de la autoestima. Los 10 ítems que lo componen hacen referencia a los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Los ítems son formulados en forma de frase, y la escala de respuesta para cada ítem es de tipo Likert presentando 4 alternativas: 1= estoy muy de acuerdo, 2= estoy de acuerdo, 3= no estoy de acuerdo, 4= estoy muy en desacuerdo.

Diversos estudios apoyan sus adecuadas características psicométricas, ampliamente estudiadas en su versión original americana, así como en otros idiomas (Rosenberg, 1965; Kaplan y Pokorny, 1969; Kernis, Grannemann y Mathis 1991). Sin embargo en nuestro país, aunque esta escala es ampliamente utilizada, los datos sobre sus características psicométricas son muy limitados. En la muestra de nuestro estudio, el coeficiente *alpha* de Cronbach posee un valor de 0.85.

SF-36 Health Survey (Calidad de Vida). Fue desarrollado a principios de los años 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*). Se trata de 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 los pacientes de forma individual (Ware, 2000).

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación realizado por Alonso, Prieto y Antó (1995), el SF-36, se ha convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. Debido a la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, convierten el SF-36 en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miralda, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo-Salvany y Alonso, 2005). Así, 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 peor de los estados de salud posibles.

A partir de las 36 preguntas que incluye el cuestionario se pretenden 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).

La descripción de estos ocho conceptos de salud (Molinero, 1998), así como los coeficientes de consistencia obtenidos en nuestra muestra de pacientes, es como sigue:

1. *Función física* (10 ítems): hace referencia al 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. *Alpha* de Cronbach 0,88.
2. *Rol físico* (4 ítems): es el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. *Alpha* de Cronbach 0,88.
3. *Dolor corporal* (2 ítems): se encarga de medir la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. *Alpha* de Cronbach 0,90.
4. *Salud general* (5 ítems): es la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. *Alpha* de Cronbach 0,85.

5. *Vitalidad* (4 ítems): es el sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo. *Alpha* de Cronbach 0,83.
6. *Función social* (2 ítems): el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual. *Alpha* de Cronbach 0,88.
7. *Rol emocional* (3 ítems): determina el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. *Alpha* de Cronbach 0,95.
8. *Salud mental* (5 ítems): se refiere a la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. *Alpha* de Cronbach 0,88.

El cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumatorio, la física (PCS) y la mental (MCS), mediante la agrupación de dimensiones. Respectivamente los valores alpha fueron de 0,92 y 0,91.

Con respecto a la fiabilidad, en la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0,70) 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. Como vemos, nuestros coeficientes se ajustan perfectamente a estas sugerencias.

Existen estudios que demuestran que la CVRS del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc. (Barajas, Robledo, Tomás, Sanz, García y Cerrada, 1998). Es la cirugía bariátrica, tal y como expresan muchos estudios, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos, debido a la pérdida sustancial de peso (Karlsson et al., 1998). Son varios los autores que en sus estudios muestran que hay una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica (Boan et al., 2004; Freys et al., 2001; Shai et al., 2003; Sabbioni et al., 2002; Dymek et al., 2002).

Dicha mejoría, además de por la pérdida masiva de peso, también está relacionada con variaciones en las diferentes áreas de la vida y por la capacidad de autocuidado que desarrolla el paciente.

BSQ (Body Shape Questionnaire). La imagen corporal ha sido muy investigada en el campo de los trastornos de alimentación. La prueba que emplean la mayoría de los investigadores para la evaluación de la imagen corporal es el BSQ (Body Shape Questionnaire), que fue diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Su adaptación a la población española fue realizada por Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater (1996), siendo la empleada en el presente estudio. Con el cuestionario BSQ se obtiene una

medición respecto al propio cuerpo a nivel de pensamientos, comportamiento y de actitudes.

El cuestionario es cumplimentado por el paciente, respondiendo a 34 ítems que hacen referencia a la autoimagen. Se le pide al paciente que responda a cómo se ha sentido en las cuatro últimas semanas respecto a su apariencia física, siendo la escala de respuesta para cada ítem de tipo Likert presentando 6 alternativas: 1= nunca, 2= rara vez, 3= algunas veces, 4= a menudo, 5= habitualmente, y 6= siempre. La brevedad de la prueba y su facilidad de aplicación hacen de ella un instrumento muy útil para su uso en la evaluación de la imagen corporal.

Los factores que evalúa el BSQ son: Insatisfacción corporal, Miedo a engordar, Sentimiento de baja autoestima a causa de la apariencia y Deseo de perder peso (Baile, Guillén y Garrido, 2002; y Baile, Raich y Garrido, 2003). Se puede obtener una puntuación global de estos tres últimos factores, denominado Preocupación por el peso, y también una puntuación global en imagen corporal.

La evaluación de la imagen corporal, así como de la posible insatisfacción corporal ha sido muy investigada en todo el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, pero no lo ha sido en el campo de la obesidad. Por ello no hay instrumentos suficientemente validados y fiables específicos para los pacientes con obesidad mórbida. Tras una búsqueda bibliográfica en este campo, y acorde con estudios alemanes (p.e., Legenbauer, Vocks, Betz, Báguena, Benecke, Troje y Rüddel, 2010), la prueba que la mayoría de los investigadores afirman utilizar para la evaluación de la imagen corporal es la prueba que se ha utilizado en nuestro estudio.

La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación (alpha de Cronbach entre 0,95 y 0,97). En nuestro estudio los *alphas* de Cronbach fueron respectivamente para insatisfacción corporal de 0,96, para la agrupación denominada pérdida de peso de 0,93 y para la puntuación total en el cuestionario, de 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; y Baile et al., 2002, 2003).

SCL-90 (Symptom Check List-90 Revised). Creada por Derogatis y Melisaratos (1983) y adaptada al castellano por González de Rivera, Derogatis, de las Cuevas, Gracia, Rodríguez, Henry y Monterrey (1989), permite evaluar 90 síntomas distribuidos según sus afinidades, en 10 grupos o "dimensiones sintomáticas". Al ser un instrumento autoadministrado, en algunos casos puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural, por ello se les instruye a que lean cada uno de los ítems con cuidado y a que respondan hasta que punto se han sentido afectados por el problema que describe cada uno. La escala de respuesta es de tipo Likert siendo 0= nada, 1= poco, 2=

moderadamente, 3= bastante, 4= muchísimo. El referente temporal utilizado es si los síntomas han ocurrido en la última semana.

El SCL-90-R fue diseñado para ser interpretado en términos de tres niveles diferentes de información: el global, el dimensional y el de síntomas discretos:

1. *Medidas globales*: el IGG (Índice Global de Gravedad) es el indicador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del sujeto, porque combina información sobre el número de síntomas y la intensidad del estrés y es al que prestamos más atención en nuestra investigación; el PST (total de respuestas positivas), contabiliza el número total de síntomas presentes, es decir, la "amplitud" y diversidad de la psicopatología; y el PSDI (Índice de Estrés de Síntomas Positivos), representa una medida pura de intensidad sintomática, relativiza el estrés global en referencia al número total de síntomas.
2. *Dimensiones sintomáticas*: aporta un perfil multidimensional de la patología presente. Consta de 10 grupos de dimensiones.
3. *Síntomas discretos*: ayudan a entender en detalle la naturaleza del estado psicopatológico del sujeto. Permite familiarizarse con el perfil sintomático del paciente.

Las 10 dimensiones de síntomas son las siguientes:

1. *Somatización* (12 ítems): Comprende 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, con alteraciones neurovegetativas en general. Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, teniendo en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente. El *alpha* de Cronbach posee un valor de 0,92.
2. *Obsesión-Compulsión*: Los 10 ítems que comprende esta dimensión 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. *Alpha* de Cronbach 0,93.
3. *Sensibilidad Interpersonal*: Los 9 síntomas de esta dimensión 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. *Alpha* de Cronbach 0,92.
4. *Depresión*: Dimensión de 13 ítems 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. *Alpha* de Cronbach 0,95.
5. *Ansiedad*: Los 10 ítems de esta dimensión sintomática son los referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como

- aguda ("pánico"). Incluye signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. *Alpha* de Cronbach 0,95.
6. *Ira-Hostilidad*: Comprende 6 ítems que aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento. *Alpha* de Cronbach 0,89.
 7. *Ansiedad Fóbica*: Comprende 7 ítems 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. Teniendo más representación en la escala los síntomas de agorafobia y fobia social que los de la fobia simple. *Alpha* de Cronbach 0,89.
 8. *Ideación Paranoide*: Se compone de 6 ítems que recogen distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo como suspicacia, centralismo autoreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control. *Alpha* de Cronbach 0,87.
 9. *Psicoticismo*: Los 10 síntomas configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general se relaciona más con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta. *Alpha* de Cronbach 0,92.
 10. *Escala adicional (ítems adicionales)*: Síntomas misceláneos. Comprende 7 ítems. Derogatis considera que, aunque son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión sintomática específica. Para un clínico normal constituyen un claro referente de *depresión melancólica*. *Alpha* de Cronbach 0,76.

Los valores encontrados en la muestra clínica psiquiátrica española, con la que trabajó González de Rivera (1989), se sitúan entre 0,81 y 0,90, asemejándose mucho a los descritos por Derogatis (1983), con valores entre 0,77 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna del presente estudio indican valores entre 0,76 y 0,99 (Índice Global de Gravedad).

Un ejemplar de cada uno de los cuestionarios empleados en la investigación se encuentra en el apartado de Anexos (Anexo A).

2.4. Procedimiento

La investigación se desarrolla en el ámbito de la sanidad en un contexto hospitalario, con pacientes sometidos a cirugía de by-pass gástrico en el Hospital Clínico Universitario de Valencia y en el Hospital Clínica Quirón de la misma ciudad. Los datos han sido recogidos mediante re-evaluación llevada a cabo por parte de un psicólogo a los 4 años de la intervención quirúrgica. Durante el primer año después de la cirugía, ha habido seguimiento médico en todos los casos. El estudio de investigación a largo plazo nace del interés

generado por parte de los diferentes profesionales que abordan la problemática de la obesidad mórbida, siendo el presente estudio una continuación de estudios previos iniciados hace 6 años.

Debido a que se investiga a largo plazo la evolución de los pacientes, la obtención de la muestra del presente estudio parte de una muestra inicial, con la que se trabajó hace 4 años, de pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía de by-pass gástrico. En ese estudio (Fernández, 2008) se disponía de un total de 60 sujetos, de los que han sido seguidos 30 a lo largo de 4 años.

El primer paso era poder contactar con los pacientes después de transcurrido el tiempo desde que recibieron el alta en cirugía, tanto los pacientes operados en hospital público como en hospital privado. En el caso del *Hospital público* se realizó un registro de las visitas de los pacientes con el cirujano o con el endocrinólogo. Para ello se contaba con el permiso de los especialistas y de la persona encargada de las citas del Servicio de Cirugía General, que vía telefónica proporcionaba las fechas y hora de dichas citas. No todos los pacientes que se operaron tenían citas de revisión, y aún teniéndola, no todos acudían. En el caso del *Hospital privado* (donde realizo mi actividad profesional), se procedió de dos maneras, en algunos casos eran citados en la consulta por la psicóloga, y en otros casos mediante correo convencional, previa llamada personal al paciente y posterior carta de petición y agradecimiento, se les envió los cuestionarios en un sobre. Una vez rellenados los remitían a la dirección que previamente se había convenido en dicha carta, estos casos han sido un total de ocho pacientes, siendo el procedimiento más adecuado para aquellos que viven lejos de la ciudad de Valencia.

Una vez establecido el contacto, con los pacientes del hospital público, se les entregaban los cuestionarios personalmente, la cumplimentación de los mismos se realizó mientras se encontraban en la sala de espera, y aunque no era necesaria la presencia del entrevistador, en la mayoría de los casos referían que les resultaba más fácil que fuera yo quien les hiciera las preguntas, cuyo momento aprovechaban para poder aclarar dudas de su proceso, puesto que la gran mayoría realizaba la petición de que un profesional de la psicología pudiera atender a la problemática de la personas que "padecemos esto". En el caso de los pacientes del hospital privado que acudían a la consulta se generaba una entrevista/consulta de su estado de salud física y psicológica, recabando así información clínica que ayuda a comprender y conocer mejor lo que sucede a largo plazo después de una intervención quirúrgica que es "para toda la vida". Algo parecido sucedió con los que enviaron los cuestionarios por correo, ya que la llamada personal con el paciente también generó una entrevista/consulta vía telefónica.

En todos los casos, tanto en el Hospital público como en el Hospital privado, los pacientes estaban informados del propósito de volver a cumplimentar los cuestionarios y el consentimiento y colaboración por parte de todos ellos ha sido de gran ayuda.

2.5. Análisis estadístico planteado en la investigación

Además de la realización de cálculos simples como los porcentajes, se han llevado a cabo análisis de varianza de un sentido para ver la evolución de los pacientes a lo largo del tiempo en las variables evaluadas en los cuatro momentos del estudio. Otros análisis bivariados como análisis de medias y correlacional aparecen puntualmente para algunas variables específicas. Finalmente, la estadística multivariada se ha aplicado para establecer el papel predictor de un conjunto de variables de interés y se ha plasmado en la ejecución secuenciada de análisis de regresión simple. En todo caso, en cada apartado de resultados se especificará el tipo de análisis realizado.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

En este capítulo presentamos los resultados obtenidos en esta investigación respecto a las variables ya comentadas, y de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados en el primer capítulo. Los resultados serán expuestos en seis secciones. La primera, incluye una breve anamnesis de las características de la muestra, extraída a partir de los resultados de la Entrevista Boston. En una segunda sección, se presentarán los resultados relativos a la evolución de los pacientes en las variables que fueron evaluadas en los 4 momentos de los que consta nuestro estudio. La tercera corresponde al análisis del papel predictivo que desempeñan diferentes variables evaluadas en el preoperatorio (ver diseño) en relación con la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal y los síntomas psicológicos generales de los pacientes a lo largo de todo el proceso. En la cuarta se profundiza en las motivaciones de los pacientes para la intervención quirúrgica, en los cambios que se producen en esas motivaciones y en su papel predictor respecto a las mismas variables mencionadas en la sección anterior. En la quinta se presenta un análisis detallado de las relaciones estructurales que se observan a lo largo del tiempo entre la conducta alimentaria y la imagen corporal con los síntomas psicológicos de los pacientes. Y en la sexta sección, de índole más exploratoria, pero no por ello menos carente de interés, se analizan las posibles diferencias existentes entre aquellos pacientes que tuvieron éxito en la pérdida de peso que se esperaba de ellos a los 4 años tras la intervención quirúrgica y aquellos que no. El criterio de éxito es en base al peso esperado en los pacientes operados de cirugía de by-pass gástrico, y para ello se ha aplicado la fórmula de Baltasar, Pérez, Serra, Bou, Bengochea y Borrás (2011).

3.1. Anamnesis

A continuación se presenta una descripción detallada del historial de nutrición y los hábitos de alimentación de los pacientes que han participado en la presente investigación. Esta información se ha extraído de la primera parte de la Entrevista Boston (EB), cuyos datos fueron obtenidos en el preoperatorio de los pacientes obesos mórbidos que se sometieron a cirugía bariátrica. Los datos han sido calculados sobre la muestra total (N =30), y los resultados hacen referencia a indicadores descriptivos, sin comparaciones con otros momentos debido a que la EB se administró antes de la intervención quirúrgica.

3.1.1. Historia de peso y nutrición

Se obtiene información del paciente sobre aspectos que hacen referencia a su historia de peso desde que se inició el problema de sobrepeso, preguntándole cual es el peso más bajo que ha llegado a obtener (haciendo un esfuerzo para conseguirlo), y durante cuanto tiempo pudo mantenerlo, además de anotar cual ha sido el peso principal desde el inicio del problema. A su vez en la misma EB, se cuestiona por las diferentes dietas realizadas y por los diferentes métodos que puede haber empleado el paciente para conseguir perder peso en el pasado y en la actualidad (si lo ha intentado y el grado de éxito conseguido). (Véase Tablas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5).

Tabla 3.1. Inicio del problema.

Inicio del problema	Frecuencia	%
Infancia	19	63.3
Adolescencia	4	13.3
Edad adulta	6	20.0
Estresor	1	3.3

Tabla 3.2. Peso más bajo.

Peso más bajo	Media	Desviación típica
PESO	87,13	18,20

Tabla 3.3. Historia del peso.

Desde inicio problema de peso	Frecuencia en días	%
Tiempo más bajo	492,67	862,71
Tiempo mantenimiento peso principal	2.921,83	1.764,74

La mayoría de los pacientes entrevistados refieren que el inicio del problema es en la infancia, con un 63,3% (N = 19). En segundo lugar, un 20% (N = 4) de los pacientes refiere que el problema se inició en la edad adulta, la mayoría de

estos casos (mujeres) fue debido a la situación de embarazo y ganar peso después del mismo. El 13,2% (N = 6) de los pacientes entrevistados refieren que el inicio del problema fue en su adolescencia. Y sólo un 3% (N = 1) de los pacientes hace referencia a que fue un acontecimiento estresante la causa del inicio de la obesidad, en el caso que nos ocupa fue debido a un cambio brusco en la vida de la persona respecto a su familia.

En la Tabla 3.2, se observa que la media del peso más bajo alcanzado por los pacientes (haciendo un esfuerzo para conseguirlo) fue de 87,13 kg, teniendo en cuenta que la media en el tiempo del peso más bajo conseguido fue de 1 año y 3 meses. Respecto a durante cuanto tiempo mantiene su peso principal, en la muestra de nuestro estudio fue el de 8 años (ver Tabla 3.3).

A continuación se presentan las Tablas 3.4 y 3.5, que hacen referencia a los diferentes tipos de dietas que han empleado los pacientes para conseguir perder peso, en el pasado y en la actualidad, y el grado de éxito que han logrado con cada método de pérdida de peso.

Tabla 3.4. Intentos para perder peso en el pasado.

TIPO DE DIETA	NO		SI		ÉXITO							
					Sin		Ligero		Moderado		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Por si mismo	8	26,7	22	73,3	5	22,7	11	50,0	5	22,7	1	4,6
Medica sin receta	6	20,0	24	80,0	7	29,2	9	37,4	7	29,2	1	4,2
Medica con prescripción	1	3,3	29	96,7	6	20,7	12	41,4	7	24,1	4	13,8
Milagrosa	17	56,7	13	43,3	4	30,8	4	30,8	3	23,1	2	15,3
Baja en calorías en régimen hospitalario	21	70,0	9	30,0	3	33,3	2	22,3	3	33,3	1	11,1
En régimen ambulatorio	14	46,7	16	53,3	4	25,0	7	43,7	4	25,0	1	6,3
Psicoterapia en régimen ambulatorio	26	86,7	4	13,3	–	–	–	–	4	100,0	–	–
Programa de ejercicios	24	80,0	6	20,0	1	16,7	1	16,7	3	49,9	1	16,7
Intervenciones quirúrgicas	28	93,3	2	6,7	1	50,0	–	–	–	–	1	50,0
Purgarse	23	76,7	7	23,3	4	57,1	1	14,3	1	14,3	1	
Otro tipo de terapias	15	50,0	15	50,0	2	13,3	7	46,7	5	33,3	1	6,7

Tabla 3.5. Intentos para perder peso en la actualidad.

TIPO DE DIETA	NO		SI		ÉXITO							
					Sin		Ligero		Moderado		Mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Por sí mismo	17	56,7	13	43,3	5	38,4	6	46,2	2	15,4	-	-
Medica sin receta	20	66,7	10	33,3	3	30,0	4	40,0	3	30,0	-	-
Medica con prescripción	11	36,7	19	63,3	4	21,1	8	42,1	7	36,8	-	-
Milagrosa	29	96,7	1	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Baja en calorías en régimen hospitalario	28	93,3	2	6,7	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-
En régimen ambulatorio	22	73,3	8	26,7	3	37,5	2	25,0	3	37,5	-	-
Baja en calorías en régimen hospitalario	28	93,3	2	6,7	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-
En régimen ambulatorio	22	73,3	8	26,7	3	37,5	2	25,0	3	37,5	-	-

Estas tablas nos ofrecen la siguiente información:

El método empleado con mayor frecuencia por los pacientes para perder peso, es la dieta bajo prescripción médica, tanto en el pasado (96,7%) como en la actualidad (63,3%). Las dietas sin receta médica y las fijadas por la propia persona (seguir una dieta por si mismo), ocupan un lugar destacable como métodos realizados por el paciente que ha seguido en el pasado y sigue en la actualidad, aunque en menor medida.

- a) El caso de seguir una dieta por si mismo, un 26,7% (N = 8) no la ha seguido en el pasado, y el 56,7% (N = 17) no la siguen en la actualidad. Sin embargo si han utilizado dicho método un 73,3% (N = 22) en el pasado y el 43,3% (N = 13) en la actualidad. Siendo, tanto en el pasado como en la actualidad, la percepción de haber obtenido un éxito ligero en la pérdida de peso. Respecto a seguir una dieta médica sin receta, del 80% que lo ha intentado en el pasado, obtiene un éxito moderado o ningún éxito un 29,2% (N = 7), el 37,4% (N = 9) obtiene un éxito ligero y sólo el 4,2% (N = 1) obtiene mucho éxito. Y del 33,3% que lo intenta en la actualidad, obtiene un éxito moderado o ningún éxito un 30% (N = 3), y el 40% (N = 4), obtiene un éxito ligero.

- b) Aquellos pacientes que han seguido una dieta médica con prescripción, del 96,7 % (N = 29) que lo ha intentado en el pasado, no obtiene un éxito un 20,7% (N = 6), obtiene un éxito ligero el 41,4% (N = 12), un éxito moderado el 24,1% (N = 7), y el 13,8% (N = 4) obtiene mucho éxito. Y del 63,3% (N = 19) que lo intenta en la actualidad, no obtiene un éxito un 21,1% (N = 4), obtiene un éxito ligero un 42,1% (N = 8), y un éxito moderado un 36,8% (N = 7).
- c) El 56,7% (N = 17) no recurre a una dieta milagrosa en el pasado y en la actualidad es el 96,7% (N = 29) los que no lo hacen. Aquellos pacientes que si emplearon dicha dieta, no obtuvieron ningún éxito en la actualidad y en el pasado el 30,8% (N = 4) no obtuvieron éxito o éxito ligero, un 23,1% (N = 3) obtuvieron éxito moderado, y el 15,3% (N = 2) refiere que obtiene mucho éxito. Del 30% (N = 9) que realiza una dieta baja en calorías durante admisión hospitalaria en el pasado, no obtiene un éxito o éxito moderado el 33,3% (N = 3), obtiene un éxito ligero el 22,3% (N = 2), y el 11,1% (N = 1) obtiene mucho éxito. Y del 6,7% que lo intenta en la actualidad, sólo el 50% es de no éxito o éxito moderado. De aquellos pacientes que han seguido una dieta en régimen ambulatorio, el 53,3 % (N = 16) que lo ha intentado en el pasado, no obtiene éxito o éxito moderado un 25% (N = 4), obtiene un éxito ligero el 43,7% (N = 7), y sólo el 6,3% (N = 1) obtiene mucho éxito. Y del 26,7% (N = 8) que lo intenta en la actualidad, no obtiene éxito un 37,5% (N = 3), obtiene un éxito ligero un 25% (N = 2), y un éxito moderado un 37,5% (N = 3).

Los métodos de psicoterapia en régimen ambulatorio (centrada en la pérdida de peso), programa de ejercicios, intervenciones quirúrgicas (p.e., liposucción), purgarse (p.e., vómitos concretos, diuréticos, laxantes), y utilizar programas u otros servicios que proporcionan dietas alimenticias, no son señalados por los pacientes de la muestra de haberse empleado en la actualidad, es decir, en el momento de ser entrevistados, pero sí, en el pasado. El método de acudir a grupos de apoyo para perder peso no ha sido señalado ni en el pasado, ni en la actualidad, como método empleado.

- a) Del total de aquellos que en el pasado han intentado psicoterapia en régimen ambulatorio, que es el 13,3% (N = 4), el 100% ha obtenido un éxito moderado. Del 20% (N = 6) que realizó programa de ejercicios, no obtiene éxito, éxito ligero o mucho éxito un 16,7% (N = 1), y obtiene un éxito moderado el 49,9% (N = 3). Aquellos que se han sometido a alguna intervención quirúrgica son el 6,7% (N = 2), en el que el 50% (N = 1) no obtuvo éxito o mucho éxito. El 76,7% (N = 23) refiere no haber empleado el método de purgarse para poder perder peso, del 23,3% (N = 7) que refieren haber utilizado la purga, no obtuvieron ningún éxito 57,1% (N = 4), y obtuvieron un éxito ligero, éxito moderado o mucho éxito un 14,3% (N = 1).

3.1.2. Conductas de alimentación

Debido a la importancia del conocimiento previo a la cirugía sobre conductas de alimentación, la EB también cuenta con una parte en la que se pregunta al paciente por conductas de alimentación de diferentes tipos, a lo que el/la paciente ha de responder si realiza o no cada una de ellas, y en caso afirmativo, con qué frecuencia. En primer lugar se pregunta al paciente si actualmente tiene episodios de atracón o si los ha habido en el pasado, el registro de dicha información se realiza teniendo en cuenta las características del trastorno por atracón (ver Tabla 1.2). Seguidamente se le plantea una lista de conductas de alimentación: 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, beber al menos 8 vasos de agua cada día, tomar suplementos vitamínicos o minerales, a lo que el/la paciente ha de responder si realiza o no cada una de ellas, y en caso afirmativo, con que frecuencia.

Tabla 3.6. Historia de Atracón.

Atracón	Frecuencia	%
NO	19	63,3
SI	11	36,7

La tabla nos ofrece la siguiente información:

- a) El 36,7% (N = 11) de los pacientes ha tenido episodios de atracón, y el 63,3 (N = 19) refiere que no. El hecho de realizar un diagnóstico de TA, ha podido derivar en obesidad en los pacientes. Tal y como se ha mencionado en los resultados de la tabla 3.4, sólo el 23,3% (N = 7) ha realizado actividades compensatorias, lo que puede considerarse como trastorno de BN.

Tabla 3.7. Conducta de alimentación.

CONDUCTA DE ALIMENTACION	NO		SI		FRECUENCIA									
					1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Picotear y comer en la cocina mientras se esta de pie	7	23,3	23	76,7	–	–	3	13,0	4	17,4	3	13,0	13	56,6
Comer mientras cocina	10	33,3	20	66,7	–	–	4	20,0	3	15,0	2	10,0	11	55,0
Comer rápidamente	11	36,7	19	63,3	–	–	–	–	–	–	–	–	19	100,0
Comer cuando no está hambriento	14	46,7	16	53,3	–	–	2	12,5	1	6,3	5	31,2	5	50,0
Comer grandes cantidades de comida durante la noche	26	86,7	4	13,3	–	–	–	–	1	25,0	2	50,0	1	25,0
Beber bebidas carbonatadas	17	56,7	13	43,3	2	15,4	–	–	4	30,7	1	7,7	6	46,2
Beber grandes cantidades de líquidos calóricos	16	53,3	14	46,7	2	14,3	2	14,3	5	35,7	4	28,6	1	7,1
Beber al menos 8 vasos de agua al día	3	10,0	27	90,0	1	3,7	–	–	3	11,1	3	11,1	20	74,1

Nota: 1= menos de 1 vez al mes; 2= aproximadamente 1 vez al mes; 3= aproximadamente 1 vez a la semana; 4= varias veces a la semana; 5= diariamente

La información de la tabla nos ofrece lo siguiente:

- a) Con respecto a las diferentes conductas de alimentación, el 76,7% (N = 11) refiere que picotea y come en la cocina mientras está de pie, el 13% (N = 3) lo hace con una frecuencia de una vez al mes o varias veces a la semana, el 17,4% (N = 4) una vez a la semana, y el 56,6% (N = 13) refiere que tiene dicha conducta de forma diaria. Del 66,7% (N = 20) que afirma comer mientras cocina, el 10% (N = 2) lo hace varias veces a la semana, el 15% (N = 3) lo hace una vez a la semana, el 20% (N = 4) lo hace aproximadamente una vez al mes, y el 55% (N = 11) lo hace diariamente. Respecto a la conducta alimentaria de comer rápidamente (más rápido que la mayor parte de las personas), el 63,3% (N =19) afirma realizar dicha conducta de forma diaria. Aquellos pacientes que refieren comer sin hambre son un 53,3% (N = 16), el 6,3% (N = 1) lo hace una vez a la semana, el 12,5% (N = 2) lo hace una vez al mes, el 31,2% (N = 5) lo hace varias veces a la semana, y el 50% (N = 8) lo hace diariamente. Sólo el 13,3% (N = 4) refiere que come grandes cantidades de comida durante la noche, siendo el 25% (N = 1) los que lo hacen una vez a la semana o diariamente, y el 50% (N = 2) los que lo hacen varias veces a la semana.

- b) En cuanto a las conductas relacionadas con la ingesta de líquidos, el 43,3% (N = 13) dice que bebe bebidas carbonatadas, de los que el 7,7% (N = 1) lo hace varias veces a la semana, el 15,4% (N = 2) lo hace menos de una vez al mes, el 30,7% (N = 4) lo hace una vez a la semana, y el 46,2% (N = 6) lo hace de forma diaria. Del 46,7% (N = 14) que refiere beber grandes cantidades de líquidos calóricos, el 7,1% (N = 1) lo hace diariamente, el 14,3% (N = 2) lo hace menos de una vez al mes o aproximadamente una vez al mes, el 28,6% (N = 4) lo hace varias veces a la semana, y el 35,7% (N = 5) lo hace aproximadamente una vez a la semana. El 90% (N = 27) de los pacientes entrevistados afirma que bebe al menos 8 vasos de agua cada día, de los que el 3,7% (N = 1) lo hace menos de una vez al mes, el 11,1 (N = 3) lo hace una vez a la semana o varias veces a la semana, y el 74,1% (N = 20) refiere que lo hace diariamente.

3.1.3. Conclusiones generales

Las conclusiones más relevantes que se obtienen de los resultados referentes a los datos obtenidos de la EB en relación a la historia de peso y nutrición, y de las conductas de alimentación evaluadas son que más del 60% de la muestra presenta problemas de sobrepeso desde la infancia, que la media del peso más bajo alcanzado, realizando un esfuerzo para conseguirlo, es de 87kg, siendo el mantenimiento de dicho peso en el tiempo de poco más de un año. Y respecto al tiempo que mantienen su peso principal es de 8 años, siendo la prolongación en el tiempo lo que lleva a los pacientes a plantearse la cirugía bariátrica.

Como se observa en las tablas, los pacientes han seguido dietas en el pasado de forma continuada, variando de una a otra para poder conseguir la pérdida de peso deseada, pero que una vez finalizada la dieta, a corto-medio plazo, había una reganancia, provocando con ello el efecto yo-yó. Destacar que un porcentaje muy elevado no ha intentado ningún tipo de cirugía (el 93,3% de la muestra), y que el 13,3% (N = 4) emplean la psicoterapia en régimen ambulatorio, como método para perder peso en el pasado.

El empleo del método de purgarse para perder peso es del 23%, destacar la importancia de la baja incidencia y la poca eficacia de su empleo. Se puede concluir que aquellos pacientes que han utilizado el método de la purga, son aquellos que se han dado atracones. Como se observa en la tabla 3.6, casi el 37% de la muestra ha tenido atracones, por lo que estos mismos podemos pensar que son pacientes con TCA (BN y trastorno de la conducta alimentaria no especificado) (ver capítulo 1).

Aproximadamente el 72% de los pacientes refieren que pican mientras cocinan o mientras están de pie en la cocina. Es importante conocer dichas conductas alimentarias para un mejor abordaje del tratamiento en el postoperatorio. El hecho de comer de forma más rápida que los demás es una conducta muy frecuente en los pacientes con obesidad (alrededor del 63%), siendo dicha

información de vital importancia para poder abordar los problemas físicos que puede ocasionar dicha conducta en el postoperatorio. Alrededor del 53% come sin tener hambre. Comer grandes cantidades de comida por la noche, es una conducta alimentaria poco habitual, tal y como se ha comentado en el capítulo 1. El síndrome de comedor nocturno (SCN) es poco frecuente en la población en general, pudiendo observarse que entre los pacientes obesos mórbidos sucede lo mismo. Cerca del 45% de los pacientes toma bebidas carbonatadas o calóricas, y el 90% afirma beber aproximadamente 2 litros de agua diarios.

3.2. Evolución de los pacientes en las variables que fueron evaluadas en los cuatro momentos de la investigación

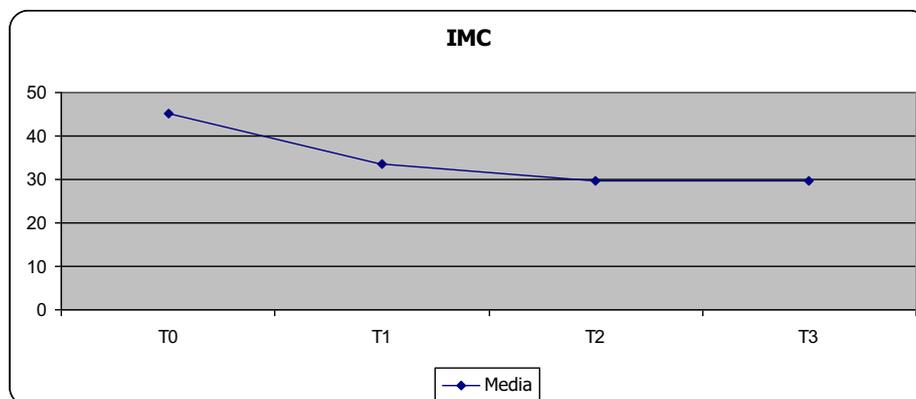
A continuación se presenta el análisis de la evolución de los pacientes (N = 30), que se sometieron a cirugía de by-pass gástrico, es decir los cambios que se han producido a largo plazo, tanto a nivel físico como psicológico respecto a la pérdida de peso, la conducta alimentaria, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal, y el funcionamiento psicológico general, variables que han sido medidas en los cuatro momentos del estudio: antes de la operación, a los 6 meses, al año, y a los 4 años de la misma. Se trata de dar respuesta a las hipótesis que fueron planteadas en el objetivo 1 de esta investigación (hipótesis 1a, 1b, 1c, 1d, 1e y 1f).

Para estudiar esos cambios se han realizado ANOVAS de medidas repetidas de un factor y a la hora de presentar los resultados se ha optado por la representación gráfica con el fin de apresar mejor la evolución que se obtiene en relación con cada una de las variables. A pie de gráfico se colocan asimismo las medias, desviaciones típicas en cada momento y el valor de la F con su nivel de significación.

3.2.1. Evolución del peso

La primera variable analizada es el Índice de Masa Corporal (IMC), algo que no es casual, debido a que es el indicador que se ha establecido como medida de la obesidad, y de su magnitud dependerá la clasificación del grado de obesidad del paciente. Además, los cambios que se producen en el peso de los pacientes, después de la intervención quirúrgica, pueden influir en la evolución de las demás variables.

Gráfico 1. Índice de Masa Corporal (N = 30).



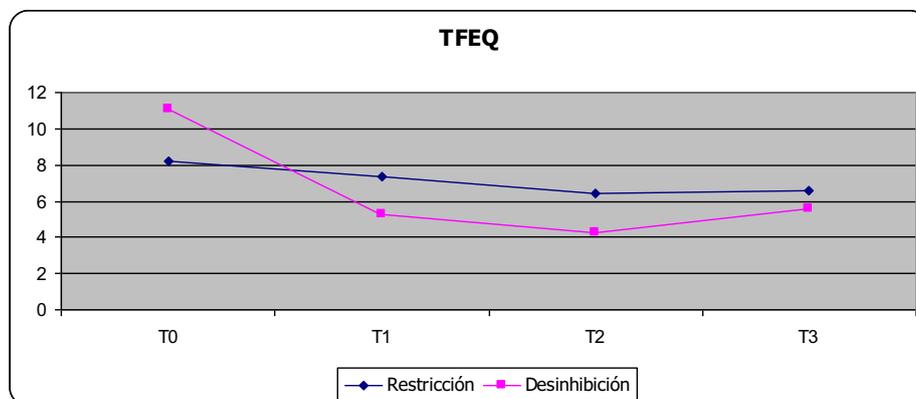
	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
IMC	45,20	7,17	33,63	5,00	29,61	4,98	29,75	4,68	126,75***

Siguiendo la clasificación de la SEEDO, la media del IMC que presentan los pacientes antes de la operación es de 45,20, lo que supone un diagnóstico de obesidad tipo III (mórbida). A los 6 meses de la intervención la media del IMC es de 33,63, ello significa una gran mejoría, donde los pacientes se encuentran en una obesidad tipo I, lo que significa que disminuyen las comorbilidades. La mejoría es aún mayor al año y a los 4 años de la operación, momentos en los que los pacientes presentan sobrepeso, por lo que puede afirmarse el gran éxito de la cirugía a largo plazo respecto al mantenimiento del IMC con un indicador de *sobrepeso*.

3.2.2. Evolución de la conducta alimentaria

Siguiendo el orden de las variables mencionadas anteriormente, el análisis de la conducta alimentaria nos ayudará a poder valorar el papel desempeñado por la restricción alimentaria y la desinhibición hacia la comida a largo plazo, ya que los pacientes han utilizado como medida para controlar su peso, la restricción, bien por haberse planificado su propia dieta o la prescrita por algún profesional.

Gráfico 2. Conducta alimentaria (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Restricción	8,21	2,82	7,34	3,14	6,44	3,46	6,59	3,09	2.94
Desinhibición	11,06	6,13	5,26	4,56	4,25	4,45	5,61	4,60	13.48***

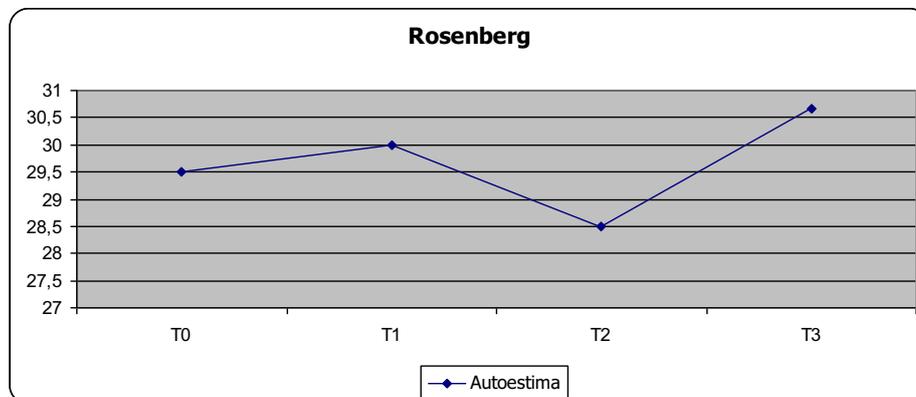
Los resultados muestran que la restricción no varía significativamente a lo largo de los 4 años. Antes de la operación los pacientes no presentan capacidad de dominio cognitivo, lo mismo sucede a los 6 meses, al año y a los 4 años, pero es importante mencionar que a los 6 meses, ello pueda deberse a que ya no es necesario emplear dicha capacidad, pues la cantidad de ingesta de alimentos por parte de los pacientes ha disminuido, como consecuencia de la operación. De todas formas es interesante observar que a los 4 años se ha conseguido un hábito en la capacidad de restricción alimentaria, debido a la sensación de saciedad.

No sucede lo mismo con la desinhibición, en la que si se muestra una diferencia muy significativa entre el preoperatorio y los restantes momentos del estudio. La cirugía ayuda a que el paciente no pierda el control sobre la alimentación, destacando la importancia de que a los 6 meses, al año y a los 4 años, hay un mantenimiento en no comer en exceso. Estos resultados corroboran lo que se plantea en otros estudios (Ogden et al., 2005; Saunders, 2001), en que se obtienen mejores puntuaciones en el factor de desinhibición que en el de restricción.

3.2.3. Evolución de la autoestima

En nuestra investigación la autoestima se ha valorado como un constructo global e independiente.

Gráfico 3. Autoestima (N = 30).



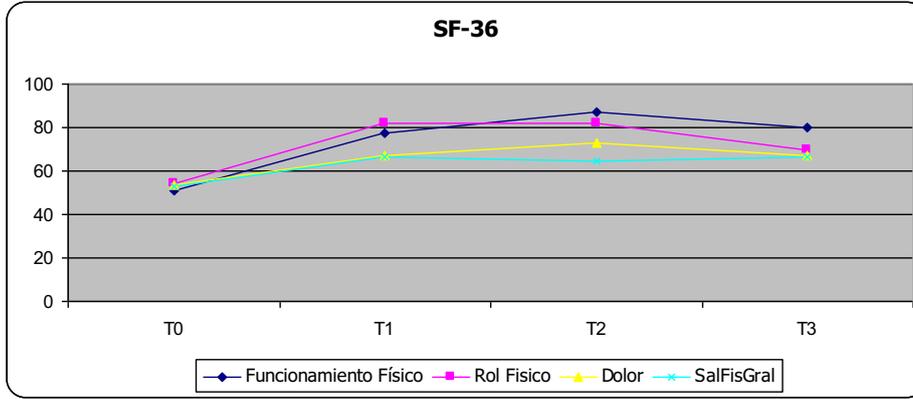
	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Autoestima	29,50	5,55	30,00	4,32	28,50	4,70	30,67	4,28	2.35

Los resultados muestran que no hay una gran variación a lo largo del tiempo. En el preoperatorio, el nivel medio de la autoestima de los pacientes es bueno, y se mantiene sin variaciones a los 6 meses, al año y a los 4 años.

