



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**INSATISFACCIÓN CORPORAL Y PREOCUPACIÓN POR EL PESO EN  
PACIENTES EN PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA  
BARIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en  
Clínica Mental

Shouly Niskhari Salas Serrada  
Susan Carolina Salazar Aldazoro

Tutor: Ernesto Rodriguez

Caracas, junio 2015

---

Dr. Ernesto Rodríguez  
Tutor

---

Dr. Ernesto Rodríguez  
Director del Curso (Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría)

---

Dra. María Alejandra Pulido  
Coordinador del Postgrado de Psiquiatría

---

Lic. Ana Teresa Hernández.  
Coordinadora del Postgrado de Clínica Mental

## DEDICATORIA

A mis padres: Zhulany Serrada y Jorge Salas  
Por su amor y apoyo incondicional en mi camino.

A mi hija: Sophia Iremi  
Por llenarme de dicha y felicidad;  
el regalo más hermoso que la vida ha podido darme  
Shouly Salas.

A mis padres: Eleonora Aldazoro y Miguel Salazar  
Por todo el amor y apoyo que siempre me han brindado.

A mi abuela: Mercedes Aldazoro  
Alguien muy especial en mi vida, una compañía incondicional.  
Susan Salazar.

A nuestras compañeras de residencia, Natalia Mudarra y Patricia Dolanyi  
Sin duda alguna más que colegas.  
“Cada mariposa ha echado volar... nuevos destinos nuevos caminos... mariposas  
que volarán separadas  
compartiendo por siempre un especial y Armonioso recuerdo”.  
Shouly Salas y Susan Salazar.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	31
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	37
REFERENCIAS	46
ANEXOS	52

## **INSATISFACCIÓN CORPORAL Y PREOCUPACIÓN POR EL PESO EN PACIENTES EN PERÍODO PRE Y POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

**Shouly Salas.** C.I.: 18.001.083. Sexo: Femenino, E-mail: shoulys@gmail.com. Telf: 0414.6634125. Dirección: Altamira Caracas. Curso de Especialización en Clínica Mental.

**Susan Salazar.** C.I.: 18.587.183. Sexo: Femenino, E-mail: susancsalazara@gmail.com. Telf: 0412.7945035. Dirección: Los Palos Grandes, Caracas. Curso de Especialización en Clínica Mental.

Tutor: **Ernesto Rodríguez.** C.I.: 4351436. Sexo: Masculino, E-mail: erodrigc@gmail.com. Telf: 04166234360. Dirección: Los Palos Grandes. Especialista en Psiquiatría.

### **RESUMEN**

El presente estudio se realizó con el objetivo de comparar la prevalencia de trastornos de la imagen corporal entre dos grupos de 30 pacientes cada uno con diagnóstico de obesidad mórbida, en período preoperatorio y postoperatorio de cirugía bariátrica, así como también, determinar la influencia de variables sociodemográficas tales como: nivel socioeconómico, nivel de instrucción y antecedentes personales y familiares médicos y psiquiátricos, en las variaciones de los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Se trató de una investigación no experimental, descriptiva correlacional de campo. Fue aplicado el inventario BSQ, que mide trastornos de la imagen corporal, a partir de dos factores, preocupación por el peso e insatisfacción corporal. Adicionalmente, se administró una breve entrevista para recolectar los datos sociodemográficos personales y familiares. En los resultados se obtuvo, con una diferencia estadísticamente significativa, que el grupo de pacientes en período postoperatorio presentó menores niveles de alteraciones en la imagen corporal en comparación con el grupo de pacientes en período preoperatorio, tanto en las puntuaciones totales del instrumento como en sus dos factores. En cuanto a las variables sociodemográficas, ninguna tuvo influencia estadísticamente significativa sobre los niveles de alteración en la imagen corporal. Se concluyó que la cirugía bariátrica tiene un efecto importante sobre las alteraciones de imagen corporal de los pacientes, notándose que después de la cirugía la prevalencia de trastornos de la imagen corporal es significativamente menor que en pacientes que se encuentran en período preoperatorio.