3.2.4. Evolución de la calidad de vida

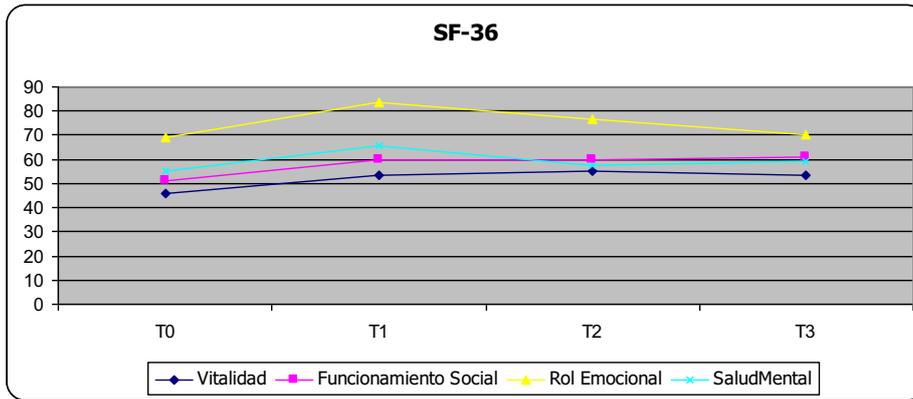
Recordemos que según el instrumento empleado en esta investigación para evaluar la CVRS, la mayor puntuación se relaciona con un mejor estado de salud (siendo el rango de 0 a 100), y con ello mejor percepción del paciente de su calidad de vida. A continuación se presentan los gráficos 4, 5 y 6 correspondientes a las dimensiones de salud física, las dimensiones relacionadas con la salud mental y las puntuaciones globales del SF36, respectivamente.

Gráfico 4. Calidad de vida: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor, Salud física general (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Funcionamiento físico	50,67	24,17	77,17	23,77	87,33	18,46	80,00	31,81	28.95***
Rol físico	54,17	42,59	81,67	23,78	81,67	35,92	70,00	40,68	4.69**
Dolor corporal	53,33	33,19	67,04	26,18	72,96	27,17	67,04	30,53	4.04*
Salud física general	52,83	25,48	66,33	19,07	64,67	18,29	66,50	20,52	3.73*

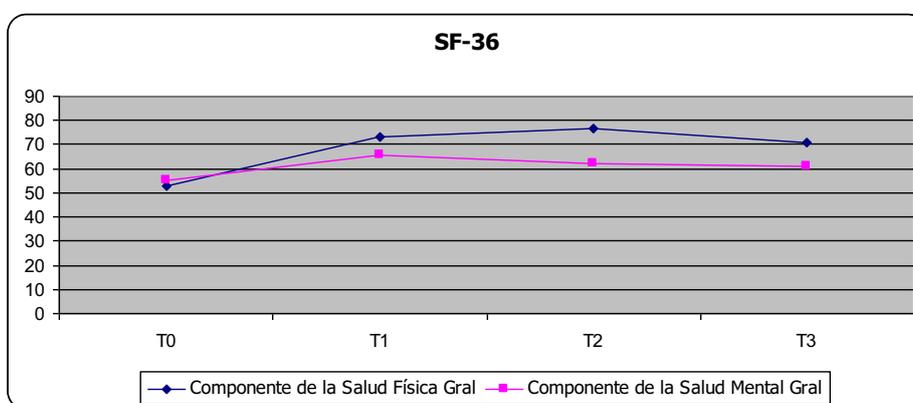
Gráfico 5. Calidad de vida: Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional y Salud mental general (N = 30).



(Tabla de medias y desviaciones típicas del gráfico 5)

	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Vitalidad	45,83	25,43	53,33	20,52	55,17	18,31	53,67	22,28	1.48
Funcionamiento social	51,00	27,84	60,00	21,17	59,67	23,99	61,00	20,06	1.66
Rol emocional	68,89	44,58	83,33	33,62	76,67	40,26	70,00	43,20	1.07
Salud mental general	55,20	24,69	64,73	18,43	57,73	20,60	59,20	21,89	4.32*

Gráfico 6. Calidad de vida: Salud física general, Salud mental general (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Componente de la salud física general	52,75	27,03	73,05	21,21	76,66	19,51	70,88	21,79	11.59***
Componente de la salud mental general	55,23	25,76	65,60	18,49	62,31	21,57	60,97	21,29	1.90

Los resultados muestran lo siguiente:

- a) Como se puede observar el resultado más positivo es el que hace referencia al funcionamiento físico, en el que los pacientes perciben que las actividades de la vida diaria, su cuidado personal, caminar, etc., lo realizan sin ninguna dificultad, lo que supone una mejoría en muchos aspectos cotidianos, que antes de la operación conllevaban una limitación muy extrema. Los pacientes perciben una gran mejoría ya a los 6 meses de la operación que incrementa al año de la misma. Es

importante destacar que a los 4 años se mantiene dicha mejoría, es decir, los pacientes perciben que transcurridos 4 años desde que se sometieron a la cirugía, su funcionamiento físico es muy bueno, y se sienten satisfechos por ello. Todo ello traduce en que los pacientes perciben que su salud física general ha dado un cambio muy positivo a mejor, y que lo mantienen en el tiempo, lo que les facilita el poder "llevar una vida como los demás".

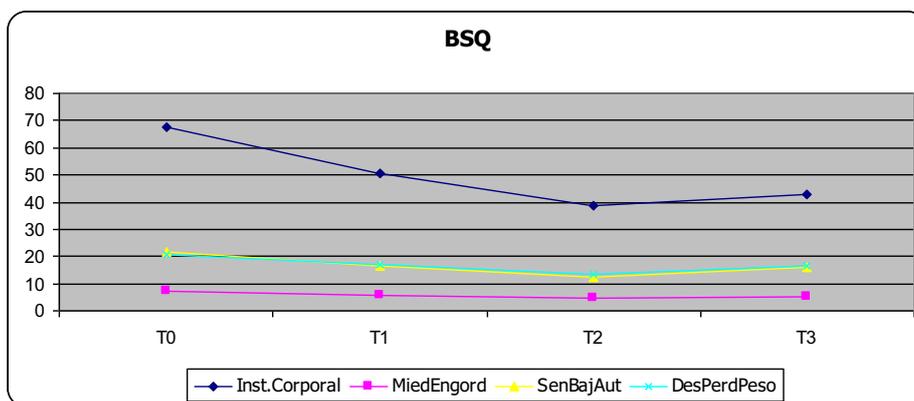
- b) Con respecto al grado de interferencia de la obesidad en el trabajo diario de los pacientes, se observan datos muy positivos en la evolución, más significativos a los 6 meses y al año y aunque disminuye a los 4 años, no por ello se puede hablar de deterioro, tal y como lo refieren otros estudios (Barajas, Robledo, Tomás, Sanz, García y Cerrada, 1998), sino que sigue siendo un resultado muy positivo.
- c) Cuando se trata de las dimensiones de dolor corporal, salud general y salud mental, encontramos diferencias significativas, pero menores que en las variables comentadas anteriormente. Respecto a la limitación que supone el dolor físico percibido, se observa que los pacientes se sienten menos limitados por éste a lo largo del tiempo, obteniendo la puntuación más alta al año de la intervención, es decir cuando menor limitación les supone el dolor físico en general. No obstante las diferencias elevadas se producen entre el preoperatorio y los 6 meses, y las medias muestran un patrón de estabilidad al menos hasta los 4 años de transcurrida la operación. Cuando se observa la evolución de cómo valoran los pacientes su estado de salud general, podemos decir que mejora de forma significativa. Así, los pacientes perciben que hay menos posibilidades de enfermar que antes de la operación, y que las perspectivas futuras respecto a su salud general son mejores. Lo mismo sucede con el factor de salud mental general, la mayor diferencia la encontramos a los 6 meses, estabilizándose a partir de entonces hasta los 4 años, lo que significa que los pacientes perciben tener un bienestar general.
- d) Los resultados obtenidos en vitalidad, funcionamiento social y rol emocional, no dan lugar a diferencias significativas a lo largo de tiempo, al igual que sucedía en el estudio de Fernández (2008), a pesar de que las puntuaciones reflejen una cierta mejoría a lo largo del tiempo. Sorprende que el sentimiento de energía y vitalidad no se asocie a la pérdida de peso, ya que los incrementos que se observan del preoperatorio a los seguimientos no son en ningún caso significativos. Lo mismo sucede con las variables de funcionamiento social y rol emocional, que representan las dimensiones de CVRS que menores cambios significativos reflejan.
- e) Los gráficos correspondientes a las puntuaciones globales muestran claramente que los beneficios significativos de los pacientes se

concentran en las dimensiones de salud física y no en las de salud mental, tal y como ésta es evaluada a partir del SF-36.

3.2.5. Evolución de la imagen corporal

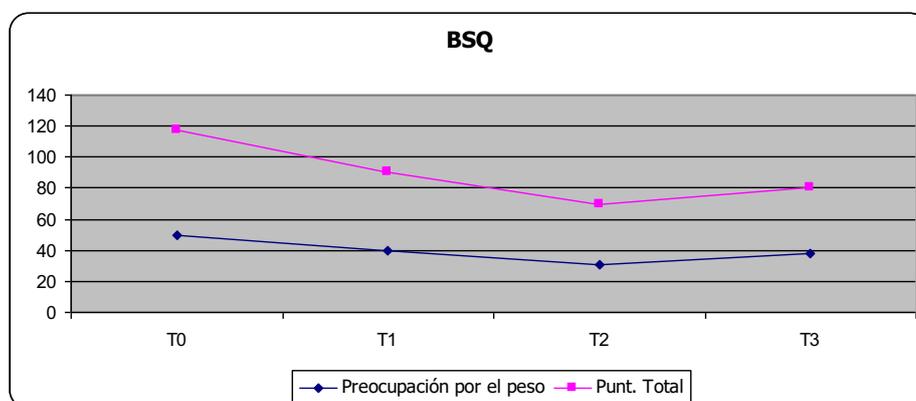
La imagen corporal, es una variable poco estudiada a largo plazo, en los pacientes obesos mórbidos que se han sometido a cirugía bariátrica. En esta investigación pretendemos aportar resultados sobre su evolución ya que el paciente ha de hacer frente a un cambio físico que tiene una relación directa con la estructura mental respecto a la imagen. En los Gráficos 7 y 8 (puntuaciones sumatorio) se exponen los datos obtenidos en cada momento.

Gráfico 7. Imagen corporal: Insatisfacción corporal, Miedo a engordar, Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia y Deseo de perder peso (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Insatisfacción corporal	67,77	28,03	50,73	23,44	38,80	17,33	42,93	20,55	10.97***
Miedo a engordar	7,03	3,49	5,80	2,82	4,50	2,53	5,33	3,21	6.37**
Sentimientos baja autoestima a causa de la apariencia	21,53	9,10	16,70	8,53	12,33	5,35	15,90	8,29	8.77***
Deseo de perder peso	20,80	7,87	16,97	7,25	13,60	6,20	16,50	7,73	6.10**

Gráfico 8. Imagen corporal: Preocupación por el peso y Puntuación total (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Preocupación por el peso	49,37	18,96	39,47	17,86	30,43	12,58	37,73	18,02	8.26***
Puntuación total	117,13	46,61	90,20	40,86	69,23	28,86	80,67	37,67	9.79***

Cabe destacar:

- a) Un resultado significativo es la insatisfacción corporal que presentan los pacientes antes de la operación, disminuyendo significativamente a los 6 meses y más aún al año, aumentando a los 4 años, pero siendo aun así mejor que a los 6 meses de la operación. A lo largo del tiempo se produce pues una mejoría considerablemente significativa desde el preoperatorio. De forma similar sucede con el sentimiento de baja autoestima a causa de la apariencia y la preocupación por el peso, donde las puntuaciones antes de la cirugía son elevadas, disminuyen significativamente a los 6 meses y al año, y a los 4 años se estabilizan con respecto a las puntuaciones obtenidas tras la intervención a los 6 meses.
- b) A su vez, también son positivos los resultados obtenidos en los factores de miedo a engordar y del deseo de perder peso, siendo la puntuación más alta antes de la intervención quirúrgica, disminuyendo a los 6 meses y al año, encontrando, de nuevo, que a los 4 años es cuando la puntuación se estabiliza con respecto a los resultados obtenidos a los 6 meses de la misma.

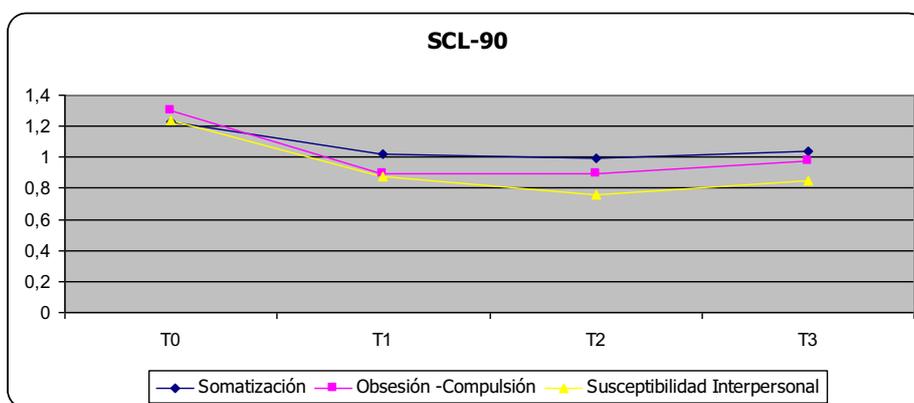
Tal y como se muestra en el gráfico 8 la evolución en el tiempo respecto a la puntuación total de la preocupación por la imagen es muy alta antes de la

operación, disminuyendo significativamente a los 6 meses y al año de la operación, y manteniéndose a los 4 años, pero no al mismo nivel que al año, aunque en ningún momento reaparece la preocupación por la apariencia física como antes de la operación ni a los 6 meses.

3.2.6. Evolución del funcionamiento psicológico

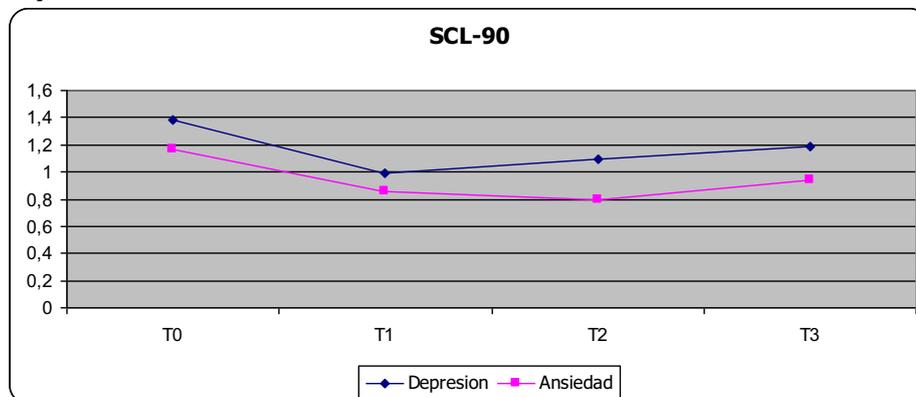
Para finalizar con la presentación de estos resultados, damos paso a los relativos a la evolución de la sintomatología psicológica en los cuatro momentos del estudio, medida con el cuestionario SCL-90 (Gráficos 9, 10, 11, 12 Y 13).

Grafico 9. Sintomatología psicológica: Somatización, Obsesión-compulsión y Sensibilidad interpersonal (N = 30).



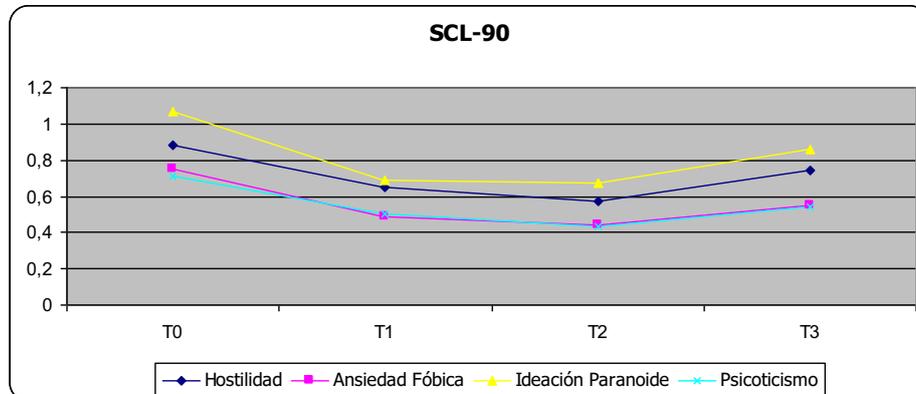
	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Somatización	1,23	1,00	1,02	0,83	0,99	0,77	1,04	0,87	.82
Obsesivo-Compulsivo	1,30	1,16	0,87	0,89	0,89	0,90	0,98	1,01	2.95*
Susceptibilidad interpersonal	1,24	1,11	0,88	0,85	0,76	0,82	0,85	0,81	2.86*

Gráfico 10. Sintomatología psicológica: Depresión y Ansiedad (N = 30).



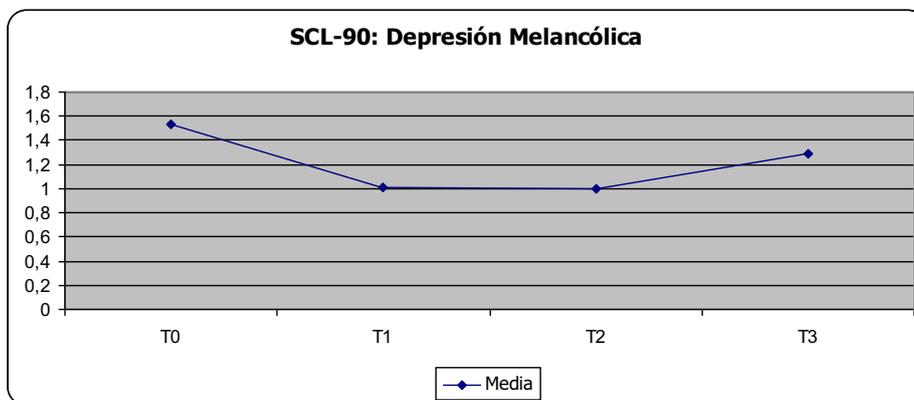
	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Depresión	1,38	1,17	0,99	0,97	1,09	1,06	1,19	1,06	1.85
Ansiedad	1,17	1,17	0,86	0,85	0,80	0,92	0,94	0,97	1.66

Gráfico 11. Sintomatología psicológica: Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo (N = 30).



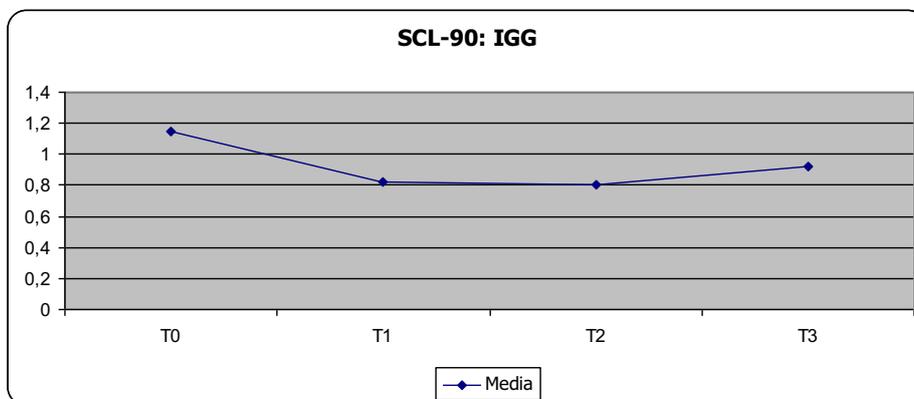
	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Hostilidad	0,88	0,97	0,65	0,67	0,57	0,68	0,74	0,98	1.20
Ansiedad fóbica	0,75	0,90	0,49	0,69	0,44	0,61	0,55	0,87	1.61
Ideación paranoide	1,07	1,06	0,66	0,76	0,67	0,76	0,86	1,00	1.81
Psicoticismo	0,71	0,90	0,50	0,70	0,43	0,63	0,54	0,87	1.42

Gráfico 12. Sintomatología psicológica: Depresión Melancólica (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Depresión melancólica	1,53	0,97	1,01	0,86	1,00	0,79	1,29	0,94	3.36*

Gráfico 13. Sintomatología psicológica: Índice de gravedad global. (N = 30).



	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
Índice de gravedad global	1,15	0,99	0,82	0,73	0,80	0,74	0,92	0,86	2.32*

Los resultados muestran lo siguiente:

- a) Tal y como se ha comentado en el capítulo 1, la presencia de una psicopatología en los pacientes obesos mórbidos, no suele ser diferente a la de la población normal. Esto es lo que sucede si observamos los resultados, donde las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las diferentes escalas de síntomas se encuentran dentro de la media de la población normal, y por ello podemos decir que no se han producido resultados en los que aparezcan síntomas de psicopatología.
- b) En las variables de somatización, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, no existen diferencias significativas. A pesar de que en líneas generales se observe una disminución de los síntomas, realmente la pérdida de peso no parece repercutir de modo sustancial en estos aspectos, entre otras cosas por lo que sugerimos en el apartado anterior.
- c) Respecto a las dimensiones de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y depresión melancólica, sí se obtiene una mejoría significativa a lo largo de los 4 años. Cabe destacar, que en la escala de obsesión-compulsión, hay una diferencia relevante entre la puntuación obtenida antes de la operación y las que se obtienen a lo largo del tiempo (6 meses, al año, y a los 4 años), hacia una mejoría, manteniéndose ésta de forma regular. En cuanto a la escala de sensibilidad interpersonal y depresión melancólica la pauta es similar.
- d) Lo que queda claro es que el nivel de malestar subjetivo general de los pacientes disminuye significativamente desde el preoperatorio al postoperatorio, pero los cambios significativos producidos son débiles ($p < .05$).

3.2.7. Conclusiones generales

La pérdida de peso asociada con la intervención quirúrgica llega consigo unos cambios concomitantes a nivel físico y psicosocial que no se encuentran al mismo nivel. Así, aunque se detecte una evolución positiva general de los pacientes, los cambios más potentes a nivel estadístico (diferencias con un nivel de $p < .001$) se producen básicamente en la conducta de desinhibición alimentaria, los aspectos físicos de la CVRS y la mejora en la percepción de la imagen corporal.

Considerando la dimensión temporal de los seguimientos realizados en esta investigación, a excepción de la imagen corporal que parece progresar hasta el año para luego mantenerse estable, los cambios significativos se observan claramente desde el preoperatorio a los 6 meses, momento a partir del cual las fluctuaciones no parecen significativas. Esa pérdida de peso apenas tiene un reflejo significativo en otros indicadores de salud mental ya sean evaluados a

partir del SF-36 o a partir de la SCL-90. En este último caso solo merece la pena señalar los efectos débiles ($p < .05$) que se aprecian por lo que se refiere a la disminución en los síntomas obsesivo-compulsivos y en los relativos a la sensibilidad interpersonal.

No se encuentran datos significativos en la *restricción* alimentaria a lo largo del tiempo, ni antes, ni tras la operación. Sin embargo cuando atendemos a la evolución del factor *desinhibición*, encontramos que la diferencia es muy significativa entre el antes y los seguimientos, es decir que después de operados, los pacientes sienten que tienen un mayor control sobre la alimentación. Es importante recordar que los pacientes operados de by-pass gástrico ingieren menores cantidades de comida, es decir, el efecto físico de la cirugía ayuda a los pacientes a tener ese control sobre la comida una vez operados, y muy importante, a largo plazo, que cuando padecían obesidad mórbida.

En lo referente a la variable de la *autoestima*, llaman la atención los resultados porque no podemos decir que se aprecie ningún cambio significativo, recordando que dicha variable no mostraba niveles bajos antes de la operación.

Por último, en relación con el SF-36, destacar que las puntuaciones están por encima de 50 desde antes de la operación, excepto en el factor vitalidad, lo que puede suponer una percepción de la calidad de vida aceptable, de los pacientes entrevistados en nuestro estudio. Lo anterior puede hacernos pensar que tenían calidad de vida antes de la operación, y lo que demuestran los resultados, a nivel de nuestra investigación, es que el hecho de que los pacientes percibieran como aceptable su calidad de vida antes de la operación, les ha podido llevar a posponer una vía de solución, y con ello poder haber evitado las comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida, con el consabido deterioro físico y psicosocial.

3.3. Análisis predictivo de los cambios a largo plazo observados en los pacientes que se han sometido a cirugía de by-pass gástrico

En esta tercera parte se abordan los objetivos planteados en el capítulo 1 respecto al papel predictivo que desempeñan un conjunto de variables que fueron evaluadas antes de la operación. Dado el número de sujetos de nuestro estudio, la capacidad predictiva de esas variables previas no se puede analizar conjuntamente y por ello los análisis de regresión aparecen divididos en cuatro apartados que se corresponden con: (1) las variables predictoras relativas a la intervención quirúrgica; (2) las relacionadas con la conducta de alimentación y la actividad física; (3) las que consideramos variables intermedias de personalidad (apoyo social y afrontamiento); y (4) las dimensiones temperamentales de personalidad. Los resultados obtenidos nos permitirán comprobar las hipótesis 2a, 3a, 3b, 4a y 5a, que se corresponden con los

objetivos 2, 3, 4 y 5 planteados en la investigación. En síntesis, nos interesa explorar si esas variables predicen la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, la imagen corporal, y la sintomatología psicológica de los pacientes a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación.

3.3.1. Variables predictoras relacionadas con la intervención quirúrgica

A continuación, y atendiendo al segundo objetivo de nuestra investigación, se muestra en la tabla 3.8, el análisis de los resultados obtenidos con las variables predictoras que hacen referencia a la comprensión del paciente respecto a la cirugía y los riesgos que conlleva dicha operación, el conocimiento de las restricciones dietéticas durante el postoperatorio, además de la motivación que lleva al paciente a querer operarse, y las expectativas que éste genera en cuanto a los resultados de la cirugía y las consecuencias de la misma. En total se trata de poner a prueba el papel predictor de estas 4 variables.

Tabla 3.8. Análisis de regresión de las variables de la Entrevista Boston a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación (N = 30).

		R ; R ² corregida (F _{adj} ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
	IMC 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
	IMC 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-
	IMC 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
	Autoestima 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
	Autoestima 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-
	Autoestima 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
1 año	Funcionamiento Físico	.562; .207 F4,25 = 2.892; p< .05	10.96	Expectativas	.550*
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.8

	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	.562; .206 F4,25 = 2.879; p< .05	16.55	Conocimiento	.664*
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
1 año	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	.623; .291 F4,25 = 3.972; p< .05	2.70	Motivación	.561**
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.8

	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Somatización	.600; .258 F4,25 = 3.520; p < .05	.72	Motivación	.358*
	Obsesión-Compulsión	.578; .228 F4,25 = 3.141; p < .05	.79	Motivación	.489**
	Sesibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión	.592; .247 F4,25 = 3.379; p < .05	.84	Motivación	.427*
	Ansiedad	.571; .219 F4,25 = 3.031; p < .05	.76	Motivación	.389**
	Hostilidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión melancólica	.564; .209 F4,25 = 2.917; p < .05	.76	Motivación	.434*
	Índice de gravedad global	.583; .234 F4,25 = 3.220; p < .05	.64	Motivación	.409*
1 año	Somatización	-/-	-/-	-/-	-/-
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Hostilidad	.575; .223 F4,25 = 3.086; p < .05	.60	Conocimiento Motivación	-.574* .359*
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Índice de gravedad global	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Somatización	.561; .204 F4,25 = 2.863; p < .05	.78	Motivación	.433*
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.8

Sensibilidad Interpersonal	.607; .267 F _{4,25} = 3.642; p < .05	.69	Expectativas Motivación	.502* .387*
Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-
Hostilidad	-/-	-/-	-/-	-/-
Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
Psicoticismo	-/-	-/-	-/-	-/-
Depresión melancólica	.570; .217 F _{4,25} = 3.010; p < .05	.83	Motivación	.449*
Índice de gravedad global	.565; .211 F _{4,25} = 2.938; p < .05	.76	Motivación	.413*

Los resultados de la Tabla 3.8 nos muestran lo siguiente:

- a) Ninguna de las 4 variables evaluadas predice ni a corto, ni a largo plazo la pérdida de peso, y lo mismo sucede con la autoestima. Es decir el tener una mayor o menor comprensión y conocimiento respecto a la operación no predice que haya una mayor o menor pérdida de peso. Lo mismo sucede con ser conocedor, a priori, de las restricciones dietéticas que tendrá el paciente después de la operación, el estar más o menos motivado hacia la cirugía, o las expectativas que pueda presentar el paciente en el preoperatorio.
- b) Cuando se trata de predecir la calidad de vida, se observa que las expectativas realistas predicen un 21% de la varianza del funcionamiento físico (Beta = .55, p < .05) al año de ser operados, y que el conocimiento de las restricciones dietéticas se relaciona con una mayor vitalidad en el sentido de sentirse mejor a largo plazo (4 años) con más energía y menor cansancio, debido a la pérdida de peso. Concretamente este conocimiento explica el 21% de la varianza de esa vitalidad (Beta = .66, p < .05).
- c) Por lo que se refiere a la predicción de los diferentes aspectos de la imagen corporal, hay que destacar que es a largo plazo (4 años), cuando una motivación elevada previa por la intervención quirúrgica, predice de forma positiva una mayor preocupación por el peso, que se centra en el miedo a engordar. Tal y como muestran los resultados de la Tabla 3.15, dicho resultado explica el 29% de la varianza (Beta = .56, p < .05). El que la motivación previa no prediga esta preocupación ni a los 6 meses después de la operación, ni al año de la misma, puede justificarse por el hecho de que es al principio, después de la cirugía, cuando se da una mayor pérdida de peso, y por ello no hay miedo a engordar, sin embargo

es a largo plazo, cuando el paciente sabe que ha de mantener los cambios que ha realizado a lo largo del tiempo respecto a sus hábitos de alimentación, que es cuando surgiría una preocupación por el peso.

- d) Resultados interesantes son los que se obtienen en relación con el funcionamiento psicológico general del paciente, observando el papel perturbador que tiene la motivación hacia la operación en el funcionamiento psicológico posterior. A los 6 meses de la cirugía, parece que una confianza excesiva en la operación por lo que se refiere a los beneficios que se espera obtener de ella en cuanto a mejora de las relaciones con los demás, de la salud, de la apariencia, etc., explica el 23% (Beta = .41, $p < .05$) del malestar subjetivo general que presentan los pacientes, malestar que se plasma concretamente en mayor cantidad de síntomas obsesivo-compulsivos ($p < .05$), ansiedad ($p < .05$), somatización ($p < .05$), depresión ($p < .05$) y depresión melancólica ($p < .05$). El papel perturbador que parece desempeñar la motivación en este momento temporal podría explicarse por el tipo de incomodidades que lleva consigo la intervención quirúrgica, pero sobre todo, por el tipo de adaptaciones y exigencias que le suponen al paciente y que inmediatamente después de la operación se hacen evidentes. A corto plazo (al año de la operación) este papel perturbador disminuye considerablemente y, solo la(s) motivación(es) por operarse (Beta = .36, $p < .05$) junto con la falta de conocimiento sobre las restricciones dietéticas (Beta = -.57, $p < .05$) predice el 22% de los síntomas de hostilidad. Y, a largo plazo (a los 4 años), esa motivación inicial y previa de los pacientes hacia la operación vuelve a explicar el 21% de su malestar subjetivo general (Beta = .41, $p < .05$), particularmente traducido en mayor cantidad de síntomas de somatización (Beta = .43, $p < .05$), de depresión melancólica (Beta = .45, $p < .05$) y junto con las expectativas elevadas en la pérdida de peso (expectativas irreales) una mayor sensibilidad interpersonal (respectivamente con pesos Beta = .39, $p < .05$ y .50, $p < .05$).

Resumiendo, podemos decir que la variable que más predice los posibles síntomas respecto al funcionamiento psicológico general, es la motivación, teniendo en cuenta que las motivaciones previas, realista o no de los pacientes, son las que predicen a largo plazo los síntomas psicológicos.

3.3.2. Variables predictoras relacionadas con la conducta de la alimentación y la actividad física

Para abordar el tercer objetivo de nuestro estudio, se muestran los resultados de las variables predictoras relacionadas con la conducta de alimentación y la actividad física habitual, que presentan los pacientes previamente a la intervención quirúrgica. En la tabla 3.9 se presenta el análisis en el que se han seleccionado un conjunto de tres variables, dos de ellas correspondientes a la

conducta alimentaria que son la restricción alimentaria (o autodominio) y la desinhibición alimentaria, y una tercera que es la actividad física.

Tabla 3.9. Análisis de regresión de las variables del TFEQ y la Actividad física a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación (N = 30).

	R ; R ² corregida (F _{adj} ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado	
IMC 6 meses	.605; .293 F3,26 = 5.007; p < .01	4.20	Restricción Desinhibición Actividad física	.384* -.543** -.443*	
IMC 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-	
IMC 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-	
6 meses	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	
	Salud general	-/-	-/-	-/-	
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	
1 año	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	
	Dolor corporal	.518; .183 F3,26 = 3.171; p < .05	20.09	Actividad física	.428*
	Salud general	-/-	-/-	-/-	
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	
4 años	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	
	Salud general	-/-	-/-	-/-	

Continuación de la tabla 3.9

	Vitalidad	.641; .344 F3,26 = 6.060; p < .01	15.04	Desinhibición Actividad física	-.587** -.429*
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	.664; .377 F3,26 = 6.838; p < .01	17.05	Desinhibición	-.665***
	Salud mental	.606; .294 F3,26 = 5.024; p < .01	15.33	Desinhibición	-.584**
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	.733; .485 F3,26 = 10.089; p < .001	11.09	Desinhibición Actividad física	-.704*** -.425*
6 meses	Insatisfacción corporal	.614; .305 F3,26 = 5.238 p < .01	19.54	Restricción	.596**
	Miedo a engordar	.677; .396 F3,26 = 7.334; p < .01	2.19	Restricción	.639**
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	.555; .228 F3,26 = 3.852; p < .05	6.37	Restricción	.594**
	Preocupación por el peso	.547; .219 F3,26 = 3.703; p < .05	15.79	Restricción	.578**
	Puntuación total imagen corporal	.589; .272 F3,26 = 4.614 p < .05	34.86	Restricción	.594**
1 año	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	.525; .193 F3,26 = 3.306; p < .05	4.81	Restricción	.600**
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	.529; .196 F3,26 = 3.362; p < .05	11.28	Restricción	.608**
	Puntuación total imagen corporal	.524; .191 F3,26 = 3.279 p < .05	25.96	Restricción	.604**
4 años	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	.650; .356 F3,26 = 6.338; p < .01	2.58	Restricción Actividad física	.662** -.388*
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.9

	Deseo de perder peso	.527; .194 F3,26 = 3.334; p< .05	6.94	Restricción Desinhibición	.411* .361*
	Preocupación por el peso	.559; .233 F3,26 = 3.939; p< .05	15.78	Restricción Desinhibición	.430* .364*
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Somatización	.628; .325 F3,26 = 5.655; p< .01	.68	Restricción Desinhibición	.387* .564**
	Obsesión-Compulsión	.725; .471 F3,26 = 9.596; p< .001	.65	Restricción Desinhibición	.350* .681***
	Sensibilidad Interpersonal	.609; .299 F3,26 = 5.116; p< .01	.71	Restricción Desinhibición	.468* .466**
	Depresión	.598; .284 F3,26 = 4.825; p< .01	.82	Restricción Desinhibición	.375* .528**
	Ansiedad	.675; .393 F3,26 = 7.248; p< .01	.67	Restricción Desinhibición	.408* .559**
	Hostilidad	.511; .176 F3,26 = 3.062; p< .05	.59	Desinhibición	.479*
	Ansiedad fóbica	.632; .330 F3,26 = 5.770; p< .01	.56	Desinhibición	.504**
	Ideación paranoide	.579; .259 F3,26 = 4.370 p< .05	.66	Desinhibición	.507**
	Psicoticismo	.598; .284 F3,26 = 4.829; p< .01	.59	Desinhibición	.482**
	Depresión melancólica	.611; .301 F3,26 = 5.157; p< .01	.72	Restricción Desinhibición	.383* .542**
	Índice de gravedad global	.696; .424 F3,26 = 8.126; p< .01	.55	Restricción Desinhibición	.415* .610***
1 año	Somatización	-/-	-/-	-/-	-/-
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Hostilidad	.544; .215 F3,26 = 3.641; p< .05	.60	Desinhibición	.470*
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.9

4 años	Psicoticismo	.545; .216 F3,26 = 3.657; p < .05	.56	Desinhibición	.505**
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Índice de gravedad global	-/-	-/-	-/-	-/-
	Somatización	.615; .306 F3,26 = 5.262; p < .01	.73	Restricción Desinhibición	.416* .526**
	Obsesión-Compulsión	.671; .387 F3,26 = 7.095; p < .01	.79	Desinhibición	.652***
	Sensibilidad Interpersonal	.714; .454 F3,26 = 9.035; p < .001	.60	Desinhibición	.697***
	Depresión	.711; .448 F3,26 = 8.842; p < .001	.79	Restricción Desinhibición	.359* .672***
	Ansiedad	.560; .234 F3,26 = 3.961; p < .05	.85	Desinhibición	.515**
	Hostilidad	.562; .237 F3,26 = 3.994; p < .05	.85	Desinhibición	.561**
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	.758; .526 F3,26 = 11.707 p < .001	.69	Restricción Desinhibición	.358* .715***
	Psicoticismo	.640; .341 F3,26 = 6.002; p < .01	.70	Desinhibición	.642***
	Depresión melancólica	.590; .272 F3,26 = 4.618; p < .05	.80	Desinhibición	.539**
Índice de gravedad global	.688; .412 F3,26 = 7.785; p < .01	.66	Desinhibición	.657***	

La Tabla 3.9 nos muestra los siguientes resultados:

- a) En primer lugar, y prestando atención a la pérdida de peso, cabe destacar que tanto la restricción como la desinhibición y la actividad física (la primera con coeficiente positivo y las otras dos con coeficientes negativos), predicen un 29% de la pérdida de peso a los 6 meses de la cirugía. Es decir el hecho de que los pacientes presenten un mayor dominio cognitivo de la ingesta, les lleva a los 6 meses de la cirugía a una pérdida de peso menor, sin embargo cuando nos referimos a la actividad física (ejercicio físico, horas de sueño, hobbies) y al factor desinhibición sucede lo contrario: ambas variables predicen un IMC menor a los 6 meses. Añadir que, ninguna de las 3 variables evaluadas

predice, en ningún momento temporal del presente estudio, la autoestima de los pacientes.

- b) Podemos observar que la variable restricción (autodominio de la ingesta) no predice, en ninguno de los momentos estudiados, la calidad de vida. Sin embargo, cabe destacar que al año de la operación, la actividad física predice el 18% de la varianza del dolor corporal (Beta = .43, $p < .05$). Una explicación podría deberse al hecho de que los pacientes al año de la intervención quirúrgica, es cuando han podido adquirir un hábito en cuanto a realizar algún tipo de ejercicio físico, y la musculatura pueda sentirse afectada y ser lo que produzca dolor corporal; aunque en un principio cabría esperar que el hecho de realizar algún tipo de ejercicio físico, es decir no llevar una vida sedentaria, mejoraría la calidad de vida.

A los 4 años de la cirugía, la desinhibición y la actividad física conjuntamente (con coeficientes negativos) predicen una menor vitalidad (los pacientes se sienten más cansados), explicando el 34% ($p < .01$) de la varianza, y el 49% ($p < .001$) de la varianza en relación con una peor salud mental general. Además, la variable desinhibición (Beta = -.67, $p < .01$) explica el 38% de la varianza del rol emocional, es decir, los problemas emocionales los afectan más, y la desinhibición (Beta = -.58, $p < .01$) explica el 29% de la varianza de la salud mental, prediciendo por tanto una peor salud mental.

- c) Con respecto a la imagen corporal, destacar que la variable *restricción* (autodominio de la ingesta) desempeña un papel predictor más a corto que a largo plazo, en cuanto a la preocupación total por la imagen corporal. Así, explica el 27% de esta preocupación a los 6 meses (Beta = .59, $p < .01$) y el 19% al año (Beta = .60, $p < .05$). A los 6 meses explica el 31% de la insatisfacción corporal (Beta = .60, $p < .01$), y el 40% de la presencia de miedo a engordar (Beta = .64 $p < .01$) y el 23% del deseo de perder peso (Beta = .59, $p < .05$). Esto podría deberse al hecho de que el paciente está más centrado en la mejora de su calidad de vida, y sobre todo porque lo que les genera sensación de mejoría es el hecho de que pierden peso. Al año de la cirugía, de nuevo es la restricción, la variable que explica tanto la apariencia (19% de la varianza) como la preocupación por el peso (20% de la varianza).

A largo plazo (4 años después de la cirugía), restricción y desinhibición desempeñan un papel predictor más relevante sobre la imagen corporal, que la actividad física. La restricción (Beta = .66, $p < .01$) junto con la actividad física (Beta = -.39, $p < .01$) explican el 36% de la varianza del miedo a engordar. Igualmente, la restricción y la desinhibición con pesos Beta positivos explican tanto el deseo por perder peso (19% de la varianza) como la preocupación por el peso (23% de la varianza) a la larga tras la cirugía.

La variable restricción sería la que nos daría un indicador de la posibilidad que algunos pacientes puedan presentar expectativas irreales. Y, el hecho que la actividad física desempeñe sólo su papel predictor a largo plazo, pueda tener su explicación en que, en los primeros meses después de la cirugía, es cuando los pacientes no realizan ningún tipo de ejercicio intenso, debido al proceso médico del postoperatorio.

- d) La actividad física no desempeña ningún papel predictor en relación con los síntomas psicológicos del paciente a lo largo del tiempo. Principalmente es la desinhibición (en solitario o acompañada de la restricción en el caso de algunos tipos de síntomas) la variable que desempeña un papel preponderante a la hora de predecir una mayor cantidad de síntomas psicológicos a los 6 meses y a los 4 años, y en menor medida a medio plazo (un año), tras la cirugía bariátrica. A los 6 meses de la operación tanto la restricción como la desinhibición con pesos Beta positivos explican un aumento de los síntomas somáticos (33% de la varianza), obsesivo-compulsivos (47% de la varianza), de sensibilidad interpersonal (30% de la varianza), de depresión (28% de la varianza), de ansiedad (39% de la varianza), y de depresión melancólica (30% de la varianza). Además, en dicho momento temporal, la desinhibición explica el aumento de sintomatología hostil (18% de la varianza), de ansiedad fóbica (33% de la varianza), ideación paranoide (26% de la varianza), y psicoticismo (28% de la varianza); todo ello queda reflejado en el 42% del malestar subjetivo general explicado por la restricción (Beta = .42, $p < .01$) y la desinhibición (Beta = .61, $p < .01$). Al año de la cirugía se da una presencia de sintomatología psicológica menos significativa, siendo la variable desinhibición la única que predice la mayor hostilidad y psicoticismo (22% de la varianza; $p < .05$).

A largo plazo (a los 4 años de la cirugía), conjuntamente la restricción y la desinhibición con pesos Beta positivos explican tanto los síntomas somáticos (31% de la varianza), como los depresivos (45% de la varianza), y de ideación paranoide (53% de la varianza); además la variable desinhibición predice mayor cantidad de síntomas obsesivo-compulsivos (Beta = .65, $p < .01$), de sensibilidad interpersonal (Beta = .70, $p < .001$), de ansiedad (Beta = .52, $p < .05$), de hostilidad (Beta = .56, $p < .05$), de psicoticismo (Beta = .64, $p < .01$) y de depresión melancólica (Beta = .54, $p < .05$), todo ello queda reflejado en el 41% del malestar subjetivo general explicado por la desinhibición (Beta = .66, $p < .01$).

En resumen, el que los pacientes presenten una mala conducta alimentaria antes de la operación predice a largo plazo mayor cantidad de sintomatología psicológica, algo que desde el punto de vista de la intervención psicológica es lo que nos hace el poder plantear la pertinencia de realizar un abordaje multidisciplinar con pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía bariátrica.

3.3.3. Variables predictoras relacionadas con las características intermedias de personalidad (apoyo social y afrontamiento)

En la tabla 3.10 quedan reflejados los resultados del análisis de las variables que usualmente son consideradas como mediadoras en los procesos de estrés. Para poder atender al cuarto objetivo de nuestra investigación se ha escogido un conjunto de seis variables para el análisis de regresión, concretamente las estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente como el afrontamiento conductual centrado en el problema, el afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, el afrontamiento centrado en las emociones y el consumo de alcohol o drogas; y la puntuación total en apoyo social, percibido por los pacientes.

Tabla 3.10. Análisis de regresión de las variables del COPE y el MOS, a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación (N = 30).

	R ; R ² corregida (F _{adj} ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado	
IMC 6 meses	.692; .314 F7,22 = 2.896; p < .05	4.14	Afrontamiento cognitivo del problema Consumo de alcohol o drogas	.644** -.637**	
IMC 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-	
IMC 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-	
Autoestima 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-	
6 meses	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	
	Salud general	-/-	-/-	-/-	
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	
1 año	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	
	Salud general	.685; .300 F7,22 = 2.778; p < .05	12.24	Afrontamiento cognitivo del problema	-.481*
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.10

	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	.752; .427 F7,22 = 4.090; p < .01	13.81	Afrontamiento cognitivo del problema Afrontamiento centrado en las emociones	.405* -.505*
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	.690; .309 F7,22 = 2.852; p < .05	12.84	Consumo de alcohol o drogas	-.527*
6 meses	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
1 año	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.10

	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Somatización	.717; .359 F7,22 = 3.321; p< .05	.67	Apoyo social Afrontamiento centrado en las emociones	-.442* .456*
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión	.708; .343 F7,22 = 3.166; p< .05	.78	Apoyo social Afrontamiento centrado en las emociones	-.452* .584*
	Ansiedad	.692; .314 F7,22 = 2.895; p< .05	.71	Apoyo social Afrontamiento centrado en las emociones	-.388* .531*
	Hostilidad	.688; .305 F7,22 = 2.819; p< .05	.54	Consumo de alcohol o drogas	.530*
	Ansiedad fóbica	.781; .485 F7,22 = 4.906; p< .01	.50	Consumo de alcohol o drogas	.635**
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión melancólica	.671; .276 F7,22 = 2.576; p< .05	.73	Apoyo social	-.440*
1 año	Índice de gravedad global	.695; .319 F7,22 = 2.941; p< .05	.60	Apoyo social Afrontamiento centrado en las emociones	-.416* .496*
	Somatización	-/-	-/-	-/-	-/-
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	.670; .273 F7,22 = 2.556; p< .05	.70	Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de alcohol o drogas	.534* .707**
	Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.10

	Hostilidad	.801; .528 F7,22 = 5.636; p < .01	.46	Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de alcohol o drogas	.502* .927***
	Ansiedad fóbica	.729; .383 F7,22 = 3.574; p < .05	.48	Consumo de alcohol o drogas	.732**
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	.694; .317 F7,22 = 2.925; p < .05	.52	Consumo de alcohol o drogas	.712**
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Índice de gravedad global	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Somatización	.792; .509 F7,22 = 5.302; p < .01	.61	Apoyo social Escape cognitivo Afrontamiento centrado en las emociones	-.395* .580** .425*
	Obsesión- Compulsión	.769; .461 F7,22 = 4.547; p < .01	.74	Apoyo social Consumo de alcohol o drogas	-.434* .462*
	Sensibilidad Interpersonal	.810; .547 F7,22 = 6.008; p < .01	.54	Apoyo social Consumo de alcohol o drogas	-.474** .576**
	Depresión	.785; .495 F7,22 = 5.059; p < .01	.75	Apoyo social Consumo de alcohol o drogas	-.393* .444*
	Ansiedad	.867; .672 F7,22 = 9.481; p < .001	.55	Afrontamiento cognitivo del problema Escape cognitivo Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de alcohol o drogas	-.291* .521** .398* .435*
	Hostilidad	.800; .525 F7,22 = 5.575; p < .01	.67	Apoyo social Consumo de alcohol o drogas	-.451** .428*
	Ansiedad fóbica	.799; .523 F7,22 = 5.535; p < .01	.60	Apoyo social Escape cognitivo Consumo de alcohol o drogas	-.368* .356* .591**
	Ideación paranoide	.849; .633 F7,22 = 8.138; p < .001	.61	Apoyo social Consumo de alcohol o drogas	-.615*** .574**

Continuación de la tabla 3.10

Psicoticismo	.868; .676 F7,22 = 9.630; p < .001	.49	Apoyo social Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de alcohol o drogas	-.522*** .322* .745***
Depresión melancólica	.725; .376 F7,22 = 3.491; p < .05	.74	Apoyo social Escape cognitivo	-.381* .451*
Índice de Gravedad Global	.847; .628 F7,22 = 8.001; p < .001	.52	Apoyo social Escape cognitivo Afrontamiento centrado en las emociones Consumo de alcohol o drogas	-.456** .402* .370* .508**

Los resultados de la tabla 3.10 muestran lo siguiente:

- a) El apoyo social no predice ni a corto, ni a medio, ni a largo plazo, la pérdida de peso, la calidad de vida de los pacientes, la autoestima o la imagen corporal. Quizá sea debido a que el hecho de someterse a cirugía de by-pass gástrico es una decisión muy personal del paciente, y muy meditada, ya que en algunos casos puede haber personas del entorno del paciente que no estén de acuerdo con la decisión, y la persona que padece obesidad mórbida considera que es la única manera de solucionar su enfermedad.
- b) Respecto a la pérdida de peso, encontramos valores significativos sólo a los 6 meses de la cirugía, observando que el afrontamiento cognitivo del problema (Beta = .64, p < .05) y que el consumo de alcohol o drogas (Beta = -.64, p < .05) explican el 31% de la varianza de la pérdida de peso.
- c) Observamos que el papel predictor que desempeñan las estrategias de afrontamiento del paciente en su calidad de vida, ocurren al año y a los 4 años de la operación, siendo el afrontamiento cognitivo del problema la variable que predice el 30% de la varianza de la salud general (Beta = -.48, p < .05) al año, es decir la adaptación y reinterpretación de los sucesos estresantes antes de la operación predice peor salud general a medio plazo. Y que, a largo plazo (a los 4 años de la cirugía), conjuntamente el afrontamiento cognitivo del problema (Beta = .41, p < .01) y el afrontamiento centrado en la emociones (Beta = -.51, p < .01) explican cerca del 43% de la varianza de la salud mental, es decir que el manejo de estrategias emocionales para afrontar sucesos estresantes (y una intervención quirúrgica lo es), predice una peor salud mental.

- d) Sobresale el papel predictor desempeñado por el *apoyo social* en los síntomas psicológicos de los pacientes a corto plazo (a los 6 meses de la operación), y a largo plazo (a los 4 años de la operación), y junto a ello los resultados significativos que se obtienen respecto al *afrentamiento* en todos los momentos temporales de nuestra investigación. Los resultados de la tabla 3.10 muestran que a los 6 meses de la operación tanto el apoyo social (Beta = $-.42$, $p < .05$) como el afrontamiento centrado en las emociones (Beta = $.50$, $p < .05$) explican el 32% de la varianza del malestar subjetivo general de los pacientes; que en el caso del apoyo social queda reflejado, en una disminución de los síntomas de somatización ($p < .05$), depresión ($p < .05$), ansiedad ($p < .05$) y depresión melancólica ($p < .05$), y en cuanto al afrontamiento centrado en las emociones queda reflejado en un aumento de la presencia de los síntomas de somatización ($p < .05$), depresión ($p < .05$) y ansiedad ($p < .05$). Y que el consumo de alcohol o drogas predice alrededor del 31% de los síntomas de hostilidad (Beta = $.53$, $p < .05$), y casi el 49% de los síntomas de ansiedad fóbica (Beta = $.64$, $p < .01$). Al año de la cirugía el apoyo social no presenta ninguna influencia en los síntomas psicológicos generales del paciente, siendo el afrontamiento centrado en las emociones y el consumo de alcohol o drogas las variables que explican el 27% de la varianza de los síntomas de sensibilidad interpersonal, y también explican el 53% de los síntomas de hostilidad (en todos los casos los coeficientes beta son positivos y significativos). A la vez, el consumo de alcohol o drogas predice el 38% de la varianza de los síntomas de ansiedad fóbica (Beta = $.73$, $p < .05$), y el 32% de la varianza de los síntomas de psicoticismo (Beta = $.71$, $p < .05$).

Y por último, cabe resaltar la importancia del papel predictor que desempeña el apoyo social (siempre con coeficiente Beta negativo) y el consumo de alcohol o drogas (siempre con coeficiente Beta positivo) en la sintomatología psicológica a los 4 años de la cirugía. Así, encontramos que el apoyo social (Beta = $-.46$, $p < .001$), el escape cognitivo (Beta = $.40$, $p < .001$), el afrontamiento centrado en las emociones (Beta = $.37$, $p < .001$) y el consumo de alcohol o drogas (Beta = $.51$, $p < .001$), explican el 63% de la varianza del malestar subjetivo general que presentan los pacientes. Que en el caso del apoyo social, queda reflejado, y conjuntamente con el escape cognitivo y el afrontamiento centrado en las emociones (con coeficientes positivos), explican los síntomas de somatización ($p < .01$). Que el apoyo social, conjuntamente con el consumo de alcohol o drogas predicen un 46% de los síntomas de obsesión compulsión ($p < .01$), el 55% de sensibilidad interpersonal ($p < .01$), el 50% de depresión ($p < .01$), el 53% de hostilidad ($p < .01$), y el 63% de ideación paranoide ($p < .001$). Además, el afrontamiento cognitivo del problema (con coeficiente Beta negativo), junto con el escape cognitivo, el afrontamiento centrado en las emociones, y el consumo de alcohol o drogas (con coeficientes Beta positivos), explican el 67% de los síntomas de ansiedad ($p < .001$). Asimismo el apoyo social conjuntamente con el escape cognitivo y el consumo de alcohol o drogas

(con coeficientes Beta positivos), explican el 52% de los síntomas de ansiedad fóbica; y por último tanto el apoyo social (Beta = $-.38$, $p < .05$) como el escape cognitivo (Beta = $.45$, $p < .05$) explican el 38% de los síntomas de depresión melancólica.

Los resultados muestran que es en el hecho de tener un entorno cercano donde hay afecto y de poder contar con una red familiar y/o social, lo que repercute en un beneficio en el bienestar psicológico de los pacientes. Esto sugiere la importancia de reforzar o potenciar dichas relaciones como objeto de una posible intervención familiar que, como se ha observado por los resultados, sería conveniente poder llevar a cabo, para la evolución positiva de posibles problemas psicológicos a largo plazo. Además, los resultados relativos a los síntomas específicos que predice el afrontamiento centrado en las emociones, nos dan información respecto a poder trabajar prevención de síntomas desde una intervención psicológica, con el fin de alcanzar mejores resultados a largo plazo.

3.3.4. Variables predictoras relacionadas con las características básicas de la personalidad

En este apartado se aborda la capacidad predictiva de las características temperamentales básicas de la personalidad del paciente como son el neuroticismo y la extraversión, y con ello atenderemos a nuestro quinto objetivo. En la tabla 3.11 se presentan los resultados de dicho análisis.

Tabla 3.11. Análisis de regresión de las variables del EPQ-R a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación (N = 30).

	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
IMC 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
IMC 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-
IMC 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
Autoestima 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
Autoestima 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-
Autoestima 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses				
Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.11

	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	.456; .149 F2,27 = 3.536; p < .05	14.17	Neuroticismo	-.427*
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
1 año	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	.519; .215 F2,27 = 4.977; p < .05	16.45	Neuroticismo	-.524*
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	.582; .290 F2,27 = 6.913; p < .01	15.38	Neuroticismo	-.537*
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud mental	.532; .230 F2,27 = 5.327; p < .05	13.56	Neuroticismo	-.501*
6 meses	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.11

1 año	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Miedo a engordar	-/-	-/-	-/-	-/-
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Somatización	.530; .227 F _{2,27} = 5.269; p < .05	.73	Neuroticismo	.486**
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión	.561; .264 F _{2,27} = 6.189; p < .01	.83	Neuroticismo	.564**
	Ansiedad	.586; .295 F _{2,27} = 7.061; p < .01	.72	Neuroticismo	.586**
	Hostilidad	.470; .163 F _{2,27} = 3.825; p < .05	.59	Neuroticismo	.421*
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	-/-	-/-	-/-	-/-
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
1 año	Índice de gravedad global	.536; .234 F _{2,27} = 5.430; p < .05	.64	Neuroticismo	.540**
	Somatización	.457; .150 F _{2,27} = 3.556; p < .05	.71	Neuroticismo	.479*
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	-/-	-/-	-/-	-/-

Continuación de la tabla 3.11

	Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Hostilidad	.533; .231 F _{2,27} = 5.344; p < .05	.59	Neuroticismo	.456*
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	.496; .190 F _{2,27} = 4.408; p < .05	.57	Neuroticismo	.428*
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Índica de gravedad global	.454; .147 F _{2,27} = 3.502; p < .05	.68	N	.454*
4 años	Somatización	.534; .232 F _{2,27} = 5.389; p < .05	.76	Neuroticismo	.560**
	Obsesión- Compulsión	.535; .233 F _{2,27} = 5.404; p < .05	.89	Neuroticismo	.545**
	Sensibilidad Interpersonal	.509; .205 F _{2,27} = 4.733; p < .05	.72	Neuroticismo	.506**
	Depresión	.619; .337 F _{2,27} = 8.383; p < .01	.86	Neuroticismo	.610**
	Ansiedad	.603; .317 F _{2,27} = 7.726; p < .01	.80	Neuroticismo	.597**
	Hostilidad	.591; .301 F _{2,27} = 7.238; p < .01	.82	Neuroticismo	.533**
	Ansiedad fóbica	.446; .140 F _{2,27} = 3.359; p < .05	.81	Neuroticismo	.455*
	Ideación paranoide	.515; .210 F _{2,27} = 4.861; p < .05	.89	Neuroticismo	.534**
	Psicoticismo	.533; .231 F _{2,27} = 5.349; p < .05	.76	Neuroticismo	.518**
	Depresión melancólica	.441; .135 F _{2,27} = 3.264; p < .05	.88	Neuroticismo	.463*
	Índica de gravedad global	.588; .297 F _{2,27} = 7.124; p < .01	.72	Neuroticismo	.593**

Los resultados de la tabla 3.11 muestran lo siguiente:

- a) Claramente, el *neuroticismo* y la *extraversión* son variables que no predicen ni a corto, ni a medio, ni a largo plazo, la pérdida de peso, la autoestima y la imagen corporal. Además, la extraversión no desempeña papel alguno sobre la calidad de vida y la sintomatología psicológica de los pacientes. Ello no significa que, las puntuaciones obtenidas en extraversión/introversión, no puedan ser de utilidad, en el caso de que el paciente reciba tratamiento de intervención psicológica, para tener una información más, a la hora de elaborar el plan de tratamiento.
- b) Algo muy diferente sucede en el papel predictor desempeñado en cuanto a las variables que hacen referencia a la calidad de vida, en las que podemos afirmar que el neuroticismo a los 6 meses (con coeficiente negativo) predice en un 15% un empeoramiento en la salud mental, y a los 4 años (con coeficiente negativo) predice un 29% de ese empeoramiento, un 22% de una menor vitalidad y un 23% de una peor salud mental general.
- c) Se obtienen resultados más significativos cuando relacionamos la variable neuroticismo con la sintomatología psicológica que presenta el paciente a los 6 meses, al año y a los 4 años de la cirugía, llamando la atención que dicha variable predice en mayor medida la sintomatología psicológica a largo plazo, es decir, a los 4 años de la intervención quirúrgica en lo que se refiere a nuestra investigación. A los 6 meses de la cirugía, la inestabilidad emocional previa del paciente explica el 23% (Beta = .54, $p < .05$) del malestar subjetivo general, que se manifiesta en un aumento en los síntomas de somatización (Beta = .49, $p < .05$), depresivos (Beta = .56, $p < .01$), ansiedad (Beta = .59, $p < .01$) y hostilidad (Beta = .42, $p < .05$). Al año de la operación, el peso de la inestabilidad emocional disminuye explicando el 15% (Beta = .45, $p < .05$) del malestar subjetivo, prediciendo el 15% de los síntomas somáticos, el 23% de los síntomas de hostilidad, y el 19% de síntomas psicóticos. Y por último, destacar la relevancia de la influencia de la inestabilidad emocional a largo plazo (a los 4 años de la operación), donde encontramos que explica un mayor porcentaje del malestar subjetivo general que a corto y a medio plazo, concretamente el 30% (Beta = .59, $p < .01$), desempeñando un papel predictor en los síntomas por somatización, explicando el 23% de la varianza de éstos (Beta = .56, $p < .05$), también explica el 23% de los síntomas obsesivo-compulsivos (Beta = .55, $p < .05$), el 21% de sensibilidad interpersonal (Beta = .51, $p < .05$), el 34% de los síntomas depresivos (Beta = .61, $p < .01$), el 32% de ansiedad (Beta = .60, $p < .01$), el 30% de hostilidad (Beta = .53, $p < .01$), el 14% de los síntomas de ansiedad fóbica (Beta = .46, $p < .05$), el 21% de la sintomatología de ideación paranoide (Beta = .53, $p < .05$), el 23% de la de psicoticismo (Beta = .52, $p < .05$), y el 14% de los síntomas de depresión melancólica (Beta = .46, $p < .05$).

En suma, el N predice mejor el nivel de síntomas psicológicos de los pacientes cuando éstos han alcanzado ya una estabilización en su peso (a los 4 años). Teniendo en cuenta que se trata de una dimensión de personalidad claramente relacionada con psicopatología, este resultado incide en la necesidad de prestar atención a los niveles de ansiedad y depresión previos a la operación que informan los pacientes. Cabría valorar la importancia de una intervención psicológica de forma paralela al perioperatorio médico teniendo en cuenta una intervención desde un equipo multidisciplinar.

3.3.5. Conclusiones generales

Para finalizar el apartado que nos ocupa, y en base a los análisis de regresión que se han llevado a cabo, podemos afirmar que la importancia o relevancia que pueden poseer determinadas características psicológicas de los pacientes antes de la operación, depende del tiempo transcurrido después de la misma, encontrando resultados interesantes a largo plazo.

Los análisis realizados nos permiten llegar a las conclusiones que van a ser expuestas en base a las variables predictoras del IMC, de la autoestima, de la calidad de vida, de la imagen corporal y de los síntomas psicológicos, y prestando mayor atención a lo que se observa a largo plazo.

Prestando atención a los predictores del *IMC*, los resultados nos permiten concluir que:

- a) Aquellas variables que están relacionadas con la intervención quirúrgica no tienen ninguna influencia sobre la pérdida de peso en ninguno de los momentos del estudio, como sucede con la comprensión de los procedimientos quirúrgicos y los riesgos que conlleva, que no es una variable relevante que ayude a predecir a largo plazo la evolución psicológica de los pacientes. Quizá lo que el paciente tiene más en cuenta es la confianza en el equipo médico, y principalmente en el cirujano, y añadir que, ninguna de las variables predictoras estudiadas son relevantes a largo plazo en la pérdida de peso de los pacientes.
- b) Con las variables seleccionadas, sólo podemos predecir una mejor o peor pérdida de peso a corto plazo, y las variables que nos ayudan a recoger esta información son aquellas referentes a la conducta alimentaria, la actividad física y el afrontamiento.
 - a. En cuanto a la conducta alimentaria, es la restricción quien predice una menor pérdida de peso, y la desinhibición (ingesta incontrolada) una mayor pérdida de peso.
 - b. El realizar poca actividad física antes de la operación predice una menor pérdida de peso. Aquí es conveniente destacar que el que los pacientes realicen poca o ninguna actividad física no predice, como se podría suponer, una peor pérdida de peso a largo plazo.

- c) Y respecto al afrontamiento que tienen los pacientes ante las diferentes situaciones o acontecimientos estresantes, de forma conductual y/o cognitiva, se concluye que una buena forma de manejar la aceptación de dicha situaciones predice una peor pérdida de peso, y que el consumo de alcohol o drogas como forma de afrontamiento, predicen un menor IMC.

Tal y como se lleva observando a lo largo del presente capítulo, ninguna de las variables estudiadas como predictoras, predice en ningún momento temporal de la investigación el nivel de autoestima de los pacientes.

La *calidad de vida* de los pacientes, que se someten a cirugía de by-pass gástrico, es uno de los aspectos más importantes. De los resultados se concluye:

- a) Que a corto plazo las variables predictoras estudiadas no desempeñan un papel relevante. Y que a medio plazo (al año de la cirugía) es, de nuevo el efecto negativo que parece tener el afrontamiento cognitivo, ya que esta variable explica el 30% de la menor salud general informada por los pacientes.
- b) La importancia de lo que se concluye a largo plazo:
- Llama la atención al hecho de que un mayor o menor apoyo social, no tenga relevancia sobre la calidad de vida, cuando en un principio cabría pensar que sí. Destaca el papel opuesto, pero complementario que desempeñan respectivamente el afrontamiento cognitivo y las estrategias emocionales previas del paciente, con efecto positivo y negativo respectivamente sobre la variable salud mental de los pacientes (43%). Señalar que si nos fijamos en la variable que aglutina los factores de bienestar psicológico en el SF-36 (puntuación total en salud mental), son la desinhibición y la actividad física, las variables que mejor la predicen (49%). También aquí el consumo previo de alcohol o drogas tienen un efecto negativo en la salud mental (31%) de los pacientes. En cuanto al papel predictor de neuroticismo es el que cabía esperar con mayores niveles asociados con peor salud mental. De todos modos, en relación con los comentarios sobre el papel del neuroticismo nos extenderemos más adelante.
 - En cuanto al grado en que los problemas emocionales de los pacientes afectan a su vida cotidiana, es el factor desinhibición quien más ejerce su influencia, de forma que el mayor descontrol sobre la ingesta predice una disminución en el rendimiento del trabajo y de las actividades diarias (38%) de los pacientes. A su vez, es también la desinhibición quien predice la peor salud mental (29%), como factor primario del SF-36 (29%).
 - Tener un mayor control sobre la alimentación predice, a largo plazo, el sentirse con menos energía y vitalidad, algo que por cuestiones físicas podría ser más lógico a corto plazo. No

- obstante, la aportación de la desinhibición a la predicción no es única, añadiéndose a ella los efectos negativos que sobre la vitalidad parece tener también la mayor actividad física realizada. Por ello sería importante tener en cuenta, en el postoperatorio, el establecer objetivos adecuados a cada paciente con respecto a la actividad física, y poder abordarlo desde una intervención con un equipo multidisciplinar.
- d. Se concluye con lo expuesto anteriormente la importancia de poder abordar desde el tratamiento psicológico tanto la modificación de la conducta alimentaria, como el poder trabajar la adherencia al ejercicio físico adaptado a las condiciones físicas, psíquicas y sociales del paciente, además de corroborar, de nuevo, la no inclusión de aquellos pacientes que, en el momento de la toma de decisión de operarse, presenten consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

En lo referente a la *imagen corporal*, decir que:

- a) La conducta alimentaria antes de la operación desempeña un papel predictor claramente diferencial en la percepción de la imagen corporal de los pacientes, dependiendo de en qué momento de su evolución nos situamos.
- b) Deteniéndonos en los porcentajes de varianza que explican la restricción, vemos que a lo largo del tiempo éstos disminuyen y pierden su potencia predictiva como variable, bien sea porque ya no predice la puntuación total en el BSQ, bien sea porque ya no aparece como variable única cuando se consideran los diferentes aspectos de la imagen corporal.
- c) Centrándonos en lo que ocurre con la percepción de la imagen corporal a largo plazo:
- a. Resaltar que a largo plazo la restricción y la actividad física predicen el miedo a engordar (36%), por un lado puede resultar preocupante que a los 4 años surja de nuevo el miedo a engordar.
 - b. Reseñar la influencia de la motivación no realista en la imagen corporal, que predice el mayor miedo a engordar (29%), algo que no sucede a los 6 meses, ni al año. Sería conveniente poder abordar este aspecto desde una intervención psicológica, para prevenir una recaída en la reaparición de miedos. También importante en la explicación al miedo a engordar son, la mayor restricción y menor actividad física previas a la intervención (36%). Respecto a esto último se ha de tener cuidado porque podría favorecer el que el paciente comience a cuidarse menos y con ello obtener una reganancia de peso. Por ello es importante que el paciente tome conciencia de que la actividad física es relevante para el mantenimiento del peso, y con ello evitar que el paciente acuda de nuevo al endocrino para solicitar algún tipo de

"dieta". Añadir que es un resultado positivo que, tanto la restricción como la desinhibición predigan una preocupación por el peso (23%) a largo plazo.

Por último y atendiendo a las variables predictoras de la *sintomatología psicológica* podemos concluir, considerando el Índice de Gravedad Global (IGG) como un buen indicador del malestar subjetivo del paciente, lo siguiente:

- a) Con independencia de las variables que participen en la predicción, los porcentajes de varianza indican que los resultados de la predicción son mejores a los 4 años de la cirugía que a los 6 meses y, desde luego, que al año.
- b) El menor apoyo social en conjunción con el uso de estrategias de afrontamiento calificadas habitualmente como pasivas, emergen como los mejores predictores del malestar psicológico de los pacientes a corto y a largo plazo. La conjunción de estas variables pasa de explicar de un 32% a un 63% de ese malestar subjetivo.
- c) La desinhibición (+) más que la restricción es la variable relacionada con la conducta alimentaria que explica mejor el malestar subjetivo a largo plazo de los pacientes (41%).
- d) La inestabilidad emocional de los pacientes predice también su malestar subjetivo a los 4 años de la cirugía (30%), pero en menor medida que lo hacen las variables mencionadas anteriormente. Señalar que es la única variable que predice de forma constante el malestar psicológico de los pacientes (aunque los porcentajes de varianza que explica no son elevados), lo cual no sorprende teniendo en cuenta que se trata de una variable temperamental que, además, como mencionamos anteriormente, aparece repetidamente asociada a psicopatología.
- e) La motivación no realista influye de forma negativa en el malestar subjetivo a corto y a largo plazo de modo similar, pasando a explicar del 23% al 21% de dicho malestar.

En suma, considerando la evolución a largo plazo de los pacientes, los análisis de regresión nos indican que debemos prestar especial atención a distintos aspectos previos del funcionamiento psicológico de los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía de by-pass gástrico. Así, el apoyo social, el afrontamiento y la desinhibición son los aspectos que influyen en mayor medida en el bienestar psicológico de los pacientes, ya sea este evaluado desde la óptica del SCL-90, como desde la óptica del SF-36.

3.4. Un análisis sobre el cambio en las motivaciones específicas de los pacientes

En los resultados expuestos en el apartado anterior se ha trabajado con la motivación de los pacientes, una variable compuesta por la valoración que hacían respecto a 7 razones diferentes por las que decidían operarse (ver Capítulo 2). Aquí nos interesa ahora abordar con más detalle, el cambio que se produce en ellos en relación con cada uno de esos 7 motivos específicos a lo largo del seguimiento. Así, mientras que las preguntas sobre motivación en el pre-operatorio versaban sobre el por qué querían hacerse una operación de by-pass gástrico, en los seguimientos se les formuló la pregunta en un formato que permitiera valorar el grado en que los pacientes seguían manteniendo o no las mismas razones por las que se habían operado. Junto a ello se analiza el papel predictor que cada motivo específico posee sobre el bienestar físico y psicológico de los pacientes. Se trata de dar respuesta a las hipótesis planteadas en el objetivo 6 de esta investigación (hipótesis 6a y 6b).

3.4.1. Datos descriptivos de la motivación

La motivación es una cuestión que en ocasiones interesa a la comunidad médica debido a que pueden considerar que el que el paciente esté "motivado" hacia la operación, les ofrece una garantía de una mejor adherencia al proceso del perioperatorio. Centrándonos en la evaluación de la motivación, la pregunta plantea siete razones con mayor o menor implicación a la hora de operarse y una vez operado. Para mayor claridad, a continuación se expone la pregunta de la motivación planteada antes de la operación y después de la misma (a los 6 meses, al año y a los 4 años de la cirugía).

Antes de la operación la pregunta se plantea de la siguiente forma:

Motivación

*Voy a darle una serie de razones de por qué las personas quieren hacerse una operación de by-pass gástrico. Teniendo en cuenta una escala de 0-4, ¿cuánta importancia tiene cada una de ellas en su deseo por hacerse esta operación?
0= Ninguna; 1= Ligera; 2= Moderada; 3= Considerable; 4= Extremada; 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

A los 6 meses, al año y a los 4 años de la cirugía la pregunta se plantea de la siguiente forma:

Motivación

Voy a darle una serie de razones que tienen relevancia después de la operación de by-pass gástrico. Teniendo en cuenta una escala de 0-4, ¿cuánta importancia tiene cada una de ellas en la actualidad?

0= Ninguna; 1= Ligera; 2= Moderada; 3= Considerable; 4= Extremada; 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*

A continuación presentamos en la tabla 3.12, para la muestra total, los estadísticos básicos correspondientes a los ítems empleados para evaluar la motivación antes de la operación.

Tabla 3.12. Estadísticos básicos para cada una de las motivaciones específicas en el preoperatorio (N = 30).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Incrementar la movilidad diaria	30	.00	4	3.53	1.14
Sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás	30	.00	4	2.43	1.61
Incrementar el funcionamiento ocupacional	30	.00	4	3.37	1.22
Mejorar la salud	30	3.00	4	3.93	.25
Mejorar la apariencia	30	.00	4	2.60	1.40
Mejorar la vida sexual	30	.00	4	2.30	1.47
Mejorar las relaciones con la pareja	30	.00	4	2.30	1.47

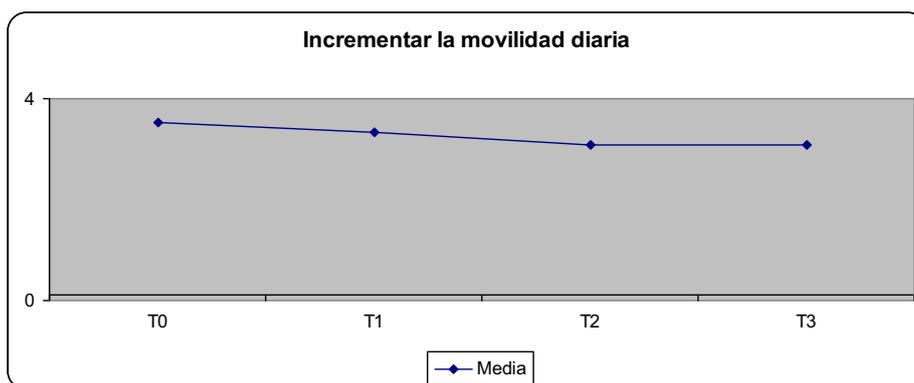
La tabla 3.12 nos muestra resultados de las diferentes razones de por qué las personas que presentan obesidad mórbida quieren someterse a cirugía de by-pass gástrico. La principal razón por la que se quieren operar es por "mejorar la salud". Tal y como se ha señalado en el marco teórico, la consecuencia principal de la cirugía de by-pass gástrico es la desaparición de las comorbilidades que

presentan los pacientes con obesidad mórbida. La segunda razón importante para los pacientes es el "incrementar la movilidad diaria" seguida de la razón de "incrementar mi funcionamiento ocupacional", tal y como muestran los datos. Estas tres razones englobarían los motivos que el paciente suele interpretar como mejoras básicas de su vida. En cuarto lugar encontramos que "mejorar la apariencia" también es una razón importante, por delante de "sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás", y "mejorar mi vida sexual" junto con "mejorar las relaciones con mi pareja". En suma, la evaluación en el preoperatorio se traduce en una mayor valoración por lo que se refiere a la salud, por término medio consideran la apariencia como algo a mejorar, seguido de todo lo referente a las relaciones interpersonales, y por último, mostrando una menor importancia por las relaciones íntimas.

3.4.2. Evolución de la variable motivación

A continuación se presenta el análisis de la evolución temporal de las motivaciones de los pacientes (N = 30), que se sometieron a cirugía de by-pass gástrico, es decir los cambios que se han producido a largo plazo respecto a las razones específicas en relación con la operación, y que se han medido en los cuatro momentos temporales de la investigación: antes de la operación, a los 6 meses, al año, y a los 4 años de la misma. Para estudiar dichos cambios se han realizado ANOVAS de medidas repetidas de un factor. Los resultados se muestran mediante representación gráfica para facilitar la observación de la evolución que se obtiene en relación con cada uno de los ítems referentes a la motivación. A su vez, a pie de gráfico se presenta la media y desviación típica en cada momento temporal así como el valor de la F con su nivel de significación. Esta información se presenta en los gráficos 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

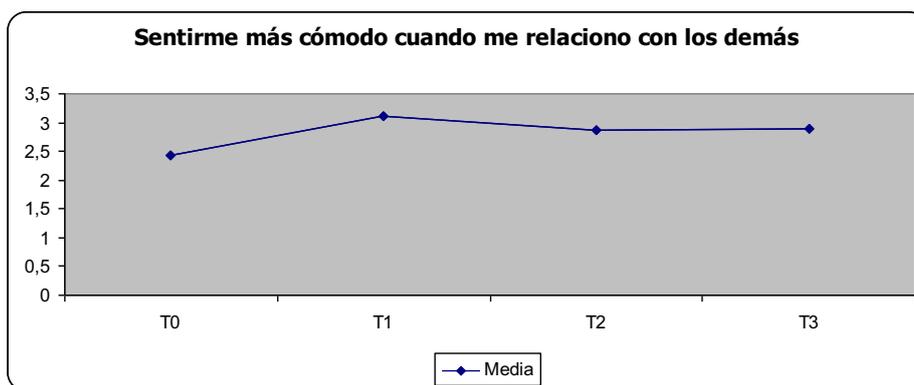
Gráfico 14. Incrementar la movilidad diaria (N = 30).



(Tabla de medias y desviaciones típicas del *gráfico 14*)

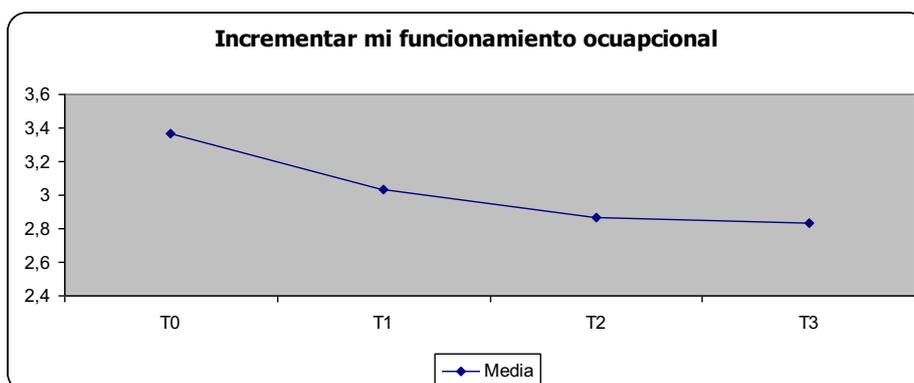
T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
3,53	1,14	3,33	0,96	3,07	0,83	3,07	1,11	1.61

Gráfico 15. Sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás (N = 30).



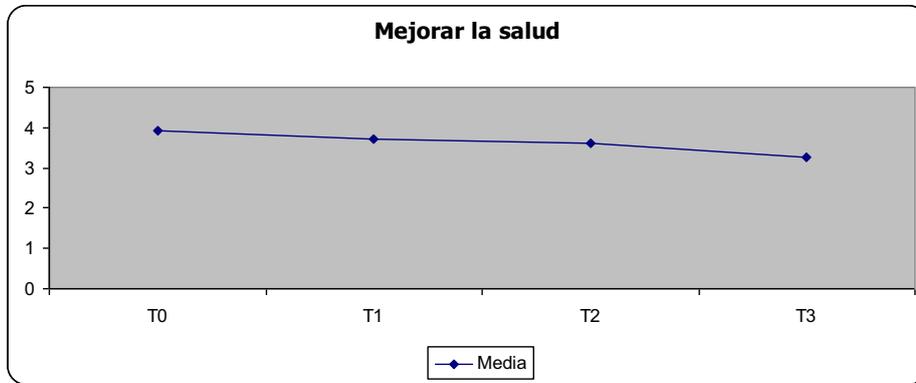
T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
2,43	1,61	3,10	1,03	2,87	1,01	2,90	1,27	1.83

Gráfico 16. Incrementar mi funcionamiento ocupacional (N = 30).



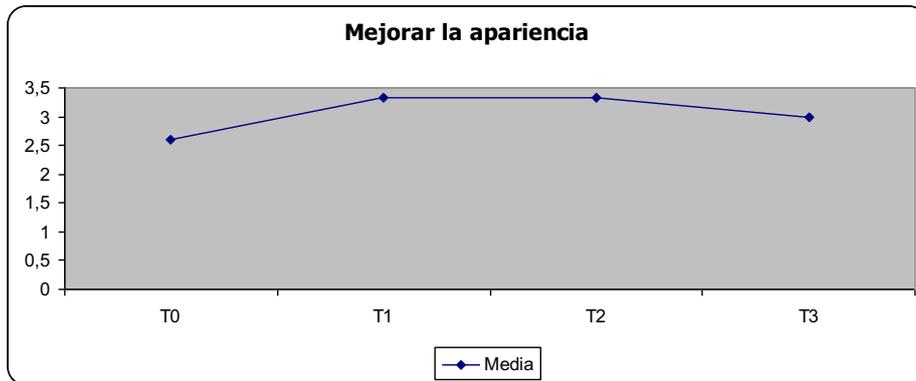
T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
3,37	1,22	3,03	1,00	2,87	0,90	2,83	0,95	1.93

Gráfico 17. Mejorar la salud (N = 30).



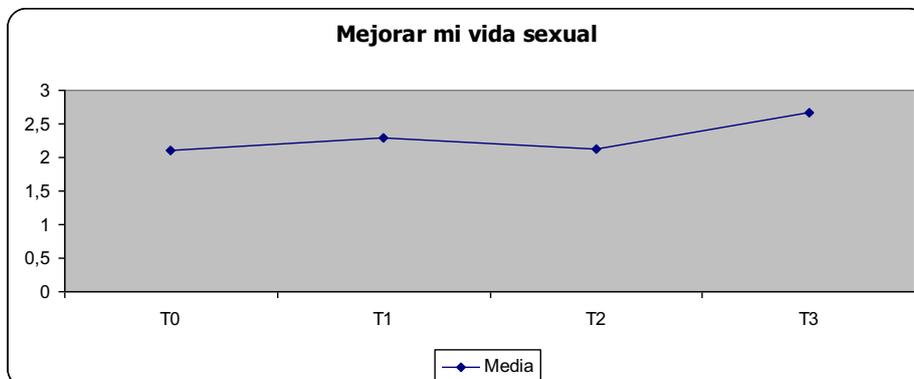
T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
3,93	0,25	3,70	0,70	3,60	0,86	3,27	1,02	4.54*

Gráfico 18. Mejorar la apariencia (N = 30).