**PALABRAS CLAVES:** imagen corporal, obesidad, cirugía bariátrica, BSQ

# **BODY DISSATISFACTION AND WEIGHT CONCERN IN PATIENTS WHO WERE IN PERIOD PRE AND POSTOPERATIVE OF BARIATRIC SURGERY AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF CARACAS**

## **ABSTRACT**

This research was conducted with the aim to compare the prevalence of body image disorder between two groups, consisting of 30 patients each, with a diagnosis of morbid obesity, who were in preoperative and postoperative period of bariatric surgery, as well as identify the influence of sociodemographic variables such as: age, socioeconomic status, education level and both family and personal medical/ psychiatric history, in body dissatisfaction and weight concerns. This research was non experimental primarily focusing on descriptive correlational field research. The BSQ test was applied, which measures body image disturbance through two factors, weight concerns and body dissatisfaction. In addition, we administered a short interview to collect the sociodemographic data, family history, as well as medical and psychiatric history of each patient. The results showed a statistically significant difference between both groups regarding body image disorders. The postoperative group had lower levels of body image disorder compared to the preoperative group. This difference was evident in overall test scores and for each factor as well. None of the sociodemographic variables had a meaningful influence on the levels of body image disorder. In conclusion, the bariatric surgery has an important effect on body image, after the surgery, the prevalence of disorders of body image is markedly less than before this medical intervention.

Key words: body image, morbid obesity, bariatric surgery, BSQ

## INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo el tratamiento para la obesidad mórbida se ha basado en ajustes nutricionales y aumento en la actividad física, considerando que dicha enfermedad se debe exclusivamente a una vida sedentaria y a la ingesta excesiva de calorías <sup>(1)</sup>. Sin embargo, el fracaso constante de estas intervenciones, el aumento progresivo de esta patología, y lo arduo que se convierte para los pacientes cumplir a cabalidad las indicaciones ofrecidas, abre la posibilidad de investigar y cuestionar la existencia de otras variables que intervengan en este proceso <sup>(1)</sup>. Se ha podido evidenciar que los pacientes con obesidad necesitan una intervención multidisciplinaria en la que se incluyan médicos, nutricionistas y también psicólogos y psiquiatras <sup>(1)</sup>.

En este sentido, se ha evidenciado que los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad <sup>(2)</sup>. Estos factores precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que se convierten en puntos centrales del tratamiento si se pretende mantener un peso adecuado <sup>(2)</sup>.

Adicionalmente, en los últimos años se han dado cambios importantes en los aspectos nutricionales, lo que ha traído como consecuencia el aumento de la prevalencia de obesidad, y a su vez el incremento de las presiones sociales y culturales que exigen mantenerse delgado <sup>(3)</sup>. Así, hay dos entidades que se han visto en aumento; la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria <sup>(3)</sup>.

Desde un punto de vista cultural, la existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población <sup>(2)</sup>. La persona tiene un esquema perceptivo/emocional que emplea para determinar si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad propone e impone <sup>(2)</sup>.

Son diversas las variables psicológicas que han sido estudiadas y asociadas al desarrollo y mantenimiento de la obesidad, las cuales a su vez, son uno de los factores predisponentes y precipitantes de esta patología. Las alteraciones en la imagen corporal han sido identificadas como una de estas variables <sup>(4)</sup>.

Una de las intervenciones realizadas en la actualidad para enfrentar el problema de la obesidad, son las intervenciones quirúrgicas, dentro de las que se incluye la cirugía bariátrica. Se han comenzado a desarrollar investigaciones referentes a los cambios que se espera obtener en el paciente con dicha intervención, no sólo aquellos asociados con la pérdida de peso, sino también, en variables como la calidad de vida, índice de salud, prevalencia de trastornos psiquiátricos y alteraciones psicológicas como distorsión de la imagen corporal. En este sentido, Ruiz, Berrocal y Valero <sup>(5)</sup> especifican que tras las intervenciones quirúrgicas disminuyen indicadores de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal y sobreingesta compulsiva, y los sujetos informan que experimentan mejoras en sus relaciones interpersonales, de pareja y sexuales. Específicamente, con respecto a la distorsión de la imagen corporal, puede estar presente hasta en un 70% de los pacientes previo a la intervención quirúrgica; sin embargo, tras una evaluación posterior dicho valor puede llegar a disminuir de manera significativa, llegando a no presentar diferencias con aquellos sujetos del grupo control, personas no obesas <sup>(6)</sup>.

### **Planteamiento y delimitación del problema**

El presente trabajo tuvo como primer objetivo comparar dos grupos de 30 pacientes, uno de ellos en período preoperatorio de cirugía bariátrica, y el otro en período postoperatorio, en cuanto a los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso.

El segundo objetivo fue determinar la presencia de diferencias en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso entre ambos grupos en periodo post y preoperatorio de cirugía bariátrica en relación a variables sociodemográficas como nivel de instrucción, nivel socioeconómico, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares.