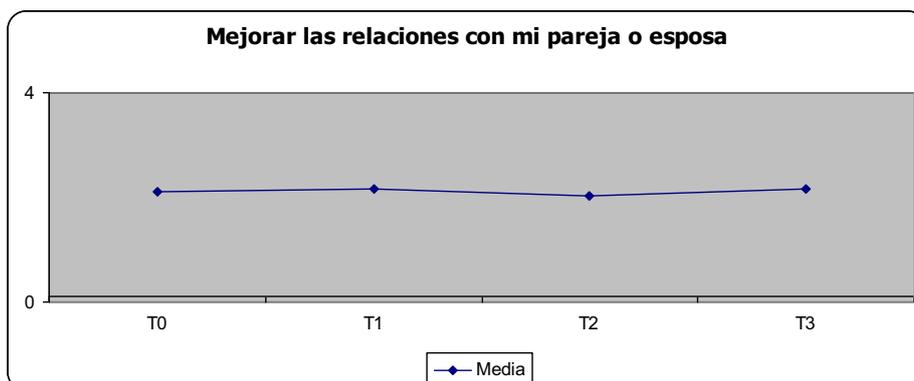
T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
2,60	1,40	3,33	0,84	3,33	0,92	3,00	1,02	2.66

Gráfico 19. Mejorar mi vida sexual (N = 30).



T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
2,10	1,63	2,30	0,99	2,13	0,90	2,67	1,12	1,67

Gráfico 20. Mejorar las relaciones con mi pareja o esposa (N = 30).



T0		T1		T2		T3		F
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
2,10	1,63	2,17	1,09	2,03	1,22	2,17	1,44	0,24

Los resultados muestran lo siguiente:

- a) Cabe señalar, que la única motivación que varía de forma significativa a lo largo del tiempo es la de "mejorar la salud" (Gráfico 17), en la que encontramos una mayor importancia antes de la operación de by-pass gástrico que a los 4 años de la misma. Esto coincide con lo expuesto anteriormente con respecto a que es la principal razón por la que los pacientes se quieren someter a cirugía de by-pass gástrico, pero que, y

debido a que han mejorado su salud, a largo plazo tiene menor importancia para ellos.

- b) Al igual que ocurre con el motivo relativo a "mejorar la salud", pero de forma no significativa, "mejorar la movilidad diaria" (Gráfico 14) y "mejorar el funcionamiento ocupacional" (Gráfico 16) son más relevantes antes de la operación que a largo plazo.
- c) Y, los gráficos 15, 18, 19 y 20, muestran como algunas variables de la motivación son más importantes a largo plazo que antes de la operación como "sentirse más cómodo cuando me relaciona con los demás", "mejorar la apariencia", "mejorar mi vida sexual" y mejorar las relaciones con mi pareja o esposa". Sin embargo, la pauta tampoco es significativa.

3.4.3. Análisis predictivo de las variables de la motivación

En la tabla 3.13 se presenta el análisis de regresión de cada una de las motivaciones con las variables criterio (IMC, autoestima; calidad de vida, imagen corporal y síntomas psicológicos) en los tres momentos temporales del seguimiento.

Tabla 3.13. Análisis de regresión de las diferentes Motivaciones (de la EB) a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación (N = 30).

	R ; R ² corregida (F _{qj} ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
IMC 6 meses	-/-	-/-	-/-	-/-
IMC 1 año	-/-	-/-	-/-	-/-
IMC 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
Autoestima 6 meses	.365; .102 F7,22 = 4.301; p< .05	4.09	a. Movilidad	.365*
Autoestima 1 año	.432; .158 F7,22 = 6.431; p< .05	4.32	a. Movilidad	.432*
Autoestima 4 años	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses				
Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
Vitalidad	.389; .121 F7,22 = 4.986; p< .05	16.04	c. Ocupacional	-.389*
Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-

(Continuación de la tabla 3.13)

1 año	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Físico	-/-	-/-	-/-	-/-
	Dolor corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
	Salud general	-/-	-/-	-/-	-/-
	Vitalidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Funcionamiento Social	-/-	-/-	-/-	-/-
	Rol Emocional	.432; .158 F7,22 = 6.424; p < .05	19.82	e. Apariencia	-.432*
	Salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total salud física	-/-	-/-	-/-	-/-
6 meses	Puntuación total salud mental	-/-	-/-	-/-	-/-
	Insatisfacción corporal	.474; .197 F7,22 = 8.119; p < .01	21.00	b. Relación con los demás	.474**
	Miedo a engordar	.414; .142 F7,22 = 5.791; p < .05	2.61	b. Relación con los demás	.414*
	Apariencia	.434; .159 F7,22 = 6.481; p < .05	7.82	b. Relación con los demás	.434*
	Deseo de perder peso	.625; .346 F7,21 = 8.662; p < .01	5.86	b. Relación con los demás c. Ocupacional	.655*** -.360*
	Preocupación por el peso	.486; .209 F7,22 = 8.664; p < .01	15.88	b. Relación con los demás	.486**
	Puntuación total imagen corporal	.484; .207 F7,22 = 8.586; p < .01	36.38	b. Relación con los demás	.484**
1 año	Insatisfacción corporal	-/-	-/-	-/-	-/-

(Continuación de la tabla 3.13)

	Miedo a engordar	.368; .104 F7,22 = 4.383; p< .05	2.39	b. Relación con los demás	.368*
	Apariencia	-/-	-/-	-/-	-/-
	Deseo de perder peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Preocupación por el peso	-/-	-/-	-/-	-/-
	Puntuación total imagen corporal	-/-	-/-	-/-	-/-
4 años	Insatisfacción corporal	.445; .170 F7,22 = 6.930; p< .05	18.72	b. Relación con los demás	.445*
	Miedo a engordar	.604; .343 F7,22 = 16.108; p< .001	2.60	b. Relación con los demás	.604***
	Apariencia	.460; .183 F7,22 = 7.509; p< .05	7.49	b. Relación con los demás	.460*
	Deseo de perder peso	.427; .154 F7,22 = 6.259; p< .05	7.11	b. Relación con los demás	.427*
	Preocupación por el peso	.503; .226 F7,22 = 9.473; p< .01	15.85	b. Relación con los demás	.503**
	Puntuación total imagen corporal	.483; .206 F7,22 = 8.540; p< .01	33.56	b. Relación con los demás	.483**
6 meses	Somatización	.457; .181 F7,22 = 7.395; p< .05	.75	b. Relación con los demás	.457*
	Obsesión-Compulsión	.523; .247 F7,22 = 10.516; p< .01	.78	b. Relación con los demás	.523**
	Sensibilidad Interpersonal	.469; .192 F7,22 = 7.894; p< .01	.76	b. Relación con los demás	.469**
	Depresión	.451; .175 F7,22 = 7.134; p< .05	.88	b. Relación con los demás	.451*
	Ansiedad	.454; .178 F7,22 = 7.289; p< .05	.77	b. Relación con los demás	.454*
	Hostilidad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad fóbica	.373; .109 F7,22 = 4.536; p< .05	.65	b. Relación con los demás	.373*
	Ideación paranoide	.430; .156 F7,22 = 6.365; p< .05	.70	b. Relación con los demás	.430*
	Psicoticismo	.394; .125 F7,22 = 5.155; p< .05	.65	b. Relación con los demás	.394*

(Continuación de la tabla 3.13)

1 año	Depresión melancólica	.463; .186 F7,22 = 7.643; p < .05	.77	b. Relación con los demás	.463*
	Índice de gravedad global	.501; .224 F7,22 = 9.380; p < .01	.64	b. Relación con los demás	.501**
	Somatización	-/-	-/-	-/-	-/-
	Obsesión-Compulsión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Sensibilidad Interpersonal	.429; .155 F7,22 = 6.312; p < .05	.75	b. Relación con los demás	.429*
	Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ansiedad	-/-	-/-	-/-	-/-
	Hostilidad	.394; .125 F7,22 = 5.158; p < .05	.63	b. Relación con los demás	.394*
	Ansiedad fóbica	-/-	-/-	-/-	-/-
	Ideación paranoide	-/-	-/-	-/-	-/-
	Psicoticismo	.383; .116 F7,22 = 4.821; p < .05	.59	b. Relación con los demás	.383*
	Depresión melancólica	-/-	-/-	-/-	-/-
Índice de gravedad global	-/-	-/-	-/-	-/-	
4 años	Somatización	.457; .181 F7,22 = 7.397; p < .05	.79	b. Relación con los demás	.457*
	Obsesión-Compulsión	.486; .209 F7,22 = 8.673; p < .01	.90	b. Relación con los demás	.486**
	Sensibilidad Interpersonal	.560; .290 F7,22 = 12.818; p < .01	.68	b. Relación con los demás	.560**
	Depresión	.474; .197 F7,22 = 8.133; p < .01	.95	b. Relación con los demás	.474**
	Ansiedad	.488; .211 F7,22 = 8.738; p < .01	.86	e. Apariencia	.488**
	Hostilidad	.391; .123 F7,22 = 5.067; p < .05	.92	e. Apariencia	.391*
	Ansiedad fóbica	.365; .102 F7,22 = 4.299; p < .05	.82	e. Apariencia	.365*
	Ideación paranoide	.481; .204 F7,22 = 8.412; p < .01	.89	b. Relación con los demás	.481**
	Psicoticismo	.415; .143 F7,22 = 5.821; p < .05	.80	e. Apariencia	.415*

(Continuación de la tabla 3.13)

Depresión melancólica	.499; .222 F7,22 = 9.291; p < .01	.83	e. Apariencia	.499**
Índice de gravedad global	.496; .220 F7,22 = 9.159; p < .01	.76	b. Relación con los demás	.496**

Nota: a. Movilidad = Incrementar la movilidad diaria; b. Relación con los demás = Sentirme más cómodo cuando me relaciono con los demás; c. Ocupacional = Incrementar mi funcionamiento ocupacional; e. Apariencia = Mejorar la apariencia.

Los resultados de la Tabla 3.13 nos muestran lo siguiente:

- a) Señalar que ninguna de las motivaciones evaluadas presenta papel predictor sobre la pérdida de peso, ni a corto, ni a largo plazo. Es decir, que las motivaciones específicas evaluadas no predicen una mejor o peor pérdida de peso a lo largo del tiempo.
- b) Es de destacar el resultado que encontramos respecto a la autoestima y cómo la motivación por incrementar la movilidad diaria predice un 10% de la varianza de la autoestima (Beta = .37, p < .05) a los 6 meses de la operación y explica el 16% de la varianza de la autoestima (Beta = .43, p < .05) al año de la misma. Sin embargo no presenta papel predictor a largo plazo.
- c) Respecto a la calidad de vida, la motivación por incrementar el funcionamiento ocupacional en el preoperatorio (Beta = -.39, p < .05) explica el 12% de la menor vitalidad a los 6 meses de la cirugía. Y la motivación por mejorar la apariencia explica el 16% del rol emocional (menor) (Beta = -.43, p < .05) a largo plazo.
- d) La motivación de sentirse más cómodo cuando se relacionan con los demás es la que presenta un papel más relevante a corto y a largo plazo, en cuanto a la preocupación total por la imagen corporal, explicando el 21% de dicha preocupación tanto a corto plazo como a largo plazo (Beta = .48, p < .01). A los 6 meses explica el 20% de la insatisfacción corporal (Beta = .47, p < .01), el 14% del miedo a engordar (Beta = .41, p < .05), el 16% de la apariencia (Beta = .43, p < .05), y el 21% de la preocupación por el peso (Beta = .49, p < .01). Además la motivación de sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás (Beta = .66, p < .01) junto con la motivación de incrementar el funcionamiento ocupacional (Beta = -.36, p < .01) predicen el 35% del deseo de perder peso. Al año de la cirugía sólo encontramos que la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás explica el miedo a engordar (10% de la varianza). Y, a los 4 años de la operación vuelve a ser esta motivación la que explica el 17% de la insatisfacción corporal (Beta = .45, p < .05), el 34% del miedo a engordar (Beta = .60, p < .001), el 18% de la apariencia (Beta = .46, p

< .05), el 15 % del deseo de perder peso (Beta = .43, $p < .05$), y el 23% de la preocupación por el peso (Beta = .50, $p < .01$).

- e) Encontramos resultados más relevantes al relacionar las diferentes motivaciones con la sintomatología psicológica, a los 6 meses y a los 4 años de la cirugía. Llama la atención que es principalmente la variable de la motivación por sentirse más cómodo cuando se relacionan con los demás la que desempeña un papel predictor relevante. Destacar que dicha motivación explica el 22% del malestar subjetivo general tanto a corto plazo como a largo plazo (Beta = .50, $p < .01$), y señalar que la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás explica el 18% de los síntomas de somatización tanto a corto como a largo plazo (Beta = .46, $p < .05$). A los 6 meses de la intervención quirúrgica dicha motivación explica el 25% de los síntomas obsesivo-compulsivos (Beta = .52, $p < .01$), el 19% de sensibilidad interpersonal (Beta = .47, $p < .01$), el 18% de los síntomas depresivos y de ansiedad (Beta = .45, $p < .05$), el 11% de los síntomas de ansiedad fóbica (Beta = .37, $p < .05$), el 16% en sintomatología de ideación paranoide (Beta = .43, $p < .05$), el 13% en psicoticismo (Beta = .39, $p < .05$), y el 19% en los síntomas de depresión melancólica (Beta = .46, $p < .05$). Al año de la cirugía, la misma motivación explica los síntomas de sensibilidad interpersonal (16% de la varianza), los síntomas de hostilidad (13% de la varianza) y los síntomas del psicoticismo (12% de la varianza). Y, a largo plazo (a los 4 años de la intervención quirúrgica), la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás explica el 21% de los síntomas obsesivo-compulsivos (Beta = .49, $p < .01$), el 29% de sensibilidad interpersonal (Beta = .56, $p < .01$), el 18% de los síntomas depresivos (Beta = .47, $p < .01$), el 21% de los síntomas de ansiedad (Beta = .49, $p < .01$), el 12% de los síntomas de hostilidad (Beta = .39, $p < .05$), el 10% de los síntomas de ansiedad fóbica (Beta = .37, $p < .05$), el 20% en sintomatología de ideación paranoide (Beta = .48, $p < .01$), el 14% en psicoticismo (Beta = .42, $p < .05$), y el 22% en los síntomas de depresión melancólica (Beta = .50, $p < .01$).

3.4.4. Conclusiones generales

Una conclusión evidente respecto a los datos obtenidos de la EB y en relación a la motivación previa de los pacientes respecto a la intervención quirúrgica del by-pass gástrico, es que los pacientes se operan "por mejorar la salud", la puntuación media es de 3.93. Son pacientes que han realizado muchas dietas, y no alcanzan el peso deseado, ni la calidad de vida que conlleva mantener el peso adecuado a su edad y estatura. Y poco a poco sus visitas al médico y las revisiones médicas, las analíticas, van detectando enfermedades asociadas a la obesidad, sin dejar de lado los problemas físicos referentes a espalda, piernas (a nivel de rodilla y tobillos), de forma que en las revisiones, que en muchas ocasiones realizan con el traumatólogo, la prescripción es la de perder peso y hacer ejercicio para así poder llevar a cabo la intervención quirúrgica, de ahí que

para los pacientes también sea importante su movilidad y el poder realizar las actividades cotidianas "sin cansarme".

Sin duda alguna la motivación más relevante de los pacientes es "mejorar la salud", y a pesar de que esa motivación tiene menos valor en los pacientes a medida que transcurre el tiempo, sigue siendo la más valorada en cualquiera de los momentos tras la operación. También, aunque de forma no significativa, hay que señalar que se produce un aumento a largo plazo de las motivaciones que tienen mayor relación con el aspecto físico y las relaciones personales y sociales, que con la salud física.

Las diferentes motivaciones no presentan ningún papel predictivo en cuanto a la *pérdida de peso*. Sin embargo, el hecho de que, tener mayor movilidad y poder realizar las tareas de la vida diaria tenga relación con la *autoestima* puede ser debido a que se trata de una cuestión personal el moverse mejor y poder hacer más cosas. Con ello podemos concluir que el que los pacientes presenten una mayor movilidad diaria debido a la pérdida de peso que obtienen de forma más significativa a corto plazo predice sólo a corto y medio plazo después de la operación, una mejor autoestima, aunque también es cierto que los porcentajes de varianza no son elevados.

Respecto a la *calidad de vida* de los pacientes después de la cirugía, los datos indican que no son las motivaciones previas a la intervención quirúrgica las que predicen de forma relevante una mejor calidad de vida, pero sí podemos concluir que una menor motivación previa por incrementar el funcionamiento ocupacional predice una mayor vitalidad, y que no aceptar o reconocer que mejorar la apariencia con la operación de by-pass gástrico es importante para ellos predice a largo plazo el que los pacientes perciban que sus problemas emocionales afectan a su vida diaria.

Centrándonos en la *imagen corporal*, destacar en primer lugar que es la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás la variable que predice de forma significativa a corto y a largo plazo. Señalar que la mayor significación predictiva la encontramos en que una mayor motivación antes de la operación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás junto con una menor motivación por incrementar el funcionamiento ocupacional, influye sobre el deseo de perder peso (35%) a largo plazo. A pesar de que en el periodo de los 6 primeros meses después de la operación, los pacientes han tenido una gran pérdida de peso, no consideran que han alcanzado el peso deseado y mantienen la actitud de querer perder más peso. Y, en segundo lugar que, de nuevo es la variable de motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás la que predice la imagen corporal a largo plazo destacando el papel predictivo que desempeña sobre el miedo a engordar (34%). La explicación la podemos encontrar en que los pacientes con obesidad mórbida han realizado diferentes técnicas para poder perder peso, habiendo obtenido a largo plazo malos resultados, mientras que con la cirugía bariátrica han logrado un mejor resultado del que no se sienten

seguros del todo, de forma que por un lado disminuye el deseo de perder peso, pero tienen miedo de que suceda lo mismo que en tratamientos anteriores.

En cuanto a la *sintomatología psicológica*:

- a) Señalar que la motivación por querer mejorar la salud física no tiene ningún papel predictor, en ninguno de los tres momentos estudiados.
- b) Sin embargo la obesidad mórbida que presentan los pacientes antes de la operación sí que interfiere en las relaciones sociales e interpersonales, de ahí que el sentirse más cómodos cuando se relacionan con los demás y mejorar la apariencia, son motivaciones previas que sí que predicen síntomas psicológicos, siendo de forma relevante a lo largo del tiempo los síntomas que hacen referencia a sentirse inferior a los demás, sentirse más sensibles a las actitudes de los demás respecto a su obesidad y la sensibilidad que muestran ante los comentarios de los familiares en relación con la comida, lo que también puede facilitar los sentimientos de extrañeza en las situaciones de contexto social.
- c) Destacar que la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás predice síntomas de hostilidad a medio y a largo plazo. Ello puede ser debido a que al año de la cirugía, y respecto a lo que los pacientes puedan considerar como haber alcanzado su meta, algunos se muestran insatisfechos.
- d) Podemos concluir que la motivación por sentirse más cómodo cuando se relaciona con los demás y la de querer mejorar la apariencia presentan un papel predictor algo más significativo a largo plazo. El hecho de que la motivación por mejorar la apariencia sólo prediga a largo plazo puede significar que para los pacientes tener buena apariencia es algo más importante una vez alcanzada la meta de la pérdida de peso que durante el proceso de la misma.
- e) De lo anterior se concluye que en el proceso de pérdida de peso, sobre todo a corto plazo, los pacientes están centrados en el éxito de la cirugía, por la pérdida de peso, pero que a largo plazo, y una vez alcanzado el peso, más o menos esperado, hay otros factores que hacen que los pacientes sientan que la cirugía haya tenido éxito o no. Comentar que aquellos pacientes que presentan sentimientos de extrañeza en situaciones sociales a largo plazo (a los 4 años de la cirugía) puedan ser aquellos que tal y como ellos mismos refieren "siempre he sido gordito/a", y el aspecto físico que presentan después de la operación de by-pass gástrico les genera un sentimiento de extrañeza. Todo ello nos permite concluir que los pacientes con obesidad mórbida que se han sometido a cirugía bariátrica presentan dichos síntomas a la hora de relacionarse con los demás, bien sea en las relaciones familiares o interpersonales.

3.5. Análisis de los cambios en la estructura a lo largo del tiempo entre las variables de la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sintomatología psicológica

En este apartado se expone el análisis de los cambios que se producen en las pautas de covariación empírica entre algunas de las variables que fueron evaluadas en los cuatro momentos, con el fin de atender al séptimo objetivo de nuestro estudio. Especificar que en este apartado nos centraremos exclusivamente en un conjunto de variables, que desde la práctica psicológica con los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía bariátrica, nos resultan de especial interés, y que son: la conducta de alimentación, la percepción de la imagen corporal, y los síntomas psicológicos presentados por los pacientes a lo largo del tiempo. Señalar que en el Anexo B se presentan los análisis correlacionales llevados a cabo entre las diferentes variables evaluadas en los cuatro momentos del estudio. Se trata de dar respuesta a las hipótesis planteadas en el objetivo 7 de esta investigación (hipótesis 7a, 7b, y 7c).

3.5.1. Conducta alimentaria

En la Tabla 3.14 aparece la matriz de correlaciones entre las variables evaluadas por el TFEQ (restricción y desinhibición), la puntuación total de la imagen corporal (BSQ) y las variables relacionadas con los síntomas psicológicos estudiados con la SCL-90 (Véase capítulo 2).

Tabla 3.14. Matriz de correlaciones del cuestionario TFEQ con los cuestionarios BSQ (puntuación total) y SCL-90. (N = 30).

	RESTRICCIÓN				DESINHIBICIÓN			
	Antes	6 meses	1 año	4 años	Antes	6 meses	1 año	4 años
Puntuación Total del BSQ	.356	.610***	.642**	.260	.405*	.513**	.210	.463**
Somatización	.248	-.097	.193	.276	.541**	.172	.072	.430*
Obsesión-compulsión	.283	.065	.318	.365*	.543**	.343	.081	.375*
Sensibilidad interpersonal	.198	.265	.224	.254	.601***	.494**	.156	.377*
Depresión	.160	-.107	.259	.395*	.589**	.208	.101	.361*
Ansiedad	.304	-.054	.183	.253	.487**	.159	.018	.393*
Hostilidad	.061	.104	.008	.181	.452*	.154	-.079	.218
Ansiedad fóbica	.279	-.041	.092	.032	.546**	.031	-.048	.386*
Ideación paranoide	.348	.290	.341	.256	.610***	.505**	.183	.351
Psicoticismo	.187	.182	.171	.091	.583**	.329	.061	.236
Depresión melancólica	.279	.126	.366*	.433*	.434*	.475**	.111	.511**
IGG	.249	.052	.250	.294	.580**	.317	.081	.400*

La tabla 3.14 muestra los siguientes resultados:

- a) Las variables restricción y desinhibición muestran una pauta de covariación positiva con la percepción de la imagen corporal. La diferencia principal que se presenta a lo largo del tiempo se encuentra en que la correlación con restricción no existe en el preoperatorio ni a los 4 años, siendo sólo significativa a los 6 meses y al año, mientras que en el caso de la desinhibición, esa pauta significativa con la imagen corporal se encuentra, tanto antes de la operación como a corto (a los 6 meses de la operación) y a largo plazo (a los 4 años de la operación).
- b) Es importante la pauta diferencial que marcan los factores de conducta alimentaria en relación con los síntomas psicológicos. Por un lado, en el caso de la restricción, y en términos generales, a medida que transcurre el tiempo, los coeficientes van adquiriendo un valor más alto, de forma que a largo plazo (a los 4 años) la correlación con los síntomas obsesivo-compulsivos, de depresión y depresión melancólica alcanzan un nivel de significación estadística (coeficientes con un valor de $p < .05$), que en momentos temporales anteriores no poseían. Y por otro lado, en lo referente al factor de desinhibición la pauta general es que a lo largo del tiempo el valor de los coeficientes disminuye, a excepción de la depresión melancólica. En el preoperatorio los coeficientes con los síntomas psicológicos son fuertes y significativos (la mayor parte con niveles de significación de $p < .01$ y $p < .001$) y van disminuyendo su valor hasta el año, señalando que a los 6 meses hay valores significativos con los síntomas de sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y depresión melancólica. Posteriormente a los 4 años la estructura correlacional de la variable desinhibición vuelve a ser significativa con la mayor parte de los síntomas a excepción de hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo, aunque los coeficientes obtenidos poseen menor nivel de significación en términos estadísticos (la mayoría de los coeficientes poseen un valor de $p < .05$).

3.5.2. Imagen corporal

En la Tabla 3.15 se presenta la matriz de correlaciones entre la puntuación total del cuestionario BSQ (imagen corporal) y las variables correspondientes a los síntomas psicológicos evaluados por la SCL-90 (véase capítulo 2), en los cuatro momentos de la investigación.

Tabla 3.15. Matriz de correlaciones del cuestionario BSQ (puntuación total) y SCL-90. (N = 30).

	PUNTUACIÓN TOTAL (BSQ)			
	Antes	6 meses	1 año	4 años
Somatización	.668***	.242	.408*	.297
Obsesión- Compulsión	.707***	.399*	.481**	.354
Sensibilidad interpersonal	.723***	.546**	.506**	.466**
Depresión	.688***	.136	.439*	.312
Ansiedad	.726***	.221	.370*	.214
Hostilidad	.594**	.205	.198	.262
Ansiedad fóbica	.688***	.190	.313	.226
Ideación paranoide	.755***	.510**	.548**	.320
Psicoticismo	.706***	.331	.408*	.170
Depresión melancólica	.555**	.323	.389*	.368*
IGG	.732***	.337	.461*	.325

Los resultados de la tabla 3.15 muestran lo siguiente:

- a) En la estructura correlacional de las variables de la imagen corporal (puntuación total) y de los síntomas psicológicos de los pacientes, se observan diferencias considerando el momento temporal en que fueron evaluadas. La pauta general a lo largo del tiempo es una disminución en el valor de los coeficientes. Cabe destacar que antes de la intervención quirúrgica la preocupación por la imagen corporal que tienen los pacientes se encuentra fuertemente asociada con el malestar psicológico general que experimentan ($r = 0,73$, $p < .001$). Además los coeficientes con los distintos tipos de síntomas alcanzan en la mayor parte de las ocasiones valores de $p < .001$. A los 6 meses de la operación los coeficientes disminuyen drásticamente en su valor absoluto y potencia significativa, para volver a incrementarlo al año de la operación y volver a disminuir a los 4 años, mostrando a los 6 meses sólo una covariación positiva con los síntomas obsesivo-compulsivos, de sensibilidad interpersonal y de ideación paranoide; al año de la cirugía se incrementa el valor de los coeficientes, siendo todos ellos significativos, a excepción de los síntomas de hostilidad y ansiedad fóbica; y a los 4 años de la operación encontramos una covariación positiva en los síntomas de sensibilidad interpersonal y de depresión melancólica. La única pauta constante que se encuentra a través del tiempo, es la relación

significativa existente entre la imagen corporal negativa y los síntomas de sensibilidad interpersonal en los cuatro momentos de la evaluación, aunque la correlación sea más alta antes de la operación que en momentos posteriores a la misma.

3.5.3. Conclusiones generales

Respecto a las correlaciones que existen entre la *conducta alimentaria* con la imagen corporal de los pacientes y los síntomas psicológicos se puede concluir que:

- a) Señalar que la correlación, tanto de la restricción como de la desinhibición, es relevante y por ello se ha de tener en cuenta a la hora de realizar una intervención psicológica. Es importante destacar que a los 4 años el factor restricción no correlaciona con imagen corporal, pudiéndose concluir que una vez que los pacientes han aprendido a tener un dominio de la ingesta, los determinantes psicológicos que influyen en la percepción de su imagen corporal sean otros. En cuanto a la correlación que encontramos entre la conducta alimentaria de pérdida de control de los pacientes sobre la comida, es importante señalar como dicha desinhibición hace que los pacientes estén más pendientes de su imagen corporal a largo plazo.
- b) Centrándonos en la conducta alimentaria y su relación con la sintomatología psicológica, concluimos que la variable restricción tiene poca relación con los síntomas psicológicos. Y que la pérdida de control presenta una pauta oscilatoria con tendencia a una disminución del valor de los coeficientes del preoperatorio al post-operatorio a corto y medio plazo para volver a incrementar este valor a los 4 años. La explicación a que no haya relación a medio plazo la podemos encontrar en el hecho de que es al año de la operación cuando el médico cirujano les da el alta médica, y en un principio se interpreta que las cosas van bien, el paciente presenta una variación en su peso, consiguiendo en algunos casos llegar al normopeso y sentirse más satisfechos con lo conseguido mediante la cirugía. Y por ello, quizá una intervención psicológica pueda prevenir la no aparición de sintomatología psicológica que puede dificultar la buena evolución a largo plazo de los pacientes operados de cirugía de by-pass gástrico.
- c) Podemos concluir que la conducta alimentaria tiene una relación importante con la sintomatología psicológica de los pacientes obesos mórbidos, y que al someterse a cirugía bariátrica se da una evolución en dicha relación, que en algunas variables, llega a desaparecer, o disminuye de forma significativa, es decir no hay relación ó muy poca relación entre la conducta alimentaria y los síntomas psicológicos. Quizá sea debido a que los pacientes han cambiado su forma de hacer frente a una situación tan cotidiana y social como "comer", sobre todo al

desinhibirse ante la comida, el no tener alimentos prohibidos, sino el poder "disfrutar" de la comida, tal y como lo expresan ellos y no "estar pendiente de lo que engorda o no".

En cuanto a la imagen corporal y su correlación con la sintomatología de los pacientes se concluye que:

- a) Destaca que es antes de la operación, el momento en el que hay una correlación muy elevada entre la percepción de la imagen corporal de los pacientes que padecen obesidad mórbida y la sintomatología psicológica de los mismos, con lo que podemos afirmar la relevancia que tiene la imagen física, que ellos mismos representan, en su bienestar o malestar psicológico, siendo un aspecto en principio previsible. El hecho de que a los 6 meses no haya una relación significativa a nivel general puede ser debido a que en poco tiempo su calidad de vida está mejorando y la atención de los pacientes no está tan centrada en su imagen corporal, sin embargo al año de la operación, cuando la salud y la pérdida de peso han mejorado, vuelve a cobrar relevancia la imagen física y reaparece la relación con los síntomas psicológicos.
- b) Los pacientes encuentran que con la operación han conseguido perder peso sin que haya habido regañancia, y con ello desaparece el miedo al fracaso en la pérdida de peso. Sin embargo, respecto a su imagen en relación a sí mismos en cuanto a qué sienten y sobre todo qué actitud tienen, es lo que ocasiona un malestar psicológico, donde reaparece una alta relación entre la percepción de la imagen física y los síntomas psicológicos respecto a pensamientos y conducta obsesivas, como pesarse más a menudo, mirar partes de cuerpo que no les gustan y querer taparlas, tal y como hacían antes de la operación. También respecto a los sentimientos de timidez y vergüenza, causada por los pliegues de la piel, de mostrarse más sensibles ante los comentarios de los demás, y a su vez mostrarse más suspicaces y estar más centrados en su imagen que en lo que en realidad han conseguido, que es estar más delgados.

3.6. Análisis de la muestra respecto a las diferencias entre los pacientes operados según IMC previsto para GBP (By- pass Gástrico)

En el presente apartado, nos vamos a centrar en el índice de masa corporal previsto después de la cirugía, y con ello atender a nuestro octavo objetivo de la investigación. Hasta ahora, en los diferentes estudios se hablaba de éxito de la cirugía en base al IMC al que conseguían llegar los pacientes que se habían sometido a cirugía de by-pass gástrico, teniendo en cuenta la reducción del IMC a lo largo del perioperatorio durante un año. Greenstein (2007) informó de que

el presidente del Instituto Nacional de Salud recomienda establecer el valor del IMC de 25 como punto de corte para definir el sobrepeso y también como el punto final para los pacientes obesos después de la cirugía bariátrica. Desde el punto de vista de la psicología, poder acceder a qué es lo que los cirujanos esperan respecto al peso que deben alcanzar sus pacientes o bien por qué el médico cirujano establece un peso ideal, y con ello poder hablar de qué significa que un paciente tenga éxito o no, no puede estar sólo basado en poder desarrollar un criterio único, como el IMC de 25. Para poder determinar el éxito o no éxito de la cirugía de by-pass gástrico en pacientes que presentan obesidad mórbida, Baltasar et al. (2011) han desarrollado una fórmula matemática. Los resultados nos permitirán comprobar las hipótesis 8a, 8b y 8c, que se corresponden con el objetivo 8 planteado en la investigación.

3.6.1. Introducción al IMC previsto después de la cirugía bariátrica

a) Contextualización

El IMC y el EBMIL % (*porcentaje of excess body mass index loss, o PPEIMC, porcentaje perdido del exceso de IMC*) son los métodos más precisos para comparar los resultados de los pacientes después de la cirugía bariátrica. El PPEIMC se basa en el IMC de 25 como un criterio de valoración constante para todos los pacientes, es decir, como objetivo final, pero alcanzar el IMC 25 es posible para aquellos pacientes obesos mórbidos con IMC < 50 (obesidad tipo III), mientras que no es tan factible para pacientes con IMC > 50 (obesidad tipo IV ó extrema). El IMC esperable (IMCE) sería aquel que deberían alcanzar todos los individuos de acuerdo con su IMC inicial (Baltasar, Deitel y Greenstein, 2008). Por otro lado Deitel y Greenstein (2003) recomienda el uso del porcentaje de pérdida de peso excesiva, como un método más objetivo de presentar los resultados de pérdida de peso en los estudios clínicos de la cirugía bariátrica.

b) Fórmula

Baltasar et al. (2011) han desarrollado una fórmula matemática considerando el IBMI y el FBMI con un grupo de pacientes con obesidad mórbida operados con distintas técnicas, para los que se obtuvo una fórmula específica para cada tipo de intervención. En el caso que nos ocupa nos centraremos en los resultados obtenidos para la fórmula a emplear con los pacientes que se someten a cirugía de by-pass gástrico. Estos autores proponen el nombre de Predicción del IMC para el valor de IMC obtenido en la fórmula y la aplicación del EBMIL en lugar del valor constante del IMC 25. Obtuvieron dos tipos de fórmulas, una para la predicción del IMC para todos los pacientes, independientemente de la técnica empleada, y una segunda fórmula para la predicción del IMC ajustado a cada técnica específica.

Por lo tanto, EBMIL% para un individuo dado debe ser:

$$\% \text{ EBMIL} = \frac{\text{Inicial_BMI} - \text{Final_BMI}}{\text{Inicial_BMI} - \text{PBMI}} \times 100$$

Por otra parte, la fórmula específica ajustada a cada procedimiento bariátrico es $\text{PBMI} = \text{IBMI} \times 0.43 + 13.25 + \text{técnica de ajuste}$.

a) Conclusiones

Siguiendo a los mismos autores, llegaron a la conclusión de que el uso de la Predicción del IMC "hará la comparación de resultados más racional". El EBMIL% se basa en la aceptación de IMC 25 como el límite superior de IMC normal y también la meta para todos los pacientes bariátricos. Con ello, plantean que si los resultados del EBMIL % están por encima de ese valor, se indica que su resultado es mejor de lo previsto, mientras que, por otro lado, si un paciente tiene EBMIL % por debajo de 100, los resultados son peores de lo previsto.

3.6.2. Descripción por grupos de los pacientes que no obtienen éxito y los que sí obtienen el éxito

Para poder establecer una descripción de aquellos pacientes que obtienen éxito después de la cirugía y los que no, se ha empleado la fórmula que ha desarrollado Baltasar et al. (2011).

$$\text{IMC_GBP} = (\text{IMCI} * 0.43) + 10.23$$

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal; GBP = By-pass gástrico; IMCI = Índice de Masa Corporal Inicial

Hay que tener en cuenta que la fórmula contempla en su aplicación en los seguimientos hasta 3 años después de la operación. Este es el criterio que hemos empleado, a pesar de que en el caso de esta investigación el seguimiento alcanza hasta los 4 años.

En la tabla 3.16 se presenta el porcentaje de éxito y no éxito en la pérdida de peso de los pacientes de nuestra investigación en base al IMC esperado.

Tabla 3.16. Porcentaje de éxito y no éxito en la pérdida de peso de los pacientes de la investigación a los 4 años (N = 30).

CENTRO	ÉXITO			
	NO		SI	
	N	%	N	%
1+2	13	43.3	17	56.7
1	6	42.9	8	57.1
2	7	43.8	9	56.3

Nota: 1 = Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2 = Hospital Clínica Quirón de Valencia

De los resultados de la tabla 3.16 se obtiene que:

Teniendo en cuenta la suma de los dos grupos (N = 30), no alcanzan el IMC esperado el 43,3% y sí obtienen éxito, porque alcanzan el IMC esperado el 56,7%. Del grupo de pacientes operados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (N = 14), no obtienen el IMC esperado, es decir no tienen éxito (N = 6), el 42,9%, frente al 57,1% que sí lo consiguen (N = 8). Y del grupo de pacientes operados en el Hospital Clínica Quirón de Valencia (N = 16), no obtienen el éxito (N = 7) el 43,8% frente al 56,3 que sí alcanzan el IMC esperado (N = 9).

En conclusión, el grupo de pacientes que no lo ha conseguido ha sido algo menos del 50% (43.3%), aunque aún así se pueda hablar de buenos resultados.

En la tabla 3.17 se muestran los resultados para el grupo de pacientes que no ha tenido éxito y de los que si han tenido éxito, detallando el numero y porcentaje de hombres y mujeres en cada grupo. Y en la tabla 3.18 se presentan los datos estadísticos, por grupo de pacientes que no han tenido éxito vs éxito en la pérdida de peso, en relación a la edad de los mismos.

Tabla 3.17. Genero y grupo de éxito vs no éxito de los pacientes de la investigación a los 4 años (N = 30).

GRUPO	SEXO			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
A	5	38.5	8	61.5
B	3	17.6	14	82.4

Nota: Grupo A = No han tenido éxito; Grupo B = Sí han tenido éxito
Chi2 para sexo = 1.63

Tabla 3.18. Medias y desviaciones típicas del grupo de éxito vs no éxito respecto a la edad.

GRUPO	EDAD	
	Media	Desviación Típica
A	48.08	9.67
B	36.76	10.07

Nota: Grupo A = No han tenido éxito; Grupo B = Si han tenido éxito
U Edad = 44.5**

Los resultados de la tabla 3.17 y 3.18 nos muestran que:

- a) Centrándonos en el género de los pacientes, del total de hombres (N = 8) que han participado en el estudio, el 62,5% (N = 5) no han tenido éxito, frente al 37,5% (N = 3) que sí ha tenido éxito, es decir, que han alcanzado el IMC esperado. Y que del total de mujeres de la muestra de nuestra investigación (N = 22), el 36,4% (N = 8) no han obtenido éxito, frente al 63,6% (N = 14) que sí obtienen éxito con la cirugía, puesto que alcanzan el IMC esperado.
- b) Prestando atención a la edad de los pacientes que han colaborado en el estudio, la media de edad de los pacientes que no obtienen éxito es de 48,08, situándose la desviación típica en un valor de 9.67. Y la media de edad de aquellos pacientes que sí obtienen éxito es de 36,76, donde el valor de la desviación típica se sitúa en 10.07. La diferencia de edad entre los dos grupos es significativa (U = 44,5, p < .01).

La conclusión que se extrae de lo comentado en los párrafos anteriores es que obtienen más éxito las mujeres que los hombres con la intervención quirúrgica y que son los pacientes más jóvenes los que han obtenido mejores resultados a largo plazo.

3.6.3. Evolución en la pérdida de peso de los pacientes que no obtienen el IMC esperado vs pacientes que sí obtienen el IMC esperado

3.6.3.1. Evolución por grupos (centro hospitalario) del IMC esperado

A continuación se presenta en la tabla 3.19 la evolución temporal en la pérdida de peso de aquellos pacientes que han sido operados en los dos centros que han participado del estudio, el Hospital Clínico Universitario de Valencia y el Hospital Clínica Quirón de Valencia (N = 30), para ello se ha empleado la fórmula expuesta en párrafos anteriores.

Tabla 3.19. El IMC alcanzado en los cuatro momentos del estudio y el IMC esperado (N = 30).

CENTRO	Media IMC Preoperatorio	Media IMC 6 meses	Media IMC 1 año	Media IMC 3 años	Media IMC GBP	DIF	%
1+2	45.20	33.63	29.61	29.76	29,67	0.09	0.31
1	47.43	35.70	31.58	31,21	30.62	0.59	1.93
2	43.25	31.83	27.89	28.48	28.83	-0.35	-1.21

Nota: 1 = Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2 = Hospital Clínica Quirón de Valencia; IMC_GBP = IMC previsto después de 3 años para By-pass Gástrico; DIF = Diferencia entre IMC después de 3 años e IMC previsto para By-pass Gástrico; % = Porcentaje de la diferencia entre IMC después de 3 años y el previsto, teniendo como 100% el IMC previsto para By-pass Gástrico

Los resultados de la tabla 3.19 muestran que:

- a) La media del IMC que presentaban los pacientes antes de la operación es de 45,20, obteniendo una mejoría significativa a los 6 meses, y una disminución al año de la misma, manteniendo el IMC a lo largo del tiempo. El IMC alcanzado trascurridos 4 años es mayor al IMC esperado en dicho momento, obteniendo con ello una diferencia del 0,31%.
- b) Sin embargo encontramos resultados diferentes cuando observamos la evolución de cada grupo de pacientes de los dos centros por separado. En primer lugar señalar que la media del IMC previo a la operación es algo mayor en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, siendo de 47,43, que en el Hospital Clínica Quirón de Valencia, que es de 43,25.
 - a. La evolución en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (N = 14) es muy positiva a los 6 meses, siendo el momento temporal donde se da una mayor pérdida de peso, mejorando la pérdida de

- peso al año y manteniéndose estable a los 4 años. No obstante, encontramos un 1,93% por encima de la media en el IMC esperado con respecto a la media obtenida a los 4 años.
- b. En cuanto a la evolución de las medias obtenidas a lo largo del tiempo del IMC del Hospital Clínica Quirón de Valencia (N = 16), se observa que se da una mayor pérdida de peso a los 6 meses de la intervención quirúrgica, mejorando la pérdida de peso al año, siendo el valor de IMC más bajo que obtienen, y manteniéndose a largo plazo. Al final, el IMC obtenido a los 4 años se encuentra por debajo del IMC esperado, es decir, que el resultado es mejor del esperado, con un 1,21%.

En suma, aunque el resultado es superior en el Hospital Clínica Quirón, también parten de un IMC previo un poco menor. El resultado a destacar considerando los dos grupos juntos es que consiguen llegar a sobrepeso, algo importante puesto que presentaban obesidad mórbida. Sin embargo el grupo del Hospital Clínico Universitario de Valencia disminuye el grado de obesidad y el grupo del Hospital Clínica Quirón de Valencia, consigue alcanzar el grado de sobrepeso.

3.6.3.2. Evolución del IMC de los pacientes que no obtienen el IMC esperado (no éxito) vs pacientes que sí obtienen el IMC esperado (éxito)

Para poder explicar la evolución de los pacientes que no obtienen éxito y de los que sí obtienen éxito tras la cirugía bariátrica, se van a presentar por separado en dos tablas (3.20 y 3.21) la evolución del IMC que presentan los pacientes antes de la operación, a los 6 meses, al año, a los 4 años, y el IMC esperado a los 3 años, para lo que se ha empleado la fórmula desarrollada por Baltasar et al. (2011).

Los resultados de la tabla 3.20 indican que:

- a) Antes de la operación el mayor IMC que encontramos es de 54,97 (obesidad extrema), y el IMC menor es de 38,15 (obesidad). A los 6 meses de la operación el IMC mayor es de 41,67 (obesidad mórbida) el IMC menor es de 27,43 (sobrepeso). Al año de la intervención quirúrgica el IMC mayor que encontramos es de 38,51 (obesidad) y el IMC menor que se presenta es de 26,20 (sobrepeso). Y por último a los 4 años de la cirugía el mayor IMC es de 39,88 (obesidad) y el IMC menor que se observa es de 30,05 (obesidad, aunque aproximándose al sobrepeso)
- b) De los 13 pacientes que no alcanzan el IMC esperado, dos presentaban obesidad antes de la operación, que podrían haber alcanzado un IMC esperado de sobrepeso y no lo consiguen, y 11 presentaban obesidad mórbida antes de la cirugía, de los que cinco de ellos podrían haber alcanzado el grado de sobrepeso y no lo consiguen. Es decir, 7 de ellos podrían haber alcanzado el sobrepeso y no lo hacen. El hecho de poder

llegar al sobrepeso puede garantizar una calidad de vida mayor que con obesidad mórbida y con obesidad extrema.

- c) Respecto al IMC esperado, el paciente que obtiene peor evolución en la pérdida de peso partía de un IMC previo de 49,26 (obesidad mórbida), consiguiendo al año de la operación un IMC de 31,43, siendo casi el IMC esperado (31,41), que hubiera sido conveniente mantener a lo largo del tiempo, no consiguiéndolo, sino obteniendo una reganancia a largo plazo, llegando a un IMC de 39,88. El paciente que obtiene una mejor evolución en la pérdida de peso presentaba un IMC previo de 51,67 (obesidad extrema), consiguiendo a largo plazo un IMC de 32,85, muy próximo al IMC esperado (32,45), alcanzando igualmente el grado de obesidad.

Tabla 3.20. Pacientes que no alcanzan el peso esperado. N = 13.

CENTRO	IMC Preoperatorio	IMC 6 meses	IMC 1 año	IMC 3 años	IMC GBP	DIF	%
1	51,67	39,26	36,05	32,85	32,45	0,40	1,23
1	38,15	30,93	28,62	30,64	26,64	4,00	15,02
1	41,15	27,43	26,67	31,25	27,93	3,32	11,89
1	54,97	41,67	38,51	39,56	33,87	5,69	16,80
1	49,26	35,65	31,43	39,88	31,41	8,47	26,97
1	48,48	38,09	36,79	35,92	31,07	4,85	15,61
2	44,92	34,37	28,91	32,42	29,55	2,87	9,71
2	41,79	30,83	27,59	31,24	28,20	3,04	10,78
2	50,78	35,16	31,25	32,81	32,07	0,74	2,31
2	38,86	30,97	30,09	30,68	26,94	3,74	13,88
2	49,16	35,11	31,92	36,71	31,37	5,34	17,02
2	41,66	28,09	26,20	30,05	28,14	1,91	6,79
2	42,56	31,49	31,14	31,14	28,53	2,61	9,15

Nota: 1 = Hospital Clínico Universitario de Valencia, N = 6; 2 = Hospital Clínica Quirón de Valencia, N = 7
DIF = Diferencia entre IMC después de 3 años e IMC previsto para By-pass Gástrico; % = Porcentaje de la diferencia entre IMC después de 3 años y el previsto, teniendo como 100% el IMC previsto para By-pass Gástrico.

Los resultados de la tabla 3.21 indican que:

- a) Antes de la operación el mayor IMC que encontramos es de 59,86 (obesidad extrema), y el IMC menor es de 30,12 (obesidad). A los 6 meses de la operación el IMC mayor es de 45,45 (obesidad mórbida) el IMC menor es de 21,72 (normopeso). Al año de la intervención quirúrgica el IMC mayor que encontramos es de 43,28 (obesidad mórbida) y el IMC menor que se presenta es de 19,71 (normopeso). Y por ultimo a los 4 años de la cirugía el mayor IMC es de 35,06 (obesidad) y el IMC menor que se observa es de 20,72 (normopeso).

- b) De los 17 pacientes que obtienen éxito tras la cirugía en base al IMC esperado, destacar que en mayor o menor medida, todos obtienen un IMC a largo plazo que supera las expectativas del IMC esperado. Del total de pacientes que obtienen éxito en la pérdida de peso a largo plazo, 4 pacientes alcanzan el normopeso, 10 pacientes consiguen reducir su obesidad extrema y obesidad mórbida llegando al sobrepeso, y por último 3 pacientes que partían de un IMC previo de obesidad extrema, alcanzan un grado de obesidad.
- c) En cuanto al IMC esperado y la diferencia que encontramos respecto al IMC que obtienen los pacientes a largo plazo, se observa que de los 17 pacientes, 7 de ellos presentan una diferencia por encima de lo esperado entre un 10% y 18%; 6 pacientes presentan una diferencia por encima de lo esperado entre un 5% y 9,9%; y 4, de los 17 pacientes que obtienen éxito, presentan una diferencia por encima de lo esperado entre el 1% y 4,9%. La diferencia del paciente que obtiene mejor evolución es del 17,66%, y la diferencia del paciente que obtiene una evolución menos significativa es del 1,35%.

Tabla 3.21. Pacientes que alcanzan el IMC esperado. N = 17.

CENTRO	IMC Preoperatorio	IMC 6 meses	IMC 1 año	IMC 3 años	IMC GBP	DIF	%
1	43,87	34,58	27,51	27,51	29,10	-1,59	-5,46
1	52,08	38,58	34,34	30,48	32,62	-2,14	-6,56
1	59,86	39,41	33,95	31,60	35,97	-4,37	-12,15
1	58,86	45,45	43,28	35,06	35,54	-0,48	-1,35
1	30,12	26,45	24,98	22,77	23,18	-0,41	-1,77
1	34,60	26,64	23,18	24,22	25,11	-0,89	-3,54
1	50,87	38,46	28,04	26,44	32,11	-5,67	-17,66
1	50,03	37,18	28,73	28,73	31,74	-3,01	-9,48
2	40,06	32,89	24,46	26,99	27,45	-0,46	-1,68
2	46,85	30,78	28,04	26,33	30,38	-4,05	-13,33
2	44,04	35,76	25,97	27,48	29,17	-1,69	-5,79
2	44,14	33,59	33,98	26,95	29,21	-2,26	-7,74
2	42,24	31,22	25,71	25,34	28,39	-3,05	-10,74
2	30,74	21,72	19,71	20,72	23,45	-2,73	-11,64
2	50,12	33,41	30,07	26,73	31,78	-5,05	-15,89
2	41,29	33,03	26,42	24,11	27,98	-3,87	-13,83
2	42,86	30,84	24,84	26,04	28,66	-2,62	-9,14

Nota: 1 = Hospital Clínico Universitario de Valencia, N = 8; 2 = Hospital Clínica Quirón de Valencia, N = 9; DIF = Diferencia entre IMC después de 3 años e IMC previsto para By-pass Gástrico; % = Porcentaje de la diferencia entre IMC después de 3 años y el previsto, teniendo como 100% el IMC previsto para By-pass Gástrico

3.6.4. Análisis de medias y comparaciones entre grupos (no éxito vs éxito) en todas las variables estudiadas

A continuación vamos a pasar a comparar los resultados obtenidos entre aquellos pacientes que no obtienen éxito, es decir, no alcanzan el IMC esperado y aquellos pacientes que si obtienen éxito, es decir, que si alcanzan el IMC esperado. Para ello se ha utilizado la prueba estadística U Mann-Whitney.

3.6.4.1. Análisis del no éxito vs éxito de las variables estudiadas en el preoperatorio

Presentamos en la tabla 3.22 los resultados de las comparaciones entre grupos en las variables que han sido evaluadas solo en el preoperatorio: Entrevista Boston, la Actividad física, y los cuestionarios EPQ-R, COPE y MOS (la prueba de comparación utilizada ha sido la U de Mann –Whitney).

Tabla 3.22. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) en las variables utilizadas como predictoras en este estudio.

	No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
	M	DT	M	DT	U
Comprensión del pacientes de los procedimientos quirúrgicos	17,85	7,86	19,71	6,67	98.5
Conocimiento de las restricciones dietéticas postoperatorias	9,15	4,02	10,35	4,18	93.5
Motivación y Expectativas	22,31	5,19	18,35	7,29	91.5
Actividad física	16,53	6,43	16,54	5,26	109.5
Extraversión	8,23	3,24	8,47	3,34	103.0
Neuroticismo	5,77	3,49	6,76	4,24	95.0
Centrado en el problema	27,85	5,43	27,82	2,98	97.5
Cognitivo del problema	33,46	8,66	38,12	5,30	67.5
Escape cognitivo	19,62	6,21	22,82	5,83	71.5
Centrado en las emociones	28,15	7,88	32,88	7,53	72.5
Escape conductual	16,85	4,32	17,29	2,59	97.5

Continuación de la tabla 3.22

Apoyo emocional / informacional	36,15	10,71	39,29	10,77	84.0
Apoyo afectivo	20,54	4,48	20,94	4,72	94.0
Apoyo instrumental	15,62	4,15	17,47	3,66	73.0

Tal y como se puede observar en los resultados de la tabla 3.22, las diferencias entre el grupo de pacientes que no tienen éxito, es decir no alcanzan el IMC esperado, de los pacientes que sí tienen éxito, con respecto a las variables de la EB, la actividad física, las variables de personalidad, de afrontamiento y apoyo social, no son significativas.

3.6.4.2. Análisis del no éxito vs éxito en las variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación

A continuación se muestran los resultados obtenidos con la prueba estadística de U de Mann–Whitney respecto al IMC, la autoestima, la conducta alimentaria, la calidad de vida, la imagen corporal y la sintomatología psicológica. Como en el apartado anterior se trata de comparaciones entre grupos en cada uno de los de los cuatro momentos del estudio. La información de los resultados se presenta en las tablas comprendidas entre la 3.23 y 3.28

Tabla 3.23. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) en la variable IMC.

	No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
	M	DT	M	DT	U
IMC Antes	45,65	5,37	44,86	8,44	110.0
IMC 6 meses	33,77	4,29	33,53	5,61	108.0
IMC 1 año	31,17	3,88	28,42	5,49	61.0*
IMC 4 años	33,47	3,41	26,91	3,35	16.0***

La tabla 3.23 muestra resultados significativos en cuanto a que al año de la operación los pacientes que no han tenido éxito presentan un mayor IMC que los pacientes que sí han tenido éxito ($p < .05$), y se muestra de forma más significativa la diferencia del IMC de los pacientes a largo plazo ($p < .001$), siendo mucho menor el IMC de los pacientes que sí alcanzan el éxito, llegando al sobrepeso, que el de los que no lo alcanzan, que llegan al grado de obesidad.

Tabla 3.24. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) en la variable Autoestima.

	No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
	M	DT	M	DT	U
Autoestima Preoperatorio	29,00	6,42	29,88	4,96	109.0
Autoestima 6 meses	30,92	4,35	29,29	4,30	94.0
Autoestima 1 año	29,38	4,23	27,82	5,05	94.0
Autoestima 4 años	31,00	3,11	30,41	5,08	101.5

Los resultados de la tabla 3.24, no muestran diferencias significativas, es decir no hay diferencias respecto a la autoestima entre aquellos pacientes que no alcanzan el IMC esperado y los que sí.

Tabla 3.25. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) respecto a la conducta alimentaria.

		No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
		M	DT	M	DT	U
Antes	Restricción	24,31	6,90	26,12	5,11	93.5
	Desinhibición	21,31	6,58	19,06	9,36	93.5
6 meses	Restricción	23,31	6,84	23,94	5,99	101.5
	Desinhibición	15,00	7,26	10,29	4,21	66.0
1 año	Restricción	19,54	6,90	21,41	8,54	88.0
	Desinhibición	11,69	6,38	9,76	6,31	95.0
4 años	Restricción	21,08	7,39	20,71	5,61	107.5
	Desinhibición	15,23	6,58	10,94	5,29	68.0

La tabla 3.25 nos muestra resultados análogos respecto a que no se presentan diferencias significativas, con las variables de restricción y desinhibición, entre los dos grupos.

Tabla 3.26. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) en relación a la calidad de vida.

		No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
		M	DT	M	DT	U
Antes	Funcionamiento físico	61,03	15,66	71,76	15,28	72.0
	Rol físico	76,92	21,56	77,21	21,76	107.5
6 meses	Dolor corporal	59,44	30,97	63,64	24,69	98.5
	Salud general	66,77	22,17	58,82	18,86	87.0
	Vitalidad	62,18	15,26	62,99	15,72	110.0
	Funcionamiento social	78,46	27,03	65,29	27,87	78.5
	Rol emocional	89,74	19,88	80,39	23,74	84.0
	Salud mental	66,92	17,40	59,41	22,68	94.0
	Funcionamiento físico	76,92	18,08	90,78	11,03	45.0**
	Rol físico	86,54	18,72	94,12	14,06	86.5
1 año	Dolor corporal	65,04	25,13	79,14	16,31	74.0
	Salud general	71,08	19,05	74,59	12,00	107.0
	Vitalidad	51,92	18,13	68,14	12,75	48.5**
	Funcionamiento social	76,92	26,89	82,35	16,02	105.0
	Rol emocional	92,31	16,12	91,18	17,79	109.0
	Salud mental	71,03	18,48	71,76	13,08	101.0
	Funcionamiento físico	87,44	14,98	94,71	9,06	70.0
	Rol físico	84,62	22,33	95,59	12,45	84.5
4 años	Dolor corporal	76,22	26,90	79,14	18,68	109.5
	Salud general	75,08	15,51	69,18	13,84	82.0
	Vitalidad	62,18	15,26	62,99	15,72	110.0
	Funcionamiento social	81,54	27,94	78,24	21,28	92.0
	Rol emocional	91,03	18,78	86,27	21,44	97.0
	Salud mental	67,69	18,33	62,55	16,44	89.5
	Funcionamiento físico	86,41	12,28	92,55	14,22	63.0*
	Rol físico	80,77	20,17	88,24	20,48	88.0
4 años	Dolor corporal	74,13	27,74	72,19	23,50	101.5
	Salud general	70,15	21,14	75,53	11,82	102.0
	Vitalidad	61,54	14,94	61,27	21,39	104.0
	Funcionamiento social	90,00	10,80	74,12	22,93	69.0
	Rol emocional	84,62	22,01	85,29	21,96	108.0
	Salud mental	67,69	16,46	64,71	19,90	108.5

En cuanto a la calidad de vida encontramos diferencias significativas, los resultados de la tabla 3.26 muestran datos relevantes de dos variables, la primera es respecto al funcionamiento físico, a los 6 meses de la operación ($p < .01$), presentando mejor funcionamiento físico los pacientes que sí han alcanzado el IMC esperado, y lo mismo sucede a largo plazo (a los 4 años de la operación), aunque la diferencia es algo menor ($p < .05$). Y la segunda es la

variable vitalidad en la que se da una diferencia significativa a los 6 meses de la operación, mostrando mayor vitalidad el grupo de pacientes que ha obtenido éxito con la cirugía, es decir, aquellos que han alcanzado el IMC esperado ($p < .01$).

Tabla 3.27. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) respecto a la imagen corporal.

		No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
		M	DT	M	DT	U
Antes	Insatisfacción corporal	61,23	27,47	72,76	28,24	85.5
	Miedo a engordar	7,08	3,43	7,00	3,64	108.5
	Apariencia	20,08	8,48	22,65	9,65	95.0
	Deseo de perder peso	18,62	7,41	22,47	8,01	79.5
	Preocupación por el peso	45,77	18,30	52,12	19,54	88.0
6 meses	Insatisfacción corporal	53,54	28,77	48,59	19,06	104.0
	Miedo a engordar	6,00	3,58	5,65	2,18	108.5
	Apariencia	17,00	9,28	16,47	8,19	107.5
	Deseo de perder peso	16,85	8,18	17,06	6,70	110.0
	Preocupación por el peso	39,85	20,44	39,18	16,26	107.0
1 año	Insatisfacción corporal	35,54	16,74	41,29	17,51	79.5
	Miedo a engordar	4,46	2,96	4,53	2,24	95.0
	Apariencia	11,38	5,62	13,06	5,19	83.0
	Deseo de perder peso	11,77	5,75	15,00	6,33	77.0
	Preocupación por el peso	27,62	12,71	32,59	12,43	81.0
4 años	Insatisfacción corporal	40,85	16,09	44,53	23,76	106.0
	Miedo a engordar	5,62	3,20	5,12	3,30	99.0
	Apariencia	15,38	8,08	16,29	8,68	103.5
	Deseo de perder peso	15,54	8,00	17,24	7,69	91.0
	Preocupación por el peso	36,54	18,00	38,65	18,52	101.5

En la tabla 3.27 no existe ningún resultado a destacar, puesto que no se hallan diferencias significativas en cuanto a la imagen corporal, es decir, no existen diferencias entre el grupo de pacientes que no obtiene éxito y el grupo que sí en ningún momento temporal de nuestra investigación.

Tabla 3.28. Análisis de medias: diferencias entre el grupo de no éxito (N = 13) vs éxito (N = 17) respecto a la sintomatología psicológica.

		No han tenido éxito		Éxito		Diferencia
		M	DT	M	DT	U
Antes	Somatización	0,99	0,94	1,41	1,04	85.5
	Obsesión-Compulsión	1,15	0,95	1,41	1,31	109.0
	Sensibilidad interpersonal	0,85	0,85	1,55	1,22	74.0
	Depresión	0,99	0,90	1,68	1,29	80.0
	Ansiedad	0,85	1,00	1,41	1,27	85.5
	Hostilidad	0,64	0,90	1,07	1,01	80.5
	Ansiedad fóbica	0,47	0,72	0,97	0,98	78.0
	Ideación paranoide	0,83	0,92	1,25	1,15	92.5
	Psicoticismo	0,55	0,81	0,83	0,97	99.0
	Depresión melancólica	1,31	0,82	1,70	1,07	84.5
	Índice de gravedad global	0,88	0,84	1,35	1,07	86.0
6 meses	Somatización	1,12	0,90	0,95	0,80	99.0
	Obsesión-Compulsión	1,07	0,86	0,71	0,92	66.5
	Sensibilidad interpersonal	0,85	0,82	0,91	0,89	106.5
	Depresión	1,08	1,09	0,92	0,89	98.5
	Ansiedad	0,88	0,82	0,84	0,90	100.5
	Hostilidad	0,46	0,40	0,79	0,76	88.0
	Ansiedad fóbica	0,35	0,40	0,60	0,85	102.0
	Ideación paranoide	0,59	0,71	0,77	0,81	89.5
	Psicoticismo	0,45	0,53	0,54	0,82	97.5
	Depresión melancólica	1,14	1,11	0,91	0,62	108.0
	Índice de gravedad global	0,84	0,69	0,81	0,78	104.0
1 año	Somatización	0,85	0,72	1,09	0,81	90.0
	Obsesión-Compulsión	0,84	0,85	0,94	0,96	110.5
	Sensibilidad interpersonal	0,69	0,71	0,81	0,91	109.5
	Depresión	1,01	1,14	1,15	1,04	85.5
	Ansiedad	0,72	1,02	0,86	0,87	81.0
	Hostilidad	0,47	0,41	0,64	0,83	109.5
	Ansiedad fóbica	0,30	0,39	0,55	0,73	91.0
	Ideación paranoide	0,59	0,63	0,74	0,86	103.5
	Psicoticismo	0,38	0,46	0,46	0,74	102.0
	Depresión melancólica	1,04	0,92	0,97	0,70	107.5
	Índice de gravedad global	0,72	0,69	0,85	0,79	96.5

(Continuación de la tabla 3.28)

4 años	Somatización	0,97	0,77	1,10	0,96	101.5
	Obsesión-Compulsión	0,82	0,72	1,11	1,19	103.5
	Sensibilidad interpersonal	0,76	0,52	0,92	0,98	104.5
	Depresión	1,02	0,94	1,32	1,15	95.5
	Ansiedad	0,71	0,59	1,12	1,16	99.0
	Hostilidad	0,42	0,35	0,99	1,22	91.0
	Ansiedad fóbica	0,40	0,51	0,67	1,07	103.5
	Ideación paranoide	0,77	0,69	0,93	1,20	100.5
	Psicoticismo	0,36	0,42	0,67	1,09	110.5
	Depresión melancólica	1,25	0,84	1,31	1,04	107.0
	Índice de gravedad global	0,77	0,55	1,03	1,04	100.0

La tabla 3.28 nos muestra resultados similares respecto a que no existen diferencias significativas, en ningún momento temporal, entre los dos grupos en referencia a la sintomatología psicológica.

3.6.5. Análisis de medias y comparaciones intra-grupo en las variables evaluadas en los cuatro momentos del estudio

Para el estudio de los cambios se han realizado ANOVAS de medidas repetidas de un factor. A continuación se presentan en las tablas 3.29 y 3.30, la evolución del grupo de pacientes que no ha obtenido éxito y del grupo de pacientes que sí obtiene éxito tras haberse sometido a cirugía de by-pass gástrico, es decir, qué cambios se presentan en cada grupo tanto a nivel físico como psicológico, en cuanto a la conducta alimentaria, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal, y el funcionamiento psicológico general, variables que han sido medidas en los cuatro momentos del estudio: antes de la operación, a los 6 meses, al año, y a los 4 años de la misma.

3.6.5.1. Evolución de las variables estudiadas a lo largo de los cuatro momentos del estudio del grupo sin éxito

A continuación se presentan los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en los cuatro momentos del estudio, teniendo en cuenta el grupo que no ha obtenido éxito (N = 13).

Tabla 3.29. Resultados de los cambios del grupo sin éxito (N = 13).

	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
IMC	45,65	5,37	33,77	4,29	31,17	3,88	33,47	3,41	86.38***
Restricción	24,31	6,90	23,31	6,84	19,54	6,90	21,08	7,39	2.30
Desinhibición	21,31	6,58	15,00	7,26	11,69	6,38	15,23	6,58	7.58**
Autoestima	29,00	6,42	30,92	4,35	29,38	4,23	31,00	3,11	1.38
Funcionamiento físico	61,03	15,66	76,92	18,08	87,44	14,98	86,41	12,28	28.12***
Rol físico	76,92	21,56	86,54	18,72	84,62	22,33	80,77	20,17	1.55
Dolor corporal	59,44	30,97	65,04	25,13	76,22	26,90	74,13	27,74	2.16
Salud general	66,77	22,17	71,08	19,05	75,08	15,51	70,15	21,14	0.53
Vitalidad	62,18	15,26	51,92	18,13	62,18	15,26	61,54	14,94	1.88
Funcionamiento social	78,46	27,03	76,92	26,89	81,54	27,94	90,00	10,80	1.66
Rol emocional	89,74	19,88	92,31	16,12	91,03	18,78	84,62	22,01	1.38
Salud mental	66,92	17,40	71,03	18,48	67,69	18,33	67,69	16,46	0.69
Insatisfacción corporal	61,23	27,47	53,54	28,77	35,54	16,74	40,85	16,09	3.43
Miedo a engordar	7,08	3,43	6,00	3,58	4,46	2,96	5,62	3,20	2.01
Apariencia	20,08	8,48	17,00	9,28	11,38	5,62	15,38	8,08	4.28*
Deseo de perder peso	18,62	7,41	16,85	8,18	11,77	5,75	15,54	8,00	3.82*
Preocupación por el peso	45,77	18,30	39,85	20,44	27,62	12,71	36,54	18,00	3.85*
Somatización	0,99	0,94	1,12	0,90	0,85	0,72	0,97	0,77	0.95
Obsesión-Compulsión	1,15	0,95	1,07	0,86	0,84	0,85	0,82	0,72	1.51
Sensibilidad interpersonal	0,85	0,85	0,85	0,82	0,69	0,71	0,76	0,52	0.27
Depresión	0,99	0,90	1,08	1,09	1,01	1,14	1,02	0,94	0.11
Ansiedad	0,85	1,00	0,88	0,82	0,72	1,02	0,71	0,59	0.59
Hostilidad	0,64	0,90	0,46	0,40	0,47	0,41	0,42	0,35	0.47
Ansiedad fóbica	0,47	0,72	0,35	0,40	0,30	0,39	0,40	0,51	0.46
Ideación paranoide	0,83	0,92	0,59	0,71	0,59	0,63	0,77	0,69	0.46
Psicoticismo	0,55	0,81	0,45	0,53	0,38	0,46	0,36	0,42	0.57
Depresión melancólica	1,31	0,82	1,14	1,11	1,04	0,92	1,25	0,84	0.29
Índice de gravedad global	0,88	0,84	0,84	0,69	0,72	0,69	0,77	0,55	0.61

Los resultados de la tabla 3.29 muestran lo siguiente:

- a) En cuanto al IMC y atendiendo a la clasificación de la SEEDO, los pacientes presentan una media de IMC de 45,65, lo que significa un diagnóstico de obesidad tipo III (mórbida). A los 6 meses los pacientes

presentan una media de 33,77, lo que significa una gran mejoría puesto que se encuentran en una obesidad tipo I. Esta mejoría es mayor al año de la cirugía, puesto que los pacientes presentan una media de IMC de 31,17, manteniéndose en obesidad tipo I, y la disminución de las comorbilidades, pero cabe señalar que a los 4 años de la misma la media del IMC aumenta, siendo esta de 33,47, es decir los pacientes se estabilizan en un grado de obesidad tipo I a largo plazo.

- b) Respecto a la conducta alimentaria, una vez más es el factor desinhibición el que presenta variaciones, mostrando una diferencia significativa entre el preoperatorio y el postoperatorio, señalando que a los 6 meses y a los 4 años de la operación obtienen una media muy similar y que la mejor puntuación la obtienen al año de la cirugía. A pesar de ser el grupo de no éxito en base al IMC obtenido, es destacable que los pacientes evolucionan de forma positiva, es decir a lo largo del tiempo van logrando no perder el control ante la comida.
- c) Una vez más, la autoestima no sufre variaciones a lo largo del tiempo. El nivel es bueno en el preoperatorio y se mantiene sin cambios.
- d) Los resultados de la calidad de vida muestran que sólo se encuentran diferencias muy significativas en el funcionamiento físico de los pacientes, es decir, que los pacientes presentan una mejoría en aspectos de la vida diaria, no teniendo la misma dificultad que antes de la operación. En suma, el funcionamiento físico aumenta progresivamente hasta el año de la operación y luego se estabiliza hasta los 4 años.
- e) Centrándonos en la imagen corporal, encontramos resultados significativos en cuanto al sentimiento de baja autoestima a causa de la apariencia, el deseo de perder peso y la preocupación por el peso. Todos los pacientes mejoran de modo progresivo hasta el año de la operación, que es donde alcanzan en líneas generales una percepción más positiva de su imagen corporal. Sin embargo, a los 4 años, el nivel de satisfacción con la imagen corporal tiende a retornar a valores semejantes a los que se obtenían a los 6 meses. En resumen, se observa que hay una mejoría en cuanto a sentirse mejor con su apariencia y una menor preocupación por el peso. Sin embargo no encontramos diferencias significativas respecto a la insatisfacción corporal y el miedo a engordar, aunque cabe señalar que la pauta de evolución es similar en ambos factores, donde las puntuaciones disminuyen a corto y medio plazo, lo que significaría que se sienten más satisfechos con su imagen y confían en la pérdida de peso alcanzada hasta ese momento, observando que a largo plazo la puntuación media es mayor que al año de la cirugía.
- f) Si observamos los resultados en la escala de síntomas psicológicos no existen diferencias significativas, es decir el que los pacientes no hayan alcanzado el éxito en la pérdida de peso no repercute en su malestar psicológico. A excepción de las dimensiones de somatización, depresión

y ansiedad, que siguen una pauta en la que la puntuación media a los 6 meses es mayor que antes de la operación y a medio y largo plazo se estabiliza, en general se observa una disminución de los síntomas.

3.6.5.2. Evolución de las variables estudiadas a lo largo de los cuatro momentos del estudio del grupo con éxito

Presentamos los resultados de los cambios producidos a lo largo del tiempo, del grupo de pacientes que alcanza el IMC esperado (N = 17).

Tabla 3.30. Resultados de los cambios del grupo con éxito (N = 17).

	T0		T1		T2		T3		F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
IMC	44,86	8,44	33,53	5,61	28,42	5,49	26,91	3,35	55.95***
Restricción	26,12	5,11	23,94	5,99	21,41	8,54	20,71	5,61	3.70*
Desinhibición	19,06	9,36	10,29	4,21	9,76	6,31	10,94	5,29	6.33**
Autoestima	29,88	4,96	29,29	4,30	27,82	5,05	30,41	5,08	1.11
Funcionamiento físico	71,76	15,28	90,78	11,03	94,71	9,06	92,55	14,22	11.54***
Rol físico	77,21	21,76	94,12	14,06	95,59	12,45	88,24	20,48	6.50**
Dolor corporal	63,64	24,69	79,14	16,31	79,14	18,68	72,19	23,50	3.49*
Salud general	58,82	18,86	74,59	12,00	69,18	13,84	75,53	11,82	8.47**
Vitalidad	62,99	15,72	68,14	12,75	62,99	15,72	61,27	21,39	1.46
Funcionamiento social	65,29	27,87	82,35	16,02	78,24	21,28	74,12	22,93	2.89
Rol emocional	80,39	23,74	91,18	17,79	86,27	21,44	85,29	21,96	0.72
Salud mental	59,41	22,68	71,76	13,08	62,55	16,44	64,71	19,90	4.23*
Insatisfacción corporal	72,76	28,24	48,59	19,06	41,29	17,51	44,53	23,76	6.62**
Miedo a engordar	7,00	3,64	5,65	2,18	4,53	2,24	5,12	3,30	4.16*
Apariencia	22,65	9,65	16,47	8,19	13,06	5,19	16,29	8,68	4.58*
Deseo de perder peso	22,47	8,01	17,06	6,70	15,00	6,33	17,24	7,69	2.75
Preocupación por el peso	52,12	19,54	39,18	16,26	32,59	12,43	38,65	18,52	4.33*
Somatización	1,41	1,04	0,95	0,80	1,09	0,81	1,10	0,96	2.11
Obsesión – Compulsión	1,41	1,31	0,71	0,92	0,94	0,96	1,11	1,19	4.64*
Sensibilidad interpersonal	1,55	1,22	0,91	0,89	0,81	0,91	0,92	0,98	4.02*
Depresión	1,68	1,29	0,92	0,89	1,15	1,04	1,32	1,15	3.78*
Ansiedad	1,41	1,27	0,84	0,90	0,86	0,87	1,12	1,16	2.32
Hostilidad	1,07	1,01	0,79	0,76	0,64	0,83	0,99	1,22	1.06
Ansiedad fóbica	0,97	0,98	0,60	0,85	0,55	0,73	0,67	1,07	1.23
Ideación paranoide	1,25	1,15	0,77	0,81	0,74	0,86	0,93	1,20	2.29
Psicoticismo	0,83	0,97	0,54	0,82	0,46	0,74	0,67	1,09	1.35
Depresión melancólica	1,70	1,07	0,91	0,62	0,97	0,70	1,31	1,04	5.87**
Índice de gravedad global	1,35	1,07	0,81	0,78	0,85	0,79	1,03	1,04	3.40*

Los resultados de la tabla 3.30 nos muestran que:

- a) Respecto al IMC y teniendo en cuenta la clasificación de la SEEDO, los pacientes presentan antes de la operación de by-pass gástrico un diagnóstico de obesidad tipo III (mórbida), puesto que la media del IMC es de 44,86. Lógicamente, ya que son el grupo de éxito, muestran una progresión muy positiva a lo largo del tiempo puesto que la media del IMC va disminuyendo en cada momento del estudio, siendo de 33,53 a los 6 meses, presentando un diagnóstico de obesidad tipo I, y que al año es de 28,42, y a los 4 años es de 26,91, consiguiendo con ello un grado de sobrepeso y estando muy próximo al normopeso.
- b) Prestando atención a la conducta alimentaria, señalar que el factor restricción presenta una variación positiva a lo largo del tiempo, es decir, los pacientes presentan una mayor capacidad de dominio cognitivo según va transcurriendo el tiempo después de la intervención quirúrgica. La puntuación del preoperatorio es la más elevada en relación a las puntuaciones obtenidas a los 6 meses, al año y a los 4 años de la operación, disminuyendo dicha puntuación de forma progresiva. Una vez más encontramos diferencias más significativas en el factor desinhibición, donde se obtiene la puntuación más alta antes de la operación, mejorando a los 6 meses y al año, pero encontrando que a los 4 años, la puntuación se estabiliza con respecto a los resultados que se obtienen a los 6 meses.
- c) En cuanto a la autoestima, se observa que no hay cambios significativos, presentando a su vez un buen nivel de autoestima a lo largo del tiempo.
- d) Se obtienen resultados muy positivos en cuanto a la calidad de vida percibida de los pacientes.
 - a. Encontramos diferencias muy significativas en la dimensión de funcionamiento físico, en la que los pacientes perciben que a lo largo de los cuatro momentos del estudio, se sienten que son capaces de poder realizar las actividades de la vida cotidiana sin dificultad, encontrando que dicha mejoría se da a los 6 meses de la cirugía e incrementándose al año de la misma, destacando que mantienen la mejoría en el funcionamiento físico transcurridos 4 años desde la operación.
 - b. Refiriéndonos al trabajo diario que pueden realizar los pacientes después de la operación, señalar que encontramos una mejoría significativa a los 6 meses y al año de la operación, y aunque disminuye a los 4 años de la misma, continúa siendo un resultado positivo.
 - c. En cuanto al dolor corporal, se obtienen resultados positivos a lo largo del tiempo, es decir, los pacientes se sienten menos limitados por el dolor físico que ocasiona la obesidad, obteniendo

- la misma puntuación a los 6 meses y al año de la cirugía, aunque las limitaciones por el dolor corporal se incrementan a los 4 años.
- d. La salud general y la salud mental percibida por los pacientes mejora a lo largo del tiempo, siendo más significativa la evolución de la salud general, con lo cual los pacientes perciben que su salud futura será mejor que antes de la intervención quirúrgica, siendo la puntuación más elevada a los 4 años de la misma. De forma similar sucede con la salud mental, en la que se da también una evolución positiva, observando que la puntuación más alta es a los 6 meses de la operación, dándose un empeoramiento al año y a los 4 años, y manteniéndose de forma estable a medio y largo plazo.
 - e. Respecto al sentirse con más energía, el funcionamiento social y el rol emocional, no existen diferencia significativa, pero siguen una evolución en la que se da una mejoría a los 6 meses de la operación, encontrando una disminución a medio y largo plazo.
- e) Resultados positivos son los que encontramos en la imagen corporal:
- a. Encontramos diferencias significativas en cuanto a la insatisfacción corporal, ya que los pacientes presentan una mejoría que queda reflejada en las puntuaciones obtenidas a lo largo del tiempo, presentando una disminución a los 6 meses de la cirugía, en relación al preoperatorio, obteniendo la puntuación más baja al año de la operación, aumentado sensiblemente a los 4 años de la misma, pero siendo todavía mejor que a los 6 meses.
 - b. En los factores de miedo a engordar, la preocupación por la apariencia física y del deseo de perder peso, la puntuación más elevada la encontramos antes de la operación mejorando a los 6 meses y al año, encontrando, de nuevo, que a los 4 años es cuando la puntuación se estabiliza con respecto a los resultados obtenidos a los 6 meses de la misma.
 - c. A pesar de que no se encuentran diferencias en el deseo de perder peso, cabe señalar que hay una buena evolución, en la que al año de la cirugía es cuando menos sienten la necesidad de perder peso.
- f) En relación con los resultados obtenidos en la sintomatología psicológica encontramos una pauta de evolución significativa en los síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión y depresión melancólica. En estas variables, la tendencia general que se observa es aquella que muestra que los pacientes mejoran en sus síntomas a corto y medio plazo claramente desde el preoperatorio. Sin embargo, el nivel de síntomas vuelve a aumentar a los 4 años. Esta tendencia se ve muy bien reflejada en el Índice de Gravedad Global.

3.6.6. Conclusiones generales

La conclusión más relevante que se obtiene de los resultados obtenidos en relación al centro hospitalario donde los pacientes se han sometido a cirugía bariátrica, es que el lugar donde se operan los pacientes no va asociado a obtener mejor éxito en la pérdida de peso. Los resultados son muy similares. Si tenemos en cuenta los dos centros juntos, podemos concluir que cerca del 57% de los pacientes alcanza el éxito. Teniendo en cuenta el género se concluye que son las mujeres las que alcanzan un mayor porcentaje de éxito con la cirugía; y en cuanto a la edad, son los pacientes más jóvenes los que consiguen mejores resultados en la pérdida de peso a lo largo del tiempo.

Por un lado, la evolución del peso respecto al conjunto de la muestra, es que se obtiene una buena evolución en cuanto a la pérdida de peso, es decir, del preoperatorio se parte con una obesidad tipo III (obesidad mórbida), pasando por una obesidad tipo I (obesidad) a los 6 meses de la operación y manteniendo al año y a los 4 años un sobrepeso grado II (sobrepeso), pero no alcanzando el IMC esperado. Y por otro, atendiendo a cada grupo, por centro hospitalario donde se han operado los pacientes, encontramos que la evolución de los pacientes del Hospital Clínica Quirón de Valencia, es mejor que la del Hospital Clínico Universitario de Valencia, puesto que los pacientes operados en el Hospital Clínica Quirón de Valencia parten con un diagnóstico de obesidad tipo III (obesidad mórbida) llegando a alcanzar un sobrepeso grado II (sobrepeso) a largo plazo; y los pacientes operados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia presentan en el preoperatorio una diagnóstico de obesidad tipo III (obesidad mórbida) alcanzando a largo plazo el grado de obesidad tipo I (obesidad). No obstante, es cierto que, aunque dentro del mismo grado de obesidad, los pacientes del Hospital Clínico Universitario partían con un peso inicial ligeramente superior.

Prestando atención a la evolución de los pacientes que no obtiene éxito vs los que sí, se concluye que no es tan relevante el IMC previo a la operación, puesto que tal y como se ve en las tablas del apartado que nos ocupa, en el grupo que sí alcanza el éxito hay más pacientes que presentan una obesidad tipo IV (OE) (N = 6) que en el grupo que no alcanza el éxito (N = 3); incluso en el grupo de pacientes que no alcanza el éxito, el paciente que está más próximo al IMC esperado, presentaba en el preoperatorio un diagnóstico de obesidad tipo IV (OE).