La investigación fue realizada con 60 mujeres pacientes de los Servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas en el período comprendido entre el mes de junio y agosto del año 2012, formulándose las siguientes interrogantes:

¿Existen diferencias en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso entre las pacientes que se encuentran en período pre y post operatorio de cirugía bariátrica?

¿Variables sociodemográficas como el nivel de instrucción, nivel socioeconómico, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares determinan diferencias en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso en las pacientes que se encuentran en período pre y post operatorio de cirugía bariátrica?

### **Justificación e Importancia**

La obesidad es una enfermedad crónica que presenta actualmente una alta prevalencia y que se encuentra íntimamente relacionada con implicaciones negativas significativas en la salud y que constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial. Es una de las condiciones médicas más fáciles de diagnosticar y de más difícil tratamiento <sup>(7)</sup>.

Considerando la obesidad como una enfermedad que amerita estrategias terapéuticas multidisciplinarias, desde el punto de vista médico la cirugía bariátrica es reconocida en la actualidad como una opción de primera línea. Los pacientes con esta clase de obesidad no tienen una evolución satisfactoria con los tratamientos basados en dietas y/o modificaciones del comportamiento, debido a dificultades en el mantenimiento de la pérdida de peso y en la adaptación psicológica <sup>(6)</sup>.

Desde un punto de vista social y cultural, la visión de la obesidad ha traído como consecuencia una evidente estigmatización hacia quien la padece, lo que ha derivado en prejuicios poco fundamentados, reforzándose expectativas negativas que desembocan en discriminación, aislamiento social, depresión, alteraciones en la imagen corporal, baja autoestima, entre otras <sup>(8)</sup>. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población. Dependiendo de lo que la persona interprete del medio a través de su esquema perceptivo/emocional, se considerará ajustado o no a los patrones sociales de belleza y esto tendrá repercusiones sobre su esfera psicológica <sup>(2)</sup>.

Los aspectos psicológicos representan un papel fundamental en la producción y mantenimiento de la obesidad. Estos factores precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que resulta necesario que sean tomados en cuenta al momento de realizar intervenciones para el alcance y mantenimiento de un peso adecuado. Esto hace posible que el paciente posteriormente se apegue de manera adecuada al tratamiento y de ello dependerá el éxito del mismo <sup>(1)</sup>.

El concepto de imagen corporal cobra fundamental importancia ya que se ha asociado las distorsiones de la imagen corporal con conductas de riesgo, como por ejemplo, comer compulsivamente. Personas que tienen un peso bajo o un peso normal y aún así presentan insatisfacción con su imagen corporal

generalmente desean tener un menor peso, llevando a cabo conductas restrictivas <sup>(9)</sup>. Así mismo, se ha evidenciado que la insatisfacción con la imagen corporal representa uno de los factores predisponentes y precipitantes para el desarrollo de trastornos alimentarios. Por ello, es fundamental diseñar estrategias de prevención primaria para esta patología, a fin de desarrollar recursos positivos que promuevan la propia aceptación y el bienestar integral tanto físico como psicológico <sup>(4)</sup>.

La insatisfacción corporal es un indicador de la imagen corporal y es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria <sup>(10)</sup>. El estudio de la imagen corporal en pacientes obesos es un tema de enorme relevancia en la actualidad. En numerosos estudios se ha evidenciado a su vez, sus repercusiones en las relaciones sociales y las relaciones sexuales <sup>(11)</sup>. En un metanálisis realizado por Sepúlveda citado por Fernández et al <sup>(12)</sup> sobre la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria, se concluyó que todo tratamiento para trastorno de la conducta alimentaria debe complementarse con una intervención específica sobre la imagen corporal <sup>(12)</sup>.

En el tratamiento multidisciplinario para la obesidad se considera fundamental evaluar las variaciones y mejorías que presenta el paciente desde el punto de vista médico en conjunto con los cambios existentes a nivel social y psicológico. En función de esto, la presente investigación se ha orientado a evaluar los cambios que presentan las pacientes en los niveles de alteración de la imagen corporal posterior a una intervención médico quirúrgica.