En cuanto a las comparaciones entre grupos en las diferentes variables estudiadas, se observa que:

- a) Tanto el grupo de éxito como de no éxito son homogéneos en cuanto a aquellas variables que fueron evaluadas una sola vez (variables de la Entrevista Boston y características permanentes y semipermanentes de la personalidad). Así, no existen diferencias significativas entre el grupo que alcanzó el IMC esperado (éxito) y el que no lo alcanzó (no éxito). Por tanto, no existiría apoyo para la hipótesis 8b que aventuraba posibles diferencias entre el grupo de éxito y no éxito en percepción de apoyo social y en el mayor o menor uso de determinados tipos de estrategias de afrontamiento previas a la operación.
- b) Teniendo en cuenta las comparaciones entre los dos grupos considerando las variables evaluadas en los 4 momentos, hay que añadir que sólo se han obtenido resultados relevantes en cuanto al IMC (como cabía esperar dada la formación de estos dos grupos) y en la calidad de vida. Respecto al IMC, destacar que las diferencias entre ambos grupos no se producen a corto plazo (a los 6 meses), sino que los grupos comienzan a mostrar diferencias al año de la operación. En cuanto a la calidad de vida ambos grupos se diferencian básicamente en el mejor funcionamiento físico que alcanzan los pacientes con éxito.
- c) Lo que se puede afirmar claramente de las comparaciones entre grupos es que tanto los pacientes que alcanzan como los que no alcanzan el IMC esperado, son homogéneos en el preoperatorio en cuanto a todas las variables contempladas en esta investigación. En todo caso esta homogeneidad previa de los pacientes respalda indirectamente la relevancia de los resultados obtenidos en el apartado relativo a los análisis de regresión, que se realizaron sobre el total de pacientes.

Sin embargo si prestamos atención a cada grupo por separado obtenemos resultados que nos ofrecen una información más detallada en relación con las variables que han sido estudiadas en los 4 momentos de nuestra investigación, pero para no redundar en lo comentado en párrafos anteriores, podemos concluir que:

- a) Los cambios que se producen en el grupo que no alcanza el éxito son positivos, puesto que se da una pérdida de peso importante, pero mantienen a lo largo del tiempo una obesidad tipo I (obesidad), que es mejor que padecer obesidad mórbida; pero en el grupo que sí alcanza el éxito, la evolución es mucho más positiva puesto que se alcanza un sobrepeso grado I (sobrepeso) y ello conlleva más posibilidades de mantener una vida saludable.
- b) El grupo que alcanza el éxito presenta mayor autodominio de la ingesta en todo el proceso del perioperatorio, y la pérdida de control hacia la comida presenta puntuaciones medias más bajas en el grupo que alcanza el éxito que en el que no lo alcanza.

- c) Los cambios que se producen en la calidad de vida en el grupo que no alcanza el éxito sólo los hallamos en el funcionamiento físico, sin embargo el grupo que sí alcanza el éxito, presenta mejoras a lo largo del proceso del postoperatorio tanto en el área física como psicosocial.
- d) En cuanto a la imagen corporal, surgen resultados interesantes, puesto que para los dos grupos se produce una evolución positiva en cuanto a la apariencia y la preocupación por el peso; además para el grupo que no alcanza el éxito, en el deseo de perder peso; y para el grupo que sí alcanza el éxito, en la insatisfacción corporal y el miedo a engordar, teniendo en cuenta que los mejores resultados se obtienen al año más que a los 4 años de la cirugía. Importante es el resultado evolutivo del deseo de perder peso en el grupo que sí alcanza el éxito, del que concluimos que los pacientes que alcanzan el éxito perciben que no tienen la necesidad de perder más peso, es decir, valoran que han tenido éxito con respecto a la pérdida de peso.
- e) Para finalizar, respecto a la sintomatología psicológica, se concluye que no hay diferencia a lo largo del tiempo en el grupo que no alcanza el éxito. Pero muy diferentes son los resultados del grupo que sí alcanza el éxito en los que podemos concluir que se da una mejoría en los síntomas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y depresión.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este último capítulo se presentarán las conclusiones y su discusión, así como se señalarán las principales limitaciones y sugerencias del estudio realizado.

4.1. Resumen

El estudio de nuestra investigación parte del interés generado en los diferentes profesionales que abordan la problemática de la obesidad mórbida, respecto a la evolución a largo plazo de aquellos pacientes que se someten a cirugía de by-pass gástrico. El objetivo general de esta investigación ha estado dirigido principalmente hacia la evaluación y el análisis de los cambios, tanto a nivel físico como psíquico, que hayan podido suceder o no a largo plazo en estos pacientes, en dos hospitales de la ciudad de Valencia, España. El comienzo fue la revisión de la literatura científica respecto a la enfermedad de la obesidad mórbida, conociendo mejor dicha enfermedad con un acercamiento a su definición y clasificación, y la posible afectación psicológica de la misma, además de ahondar acerca de la cirugía bariátrica, tanto en sus aspectos médicos como psicológicos. Los análisis empleados han ido dirigidos al conocimiento de los cambios ocurridos a lo largo del tiempo teniendo en cuenta distintas áreas de interés que abarcan desde la propia pérdida de peso que lleva consigo la intervención quirúrgica, hasta aspectos comprometidos con el funcionamiento psicosocial de los pacientes. A continuación se ofrecen las conclusiones alcanzadas en referencia a los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo 1.

4.2. Confirmación de hipótesis

A continuación exponemos los objetivos, que se han expuesto en el capítulo 1, y en los que se pretende satisfacer una de las sugerencias planteada en una investigación anterior, la de poder realizar un seguimiento a largo plazo (4 años) de la evolución de los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía de by-pass gástrico, a nivel físico y mental, en distintas áreas como la pérdida de peso, las motivaciones y expectativas ante la cirugía, la autoestima, la calidad de vida, la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sintomatología psicológica.

La hipótesis general de la que hemos partido respecto a los pacientes con obesidad mórbida que se operan de by-pass gástrico, es que van a presentar una mejoría, a lo largo del tiempo, en aspectos tanto físicos como psicológicos. Atender a ello ha sido una tarea compleja debido a que, por un lado, hay pocos

acercamientos, dentro del marco de la psicología de la salud, hacia intervenciones multidisciplinares con pacientes que presentan obesidad mórbida, y por otro, que no existen demasiadas investigaciones a largo plazo. El estudio quizá ha podido resultar algo ambicioso, y a pesar de que no es una muestra amplia y ello ha condicionado el tipo y forma de realizar los análisis estadísticos, sin embargo creemos que hemos obtenido resultados que clarifican aspectos relevantes para los profesionales que tienen la oportunidad de atender a los pacientes obesos mórbidos que deciden operarse.

A continuación analizamos la puesta a prueba de las hipótesis que se han planteado al inicio de la investigación.

El primer objetivo de nuestra investigación estaba centrado en la evolución a largo plazo de la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, la percepción de la imagen corporal y el funcionamiento psicológico general de los pacientes, afirmando que se daría una mejora en todas las áreas sometidas a estudio. Seis son las hipótesis se incluían en este objetivo (desde la 1a a la 1f) que a continuación pasamos a comentar.

En relación con la **hipótesis 1a**, se confirma que la pérdida masiva de peso que se produce a largo plazo les lleva a alcanzar un grado de sobrepeso, y ello supone la desaparición total o parcial de las comorbilidades que estaban asociadas a la obesidad mórbida, lo que lleva a los pacientes a una mayor sensación de bienestar. Ésta pérdida de peso, debida a la cirugía, conlleva beneficios sobre la conducta alimentaria (**hipótesis 1b**), que se ven reflejados en la disminución significativa de la conducta de desinhibición tal y como se había postulado. De este modo, los pacientes son capaces de mantener la conducta de no comer en exceso a lo largo del tiempo, y de sentir que son ellos mismos los que ejercen un control sobre la alimentación.

Por lo que se refiere a la **hipótesis 1c**, que afirmaba que el nivel de autoestima de los pacientes mejoraría a lo largo del tiempo, no se ve confirmada. Los pacientes operados de by-pass gástrico no incrementan su autoestima, ni a corto, ni a medio, ni a largo plazo. Cabe señalar que desde el preoperatorio hay un nivel bueno de autoestima, y que éste se mantiene a lo largo del tiempo sin variaciones. Estos resultados están en consonancia con el estudio de Fernández (2008), y en parte con el estudio de Burgmer et al. (2007) en el que a los dos años de la cirugía no encontraron cambios en la autoestima, pero está en contraposición con el estudio de Guisado et al. (2002), en el que obtuvieron resultados positivos respecto a una mejora de ésta.

De acuerdo con el estudio de Freys et al. (2001), que sugería que para los pacientes la operación tiene un resultado satisfactorio porque mejoran su calidad de vida transcurridos dos años desde la cirugía, debido especialmente a la mejora significativa en el funcionamiento físico, podemos afirmar que se confirma la **hipótesis 1d**. Así, los cambios más significativos se producen en aquellas dimensiones que se relacionan con la salud física de los pacientes, y

que dichos cambios son mejores a corto y medio plazo, manteniéndose transcurridos los 4 años desde la cirugía.

El planteamiento de la **hipótesis 1e**, partía del supuesto en el que los pacientes obesos mórbidos presentan una imagen corporal negativa y que tras la cirugía bariátrica evolucionarían hacia la mejora en su percepción de la imagen corporal, pudiendo afirmar que dicha hipótesis se ve plenamente confirmada. Los pacientes mejoran significativamente su percepción a corto plazo y más a medio plazo y aunque la mejora significativa se sigue apreciando a la larga, si consideramos la que los pacientes tenían de su cuerpo antes de la operación, se aprecia que transcurridos 4 años desde la cirugía, reaparece cierta insatisfacción corporal, el sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia, la preocupación por el peso, y en suma la insatisfacción con la nueva imagen. La reaparición de cierta insatisfacción con la imagen corporal al cabo del tiempo, coincide con los resultados obtenidos en otras investigaciones, como las de Magdaleno et al. (2008) que hablan del descontento de las mujeres con sus cuerpos debido a la flaccidez que presentan con la pérdida de peso y el sentimiento de vergüenza, o la de De Panfilis et al. (2007) que señala que algunos aspectos mejoran claramente y otros no. Estos resultados respecto a la insatisfacción corporal que presentan los pacientes a largo plazo y en relación a la autoestima, que no sufre variaciones a lo largo del tiempo, que pueden resultar contradictorios, quizá puedan deberse a otro factor como el perfeccionismo, algo que ya apuntaron Rosenberg et al. (2006), que queda más reflejado en la imagen física de los pacientes que en las propias capacidades o cualidades de los mismos.

La **hipótesis 1f**, sugería que la pérdida de peso se asociaría con una disminución progresiva en los síntomas psicológicos generales de los pacientes y que esos cambios serían más notables a corto-medio plazo que a largo plazo. En términos generales esta hipótesis se confirma, aunque las diferencias significativas son débiles. Aunque el malestar subjetivo general disminuye sobre todo a corto y medio plazo, como preveía la hipótesis, cuando se acude a las diferencias significativas encontradas en cada una de las dimensiones psicopatológicas, éstas son escasas y pequeñas (disminución en síntomas obsesivo-compulsivos, de sensibilidad interpersonal y de depresión melancólica), no confirmándose las diferencias esperables en las dimensiones de ansiedad y depresión. Y si consideramos el nivel de síntomas de los pacientes en el preoperatorio y tomáramos como punto de comparación su nivel de síntomas a los 4 años, la hipótesis no se confirmaría. Teniendo en cuenta que los pacientes, antes de la operación, presentaban una psicopatología similar a la población normal, estos resultados coinciden con otros estudios que también afirman que la mejoría en los síntomas psicológicos no es significativa (Fernández, 2008; Mamplekou et al., 2005), por lo que podemos confirmar que a largo plazo no se da una mejoría en los síntomas psicológicos de los pacientes que han sido operados de by-pass gástrico. Quizá, podamos encontrar respuesta más adelante respecto a qué sucede con la sintomatología psicológica de los pacientes a lo largo del tiempo, al tener en cuenta qué factores pueden predecir dicho resultado.

A continuación se exponen los resultados que se han obtenido en cuanto a los objetivos 2, 3, 4 y 5, que constituyen la parte central de esta investigación, y que prestan atención al valor predictivo que pueden desempeñar diferentes variables evaluadas en el preoperatorio sobre la pérdida de peso, la autoestima, la calidad de vida, imagen corporal, y funcionamiento psicológico general que presentan los pacientes a corto, medio y largo plazo.

La capacidad predictiva que puedan presentar las motivaciones y expectativas previas de los pacientes hacia la operación de by-pass gástrico en relación con las diferentes variables criterio (**hipótesis 2a**), no se confirma, en el sentido de que la motivación realista o no, no influye en la pérdida de peso, ni en el bienestar físico. Sin embargo podemos afirmar que se confirma que la motivación no realista presenta un papel predictor relevante en cuanto a los síntomas psicológicos a corto y a largo plazo, en el que una motivación elevada hacia la cirugía predice un mayor nivel de psicopatología general, con lo cual sería conveniente trabajar con los pacientes una motivación más realista hacia la intervención quirúrgica para evitar dichos síntomas y una mayor concordancia con los motivos del paciente y la realidad de lo que conlleva una pérdida masiva de peso a largo plazo. Estos resultados están en consonancia con el estudio de Lanyon et al. (2009) en cuanto a la importancia de la enseñanza de competencias durante el primer año.

Nuestro tercer objetivo se presentaba en la misma línea que el segundo, respecto al papel predictor, en este caso de las variables referentes a la conducta alimentaria previa de los pacientes y a la actividad física que presentan antes de la cirugía. Partiendo del planteamiento de que valores altos en las dos dimensiones de la conducta alimentaria (restricción y desinhibición) predigan consecuencias negativas en la pérdida de peso, en la imagen corporal, la calidad de vida de los pacientes y el funcionamiento psicológico (**hipótesis 3a**), no se confirma lo sugerido respecto al factor desinhibición, puesto que predice a corto plazo una mayor (y no menor) pérdida de peso, además de señalar que ni la restricción, ni la desinhibición presentan a largo plazo un papel relevante en esa disminución del peso. En cuanto a la imagen corporal sí que se confirma la influencia negativa que los problemas de conducta alimentaria tienen sobre ésta, además es el factor desinhibición quien predice una peor calidad de vida a largo plazo. De similar forma sucede con el bienestar psicológico, destacando que es de nuevo el factor desinhibición quien predice mayor número de síntomas, sobre todo a largo plazo. Este resultado coincide con lo expuesto por Fernández (2008), que concluía que la mayor desinhibición iba aparejada con un mayor nivel de síntomas psicológicos a corto y a medio plazo.

Y en lo referente a la influencia de la actividad física (**hipótesis 3b**) encontramos que a corto plazo una menor actividad física predice mayor pérdida de peso, con lo que no se confirma el planteamiento de que una mayor actividad física previa a la cirugía conlleve mejor pérdida de peso. Igualmente sucede con la autoestima y los síntomas psicológicos, puesto que no se confirma que tener un hábito de ejercicio prediga mejoras en la autoestima y

en la no presencia de síntomas psicológicos. Sin embargo sí se confirma que una menor actividad física predice a largo plazo el miedo a engordar.

Continuando con el papel predictor de las variables estudiadas, el cuarto objetivo aborda dicho papel en cuanto al apoyo social y las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes a lo largo del tiempo. La **hipótesis 4a**, sugería que el apoyo social percibido por los pacientes antes de la operación y el buen manejo de estrategias de afrontamiento activas, influiría de forma positiva en la pérdida de peso, y el bienestar tanto físico como psíquico. Respecto al apoyo social, no se confirma una influencia sobre la pérdida de peso, ni en el bienestar físico, pero sí se confirman resultados positivos a corto y a largo plazo en el bienestar psicológico, que se traducen en una disminución de los síntomas, resultado que coincide con los obtenidos en otros estudios (Ortega et al., 2012). En cuanto al afrontamiento, se confirma parcialmente, y dependiendo del momento temporal. Por una parte, no se confirma porque lo que predice una mejor pérdida de peso a corto plazo es una estrategia pasiva (el consumo de alcohol o drogas), y a largo plazo no aparecen resultados significativos. Tampoco se confirma porque a corto plazo predice una peor salud general (en el factor primario del SF-36), y porque a lo largo del tiempo predice sintomatología psicológica. Por otra parte no hay que dejar de subrayar que a largo plazo se confirma que el afrontamiento (afrontamiento cognitivo del problema) predice una mejor salud mental (evaluada con el SF-36).

Con el quinto objetivo de nuestra investigación finaliza la confirmación de hipótesis respecto al papel predictor de las variables estudiadas, que en el presente objetivo hace referencia a las dimensiones temperamentales básicas de personalidad, en concreto el neuroticismo y la extraversión. Antes de nada, señalar que la variable extraversión no presenta papel predictor alguno, sin embargo, no sucede lo mismo con la variable neuroticismo (**hipótesis 5a**), que planteaba que un nivel alto en esta dimensión tendría una influencia negativa sobre la autoestima y la salud mental de los pacientes, y que mostraría su influencia a lo largo del tiempo. Queda claro que respecto a la pérdida de peso, las características personales previas de los pacientes no facilitan ni dificultan la evolución en la pérdida de su peso, al igual que tampoco presentan papel predictor alguno en cuanto a la autoestima, la imagen corporal, ni en la mejora del estado físico, pero sí que se confirma que el neuroticismo predice claramente aquellos aspectos que tienen que ver más con la salud mental. Así, el neuroticismo predice sobre todo a largo plazo los síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad.

En relación al sexto objetivo de nuestro estudio en el que se planteaba el poder explorar y analizar determinados aspectos relacionados con la motivación, podemos confirmar nuestra **hipótesis 6a**, que sugería que las motivaciones más relevantes para los pacientes para someterse a cirugía de by-pass gástrico serían el mejorar la salud e incrementar la movilidad diaria, es decir los pacientes refieren que lo más importante para ellos, antes de la operación, es tener buena salud y poder realizar las tareas cotidianas. A su vez, también se confirma que motivaciones como mejorar la apariencia y las relaciones con los demás, son motivaciones que ganan importancia a lo largo del tiempo.

En cuanto al papel predictor que desempeñan las diferentes motivaciones y en relación a nuestra **hipótesis 6b**, no se confirma que aquellas motivaciones como mejorar la salud e incrementar la movilidad diaria, sean un predictor, ni de la calidad de vida, ni de la percepción de la imagen física de los pacientes. Sin embargo, podemos confirmar que aquellas motivaciones más comprometidas con las relaciones sociales y la apariencia física de los pacientes, presentan un papel predictor, en relación con su imagen corporal y nivel de síntomas psicológicos, pero no sólo a medio y largo plazo, sino que a corto plazo también poseen un papel importante.

La experiencia clínica con obesos mórbidos intervenidos quirúrgicamente deja traslucir que una parte de ellos no se sienten satisfechos con su imagen corporal tras la operación, de forma que en el séptimo objetivo se propuso explorar la pauta de covariación que presentaba a lo largo del tiempo la percepción de dicha imagen con el funcionamiento psicológico general y la conducta alimentaria de los pacientes. La **hipótesis 7a**, que preveía que los factores de restricción y desinhibición covariarían de forma diferente con la imagen corporal se confirma parcialmente: antes de la operación y a largo plazo el factor desinhibición, pero no el de restricción mantiene una relación significativa y positiva con la imagen corporal. A su vez, el factor de restricción presenta coeficientes positivos más elevados con la percepción de la imagen corporal a corto y medio plazo. Es decir el mayor dominio cognitivo de la ingesta se traduce en una mayor preocupación por la imagen corporal a corto y medio plazo, mientras que la pérdida de control es lo que se relaciona más con la preocupación por la imagen corporal antes de la operación y transcurridos 4 años.

De la **hipótesis 7b**, que pronosticaba un patrón de covariación diferente de la restricción y desinhibición con los síntomas psicológicos de los pacientes, podemos decir que se ve apoyada en parte. Por un lado se confirma porque es el factor desinhibición el que se relaciona con la sintomatología de los pacientes de modo significativo y positivo, pero por otro solo ocurre de modo sistemático a largo plazo, al igual que ocurría antes de la operación. En todo caso la pauta de covariación es diferente cuando se observa lo ocurrido con la restricción, que prácticamente no da lugar a coeficientes significativos, ni antes de la operación, ni en los seguimientos.

La **hipótesis 7c**, que predecía una pauta de covariación fuerte y positiva entre la percepción de la imagen corporal y la sintomatología psicológica de los pacientes antes de la operación, que iría en declive en los seguimientos a corto y medio plazo, se confirma. No obstante se había pronosticado que a largo plazo esa pauta de covariación tendería a fortalecerse, de nuevo, algo que no ocurre. Podemos concluir que la operación de by-pass gástrico conlleva que a largo plazo los pacientes presenten una mejor percepción de su imagen corporal y con ello la no presencia de malestar psicológico. La relación existente entre la desinhibición y los síntomas psicológicos, sobre todo a largo plazo, puede ser debido a que en algún momento los pacientes quieren poder comer de todo en términos de más cantidad y eso les decepciona, quizá tengan una

acepción errónea de lo que, después de operados, significa comer en exceso y consideran que pierden el control sobre la comida, sobre todo en comidas sociales, y eso va aparejado con estados de ansiedad, pensando que "lo estoy haciendo mal".

A lo largo de la exposición del presente estudio, se ha podido observar que uno de los aspectos relevantes es la pérdida de peso como objetivo inherente a la operación de by-pass-gástrico, y para conocer si los pacientes cumplen de forma satisfactoria esta expectativa, es por lo que nuestro octavo y último objetivo aborda la evolución de la pérdida de peso teniendo en cuenta el peso esperado. En línea con las hipótesis tentativas que fueron formuladas, no podemos confirmar (**hipótesis 8a**) que todos los pacientes alcanzan el peso esperado, puesto que sólo algo más de la mitad de la muestra (N = 17; 56,7%) lo logra, aunque sí podemos confirmar que el hecho de que los pacientes alcancen el peso esperado, no es un aspecto que dependa del peso inicial de los mismos.

En cuanto a las diferencias que podemos encontrar entre el grupo de pacientes que alcanza el peso esperado de los que no lo alcanzan en las variables predictoras evaluadas sólo antes de la operación, se aventuraba la posibilidad de diferencias entre ambos grupos en afrontamiento y apoyo social percibido (**hipótesis 8b**). Al respecto podemos decir que no se confirma que existan diferencias entre un grupo y otro, en aquellas características evaluadas en el preoperatorio (en apoyo social y afrontamiento). Pero si se confirma en cuanto a que a largo plazo se haya diferencias entre ambos grupos en la calidad de vida, donde encontramos que el grupo de pacientes que obtiene éxito presenta un mejor funcionamiento físico a los 6 meses y a los 4 años de la cirugía. Respecto al IMC se da una diferencia al año de la cirugía, puesto que el grupo de pacientes que no alcanza el IMC a largo plazo, obtiene un IMC, al año, mayor que el IMC que presenta el grupo que sí alcanza el éxito

Finalmente, respecto a la **hipótesis 8c** se proponía una pauta de evolución diferente en el grupo de pacientes que no alcanza el éxito y en el que sí alcanza el éxito, de las variables estudiadas en los cuatro momentos. Se confirma que el grupo que no alcanza el éxito, es a corto plazo cuando obtiene mayor pérdida de peso. También se confirma en este grupo las diferencias en cuanto a la conducta alimentaria respecto a la pérdida de control sobre la ingesta, presentando una evolución positiva a lo largo del tiempo. Y, a su vez, la evolución positiva de la imagen física que perciben los pacientes queda reflejada en el factor de la apariencia. La confirmación de que el grupo que sí alcanza el éxito presente diferencias potentes en aquellas variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación, queda reflejado en la pérdida de peso, la conducta alimentaria, en el bienestar físico, en la percepción de la imagen corporal, y en el bienestar psicológico se observan diferencias en las dimensiones de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y depresión.

4.3. Conclusiones y discusión

A partir del estudio realizado podemos concluir que, al igual que el problema de la obesidad mórbida es multicausal, sucede lo mismo con las consecuencias de la intervención quirúrgica de by-pass gástrico, ya que parece que son muchos los factores que influyen en los resultados óptimos de dicha operación, factores tanto físicos como psíquicos. De ahí la importancia de un equipo multidisciplinar a lo largo del perioperatorio con los pacientes que presentan la enfermedad de obesidad mórbida y se quieren someter a cirugía bariátrica.

4.3.1. Características clínicas de los pacientes intervenidos de by-pass gástrico

El grupo de pacientes que ha participado en el estudio presentaba una media de IMC > 40kg/m, lo que los ha calificado como buenos candidatos para someterse a cirugía bariátrica. Todos ellos habían seguido previamente tratamientos no quirúrgicos en los que a largo plazo habían fracasado.

Prestando atención al peso de los pacientes se concluye que el peso que presentan antes de la operación suele ser superior al peso principal que han mantenido en el tiempo y que en el momento de la entrevista previa a la intervención quirúrgica, menos del 50% de los pacientes están sometidos a algún tipo de dieta. Quizá ello pueda tener la explicación en que, en el momento que han empezado a plantearse la cirugía, y buscar las diferentes opciones profesionales para ello, desisten de continuar ninguna dieta más, y con ello se demuestra la desilusión durante años de someterse a dietas y conseguir poco o algún éxito, lo que produce altas expectativas respecto a la intervención quirúrgica.

Llama la atención, que aquellos pacientes (el 13,3%; N = 4) que sí han empleado la psicoterapia en régimen ambulatorio, como método para poder perder peso en el pasado, el 100% obtiene un éxito moderado. Quizá habría que replantearse, a la hora de realizar programas de prevención, que es lo que puede facilitar poder abordar la enfermedad de la obesidad en el inicio del problema, es decir cuando la persona presenta un sobrepeso grado I.

Una conclusión interesante es que los pacientes no han empleado los métodos de psicoterapia o grupos de apoyo para perder peso, y en mi experiencia profesional, a la hora de ser entrevistados, referían que el apoyo psicológico les podía ser de gran ayuda a la hora de enfrentarse a la cirugía y los cambios que esta conlleva. Existe un conocimiento general a través de internet sobre la cirugía de la obesidad, y muchos foros en los que las personas operadas expresan sus experiencias, y por ello es recomendable aconsejar, que a quien hay que preguntar y aclarar las dudas es a los profesionales que atienden al paciente obeso mórbido que se va a operar, de ahí que considere que una función importante del psicólogo es generar adherencia al equipo médico que

atiende al paciente que quiere operarse. A pesar de la baja incidencia de los pacientes que han utilizado el método de la purga para poder perder peso, es importante conocer si los pacientes que se van a operar de by-pass gástrico presentan historia de atracón, esta es una información relevante para poder abordar, desde la psicología, el tratamiento adecuado en el postoperatorio.

De lo anterior se concluye que la entrevista ayuda a enseñar a algunos pacientes algo más acerca de la operación, y a conocer mejor los riesgos y los cambios a nivel comportamental que deberán realizar. Pero es conveniente aconsejarles que hablen con su cirujano y aclaren las dudas respecto a la cirugía.

4.3.2. Evolución de los pacientes en las diferentes variables estudiadas en los cuatro momentos de la investigación

De los resultados que han sido analizados respecto a la evolución de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en las variables evaluadas a lo largo del tiempo, lo más destacable es la disminución significativa en el IMC. Así se pasa de tener un diagnóstico de obesidad mórbida tipo III (enfermedad médica) a un sobrepeso, algo que da muestras del éxito de la cirugía a largo plazo, y de sus repercusiones para una mejora significativa en la salud de los pacientes. Además, podríamos decir que es informativa de como los pacientes han ido adquiriendo los diferentes cambios de conducta que van asociados al proceso adaptativo de la pérdida masiva de peso, tanto a nivel físico como psicológico, y social.

Respecto a la conducta alimentaria de los pacientes, el factor restricción no sufre variaciones a lo largo del tiempo, esto puede deberse a motivos diferentes: antes no había un autodomínio cognitivo de la ingesta de alimentos, y resulta que a largo plazo tampoco, pero esto quizá se deba a que ya no es necesario tener un autodomínio cognitivo, porque es el propio estado físico del estómago, el que les ayuda a no tener que emplear dicha capacidad, debido a que en los pacientes operados de by-pass gástrico disminuye (incluso recién operados), o llega a desaparecer la sensación de hambre. Y en cuanto al factor desinhibición se concluye la relevancia del mismo. Es importante recordar que los pacientes operados de by-pass gástrico ingieren menores cantidades de comida, lo que nos puede aclarar esta conclusión, es decir que para los pacientes es más fácil tener ese control sobre la comida una vez operados, y muy importante, a largo plazo, que cuando padecían obesidad mórbida.

En un principio la autoestima es algo que ha preocupado mucho a los cirujanos, precisamente porque lo ven como un constructo global cuando observan de forma cualitativa que el paciente refiere que no se siente bien. Tal y como se ha podido observar a lo largo de la investigación, la conclusión que se obtiene es que el estudio sobre la autoestima ha de ser más pormenorizado. Destacando que la autoestima de los pacientes debido a su apariencia mejora a lo largo del tiempo, es decir, cuando nos referimos a la imagen física, los

pacientes evolucionan de forma muy positiva desde los 6 meses desde la cirugía hasta el año, manteniéndose dicha mejoría largo plazo (a los 4 años de la operación).

Se evidencia que la calidad de vida de los pacientes mejora tras la cirugía, principalmente en las actividades de la vida diaria como el aseo personal, el poder vestirse, no fatigarse mientras realizan tareas en casa o en el trabajo, y poder jugar con sus hijos. Antes de la operación son pacientes que tienen dificultades a la hora de poder realizar las actividades cotidianas, incluso llegan a dejar de hacerlas (sucede en algunos casos que en el aseo personal pueden llegar a necesitar ayuda), y tras la operación refieren que son capaces de poder realizar todo lo que antes su obesidad les impedía. El hecho de que perciban un bienestar general en la salud mental, significa que han sido capaces de aceptar los cambios en su vida cotidiana y el como han hecho frente a las diferentes dificultades que se hayan podido encontrar a lo largo del proceso del postoperatorio. Sin embargo, bien es cierto que los datos ponen de relieve que los cambios en el bienestar físico y psicosocial de los pacientes (evaluados por el SF-36) no siguen caminos paralelos. Por un lado, se evidencia la mejora en los aspectos físicos relacionados con la salud, y por otro, es menos evidente que esa mejora lleve aparejada per se una mejora en el bienestar psicológico. Esto último se verá reflejado, más adelante, cuando consideremos los resultados obtenidos con el SCL-90.

Podemos concluir que la evolución de la imagen corporal de los pacientes es muy positiva. Es evidente que la pérdida masiva de peso repercute de forma positiva en la imagen física de los pacientes. Pero es conveniente mencionar que la mejoría que se va desarrollando a corto y medio plazo, sufre un retroceso a la larga. El hecho de que los pacientes muestren insatisfacción corporal pasados 4 años desde la cirugía puede ser debido a todo lo relacionado con la flaccidez de la piel (cara interna de los muslos, brazos y abdomen), esto coincide con la conclusiones del estudio de Magdaleno et al. (2009). En el transcurso del año, desde la operación, los pacientes pasan sus revisiones médicas de forma periódica, lo que conlleva un compromiso de las prescripciones del médico-cirujano. Al año, los pacientes reciben el alta médica, puede ser que a partir de entonces el no tener que supervisar que las cosas van bien, surjan de nuevo la preocupación por el peso, centrada principalmente en el miedo a engordar.

Respecto al funcionamiento psicológico, en líneas generales los pacientes presentan un malestar subjetivo general que mejora a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta que no se ha encontrado una evolución llamativa en cuanto a presencia o no de psicopatologías, cumpliendo así un criterio psicopatológico (ver capítulo 1) y tal y como refieren otros estudios en cuanto a que la prevalencia de psicopatología en pacientes con obesidad mórbida no difiere de la población normal (Stunkard et al., 1986). Las diferencias más significativas, las encontramos en la escala de obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal. Los pacientes presentan síntomas obsesivo-compulsivos antes de la operación y estos van disminuyendo a lo largo del tiempo, en mucho casos

son pacientes que comían muy rápido y de forma compulsiva, tal y como ellos mismos refieren, y debido a que la cirugía en sí conlleva comer más despacio, esto puede facilitar una menor presencia de dicha sintomatología. La sensibilidad que muestran los pacientes antes de la intervención quirúrgica parece evidente debido a su obesidad mórbida, puesto que normalmente se sienten observados, evitando así acontecimientos sociales. No obstante, cabe señalar que es al año de la cirugía cuando los pacientes se sienten mejor a este respecto. Ello puede ser debido a que transcurrido un año desde la operación, en el que los pacientes han perdido el mayor porcentaje de peso, se han adaptado a la cantidad de alimento que pueden ingerir, poder elegir como vestirse, en definitiva, tener ellos mismos el control sobre su físico y la satisfacción de haber tomado la decisión de operarse.

Aunque no se dan diferencias significativas cabe señalar la evolución del factor hostilidad, donde se obtienen mejores puntuaciones a los 6 meses y al año que a los 4 años, acercándose más a la puntuación obtenida antes de la operación. El hecho de que haya presencia de síntomas de hostilidad a largo plazo puede ser debido a que los pacientes no hayan cumplido sus expectativas, o pacientes que consideraban que la cirugía en sí misma es la que "hace todo". Llama la atención que los pacientes presenten síntomas de depresión más a largo plazo que a los 6 meses de la cirugía. De nuevo, puede ser debido a una insatisfacción con lo proyectado antes de la operación de lo que puede suponer dicha cirugía.

Podemos concluir que parece que los resultados obtenidos a los 6 meses son más relevantes de lo que parece. Es lo que nos puede indicar la evolución a largo plazo, quizá la mejoría que se da al año no es algo que pueda ayudar a prever los resultados a largo plazo. Sabemos que durante el primer año el paciente mantiene sus revisiones con el cirujano (y en algunos casos con la figura del psicólogo), y ello facilita que pueda recordar de forma periódica al paciente lo que ha de tener en cuenta para conseguir el éxito de la operación. Una vez que transcurre el año, tal y como se ha comentado en otros apartados, el seguimiento que recibe el paciente operado es por parte de endocrino (que en muchas ocasiones no ha tenido contacto con el cirujano), o del médico de cabecera. De ahí la importancia de insistir en que pasado el año de la operación sería conveniente que el paciente recibiera revisión anual, por parte del cirujano, y en caso de haber recibido tratamiento psicológico, también. No sabemos que sucede después de 10 años después de haber sido intervenidos de cirugía bariátrica. A priori parece que el paciente mantiene una mejoría en una constante mientras es atendido por quienes le han tratado durante el año después de la operación.

4.3.3. Predictores de los cambios a largo plazo en los pacientes sometidos a cirugía de by-pass gástrico

A continuación se presenta una tabla resumen de los criterios a predecir y de las variables predictoras con mayor peso (ver tabla 4.1), con el fin de clarificar las conclusiones obtenidas.

Es importante indicar que los pacientes han de estar bien informados sobre en que va a consistir la cirugía a la que se van a someter y cuales van a ser las restricciones alimentarias, para así evitar motivaciones irrealistas y falsas expectativas, puesto que la motivación es una variable importante a largo plazo respecto al miedo a engordar. Tal y como se ha observado en los resultados de apartados anteriores, además es una variable importante a tener en cuenta sobre todo a corto y a largo plazo, en la imagen corporal de los pacientes y en la presencia de malestar psicológico.

Son muy pocas las variables-criterio que predice el conocimiento de las restricciones dietéticas, aun así hay que tener en cuenta el adaptar la forma en transmitir la información que se da a los pacientes antes de la operación.

Es significativo que la motivación excesiva de los pacientes hacia la operación predice a largo plazo el miedo a engordar (29%), esto les puede llevar a retomar la conducta obsesiva que realizaban antes de la cirugía, como el pesarse muy a menudo (semanalmente).

En cuanto a la restricción, que predice menos pérdida de peso, y que con el factor desinhibición sucede al contrario, predice una mayor pérdida de peso, se puede explicar si tenemos presente que los pacientes en la tres primeras semanas después de la cirugía, reducen de forma muy significativa la cantidad de la ingesta debido a la operación de by-pass gástrico, y no porque el propio paciente elija reducir la cantidad de los alimentos.

El hecho de que la actividad física, que puedan realizar o no los pacientes antes de la operación, no desempeñe un papel importante en la pérdida de peso, puede resultar un dato importante debido a que los pacientes con obesidad mórbida no suelen tener un habito en la realización del ejercicio físico, es decir, nos indica que no hay que valorar como negativo el realizar o no actividad física previa a la operación, al menos como predictor de una mejor pérdida de peso a largo plazo.

El conjunto de variables estudiadas como predictores no desempeñan un papel importante sobre la calidad de vida de los pacientes a corto plazo, pero aún así podemos decir que este resultado puede ser positivo en cuanto a que no son los aspectos psicológicos los que predicen el dolor corporal, particularmente porque como se observa en la práctica clínica, los pacientes refieren quejas físicas transcurridos los primeros meses después de la intervención quirúrgica.

Tabla 4.1. Tabla resumen de los análisis de regresión realizados (ver apartado 3.3).

VARIABLES PREDICTORAS			
VARIABLES CRITERIO	6 MESES	1 AÑO	4 AÑOS
IMC	-Restricción(+), Desinhibición (-) y Actividad Física (-): 29% -Afrontamiento cognitivo del problema (+) y Consumo de alcohol o drogas (-): 31%		
Autoestima			
Funcionamiento físico		-Expectativas (+): 21%	
Rol físico			
Dolor corporal		-Actividad física (+): 18%	
Salud general		-Afrontamiento cognitivo del problema (-): 30%	
Vitalidad			-Conocimiento de las restricciones dietéticas (+): 21% -Desinhibición (-) y Actividad física (-): 34% -Neuroticismo (-): 22%
Funcionamiento social			

	6 MESES	1 AÑO	4 AÑOS
Rol emocional			-Desinhibición (-): 38%
Salud mental			-Desinhibición (-): 29% -Afrontamiento cognitivo del problema (+) y afrontamiento centrado en las emociones (-): 43% -Neuroticismo (-): 29%
Puntuación total salud física	-Neuroticismo (-): 15%		
Puntuación total salud mental			-Desinhibición (-) y Actividad física (-): 49% -Consumo de alcohol o drogas (-): 31% -Neuroticismo (-): 23%
Insatisfacción corporal	- Restricción (+): 31%		
Miedo a engordar	- Restricción (+): 40%		- Motivación (+): 29% - Restricción (+) y Actividad física (-): 36%
Apariencia		- Restricción (+): 19%	
Deseo de perder peso	- Restricción (+): 23%		- Restricción(+) y Desinhibición (+): 19%
Preocupación por el peso	- Restricción (+): 22%	- Restricción (+): 20%	- Restricción (+) y Desinhibición (+): 23%
Puntuación total imagen corporal	- Restricción (+): 27%	- Restricción (+): 19%	

	6 MESES	1 AÑO	4 AÑOS
Somatización	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+): 26% - Restricción (+) y Desinhibición (+): 33% - Apoyo social (-) y Afrontamiento centrado en las emociones (+): 36% - Neuroticismo (+): 23% 	<ul style="list-style-type: none"> - Neuroticismo (+): 15% 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+): 20% - Restricción (+) y Desinhibición (+): 31% - Apoyo social (-), Escape cognitivo y afrontamiento centrado en las emociones (+): 51% - Neuroticismo (+): 23%
Obsesión compulsión	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+): 23% - Restricción (+) y Desinhibición (+): 47% 		<ul style="list-style-type: none"> - Desinhibición (+): 39% - Apoyo social (-) y Consumo de alcohol y drogas (+): 46% - Neuroticismo (+): 23%
Sensibilidad interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Restricción (+) y Desinhibición (+): 30% 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento centrado en las emociones (+) y Consumo de alcohol o drogas (+): 27% 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+) y Expectativas (+): 27% - Desinhibición (+): 45% - Apoyo social (-) y Consumo de alcohol o drogas (+): 55% - Neuroticismo (+): 21%

	6 MESES	1 AÑO	4 AÑOS
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+): 25% - Restricción (+) y Desinhibición (+): 28% - Apoyo social (-) y Afrontamiento centrado en las emociones (+): 34% - Neuroticismo (+): 26% 		<ul style="list-style-type: none"> - Restricción (+) y Desinhibición (+): 45% - Apoyo social (-) y Consumo de alcohol y drogas (+): 50% - Neuroticismo (+): 34%
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación (+): 22% - Restricción (+) y Desinhibición (+): 39% - Apoyo social (-) y Afrontamiento centrado en las emociones (+): 31% - Neuroticismo (+): 30% 		<ul style="list-style-type: none"> - Desinhibición (+): 23% - Afrontamiento cognitivo del problema (+), Escape cognitivo (+), Afrontamiento centrado en las emociones (+) y Consumo de alcohol o drogas (+): 67% - Neuroticismo (+): 32%
Hostilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Desinhibición (+): 18% - Consumo de alcohol o drogas (+): 31% - Neuroticismo (+): 16% 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las restricciones dietéticas (-) y Motivación (+): 22% - Desinhibición (+): 22% - Afrontamiento centrado en las emociones (+) y Consumo de alcohol o drogas (+): 53% - Neuroticismo (+): 23% 	<ul style="list-style-type: none"> - Desinhibición (+): 24% - Apoyo social (-) y Consumo de alcohol y drogas (+): 53% - Neuroticismo (+): 30%
Ansiedad fóbica	<ul style="list-style-type: none"> - Desinhibición (+): 33% - Consumo de alcohol o drogas (+): 49% 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol o drogas (+): 38% 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social (-), Escape cognitivo (+), y Consumo de alcohol o drogas (+): 52% - Neuroticismo (+): 14%

	6 MESES	1 AÑO	4 AÑOS
Ideación paranoide	- Desinhibición (+): 26%		- Restricción (+) y Desinhibición (+): 53% - Apoyo social (-) y Consumo de alcohol y drogas (+): 63% - Neuroticismo (+): 21%
Psicoticismo	- Desinhibición (+): 28%	- Desinhibición (+): 22% - Consumo de alcohol o drogas (+): 32% - Neuroticismo (+): 19%	- Desinhibición (+): 34% - Apoyo social (-), Afrontamiento centrado en las emociones (+), y Consumo de alcohol o drogas (+): 68% - Neuroticismo (+): 23%
Depresión melancólica	- Motivación (+): 21% - Restricción (+) y Desinhibición(+): 30% - Apoyo social (-): 28%		- Motivación (+): 22% - Desinhibición (+): 27% - Apoyo social (-) y Escape cognitivo (+): 38% - Neuroticismo (+): 14%
Índice de gravedad Global	- Motivación (+): 23% - Restricción (+) y Desinhibición(+): 42% - Apoyo social (-) y Afrontamiento centrado en las emociones (+): 32% - Neuroticismo (+): 23%	- Neuroticismo (+): 15%	- Motivación (+): 21% - Desinhibición (+): 41% - Apoyo social (-), Escape cognitivo (+), Afrontamiento centrado en las emociones (+), y Consumo de alcohol o drogas (+): 63% - Neuroticismo (+): 30%

Es importante la influencia que tiene a largo plazo la conducta alimentaria previa de los pacientes sobre la calidad de vida. Tener un mayor control sobre la alimentación predice sentirse con menos energía y vitalidad, algo que por cuestiones físicas podría ser más lógico a corto plazo. No obstante, la aportación de la desinhibición a la predicción no es única, añadiéndose a ella los efectos negativos que sobre la vitalidad parece tener también la mayor actividad física realizada. Esto último se encuentra en consonancia con uno de los objetivos del postoperatorio de los pacientes operados de cirugía bariátrica sobre el que se debería insistir más, como es el hecho de realizar ejercicio físico, de cualquier tipo, y con ello sentirse con más energía, estar más activo y sentirse más vital. Es un aspecto a tener en cuenta en los programas de intervención con equipos multidisciplinares.

Se concluye con lo expuesto anteriormente la importancia de poder abordar en el tratamiento psicológico tanto la modificación de la conducta alimentaria, como el poder trabajar la adherencia al ejercicio físico adaptado a las condiciones físicas, psíquicas y sociales del paciente, además de corroborar, de nuevo, la no inclusión de aquellos pacientes que, en el momento de la toma de decisión de operarse, presenten consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Principalmente, son los dos factores de la conducta alimentaria (restricción y desinhibición) los que presentan un papel relevante a lo largo del tiempo sobre la imagen corporal de los pacientes, en cuanto a insatisfacción corporal, miedo a engordar, deseo de perder peso y preocupación por el peso. Esto significa que los pacientes, aún estando contentos con su apariencia y satisfechos con su cuerpo, persisten en su preocupación sobre si la operación será válida para toda la vida y por ello reaparece el miedo a engordar, y con ello la posibilidad de que soliciten dietas de pérdida peso. Por eso es importante que el paciente tome conciencia que la cirugía es para siempre, y el poder haber adquirido unos hábitos de la conducta alimentaria desde el inicio del perioperatorio, pueden ayudar a que a largo plazo los pacientes no tengan miedo a engordar, y desear de forma constante, el querer perder peso.

Una motivación no realista predice el miedo a engordar, el hecho de engordar a largo plazo significaría un fracaso. Este dato puede ser importante en el caso de poder realizar una intervención psicológica. Ya sabemos que los pacientes han realizado muchos tratamientos de pérdida de peso a lo largo de su vida, y que la pérdida de peso que conseguían, no podían mantenerla en el tiempo, había una reganancia de peso. Cuando los pacientes se operan de cirugía de by-pass gástrico y son conscientes que obtienen una pérdida de peso satisfactoria, esto les lleva, lógicamente, a querer mantenerlo. Y por ello, sería conveniente poder abordar desde el preoperatorio, una motivación realista para que no surgiera ese miedo a engordar.

Las variables relacionadas con las características intermedias de personalidad, es decir los aspectos menos consolidados de la personalidad (apoyo social y afrontamiento) y la conducta alimentaria (el factor desinhibición) son las variables que desempeñan un papel predictivo más relevante en cuanto a la

presencia de sintomatología psicológica. Esto es importante desde el punto de vista del trabajo psicológico a realizar con estos pacientes.

El papel predictor desempeñado por algunas de las variables empleadas como tales en nuestro estudio, nos indican que se da un malestar psicológico en los pacientes sobre todo a largo plazo. Presentamos a continuación de forma más detallada algunos aspectos:

- a) La percepción de un menor apoyo social, el afrontamiento centrado en las emociones y el consumo de alcohol o drogas como estrategias de manejo de los problemas explican el 68% de los síntomas de psicoticismo.
- b) El menor apoyo social (-) y el uso del alcohol y las drogas (+) como estrategia para manejar los problemas son dos variables que juntas explican el 63% de los síntomas de ideación paranoide, el 55% de los de sensibilidad interpersonal, el 53% de los síntomas de hostilidad, el 50% de los de depresión y el 46% de los síntomas obsesivo-compulsivos.
- c) Señalar que el apoyo social sobre la variable que no tiene ninguna influencia es sobre los síntomas de ansiedad y que el consumo de alcohol o drogas, como estrategia de afrontamiento, no desempeña papel predictor alguno en el caso de los síntomas de somatización y de los relativos a depresión melancólica. Decir también que formas de afrontar las situaciones estresantes como el afrontamiento conductual del problema y el escape conductual, son variables que no presentan ningún papel predictor en relación con los síntomas psicológicos.
- d) Las diferentes estrategias de afrontamiento, tanto las más activas como las pasivas, predicen conjuntamente (todas con signo +) el 67% de los síntomas de ansiedad.
- e) Teniendo en cuenta los predictores relacionados con la conducta alimentaria y la actividad física señalar que:
 - a. El que los pacientes realizaran una mayor o menor actividad física antes de la operación, no tiene que ver con la mejor o peor salud mental de los pacientes a lo largo del tiempo.
 - b. Muy concluyente es el papel de la desinhibición como la mejor variable que predice los síntomas de sensibilidad interpersonal (explicando el 45%), los obsesivo-compulsivos (explicando el 39%) y los síntomas de psicoticismo (explicando el 34%). Y que junto con la restricción (ambas con signo positivo), explica un porcentaje relevante de los síntomas de ideación paranoide (53%), los depresivos (45%) y los somáticos (31%).
- f) La motivación poco realista (+) como variable predictora solo muestra una débil relevancia en el caso de los síntomas de somatización (explica

el 20%) y de la depresión melancólica (explica el 22%). Y conjuntamente con las expectativas en relación con los resultados de la operación, explica el 27% de los síntomas de sensibilidad interpersonal.

- g) Finalmente, el neuroticismo es la única dimensión básica de personalidad que influye a la hora de predecir los diferentes tipos de síntomas evaluados por la SCL-90. En todo caso subrayar que, en ningún caso, la dimensión de extraversión ha sido útil para predecir la mejor o peor salud psicológica (ni tampoco física) de los pacientes.

4.3.4. Motivaciones específicas de los pacientes y cirugía bariátrica

La motivación es un factor importante en los pacientes que quieren operarse de by-pass gástrico, tal y como se ha visto en el marco teórico de nuestra investigación. Es importante poder evaluar dicha motivación de forma individual, además de tomar las precauciones pertinentes con aquellos pacientes que toman la cirugía como un medio rápido para mejorar su salud, esperando que la cirugía lo es todo y que el compromiso de ellos no es relevante (Cowan, 1998).

La evolución de las diferentes motivaciones de los pacientes con obesidad mórbida hacia la cirugía bariátrica nos permite concluir que, además de querer operarse por mejorar la salud, para los pacientes, según van perdiendo peso y aceptando su nueva imagen física, van cobrando importancia aspectos más sociales, que antes de la operación, y que debido a la obesidad, habían dejado de atender, bien porque se cuidaban menos, bien porque se comportaban o mostraban actitudes que enmascaraban la preocupación real por su condición.

De los resultados obtenidos se concluye la importancia que tiene para los pacientes las relaciones sociales y la influencia que tiene sobre su imagen física y sobre el bienestar psicológico. Cabe señalar, por la excepcionalidad, la relevancia que tiene para los pacientes poder realizar las actividades cotidianas sobre su autoestima, a corto-medio plazo, algo que quizá pueda deberse a que se sienten más capaces de hacer cosas y sentirse más útiles con su entorno.

Los pacientes, antes de la operación, se muestran preocupados por su salud y lo que la falta de ella les puede suponer en el futuro. De la muestra de pacientes de nuestro estudio, aquellos que tienen hijos pequeños, referían que no podían jugar con ellos debido a su obesidad, y mostraban una preocupación de lo que podía suponer para sus hijos si ellos enfermaban. Cuando los pacientes son conscientes de que van perdiendo peso de forma más satisfactoria que con técnicas anteriores, y que, debido a la cirugía, desaparecen las comorbilidades asociadas a su obesidad, ya no es tan presente dicha preocupación y pasan a tener relevancia otras motivaciones por las que se han operado como son las relaciones con los demás y su apariencia.

4.3.5. Cambios en la estructura a lo largo del tiempo entre las variables de la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sintomatología psicológica

De las dos dimensiones de la conducta alimentaria, es la desinhibición quien tiene más relación a lo largo del tiempo con la imagen corporal y la sintomatología psicológica. La importancia de dicha relación sería conveniente tenerla en cuenta en el caso que se realizara una intervención psicológica con los pacientes, en la que el trabajo adecuado en la modificación de la conducta alimentaria con aquellos pacientes que antes de la operación presentaban una mala conducta alimentaria, puede tener una repercusión positiva en la percepción de su imagen corporal.

Hay que destacar lo importante que es para los pacientes que se han operado de by-pass gástrico, el ayudarles, desde una intervención psicológica, a aceptar su imagen física, y qué actitud tomar ante esa nueva imagen y la implicación social que conlleva. Por mi experiencia profesional, hay pacientes que no han contado a algunos familiares o amigos que se han operado, y cuando ha pasado un año, o incluso más tiempo, en el encuentro con familiares que se ven sólo en acontecimientos de excepción, les supone un problema social porque no saben hacer frente a los comentarios de los demás.

Pero sabemos también que la imagen corporal tiene una alta relación con los síntomas psicológicos antes de la operación, sin embargo a largo plazo, existe una muy leve relación. Esto es algo muy positivo, puesto que significa que en los pacientes con obesidad mórbida esta muy asociada la presencia de síntomas psicológicos con la insatisfacción con la propia imagen física, y que debido a la cirugía de by-pass gástrico y la consabida pérdida masiva de peso, les lleva a sentirse más satisfechos con su imagen física, lo que a su vez se asocia con un mayor bienestar psicológico.

4.3.6. IMC previsto como factor de éxito en los pacientes operados de by-pass gástrico

Es importante señalar que el IMC que tienen los pacientes previo a la cirugía no es tan relevante como en un principio cabría pensar, es decir, tanto aquellos pacientes que presentan un $IMC < 50$ (obesidad tipo III) ó $IMC > 50$ (obesidad tipo IV) pueden alcanzar el IMC esperado, es decir, el éxito con la cirugía.

Las diferencias que existen entre el grupo que no alcanza el éxito y el que sí, respecto a la pérdida de peso, se encuentran al año de la cirugía y la diferencia es más significativa a los 4 años. Es importante tener en cuenta que a los 6 meses de la operación no hay diferencias entre los dos grupos, y esto podría llevar a pensar que tener en cuenta o no el IMC previsto para los pacientes obesos mórbidos que se someten a cirugía de by-pass gástrico no tiene relevancia. Por lo tanto es más importante emplear la fórmula del IMC esperado (Baltasar et al. 2011) y no atender sólo a que los pacientes alcancen el IMC 25.

Junto a ello, la no existencia de diferencias entre el grupo que no alcanza el éxito y el que sí lo alcanza en las diferentes características evaluadas en el preoperatorio, indirectamente respalda los resultados significativos obtenidos en el apartado 3.2 y 3.3, donde los pacientes eran tratados como un solo grupo (N = 30).

El grupo de pacientes que no alcanza el éxito y en cuanto a su funcionamiento físico, decir que mejoran ligeramente en los factores de rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Lo que nos permite decir que a pesar de no alcanzar el peso esperado, la calidad de vida de los pacientes mejora, sabiendo que dicha mejoría la obtienen los pacientes a corto plazo y que ese nivel de mejoría se mantiene a lo largo del tiempo.

En relación con los resultados respecto a los síntomas psicológicos, también se encuentran mejorías relevantes a los 6 meses de la operación, pero también es importante señalar que los síntomas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, y depresión mejoran transcurridos los 4 años desde la cirugía.

Es importante que el peso alcanzado al año corresponda con el IMC esperado. Es en los primeros 6 meses donde se da una mayor pérdida de peso, y puede que los pacientes que no han alcanzado el éxito, se hayan confiado, de forma que en los 6 meses restantes, hasta llegar al año después de la cirugía, no han mantenido las pautas de alimentación, no han incorporado una vida con actividad física, o simplemente han creído en que "sólo" la operación puede resolverles el problema de la obesidad para toda la vida. Ya hemos comentado que la enfermedad de la obesidad mórbida es multicausal, quizá hay que valorar que una óptima pérdida de peso, que lleve a los pacientes a alcanzar el IMC esperado, también es un aspecto multicausal.

Considero que la mejoría, que es mayor al año y a los 4 años, es importante en este tipo de intervención y en estos pacientes, puesto que es el mantenimiento del peso a largo plazo, lo que al fin y al cabo se investiga en este estudio, el como los pacientes mantienen el peso tras el paso del tiempo. Enfrentarse a una cirugía mayor como la cirugía bariátrica es algo muy importante para los pacientes, pero el conseguir, después de transcurridos 4 años, el mantenimiento de la pérdida de peso es fundamental, puesto que en muchas ocasiones, incluso sometiéndose a otras intervenciones, no habían conseguido con éxito dicha pérdida de peso en el tiempo.

4.4. Limitaciones y sugerencias

4.4.1. Limitaciones

Sin duda alguna, los principales inconvenientes de los métodos longitudinales y prospectivos son más de orden práctico que teórico: costes altos, problemas de mantenimiento de las muestras a lo largo de los seguimientos, solo se dispone de resultados bastante tiempo después de iniciado el estudio, etc. Quizá sea ésta la razón última por la que, aun aceptando la mejor adecuación de tales métodos para la inferencia causal, su utilización sea sensiblemente menor a la de los transversales retrospectivos, procedimientos que se caracterizan por sus costes comparativamente bajos, la rápida disponibilidad de resultados y la mayor facilidad de obtención de muestras estables.

Quizá la limitación más evidente es la de poder localizar el máximo número de pacientes después de transcurridos 4 años desde la cirugía, puesto que, como se ha comentado, no existe un seguimiento anual por parte del médico-cirujano. Esta limitación muestral, obvia en nuestro estudio, restringe asimismo considerablemente la aplicación de estadística multivariada. También hay que tener en cuenta, que en nuestra muestra de estudio, hay más mujeres que hombres y si bien es cierto que hay una mayor prevalencia de mujeres que se someten a cirugía bariátrica, ello no ha permitido poder hacer una valoración de la importancia que puedan tener las diferencias de género, al menos en aquellos aspectos de índole más psicosocial evaluados en nuestra investigación.

Además señalar que algunas preguntas de los cuestionarios no se adecuan a la situación real de los pacientes, es decir, son pacientes que han pasado por una intervención quirúrgica de by-pass gástrico, y tras 4 años de la misma, hay preguntas que pierden su sentido, según refieren los pacientes. Es importante tener esto en cuenta, puesto que es gracias a ellos, el que podamos investigar más sobre la obesidad mórbida y la cirugía bariátrica, como mejorar el que un mayor porcentaje de pacientes pueda alcanzar el éxito obteniendo el IMC esperado.

4.4.2. Sugerencias

Como se ha comentado en el capítulo 1, es de vital importancia poder abordar la obesidad con programas de prevención. Los hábitos alimentarios se adquieren desde la infancia, tal y como se ha visto en el capítulo de resultados, donde el 63,3% de los pacientes refieren que el inicio en su problema con el peso ocurre en esta etapa, y como consecuencia de ello, el poder detectar anomalías en los hábitos de alimentación favorecerá la disminución de la enfermedad de la obesidad. Cabe mencionar que los embarazos pueden ser, en algunos casos, la causa de sobrepeso y obesidad, de ahí que la atención a la alimentación y el ejercicio en los embarazos, tanto durante el mismo como en

los meses posteriores después de dar a luz, pueda ayudar a evitar la aparición de la obesidad en algunas mujeres.

En ningún momento la restricción es debida a que el paciente esté realizando dieta, sino a un cambio en sus hábitos de alimentación. El que los pacientes consigan a través de la cirugía no tener la necesidad de comer en exceso, les ayuda a mantener el peso alcanzado al año de la cirugía, a lo largo del tiempo, incluso en algunos casos seguir perdiendo peso desde el año a los 4 años desde la operación. Aunque ya se ha comentado, es importante que el paciente pueda tener una revisión cada año, puesto que la operación es para toda la vida, y en muchas ocasiones esto no sucede.

Sería importante trabajar con los pacientes, desde una intervención psicológica, los hábitos alimentarios desde el inicio de la intervención quirúrgica para conseguir una mejor adaptación a la cantidad de comida que han de ingerir, para evitar que no retomen conductas alimentarias perjudiciales, tal y como hacían antes de operarse, como comer sólo 2 ó 3 veces al día y una alimentación poco variada.

Además, teniendo en cuenta que, aunque la cifra es muy baja, el 13,3% (N = 4) de los que si han empleado la psicoterapia en régimen ambulatorio, como método para poder perder peso en el pasado, el 100% obtiene un éxito moderado. Esto invita a que habría que replantearse, a la hora de realizar programas de prevención, que es lo que puede facilitar el poder abordar la enfermedad de la obesidad en el inicio del problema, es decir cuando la persona presenta un sobrepeso grado I.

Respecto a la calidad de vida a largo plazo después de la operación, algunos autores hablan de mejoría significativa en su totalidad, otros hablan de que aparecen problemas de identidad, experiencias negativas debido a la pérdida masiva de peso (Kinzl et al., 2007). Es decir, parece que hay una conclusión de que la mejoría es general y significativa, pero que hay excepciones según algunos estudios, en algunos factores que engloban a la calidad de vida. Esto indica la conveniencia de elaborar un cuestionario de calidad de vida, o bien adaptar alguno de los que existen en el mercado, dirigido a los pacientes obesos mórbidos que se van a someter a cirugía bariátrica, al igual que sucede con el estudio de las demás variables. Sería de gran utilidad poder disponer de material específico que ayude a investigar las variables que intervienen en un proceso de perioperatorio en personas que padecen obesidad mórbida y de su posible solución a través de la cirugía bariátrica.

De forma similar sucede con la imagen corporal de los pacientes, en concreto con su preocupación por el peso, resultaría conveniente trabajar conductas de la vida cotidiana de los pacientes, como pesarse todas las semanas, para que después de haberse operado, no sigan siendo "esclavos" de la báscula, y poder trabajar el que no establezcan metas irreales respecto a la pérdida de peso, y ayudarles a que tomen conciencia de que ésta la van obteniendo por otras vías, no sólo por el hecho de que lo señale la báscula.

El poder realizar un abordaje desde la intervención psicológica en el proceso perioperatorio de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica, sugiere la importancia de elaborar un texto a modo de consentimiento informado, al igual que lo hacen con el médico-cirujano. Principalmente porque así el paciente recibe la información de en qué va a consistir en tratamiento psicológico antes y después de la operación, donde el psicólogo se puede apoyar para poder explicar e informar a los pacientes del número de sesiones, los objetivos de las mismas y poder aclarar dicha intervención. Por mi experiencia profesional, los pacientes asocian el tratamiento psicológico con "estar loco"; y en segundo lugar, se generaría un mayor compromiso por parte del paciente y además saber que los pacientes comprenden los objetivos de dicha intervención.

No hay que descartar la posibilidad de poder realizar investigaciones de carácter cualitativo, puesto que pueden proporcionar una información más pormenorizada, como sucede en el estudio de Magdaleno et al. (2009), en el que se resalta la importancia del problema que supone en algunos pacientes, sobre todo mujeres, la pérdida masiva de peso, y la consecuencia sobre el estado de la piel (flaccidez en brazos y muslos, y el abdomen). Considero que puede ayudar a posibles intervenciones desde la atención multidisciplinar.

De lo anterior, surge el planteamiento de la importancia que supone para los pacientes la cirugía plástica. Es conveniente, desde una intervención con un equipo multidisciplinar, poder abordar la cirugía plástica en el momento adecuado.

En algunos casos, y dependiendo del peso inicial de los pacientes, se puede prevenir dicha intervención con una buena planificación por parte del equipo. Es importante, para aquellos pacientes que, bien porque lo demandan, o porque el médico-cirujano haya realizado una previsión de los resultados sobre la piel de dichos pacientes a largo plazo, poder realizar un afrontamiento adecuado a una nueva intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adami, G.F., Campostano, A., Marinari, G.M., Ravera, G., y Scopinaro, N. (2002). Night eating in obesity: a descriptive study. *Nutrition*, 18 (7-8), 587-589.
- Adami, G.F., Meneghelli, A. y Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 335-338.
- Allison, DB., Fontaine, KR., Manson, JE., Stevens, J. y Vanltallie, TB. (1999). Annual deaths attributable to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1530-1538.
- Almog, G., Crookes, PF. y Anthone, GJ. (2004). Longitudinal gastrectomy as a treatment for the high-risk superobese patient. *Obesity Surgery*, 14, 492-7.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, JM. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medical Clínica*, 104(20), 771-6.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario (2003): *Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Aranceta, J. (2006). Epidemiología de la Obesidad Mórbida en España. En *Manual de Obesidad Mórbida*. Madrid. Editorial médica panamericana.
- Aranceta, J., Serra, L., Foz, M., Moreno, B. y Grupo Colaborativo SEEDO (2005). Prevalencia de Obesidad en España. *Medicina Clínica* (Barcelona), 125, 460-6.
- Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem Ll, Ribas L, Quiles Izquierdo J, Vioque y Foz M. (1998). Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97. *Medicina Clínica* (Barcelona), 111, 441-445.
- Arcila, D., Velázquez, D., Gamino, R., Sierra, M., Salin, R., González-Barranco, J. y Herrera, M.F. (2002). Quality of life in bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 661-665.
- Arribas del Amo, D., Aguilera, V., Guedea, E., Artigas, C. y Martínez, M. (2001). Resultados a largo plazo de la gastroplastia vertical con banda en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Complicaciones específicas de la técnica quirúrgica. *Cirugía Española*, 70, 227-30.
- Badia Llach, X. y García Alonso, F. (2000). La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación

- de Resultados en Salud. En Badia, X. (Ed.) *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona, Edimac.
- Baile, J.I., Raich, R.M. y 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, J.I., Guillén, F. y Garrido, 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.
- Banegas, J.R., López, E., Gutierrez, J.L., Guallar, P. y Rodríguez, F. (2003). A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 201-208
- Balsirger, B.M., Kennedy, F.P., Abu-Lebdeh, H.S., Collazo, M., Jensen, M.D., O'Brien, T., Hensrud, D.D., Dinneen, S.F., Thompson, G.B., Que, F.G., Williams, D.E., Clark, M.M., Grant, J.E., Frick, M.S., Mueller, R.A., Mai, J.L. y Sarr, M.G. (2000). Prospective evaluation of Roux-en-Y gastric bypass as primary operation for medically complicated obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 673-680.
- Baltasar, A. (2004). Cruce duodenal. *Cirugía Española*, 259-266, 1998; 8, 29-34.
- Baltasar, A., Deitel, M. y Greenstein, R. (2008). Letter to the Editor. Weight loss reporting. *Obesity Surgery*, 18, 761-762.
- Baltasar, A., Pérez, N., Serra C., Bou R., Bengochea M y Borrás, F. (2011). Weight loss reporting: predicted Body Mass Index alter bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 21, 367-372.
- Baltasar, A., Bou, R., Arlandis, F., Martinez, R., Serra, C., Bengochea, M., Miró, J. (1998). Vertical banded gastroplasty at more than five years. *Obesity Surgery*, 8, 29-34.
- Barajas, M.A., Robledo, E., Tomás, E., Sanz, T., García, P. y Cerrada, 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.
- Behnke AR. (1953). Relationship between basal metabolism, lean body weight and surface area. *Federation Proceedings*, 12, 13-21
- Berkman, L.F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En Cohen, S., y Syme, L. (eds.). *Social support and health*. (pp. 241-262). New York: Academic Press.

Referencias Bibliográficas

- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.F., Bell, S.E. y 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, RB. y Mason, E.E (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, 13, 746-751.
- Blackstone, R.P., Cortes, M.C., Messer, L.B., Engstrom, D. (2010). Psychological Classification as a communication and management tool in obese patients undergoing bariatric surgery: *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 6, 374-81
- Bleijenberg, G. y 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.
- Bloomberg, R.D., Fleishman, A., Nalle, J.E., Herron, D.M. y Kini, S. (2005). Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned?. *Obesity Surgery*, 15, 145-54
- Bloomston, M., Zervos, E.E., Camps, M.A., Goode, S.E. y 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. y 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.
- Bray, G.A. (1992). An approach to the classification an evaluation of obesity. En Björntrop, P., Brodoff, B. (eds.). *Obesity*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company: 294.
- Bouchard, C., Perusse, L., Rice, T., Rao, D. (2007). Genetics of human obesity. En Bray, G.A. y Bouchard, C. (eds). *Handbook of Obesity*, ed 2 New York, M. Dekker, in press.
- Bowling, A. y Brazier, J. (1995). Quality of Life' in Social Science and Medicine. *Social Science and Medicine*, 10, 1337-1338.
- Brechner, R.J., Farris, C., Harrison, S., Tillman, K., Salive, M.,E. y Phurrough, S. (2005). A graded, evidence-based summary of evidence for bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*: official journal of the American Society for bariatric Surgery, 1(4), 430-41.
- Brolin, R.E. (2001). Gastric by pass *Surgical Clinic North America*, 81, 1077-1095.

- Brolin, R.E. (2002). Bariatric surgery and long term control of morbid obesity. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2793-2796.
- Brolin, R.E., Robertson, L.B., Kenler, H.A. y 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.
- Buchwald, H. (2005). Consensus Conference Panel: Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third-party payers. *Journal of American College of Surgeons*, 200(4), 593-604.
- Bouchard, C., Tremblay, A., Nadeau, A., Deprés, J.P., Theriault, G., Boulay, M.R., Lortie, G., Leblanc, C. y Fournier, G. (1989). Genetic effect in resting and exercise metabolic rates. *Metabolism*, 38, 364-370.
- Burgmer, R., Grigutsch, K., Zipfel, S., Wolf, A.M., De Zwaan, M., Husemann, B., Albus, C., Senf, W. y 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. y 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. y Enzi, G. (2002). Outcome predictors in morbidly obese recipients of an adjustable gastric band. *Obesity Surgery*, 12, 83-92.
- Callegari, A., Michelini, I., Sguazzin, C., Catona, A. y Klersy, C. (2005). Efficacy of the SF-36 questionnaire in identifying obese patients with psychological discomfort. *Obesity Surgery*, 15, 254-260.
- Caplan, G. (1974). *Supports systems and community mental health: Lectures on concept of development*. Nueva York: Behavioral Publications
- Carver, C. y Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Carver, C. y Scheier, M. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En Field, T., McCabe, P.M. y Schneiderman, N., (eds.). *Stress and coping Hillsdale*. New Jersey: Erlbaum, pp. 305-30.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Cassinello, N., Fernández, R., Álvarez, S., Báguena, M.J. y Ortega, J. (2007): Valoración de la imagen corporal y cambios de expectativas en los pacientes sometidos a by-pass gástrico. Comunicaciones orales 9º congreso SECO-Getafe.
- Clark, M., Balsiger, B., Sletten C., Dahlman, K., Ames G., Williams D., Abu-Lebdeh, H., Sarr, M. (2003). Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. *Obesity Surgery*, 13, 739-745.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5).
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357.
- 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). (1996) *Medicina Clínica*, 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.
- Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la Obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. (2007). *Medicina Clínica*, vol. 128. Num. 05.
- Cooke, E.A., Guss, J.L., Kissileff, H.R., Devlin, M.J. y 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. y 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.
- Cowan, G.Jr (1998). GAT do patients, families and society expect from the bariatric surgeon?. *Obesity Surgery*, 8, 77-85.

- Cowan, G.Jr, Hiler, M., Buffington, C. (1999). Criteria for selection of patients for bariatric surgery. *European Journal Gastroenterology Hepatology*, 11,69-75.
- Crespo, M., y 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.
- Chalmers, DK., Bowyer, CA., Olenick, NL. (1990). Problem drinking and obesity: a comparison in personality patterns and life style. *International Journal of the Addictions*, 25, 803-817.
- Chinn, S. (1989). Longitudinal studies: objectives and ethical considerations. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 37, 417-29.
- Dean, N. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-416.
- Deitel, M. y Greenstein, R. (2003). Editorial: recommendations for reporting weight loss. *Obesity Surgery*, 13, 159-160.
- DeNeve, K.M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Denia, M. (2009). Candidatos a cirugía bariátrica y trastornos en el eje I. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 9, 993-998.
- De la Revilla, L. y 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. y 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. y Maggini, C. (2007). Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric Banding. *Obesity Surgery*, 17, 792-799.
- Derogatis, L.R. y Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- DiRocco, J., Halverson, J., Planer, J., Walser, M. y Cunningham, P. (2009). Asistencia postoperatoria al paciente sometido a cirugía bariátrica. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.

- Dixon, J.B., Dixon, M.E. y 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. y 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. y O'Brien, P.E. (2002). Selecting the optimal patient for lapband placement. *American Journal of Surgery*, 184, 17-20.
- Dixon, J. y O'Brien, P. (2002). Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *American Journal of Surgery*, 184, 51S-54S.
- Donaldson, M. Y Mohr, J. (2000). Improvement and Innovation in Health Care Microsystems: a technical report for the Institute of Medicine Committee on the Quality of Health Care in America. Princeton, New Jersey, Robert Wood Jonson Foundation.
- Durkin, A.J., Bloomston, M., Murr, M.M. y 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. y 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. y 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.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidades de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9, 513-525.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Eysenck, H. J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Fontanella.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder y Stoughton.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J., y Barrett, P. (1985). A revised version of psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6 (1), 21-29.

- Fernández, R. (2008). Tesis Doctoral. Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso. Departament de Personalitat, Evaluació y Tractaments. Universitat de València. España.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fitts, W.H. (1964). *Tennessee Self-concept Scale*. Nashville: Counselor Recordings Tests.
- Font, A. (1990). Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida. *Revista Comunicaciones*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. España. pp.90-96.
- Fontaine, K.R., Redden, D.T., Wang, C., Westfall, A.O. y Allison, D.B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 289, 187-193.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fogelholm, M. y Kukkonen-Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain: a sistematic review. *Obesity Reviews*, 1, 95-111.
- Foster, G.D. y Matz, P.E. (2004). Weight loss and changes in body image. In Cash, T.F. y Pruzinsky, T., (eds.). *Body image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press: 407.
- Forrest, S., Lewis, C.A., y Shevlin, M. (2000). Examining the factor structure and differential functioning of the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Personality and Individual Differences*, 29, 579-588.
- Freys, S.M., Tigges, H., Heimbucher, J., Fuchs, K.H., Fein, M. y Thiede, A. (2001). Quality of life following laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 5, 401-407.
- French, S. A., Jeffery, R. W., y Wing, R.R. (1994). Food intake and physical activity: A comparison of three measures of dieting. *Addictive Behaviors*, 19, 401-409.
- García, V., Correas, J., Quintero, J., García, C. y Chinchilla, A. (2003). Aspectos clínicos de la obesidad. En Chinchilla, A. (eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.

- Garland, J. (1993). Environment and behaviour: A health psychology perspective. En Bond, J., Coleman, P. y Peace, Sh. (eds.). *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London, Sage.
- Gawande, A. (2001). The man who couldn't stop eating. *The New Yorker*. July 19; 66-73.
- Gendall, K.A., Joyce, P.R. y 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. y Heisler, S. (1984). Psychological assessment of morbidly obese patients undergoing bypass. A comparison of preoperative and postoperative adjustment. *Surgery*, 95, 215-220.
- González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A.L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. En Cohen, S. y Syme, S.L. (eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills: Sage.
- Grana, A.S., Coolidge, F.L. y Merwin, M.M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 762-765.
- Grande, F. y Keys, A. (1980). Body weight, body composition and calorie status. En Goodhart, R.S. y Shils, M.E. (eds.). *Modern nutrition in health and disease*. Philadelphia, Lea and Febiger: 3-34.
- Green, A.E., Dymek-Valentine, M., Pytluk, S., Le Grange, D. y Alverdy, J. (2004). Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obesity Surgery*, 14, 975-985.
- Greenstein, R. (2007). Reporting weight loss (Letter). *Obesity Surgery*, 17, 1275-6.
- Grilo, C.M. y 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. y 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.

- Guisado, J.A., y 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., Béjar, A., Casado M. y Rubio, M.A. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida postcirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13, 29-34.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., Alarcón, J. López-Ibor, J.J. Jr., Rubio, M.A. y Gaité, L. (2002). Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 835-840.
- Halverson, J.D. y Brown, C.A. (2000). An analysis of vomiting behavior after gastric stapling for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 10, 133.
- Hirsch, J. y Batchelor, B. (1976). Adipose tissue cellularity in human obesity. *Clin Endocrinol Metab* 1976; 5, 299-311. Foster, D.W. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and bulimia. En Wilson, J.D. y Foster, D.W. (eds.). *Textbook of endocrinology*, 8th edition. Philadelphia, Saunders Company, 1992; 1335-1365.
- Lakka, H.M. y Bouchard, C. (2009). Etiología de la obesidad. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Herman, C.P., y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En Stunkard, A. J. y Stellar, E. (eds.). *Eating and its disorders* (pp. 141-156). New York: Raven Press.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A.M., Langkafel, M., Senf, W. y 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. y 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. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.

- Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White, M.A., Rothschild, B.S., Burke-Martindale, C.H. y 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. y 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. y Benotti, P.N. (1997). Eating disorders and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 385-390.
- Hsu, L.K., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa, S., Rand, W., Fairburn, C.G., Rolls, B. McCrory, M.A., Saltzman, E. Shikora, S., Dwyer, J. y Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26 (10), 1398-1403.
- Hutcher, N.E. (2009). Incidencia prevalencia y demografía de la obesidad. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Ibáñez, E. (1994). Psicología y obesidad. En *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ikramuddin, S. (2009). Metabolismo energético y bioquímica de la obesidad. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Levine, M.D., Courcoulas, A.P., Pilkonis, P.A., Ringham, R.M., Soulakova, J.N., Weissfeld, L.A. y Rofey, D.L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status *American Journal of Psychiatry*, 164, 328-334.
- Kalarchian, M.A., Wilson, G.T., Brolin, R.E. y Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 4, 1-5.
- Kaplan, H.B. y Pokorny, A.D. (1969). Self derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421-434.
- Kirchner, T., Forns, M. y 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.

- Krotkiewski, M., Björntorp, P., Sjöstrom, L. y Smith, U. (1983). Impact of obesity on metabolism in men and women. *Journal Clinical Investigation*, 72, 1150.
- Kremen, A.J., Linner, J.H. y Nelson, C.H. (1954). An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. *Annals Surgery*, 140, 439-48.
- Kelner, K. y Helmuth, L. (2003). Obesity --- what is to be done?. *Science*, 299, 845.
- Karlsson, J., Sjöström, L. y 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.
- Karlsson, J., Persson, L.O., Sjöstrom, L., y 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. *International Journal of Obesity y Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 24 (12), 1715-1725.
- Kernis, M.H., Granneman, B.D. y 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. y 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. y Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 1609-1614.
- Kinzl, J.F., Traweger, C., Trefalt, E. y Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 13, 105-110.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Puccetti, M.C. y Zola, M.A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. *Journal of Psy - chosomatic Research*, 29, 525-533.
- Korenkov, M., Kneist, W., Heintz, A. y Junginger, T. (2004). Laparoscopic gastric banding as a universal method for the treatment of patients with morbid obesity. *Obesity Surgery*, 14, 1123-1127.

- Kral, J.G. (2001). Selection of patients for anti-obesity surgery. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21, S107-S112.
- Kral, J.G. (2001). Morbidity of severe obesity. *Surgical Clinic North America*, 81, 1039-1061.
- Lakka, H.M. y Bouchard, C. (2009). Etiología de la obesidad. En *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Lanyon, R.I., Maxwell, B. y Kraft A.J. (2009). Prediction of Long-term outcome after gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 19, 439-445.
- Larsen, J.K., Geenen, R, Maas, C. de Wit, P., van Antwerpen, T., Brand, N. Y 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., van Ramshorst, B., Geenen, R., Brand, N., Stroebe, W. y 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. y Torgerson, S. (1989). Personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective study. *Journal Psychosomatic Research*, 33, 323-334.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.C. y Deutchman, D.E. (eds.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, Academic Press.
- Lazarus, R. S. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En Pervin L.A. y Lewia, M. (eds.). *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). London Plenum Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leibowitz, S.F. y Wortley, K.E. (2004). Hypothalamic control of energy balance: different peptides, different functions. *Peptides*, 25, 473-504.
- Legenbauer, T., Vocks, V., Betz, S., Báguena, M.J., Benecke, A., Troje, N.F. y Rüdell, H. (2010). Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid Binge Eating Disorder: An exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behavior Modification*, 35(2), pp. 162-186.

- Le Grange, D., Gorin, A., Catley, D., y Stone, A.A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview?. *European Eating Disorders Review*, 9, 309-324.
- Lin, N. (1986). Conceptualising social support. En Lin, N., Dean, A. y Ensel, T.W. (eds.). *Social support, life events and depression* (pp. 103-105). Nueva York: Academic Press.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, T.W. (1986). *Social support strategies, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Lindsay, E.B., Meana, M. y Barry, L.F. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 52, Issue 3, pp.155-165.
- Maddi, S.R., Fox, S.R., Khoshaba, D.M., Harvey, R.H., Lu, J.L. y Persico, M. (2001). Reduction in psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 11, 680-685.
- Mahony, D. (2008). Psychological gender differences in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 18, 607-610.
- Magdaleno, Jr R., Chaim, E.A., Pareja, J.C. y Turato, E.R. (2009). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? a qualitative research brazilian women. *Obesity Surgery*. doi: 10.1007/s11695-009-9824-8.
- Maggard, M.A., Schugarman, L.R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H.J., Livingston, E.H., Nguyen, N.T., LI, Z., Mojica, W.A., Hilton, L., Rhodes, S., Morton, S.C. y Shekelle, P.G. (2005). Meta-Analysis: Surgical Treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142, 547-59.
- Mamplekou, E., Komesidou, V., Bissias, Ch., Papakonstantinou, A. y 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. y Grilo, C.M. (2007). Do patients' unrealistic weight goals have prognostic significance for bariatric surgery?. *Obesity Surgery*, 17, 74-81.
- Martínez, J.F., Ibáñez, E., Ortega, J., Sala, C. y Carmena, R. (2002). Tratamiento de la obesidad: Dieta, terapia psicológica y comportamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y quirúrgico. *Medicine* (Ed. Española), 8 (86), 4642-50.

- Mason, E.E. (2009). Perspectivas históricas. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mitchell, J.E., Lancaster, K.L., Burgard, M.A., Howell, L.M., Krahn, D.D., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A. y Gosnell, B.A. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 11, 464-468.
- Moizé, 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.
- Molinari, E., Ragazzoni, P., y Morosin, A. (1997). Psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder and bulimic subjects. *Psychological Reports*, 3 (2), 1327-1340.
- Molinero, L.M. (1998). Cuestionario de salud. Asociación de la sociedad española de hipertensión.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes work web?. *Journal Interprofessional Care*, 15, 29-35.
- National Institute of Health (NIH) (1991). NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. Dec 15;115 (12), 956-61.
- Newby, P.K., Muller, D., Hallfrisch, J., Qiao, N., Andres, R y Tucker, K.L. (2003). Dietary patterns and changes in body mass index and waist circumference in adults. *American Journal Clinical Nutrition*, 77, 1417-1425.
- North American Association for the Study of Obesity (NAASO) and the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (Sept. 1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The evidence Report, National Institutes of Health Pub 98-4083. Bethesda, MD, National Institutes of Health.
- North American Association for the Study of Obesity (NAASO) and the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (Oct. 2012). The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health Pub 00-4084. Bethesda, MD, National Institutes of Health.

- 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. y 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.
- Ocón, J., Pérez, S., Gimeno, S., Benito, P. y García, R. (2005). Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 20, 409-14.
- Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. y Patel, A. (2005). Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: a quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery*, 15, 266-272.
- Ortega, J., Cassinello, N., Baltasar, A. y Torres, A.J. (2012). Recomendaciones para el manejo perioperatorio de los pacientes de cirugía bariátrica. Resultados de una encuesta nacional. *Cirugía española*, 90 (6), 355-62.
- Ortega, J., Fernández, R., Álvarez, S., Cassinello, N. y Báguena, M.J. (2012). Predictors of psychological symptoms in morbid obese patients after gastric by-pass surgery. *Surgery For Obesity And Related Diseases*. 8, 770-776.
- Orzano, A.J. y Scott, J.G. (2004). Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review. *Journal of the American Board of Family Practice*, 17(5), 359-369.
- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., de Rosendo, J.M. y Usán, L.A. (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.
- Pekkarién, T., Koskela, K., Huikuri, K. y Mustajoki, P. (1994). Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: Binge-eating as a predictor of poor outcome. *Obesity Surgery*, 4, 248-255.
- Perugini, R.A., Mason, R., Czerniach, D.R., Novitsky, Y.W., Baker, S., Litwin, D.E. y Kelly, J.J. (2003). Predictors of complication and suboptimal weight loss after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a series of 188 patients. *Archives of Surgery*, 138, 541-546.
- Pessina, A., Andreoli, M. y Vassallo, C. (2001). Adapatability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obesity Surgery*, 11, 459-463.
- Podnos, Y.D., Jiménez, J.C., Wilson, S.E., Stevens, C.M. y Nguyen, N.T. (2003). Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Archives of Surgery*, 138 (9), 957-61.

- Polivy, J., y Herman, P. (2002). Experimental studies of dieting. En Fairburn, C. y Brownell, K.D. (eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2a ed. pp.84-88). New York: The Guilford Press.
- Pories, W.J., Swanson, M.S., Mac Donald, K.G., Long, S.B., Morris, P.G., Brown, B.M., Barakat, H.A., de Ramon, R.A., Israel, G. y Dolezal J.M. (1995). Who would have Thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Annals of Surgery*, 222, 339-350.
- Powers, P.S., Rosemurgy, A., Boyd, F. y Pérez, A. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obesity Surgery*, 7, 471-477.
- Purtilo, R.B. (1994). Interdisciplinary health care teams and health care reform. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 22, 121-126.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7, 51-66.
- Rabner, J.G., Dalton, S. y Greenstein, R.J. (1993). Obesity surgery: dietary and psychosocial expectations and reality. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 60, 305-310.
- Rand, C.S. y 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.
- Ravussin, E., Lillioja, M.B., Knowler, W.C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, G.H., Boyce, V., Howard, B., y Bogardus C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body weight gain. *New England Journal Medicine*, 318, 467-71.
- Ravussin, E., Lillioja, M.B., Anderson, T.E., Christin, L. y Bogardus, C. (1986). Determinants of 24-hours energy expenditure in man. Methods and results using a respiratory chamber. *Journal of Clinical Investigation*, 78, 1568-1578.
- Roa, P., Kaidar-Person, O., Pinto, D., Cho, M., Szomstein, S. y Rosenthal, R. (2006). Laparoscopic sleeve gastrectomy as treatment for morbid obesity: technique and short-term outcome. *Obesity Surgery*, 16, 1323-6.
- Ray, E.C., Nickels, M.W., Sayeed, S. y Sax, H.C. (2003). Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery*, 134, 555-563.

- Renquist, K.E., Mason, E.E., Tang, S., Cullen, J.J., Doherty, C. y Maher, J.W. (1996). Pay status as a predictor of outcome in surgical treatment of obesity. *Obesity Surgery*, 6, 224-232.
- Robins, R.W., Hendin, H.M. y 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, A., Pinzón, S.A., Maiquez, A., Herrera, J., De Benito, M. y Cuesta, 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.
- Rojo, F., Fernández-Mayoralas, G., Pozo, E. y Rojo, J. M. (2002). *Envejecer en casa. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Monografías 23.
- Rosenbaum, M. y Leible, R.L. (1998). Pathophysiology of childhood obesity. *Advances in Pediatrics*, 35, 73-137.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, P.H., Henderson, K.E. y Grilo, C.M. (2006). Correlates of body image dissatisfaction in extremely obese female bariátrica surgery candidates. *Obesity Surgery*, 16, 1331-1336.
- Ross, R. y Janssen, I. (2001). Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. *Medicine and Science in Sports and exercise*, 33, S521-S527; discussion S528-S529.
- Rowe, J.L., Downey, J.E., Faust, M. y Horn, M.J. (2000). Psychological and demographic predictors of successful weight loss following silastic ring vertical stapled gastroplasty. *Psychological Reports*, 86, 1028-1036.
- Rubio, M.A. (2006). *Manual de obesidad mórbida*. Editorial médica panamericana. Madrid.
- Ruiz, M.A., Berrocal, C. y Valero, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14, 577-582.
- Ruiz, M.A., Berrocal, C. y Valero, L. (2002). Psicopatología y calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 53-79.

- Sabbioni, M.E., Dickson, M.H., Eychmuller, S., Franke, D., Goetz, S., Hürny, C., Naef, M., Balsiger, B., de Marco, D., Bürgi, U. y Büchler, M.W. (2002). Intermediate results of health related quality of life after vertical banded gastroplasty. *International Journal of Obesity*, 26, 277-280.
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R.M., Figueras, M., Torrás, J. y 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.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. y Morris, D.W. (1996). Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 117-118.
- Santos, M. Richards, C.S. y Beckley, M.K. (2007). The comorbidity between depresión and eating disorders adolescents. *Coma Behaviour*, 8(4), 440-449.
- Santry, H., Alverdy, J.C. y Prachand, V. (2009). Selección de pacientes para cirugía bariátrica. En Bouchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (eds.). *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Saris, W.H., Blair, S.N., van Baak, M.A., Eaton, S.B. Davies, P.S., Di Pietro, L. Fogelholm, M., Rissanen, A., Schoeller, D., Swinburn, B., Tremblay, A., Westerterp, K.R. y Wyatt, H. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 4, 101-114.
- 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.
- Schok, M., Geenen, R., van Antwerpen, T., de Wit, P., Brand, N. y 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.
- Seed, P.H. y Lloyd, G. (1997). *Quality of life*. London. Jessica Kingsley Publ.
- 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.

- Sétien, M. L. (1993): *Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. Madrid, C.I.S. y Siglo XXI.
- Seidell, J.C. y Deerenberg, I. (1994). Obesity in europe: prevalence and consequences for use of medical care. *Pharmacoeconomics*, 5 (Suppl 1), 38-44.
- Shai, I., Henkin, Y., Weitzman, S. y Levi, I. (2003). Determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 13, 269-274.
- Sherbourne, CD. y Stewart, AL. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-14.
- Shevlin, M., Bailey, F, y Adamson, G. (2002). Examining the factor structure and sources of differential functioning of the Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Personality and Individual Differences*, 32, 479-487.
- Silverstone, P.H. y 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.
- Skager, R. y Kerst, E. (1989). Alcohol and drug use and self-esteem: a psychological perspective. En Mecca, A.M., Smelser, N.J., Vasconcellos, J. (eds.). *The social importance of self-esteem* (pp. 248-293). Berkeley: University of California Press.
- Smiertka, J.K. y MacPherson, B.H. (1995). Bariatric surgery and postoperative bahavioral change: The importance of ongoing assessment and teaching. *Obesity Surgery*, 5, 337-342.
- Sogg, S. y De Anna, L.M. (2004). The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. *Obesity Surgery*, 14, 370-380.
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, v.24, n.3, pp. 384-389.
- Spindler, A. y Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviours*, 8 (3), 364-73.
- Steinbrook R. (2004). Surgery for severe obesity. *New England Journal of Medicine*, 350, 1075-9.
- Stunkard, A.J. y 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., y Messick, S. (2008). The Three-Factor eating questionnaire (TFEQ) or Eating inventory. En Rush, J., First, M.B., y Blacker, D. (eds.). *Handbook of psychiatric measures* (2a ed., pp. 631-633). USA: American Psychiatric Publishing.
- Stunkard, A.J. y Wadden, T.A. (1993). *Obesity: Theory and Therapy*, ed 2. New York, Raven Press.
- Stunkard, A.J. y Allison, K.C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 1-12.
- Stunkard, A.J., Soresen, T.I., Hanis, C., Teasdale, T.W., Chakraborty, C., Schull, W.J. y Schulsinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *New England Journal of Medicine*, 314, 193-198.
- Sjöström, L.V. (1992). Mortality of severely obese subjects. *American Journal Clinical Nutrition*, 55, 516S-523S.
- Solomon, C.G. y Manson, J.E. (1997). Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. *American Journal Clinical Nutrition*, 66, 1044S-1050S.
- Soriguer, F.J.C. (1994). *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz de Santos
- Soriguer, F.J.C., Esteve, I. y Muñoz, A. (1994). Termogénesis y obesidad. En *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz de Santos.
- Spitzer, R.R., Devlin, M., Walsh, B.T. Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Stunkard, A.J., Stinnet, J.L. y Smoller, A.D. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *American Journal of Psychiatry*, 143, 417-429.
- Sullivan, M.B., Sullivan, L.G. y Kral, J.G. (1987). Quality of life assessment in obesity: physical, psychological, and social function. *Gastroenterology Clinics of North America*, 16, 433-442.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S., Jonsson, E., Larsson, B. y 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.

- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.
- Tsushima, W.T., Bridenstine, M.P. y Balfour, J.F. (2004). MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric by-pass surgery. *Obesity Surgery*, 14, 528-532.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Valiente, R., Sandin, B., Chorot, P. y Santed, M.A (1996). Versión española del cuestionario EPQR- *Abreviado: Datos preliminares con muestras españolas*. Póster. XXXII. Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Madrid.
- Vallis, T.M. y 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.
- Van Hout, C.G.M, Fortuin, F.A.M, Pelle, A.J.M, y van Heck, G.L. (2008). Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 18, 115-120.
- Van Hout, G.C., Leibbrandt, A.J., Jakimowicz, J.J., Smulders, J.F., Schoon, E.J., Van Spreeuwel, J.P. y Van Heck, G.L. (2003). Bariatric surgery and bariatric psychology: general overview and the Dutch approach. *Obesity Surgery*, 13, 926-31.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150.
- Wadden, T.A. y 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. y Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81, 1001-1024.
- Ware, J.E.Jr. (2000). Using generic measures of functional health and well-being to increase understanding of disease burden. *Spine (Philadelphia Pa 1976)*, 15;25(12), 1467.

Referencias Bibliográficas

- Wee, C.C., Jones, D.B., Davis, R.B., Bourland, A.C. y Hamel, M.B. (2006). Understanding patients' value of weight loss and expectations for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 16, 496-500.
- Wells, E.L. y Marwell, G. (1976). *Self-esteem: its conceptualisation and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wolf, A.M. y Colditz, G.A. (1994). The cost of obesity: the US perspective *Pharmacoeconomics*, 5, 34-37.
- World Health Organization MONICA Proyecto. (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.
- World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series, 894. Geneva.
- World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, 916. Geneva, World Health Organization.
- Yanovski, S., Leet, M., Yanovski, J.A., Flood, M., Gold, P.W., Kissileff, H.R. y Walsh, B.T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. y Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Zwaan de, M., Lancaster, K.L., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Manson, N., Roerig, J.L. y Crosby, R.D. (2002). Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 12, 773-780.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A: CUESTIONARIOS

A.1. ENTREVISTA BOSTON Y ACTIVIDAD FÍSICA

A.2. EPQ-R

A.3. COPE

A.4. MOS

A.5. TFEQ

A.6. AUTOESTIMA

A.7. SF-36

A.8. BSQ

A.9. SCL-90

A.1. ENTREVISTA BOSTON Y 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 = Si

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		

3) 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

<i>¿Sabe que sucede durante la operación de bypass gástrico? ¿Tiene el paciente una comprensión de la misma?</i>	
<i>¿Conoce los riesgos de cualquier operación importante o el uso de la anestesia general?</i>	
¿Comprende el paciente que el procedimiento quirúrgico implica anestesia general?	
<i>¿Qué es lo que usted conoce sobre los riesgos o efectos colaterales asociados con la operación de bypass gástrico?</i>	
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 Hierro, vitamina B12, ácido fólico, A, D, E - Corregidas por suplementos vitamínicos Porque el BPG supone un acortamiento del intestino	
Fracaso en la pérdida de peso Un promedio del 15% de los pacientes no pierde peso (rango informado entre el 5-40%) El fracaso es más probable entre aquellos que comen continuamente o que comen alimentos líquidos/blandos o dulces	
- 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%)	
Calificación global del conocimiento del paciente de los riesgos y efectos colaterales del procedimiento	

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

¿Cuánto sabe en relación con lo que le sucederá después de la operación? 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)	
Calificación global del conocimiento del paciente sobre los cuidados postoperatorios	

4) 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

<p>¿Cuál será su dieta durante los próximos 3-4 meses?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
<p>¿Cuándo comience a comer alimentos sólidos, ¿cuáles podrá comer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	
<p>¿Qué alimentos debe limitar o evitar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, coca cola), bebidas deportivas, batidos. *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. - Alimentos obstructivos: carne roja grasa, panes hechos con harina refinada, fideos de diversos tipos, la pie de los gajos de cítricos. *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 intestino. 	
<p>¿Cuáles deben ser tus hábitos alimenticios óptimos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 6-8 comidas diarias. - Masticar - Aseguresé de dejar de comer cuando se siente lleno. - Porciones tamaño niño - 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. 	

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 comodo 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

¿Cuánto peso espera perder después de la operación? Idealmente el paciente perderá entre el 60-70% de exceso de peso corporal Este peso puede ser recuperado, si el paciente no se adhiere a una dieta estricta	
¿Cuánto tiempo le costará conseguir la máxima pérdida de peso? Más rápido durante los primeros meses después de la operación La máxima pérdida de peso puede costar dos años	

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 _____

Anexo A: Cuestionarios

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

5. ¿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. ¿Cuánto tiempo camina al día como media?

0 = no camino nada

3 = entre 2 y 3 horas

1 = entre 30 minutos y 1 hora

4 = más de 3 horas

2 = entre 1 y 2 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

A.2. EPQ-R

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que tienen que ver con su modo de pensar, sentir y comportarse. No existen respuestas correctas o incorrectas. Los fines que persigue esta prueba son estrictamente científicos. Su tarea consiste en marcar aquella alternativa que más corresponda con su manera de ser en la vida diaria.

1. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?	Si	No
2. ¿Es usted una persona conservadora, locuaz?	Si	No
3. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin razón alguna?	Si	No
4. ¿Es usted una persona animada?	Si	No
5. ¿Es usted una persona irritable?	Si	No
6. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?	Si	No
7. ¿Se siente herido con facilidad?	Si	No
8. Normalmente ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	Si	No
9. ¿Se siente a menudo harto "hasta la coronilla"?	Si	No
10. ¿Toma usted por lo general la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Si	No
11. ¿Se considera usted una persona nerviosa?	Si	No
12. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Si	No
13. ¿Se considera usted una persona intranquila?	Si	No
14. ¿Tiende usted a mantenerse en un segundo plano en los acontecimientos sociales?	Si	No
15. ¿Se considera usted una persona tensa, irritable, de "poco aguante"?	Si	No
16. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Si	No
17. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si	No
18. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si	No
19. ¿Sufre usted de los nervios?	Si	No
20. ¿Permanece usted generalmente callado cuando está con otras personas?	Si	No
21. ¿Se siente a menudo solo?	Si	No
22. ¿Piensan otras personas que usted es muy enérgico y activo?	Si	No
23. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?	Si	No
24. ¿Es usted capaz de organizar una fiesta?	Si	No

A.3. 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

Anexo A: Cuestionarios

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
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

Anexo A: Cuestionarios

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

A.4. 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

Anexo A: Cuestionarios

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

A.5. 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		

Anexo A: Cuestionarios

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		

A.6. 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

A.7. 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

A.8. 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

Anexo A: Cuestionarios

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

A.9. 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

Anexo A: Cuestionarios

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 usted	0	1	2	3	4
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

Anexo A: Cuestionarios

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

Anexo A: Cuestionarios

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

ANEXO B: TABLAS

Tabla B.1. Matriz de correlaciones (antes de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90 (N = 30).

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ Deseo de perder peso	BSQ Preocupación por el peso
TFEQ Restricción	.12								
TFEQ Desinhibición	-.37*	-.01							
Autoestima	-.07	.13	-.13						
BSQ Insatisfacción corporal	-.07	.37*	.40*	-.24					
BSQ Miedo a engordar	-.04	.42*	.47**	.09	.74***				
BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	-.16	.28	.43*	-.21	.93***	.68***			
BSQ Deseo de perder peso	-.16	.29	.26	-.16	.92***	.68***	.86***		
BSQ Preocupación por el peso	-.15	.33	.40*	-.15	.97***	.79***	.96***	.95***	
BSQ Puntuación total	-.10	.36	.41*	-.21	.99***	.77***	.95***	.94***	.99***

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ_Miedo a engordar	BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ_deseo de perder peso	BSQ_preocupación por el peso	BSQ Puntuación total
SF-36 Funcionamiento físico	.01	-.05	-.63***	.14	-.11	-.23	.01	-.03	-.05	-.09
SF-36 Rol físico	.02	-.25	-.53**	.38*	-.45*	-.38*	-.34	-.32	-.37*	-.42*
SF-36 Dolor corporal	.03	-.12	-.46*	.14	-.33	-.26	-.26	-.24	-.27	-.31
SF-36 Salud general	.07	-.30	-.59**	.20	-.52**	-.49**	-.40*	-.45*	-.47**	-.50**
SF-36 Vitalidad	.26	-.23	-.18	.06	-.19	-.10	-.09	-.27	-.17	-.18
SF-36 Funcionamiento social	.19	-.09	-.66***	.41*	-.60**	-.50**	-.47**	-.47**	-.51**	-.57**
SF-36 Rol emocional	.07	-.16	-.37*	.32	-.53**	-.41*	-.46*	-.46*	-.49**	-.52**
SF-36 Salud mental	.29	-.08	-.40*	.22	-.55**	-.50**	-.48**	-.57**	-.56**	-.56**
SF-36 Puntuación total salud física	.20	-.30	-.09	-.35	-.17	-.24	-.11	-.22	-.19	-.18
SF-36 Puntuación total salud mental	.48**	-.22	-.58**	-.02	-.49**	-.39*	-.40*	-.48**	-.46*	-.48**

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso	BSQ Puntuación Total
SCL-90 Somatización	-.28	.25	.54*	-.25	.69***	.52**	.60***	.59**	.63***	.67***
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.29	.28	.54*	-.16	.71***	.57**	.64***	.66***	.69***	.71***
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.23	.20	.60***	-.43*	.74***	.55**	.65***	.64***	.68***	.72***
SCL-90 Depresión	-.27	.16	.59**	-.39*	.71***	.53**	.62***	.60***	.65***	.69***
SCL-90 Ansiedad	-.28	.30	.49**	-.22	.73***	.59**	.63***	.71***	.71***	.73***
SCL-90 Hostilidad	-.31	.06	.45*	-.26	.59**	.43*	.57**	.56**	.59**	.59**
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.30	.28	.55**	-.21	.69***	.61***	.62***	.65***	.68***	.69***
SCL-90 Ideación paranoide	-.25	.35	.61***	-.29	.77***	.56**	.69***	.69***	.72***	.76***
SCL-90 Psicoticismo	-.35	.19	.58**	-.26	.71***	.54**	.66***	.67***	.69***	.71***
SCL-90 depresión melancólica	-.07	.28	.43*	-.33	.59**	.43*	.49**	.42*	.49**	.56**
SCL-90 Índice de gravedad global	-.29	.25	.58**	-.30	.75***	.57**	.66***	.66***	.70***	.73***

Anexo B: Tablas

	SF-36 Rol físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física
SF-36 Rol físico	.60***								
SF-36 Dolor corporal	.52**	.76***							
SF-36 Salud general	.61***	.70***	.61***						
SF-36 Vitalidad	.28	.38*	.29	.31					
SF-36 Funcionamiento social	.58**	.72**	.53**	.78***	.26				
SF-36 Rol emocional	.20	.71***	.42*	.52**	.42*	.61***			
SF-36 Salud mental	.27	.34	.28	.47**	.31	.58**	.62***		
SF-36 Puntuación total salud física	.03	.12	.15	.18	.40*	-.10	.12	-.11	
SF-36 Puntuación total salud mental	.31	.34	.35	.59**	.45*	.51**	.48**	.57**	.41*

Anexo B: Tablas

	SF-36 Funcionamiento físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física	SF-36 Puntuación total salud mental
SCL-90 Somatización	-.40*	-.69***	-.62***	-.77***	-.35	-.75***	-.77***	-.73***	-.19	-.72***
SCL-90 Obsesión- Compulsión	-.38*	-.50**	-.47**	-.70***	-.37*	-.69***	-.65***	-.76***	-.22	-.81***
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.36*	-.61***	-.50**	-.74***	-.28	-.80***	-.67***	-.73***	-.08	-.66***
SCL-90 Depresión	-.38*	-.63***	-.46*	-.71***	-.30	-.83***	-.73***	-.81***	-.02	-.63***
SCL-90 Ansiedad	-.32	-.54*	-.39*	-.66***	-.39*	-.68***	-.77***	-.87***	-.16	-.75***
SCL-90 Hostilidad	-.21	-.44*	-.38*	-.62***	-.24	-.60**	-.67***	-.74***	-.08	-.67***
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.27	-.37*	-.18	-.64***	-.22	-.67***	-.56**	-.77***	-.18	-.69***
SCL-90 Ideación paranoide	-.39*	-.58**	-.51**	-.71***	-.34	-.73***	-.62***	-.70***	-.21	-.74***
SCL-90 Psicoticismo	-.30	-.50**	-.46*	-.60***	-.37*	-.64***	-.69***	-.79***	-.22	-.78***
SCL-90 depresión melancólica	-.36	-.61***	-.48**	-.68***	-.18	-.62***	-.65***	-.68***	-.03	-.58**
SCL-90 Índice de gravedad global	-.37*	-.60***	-.49**	-.74***	-.34	-.77***	-.74***	-.82***	-.15	-.75***

Tabla B.2. Matriz de correlaciones (a los 6 meses de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90 (N = 30).

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso
TFEQ Restricción	.14								
TFEQ Desinhibición	.03	.47**							
Autoestima	-.19	-.21	-.45*						
BSQ Insatisfacción corporal	.20	.60***	.52**	-.27					
BSQ Miedo a engordar	.10	.63***	.41*	-.05	.85***				
BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	.16	.57**	.50**	-.24	.94***	.78***			
BSQ Deseo de perder peso	.17	.57**	.47**	-.19	.92***	.85***	.92***		
BSQ Preocupación por el peso	.16	.61***	.49**	-.20	.96***	.87***	.97***	.98***	
BSQ Puntuación total	.18	.61***	.51**	-.24	.99***	.87***	.96***	.96***	.99***

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso	BSQ Puntuación total
SF-36 Funcionamiento físico	.04	.15	-.27	.27	-.10	.11	-.10	.02	-.02	-.07
SF-36 Rol físico	.21	.29	.03	.09	-.12	-.01	-.05	-.02	-.04	-.09
SF-36 Dolor corporal	-.13	.23	-.05	.10	-.02	.07	.04	.07	.06	.02
SF-36 Salud general	.17	.36	-.08	.14	.12	.28	.17	.18	.20	.15
SF-36 Vitalidad	.05	.36	-.13	.18	.04	.21	.09	.10	.12	.07
SF-36 Funcionamiento social	.20	.44*	.09	.14	.03	.14	.10	.18	.14	.08
SF-36 Rol emocional	.33	.35	.24	-.17	.15	.18	.21	.17	.20	.17
SF-36 Salud mental	.21	.60**	.13	-.08	.35	.44*	.37*	.35	.39*	.37*
SF-36 Puntuación total salud física	.07	.33	-.12	.18	-.02	.15	.04	.08	.07	.02
SF-36 Puntuación total salud mental	.25	.54**	.07	.06	.17	.31	.23	.25	.26	.21

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso	BSQ Puntuación Total
SCL-90 Somatización	-.18	-.10	.17	-.17	.23	.14	.26	.26	.25	.24
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.28	.07	.34	-.10	.42*	.32	.40*	.32	.37*	.40*
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.13	.27	.49**	-.22	.55**	.37*	.53**	.52**	.52**	.55**
SCL-90 Depresión	-.31	-.11	.21	-.11	.15	.11	.12	.11	.12	.14
SCL-90 Ansiedad	-.33	-.05	.16	-.05	.23	.22	.18	.20	.20	.22
SCL-90 Hostilidad	-.28	.10	.15	.01	.19	.13	.20	.24	.22	.21
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.43*	-.04	.03	.01	.22	.15	.12	.17	.15	.19
SCL-90 Ideación paranoide	-.21	.29	.51**	-.18	.49**	.44*	.50**	.53**	.52**	.51**
SCL-90 Psicoticismo	-.27	.18	.33	-.23	.34	.31	.28	.33	.32	.33
SCL-90 depresión melancólica	-.18	.13	.48**	-.31	.33	.24	.30	.30	.30	.32
SCL-90 Índice de gravedad global	-.29	.05	.32	-.16	.34	.26	.32	.32	.32	.34

Anexo B: Tablas

	SF-36 Funcionamiento físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física
SF-36 Rol físico	.61***								
SF-36 Dolor corporal	.70***	.52**							
SF-36 Salud general	.72***	.43*	.61***						
SF-36 Vitalidad	.70***	.57**	.71***	.51**					
SF-36 Funcionamiento social	.59**	.83***	.58**	.56**	.59**				
SF-36 Rol emocional	.25	.76***	.18	.29	.20	.53**			
SF-36 Salud mental	.30	.53**	.41*	.43*	.50**	.59**	.61***		
SF-36 Puntuación total salud física	.89***	.75***	.88***	.78***	.85***	.76***	.39*	.52**	
SF-36 Puntuación total salud mental	.67***	.83***	.66***	.72***	.73***	.88***	.69***	.81***	.86***

Anexo B: Tablas

	SF-36 Funcionamiento físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física	SF-36 Puntuación total salud mental
SCL-90 Somatización	-.57**	-.53**	-.58**	-.46*	-.59**	-.53**	-.28	-.51**	-.66***	-.62***
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.54**	-.56**	-.40*	-.48**	-.46**	-.58**	-.30	-.29	-.58**	-.56**
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.35	-.32	-.21	-.41*	-.22	-.27	-.25	-.20	-.35	-.35
SCL-90 Depresión	-.55**	-.57**	-.52**	-.60***	-.47**	-.62***	-.43*	-.56**	-.65***	-.70***
SCL-90 Ansiedad	-.44*	-.61***	-.43*	-.51**	-.39*	-.58**	-.53**	-.52**	-.57***	-.66***
SCL-90 Hostilidad	-.18	-.25	-.11	-.33	-.17	-.21	-.31	-.19	-.24	-.31
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.19	-.40*	-.16	-.45*	-.24	-.43*	-.38*	-.29	-.33	-.47**
SCL-90 Ideación paranoide	-.16	-.13	-.00	-.24	-.07	-.07	-.07	-.04	-.14	-.13
SCL-90 Psicoticismo	-.30	-.34	-.12	-.41*	-.17	-.26	-.33	-.17	-.31	-.35
SCL-90 depresión melancólica	-.55**	-.54**	-.46*	-.54**	-.44*	-.53**	-.33	-.46*	-.60***	-.60***
SCL-90 Índice de gravedad global	-.48**	-.52**	-.40*	-.53**	-.41*	-.51**	-.38*	-.41*	-.56**	-.59**

Anexo B: Tablas

SCL-90 Obsesión-Compulsión	.78***	SCL-90 Somatización		SCL-90 Obsesión-Compulsión		SCL-90 Sensibilidad interpersonal		SCL-90 Depresión		SCL-90 Ansiedad		SCL-90 Hostilidad		SCL-90 Ansiedad fóbica		SCL-90 Ideación paranoide		SCL-90 Psicoticismo		SCL-90 Depresión melancólica
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	.63***				.80***															
SCL-90 Depresión	.86***				.85***	.74***														
SCL-90 Ansiedad	.83***				.87***	.78***	.96***													
SCL-90 Hostilidad	.59**				.69***	.75***	.60***	.68***												
SCL-90 Ansiedad fóbica	.57**				.73***	.75***	.72***	.78***												
SCL-90 Ideación paranoide	.54**				.73***	.86***	.59**	.65***	.81***											
SCL-90 Psicoticismo	.61***				.79***	.82***	.73***	.80***	.83***							.89***				
SCL-90 depresión melancólica	.78***				.77***	.75***	.87***	.84***	.50**	.55**	.59**	.68***								
SCL-90 Índice de gravedad global	.86***				.93***	.88***	.94***	.96***	.78***	.81***	.80***	.88***	.87***							

Tabla B.3. Matriz de correlaciones (al año de la operación): IMC, cuestionarios TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90 (N = 30).

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ_Miedo a engordar	BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ_deseo de perder peso	BSQ_preocupación por el peso
TFEQ Restricción	.16								
TFEQ Desinhibición	.05	.35							
Autoestima	-.35	.01	-.35						
BSQ Insatisfacción corporal	.14	.56**	.18	.02					
BSQ Miedo a engordar	-.14	.48**	.32	.03	.49**				
BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	.18	.70***	.31	.03	.90***	.48**			
BSQ Deseo de perder peso	.00	.64***	.09	.23	.82***	.64***	.78***		
BSQ Preocupación por el peso	.05	.71***	.24	.14	.89***	.72***	.91***	.95***	
BSQ Puntuación total	.10	.64**	.21	.07	.98***	.61***	.93***	.90***	.96***

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ_Miedo a engordar	BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ_deseo de perder peso	BSQ_preocupación por el peso	BSQ Puntuación total
SF-36 Funcionamiento físico	-.23	.03	.16	-.01	-.18	.11	-.16	-.05	-.07	-.14
SF-36 Rol físico	.04	.15	-.08	-.10	-.19	.07	-.22	-.03	-.09	-.15
SF-36 Dolor corporal	-.07	-.27	-.32	.13	-.29	-.11	-.33	-.23	-.28	-.29
SF-36 Salud general	-.12	-.27	-.04	.07	-.33	-.01	-.26	-.20	-.21	-.29
SF-36 Vitalidad	.20	-.13	-.13	-.31	-.36	-.18	-.34	-.37*	-.36*	-.37*
SF-36 Funcionamiento social	.09	-.04	-.10	.04	-.32	.06	-.18	-.09	-.11	-.24
SF-36 Rol emocional	.25	.06	-.21	-.17	-.05	.12	.05	.03	.06	-.01
SF-36 Salud mental	.08	-.07	-.11	-.40*	-.14	-.08	-.14	-.24	-.20	-.17
SF-36 Puntuación total salud física	-.04	-.14	-.15	-.04	-.36	-.05	-.36	-.24	-.28	-.34
SF-36 Puntuación total salud mental	.14	-.10	-.16	-.19	-.30	-.01	-.21	-.20	-.19	-.26

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso	BSQ Puntuación Total
SCL-90 Somatización	-.32	.19	.07	.06	.39*	.24	.34	.41*	.40*	.41*
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.18	.32	.08	.08	.48**	.36	.45*	.38*	.45*	.48**
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.18	.22	.16	.02	.49**	.31	.43*	.50**	.49**	.51**
SCL-90 Depresión	-.26	.26	.10	.12	.43*	.28	.39*	.42*	.43*	.44*
SCL-90 Ansiedad	-.33	.18	.02	.20	.37*	.28	.30	.33	.35	.37*
SCL-90 Hostilidad	-.41*	.01	-.08	.12	.16	.19	.11	.30	.23	.20
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.39*	.09	-.05	.19	.32	.23	.24	.27	.28	.31
SCL-90 Ideación paranoide	-.20	.34	.18	.05	.55**	.29	.45*	.52**	.51**	.55**
SCL-90 Psicoticismo	-.28	.17	.06	.07	.39*	.28	.34	.42*	.41*	.41*
SCL-90 depresión melancólica	-.06	.37*	.11	.02	.37*	.39*	.35	.33	.39*	.39*
SCL-90 Índice de gravedad global	-.28	.25	.08	.11	.45*	.32	.39*	.44*	.45*	.46*

Anexo B: Tablas

	SF-36 Funcionamiento físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física	SF-36 Puntuación total salud mental
SCL-90 Somatización	-.17	-.41*	-.46*	-.52**	-.75***	-.57**	-.43*	-.57**	-.63***	-.72***
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.17	-.50**	-.32	-.54**	-.68***	-.65***	-.45*	-.51**	-.59**	-.73***
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.20	-.46**	-.39*	-.60***	-.68***	-.52**	-.46*	-.59**	-.62***	-.72***
SCL-90 Depresión	-.18	-.58**	-.38*	-.54**	-.75***	-.67***	-.50**	-.70**	-.65***	-.81***
SCL-90 Ansiedad	-.20	-.58**	-.34	-.51**	-.73***	-.69***	-.50**	-.69***	-.63***	-.81***
SCL-90 Hostilidad	-.18	-.36	-.09	-.46*	-.45*	-.39*	-.32	-.47**	-.39*	-.53**
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.22	-.37*	-.10	-.63***	-.54**	-.57**	-.36*	-.48**	-.47**	-.66***
SCL-90 Ideación paranoide	-.14	-.40*	-.46*	-.62***	-.68***	-.60**	-.48**	-.45*	-.62***	-.72***
SCL-90 Psicoticismo	-.30	-.52**	-.29	-.62***	-.63***	-.54**	-.39*	-.50**	-.62***	-.68***
SCL-90 depresión melancólica	-.07	-.49**	-.44*	-.46*	-.52**	-.51**	-.29	-.48**	-.55**	-.58**
SCL-90 Índice de gravedad global	-.20	-.54**	-.38*	-.60***	-.74***	-.65***	-.48**	-.63***	-.66***	-.79***

Tabla B.4. Matriz de correlaciones (a los 4 años de la operación): IMC, TFEQ, Autoestima, BSQ, SF-36 y SCL-90 (N = 30).

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ_Miedo a engordar	BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ_deseo de perder peso	BSQ_preocupación por el peso
TFEQ Restricción	.05								
TFEQ Desinhibición	.05	.37*							
Autoestima	.16	-.09	-.05						
BSQ Insatisfacción corporal	.06	.18	.46*	-.23					
BSQ_Miedo a engordar	.20	.28	.23	-.17	.61***				
BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	.14	.26	.42*	-.31	.91***	.65***			
BSQ Deseo de perder peso	-.02	.38*	.48**	-.34	.88***	.72***	.90***		
BSQ Preocupación por el peso	.09	.33	.44*	-.32	.91***	.79***	.96***	.97***	
BSQ Puntuación total	.08	.26	.46**	-.28	.98***	.71***	.96***	.95***	.97***

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ_Miedo a engordar	BSQ_Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ_deseo de perder peso	BSQ_preocupación por el peso	BSQ Puntuación total
SF-36 Funcionamiento físico	-.23	-.11	-.15	.11	-.36	-.48*	-.27	-.27	-.33	-.35
SF-36 Rol físico	.05	-.24	-.25	.01	.15	.06	.15	.14	.14	.15
SF-36 Dolor corporal	.17	-.03	.09	.18	-.02	.07	.03	.03	.04	.01
SF-36 Salud general	.08	-.24	-.50**	.05	-.26	-.32	-.18	-.27	-.25	-.26
SF-36 Vitalidad	.30	-.29	-.43*	.14	-.23	-.17	-.21	-.25	-.24	-.24
SF-36 Funcionamiento social	.45*	-.24	-.03	.34	-.22	.07	-.22	-.26	-.20	-.22
SF-36 Rol emocional	.13	-.40*	-.26	.36	-.09	-.08	-.15	-.19	-.17	-.13
SF-36 Salud mental	.39*	-.35	-.35	.51**	-.03	-.13	-.06	-.18	-.13	-.08
SF-36 Puntuación total salud física	.09	-.31	-.16	.21	-.14	-.20	-.11	-.13	-.14	-.15
SF-36 Puntuación total salud mental	.40*	-.41*	-.33	.43*	-.18	-.10	-.21	-.28	-.23	-.21

Anexo B: Tablas

	IMC	TFEQ Restricción	TFEQ Desinhibición	Autoestima	BSQ Insatisfacción corporal	BSQ Miedo a engordar	BSQ Sentimiento de baja autoestima debido a la apariencia	BSQ deseo de perder peso	BSQ preocupación por el peso	BSQ Puntuación Total
SCL-90 Somatización	-.31	.28	.43*	-.22	.30	.29	.21	.31	.28	.30
SCL-90 Obsesión-Compulsión	-.32	.37*	.38*	-.55**	.31	.32	.34	.40*	.38*	.35
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	-.23	.25	.38*	-.39*	.45*	.36	.47**	.42*	.46**	.47**
SCL-90 Depresión	-.35	.40*	.36*	-.43*	.26	.29	.32	.36	.35	.31
SCL-90 Ansiedad	-.43*	.25	.39*	-.44*	.20	.15	.20	.24	.22	.21
SCL-90 Hostilidad	-.39*	.18	.22	-.48**	.24	.15	.29	.26	.27	.26
SCL-90 Ansiedad fóbica	-.36	.03	.39*	-.39*	.22	.13	.18	.27	.22	.23
SCL-90 Ideación paranoide	-.25	.26	.35	-.42*	.28	.34	.32	.33	.35	.32
SCL-90 Psicoticismo	-.39*	.09	.24	-.44*	.16	.13	.17	.17	.18	.17
SCL-90 depresión melancólica	-.18	.43*	.51**	-.41*	.34	.37*	.34	.38*	.39*	.37*
SCL-90 Índice de gravedad global	-.36	.29	.40*	-.45*	.30	.28	.31	.35	.34	.33

Anexo B: Tablas

SF-36 Rol físico	.19	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física
SF-36 Dolor corporal	.26	.55**							
SF-36 Salud general	.30	.57**	.35						
SF-36 Vitalidad	.03	.44*	.39*	.42*					
SF-36 Funcionamiento social	-.20	.40*	.46*	.20	.62***				
SF-36 Rol emocional	.03	.27	.02	.23	.38*	.38*			
SF-36 Salud mental	-.01	.38*	.17	.33	.55**	.45*	.60**		
SF-36 Puntuación total salud física	.47**	.74***	.80***	.73***	.46*	.43*	.27	.35	
SF-36 Puntuación total salud mental	-.05	.47**	.32	.37*	.80***	.78***	.76***	.82***	.47**

Anexo B: Tablas

	SF-36 Funcionamiento físico	SF-36 Rol físico	SF-36 Dolor corporal	SF-36 Salud general	SF-36 Vitalidad	SF-36 Funcionamiento social	SF-36 Rol emocional	SF-36 Salud mental	SF-36 Puntuación total salud física	SF-36 Puntuación total salud mental
SCL-90 Somatización	-.05	-.28	-.35	-.35	-.68***	-.39*	-.31	-.67***	-.36	-.64***
SCL-90 Obsesión-Compulsión	.01	-.25	-.19	-.27	-.65***	-.60***	-.64***	-.80***	-.31	-.85***
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	.04	-.22	-.19	-.35	-.68***	-.58**	-.50**	-.67***	-.33	-.76***
SCL-90 Depresión	.02	-.28	-.19	-.19	-.68***	-.53**	-.57**	-.86***	-.28	-.83***
SCL-90 Ansiedad	.11	-.24	-.28	-.25	-.61***	-.51**	-.57**	-.81***	-.30	-.79***
SCL-90 Hostilidad	.17	-.10	-.23	-.29	-.58**	-.60***	-.50**	-.64***	-.32	-.74***
SCL-90 Ansiedad fóbica	.06	-.24	-.28	-.30	-.60***	-.54**	-.35	-.73***	-.28	-.69***
SCL-90 Ideación paranoide	-.02	-.28	-.13	-.39*	-.58**	-.50**	-.58**	-.72***	-.31	-.75***
SCL-90 Psicoticismo	.08	-.29	-.24	-.24	-.61***	-.60***	-.55**	-.74***	-.31	-.79***
SCL-90 depresión melancólica	-.08	-.32	-.19	-.42*	-.54**	-.40*	-.50**	-.70***	-.39*	-.68***
SCL-90 Índice de gravedad global	.03	-.28	-.25	-.32	-.69***	-.57**	-.56**	-.81***	-.35	-.83***

Anexo B: Tablas

SCL-90 Obsesión-Compulsión	SCL-90 Somatización	SCL-90 Obsesión-Compulsión	SCL-90 Sensibilidad interpersonal	SCL-90 Depresión	SCL-90 Ansiedad	SCL-90 Hostilidad	SCL-90 Ansiedad fóbica	SCL-90 Ideación paranoide	SCL-90 Psicoticismo	SCL-90 Depresión melancólica
.76 ^{***}	.76 ^{***}	.76 ^{***}	.87 ^{***}	.87 ^{***}	.83 ^{***}	.79 ^{***}	.76 ^{***}	.80 ^{***}	.74 ^{***}	.87 ^{***}
SCL-90 Sensibilidad interpersonal	.75 ^{***}	.90 ^{***}	.81 ^{***}	.87 ^{***}	.84 ^{***}	.82 ^{***}	.86 ^{***}	.80 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 Depresión	.82 ^{***}	.92 ^{***}	.87 ^{***}	.76 ^{***}	.84 ^{***}	.88 ^{***}	.86 ^{***}	.80 ^{***}	.74 ^{***}	
SCL-90 Ansiedad	.81 ^{***}	.88 ^{***}	.81 ^{***}	.87 ^{***}	.84 ^{***}	.82 ^{***}	.86 ^{***}	.80 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 Hostilidad	.66 ^{***}	.86 ^{***}	.88 ^{***}	.76 ^{***}	.83 ^{***}	.79 ^{***}	.86 ^{***}	.80 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 Ansiedad fóbica	.76 ^{***}	.80 ^{***}	.77 ^{***}	.77 ^{***}	.84 ^{***}	.79 ^{***}	.86 ^{***}	.80 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 Ideación paranoide	.71 ^{***}	.91 ^{***}	.91 ^{***}	.87 ^{***}	.77 ^{***}	.82 ^{***}	.76 ^{***}	.80 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 Psicoticismo	.70 ^{***}	.91 ^{***}	.88 ^{***}	.86 ^{***}	.84 ^{***}	.88 ^{***}	.86 ^{***}	.92 ^{***}	.93 ^{***}	
SCL-90 depresión melancólica	.77 ^{***}	.87 ^{***}	.79 ^{***}	.77 ^{***}	.79 ^{***}	.75 ^{***}	.67 ^{***}	.80 ^{***}	.74 ^{***}	
SCL-90 Índice de gravedad global	.86 ^{***}	.97 ^{***}	.93 ^{***}	.95 ^{***}	.93 ^{***}	.89 ^{***}	.87 ^{***}	.92 ^{***}	.93 ^{***}	.87 ^{***}