## **Antecedentes**

En un estudio realizado por Ruiz et al <sup>(5)</sup>, se planteó analizar los efectos de distintos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad mórbida, incluyendo el grado de satisfacción de los participantes con las intervenciones y sus resultados. Se encontró que los usuarios están más satisfechos con aquellos

procedimientos que producen menos complicaciones post-quirúrgicas, aunque produzcan pérdidas ponderales inferiores. También se pudo apreciar que los beneficios psicosociales asociados con la cirugía bariátrica y la satisfacción del usuario con los resultados del tratamiento, no se relacionan tanto con la pérdida de peso como con los cambios en otras variables de naturaleza psicológica. En este sentido, especifican que tras las intervenciones quirúrgicas se producen reducciones en indicadores de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal o sobreingesta compulsiva y los sujetos informan que experimentan mejoras en sus relaciones interpersonales, de pareja y sexuales <sup>(5)</sup>.

Finalmente, describen que no es suficiente con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para solucionar algunas de las complicaciones psicológicas asociadas con la obesidad, como por ejemplo la insatisfacción con la imagen corporal y el malestar emocional que esto conlleva. El éxito de las intervenciones en estos parámetros probablemente dependa también de que el individuo disponga de unos cánones de belleza más cercanos a aquellos que son saludables y, en relación con ello, son las intervenciones de carácter psicosocial las que se hacen imprescindibles <sup>(5)</sup>.

Desde este mismo punto de vista Bustamante et al <sup>(6)</sup>, mencionan que la disminución de peso después del tratamiento quirúrgico en el paciente obeso, depende de varios factores, entre ellos, el estado psiquiátrico del sujeto, afirmando que la atención psicológica previa a la cirugía está relacionada con mejores resultados, lo que disminuye además el tiempo de hospitalización postoperatoria. Estos autores también afirman que la patología psiquiátrica previa no influiría sobre el pronóstico siempre y cuando el paciente reciba un adecuado tratamiento psiquiátrico antes y después de la cirugía. Así mismo, se ha visto que la psicoterapia promueve la estabilidad psicológica en los pacientes durante este período, lo que ayuda a mantener el peso perdido.

La pérdida de peso gracias a la cirugía bariátrica en pacientes obesos mórbidos tiene consecuencias psicosociales favorables, como mejoría de la calidad de vida, mejor adaptación social, disminución de la frecuencia y duración de los estados de ansiedad y depresión. Finalmente, con respecto a la imagen corporal, Bustamante et al <sup>(6)</sup>, describen una investigación en que se obtuvieron alteraciones de la imagen corporal en un 70% de los pacientes previo a la intervención quirúrgica, y en una evaluación posterior dicho valor llegó a disminuir al 4%.

En un estudio realizado por Fernández et al <sup>(12)</sup>, se obtuvo como resultado que los pacientes obesos presentan mayor insatisfacción corporal en comparación con sujetos no obesos, y en comparación con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera, dichos autores afirman que el estudio de la imagen corporal en pacientes obesos es una cuestión de enorme relevancia, resaltando sus repercusiones en las relaciones sociales, y sugiriéndolo como uno de los aspectos a abordar en el tratamiento con dichos pacientes.

Finalmente, Wadden et al <sup>(13)</sup>, describen que la pérdida de peso después de la realización de una cirugía bariátrica está asociada con mejorías importantes en la imagen corporal. Citan el estudio de Halmi et al, en el que se halló que el 70% de los pacientes tenían una alteración grave de la imagen corporal antes de la cirugía, y dicho porcentaje disminuyó significativamente después de la pérdida de peso. De la misma manera, Adami et al <sup>(14)</sup>, describieron que 3 años después de la cirugía, las puntuaciones de los pacientes en la subescala de insatisfacción con la imagen corporal y en las subescalas de atracción física y de miedo a la gordura, mejoraron hasta el punto de no encontrarse diferencias significativas con respecto a los sujetos no obesos del grupo control. Adicionalmente, afirman que dichas mejorías en la imagen corporal pueden estar asociadas con mejorías en el funcionamiento social.

## **Marco Teórico**

### **Obesidad**

#### **Definición**

La obesidad representa actualmente un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial, debido al rápido crecimiento y a las dificultades relacionadas tanto con su prevención como con el tratamiento <sup>(8)</sup>. Es un problema complejo y multicausal asociado con mala calidad de vida debido a sus consecuencias médicas y psicopatológicas, así como a gastos crecientes en sistemas de salud privada y pública <sup>(8)</sup>. Además, cabe destacar la condición peyorativa del status del obeso, en una cultura donde la delgadez es un ideal estético y directamente proporcional a la felicidad, la prosperidad y el éxito. De esta manera, paradójicamente puede verse cómo la misma cultura produce las vías de surgimiento de esta condición médica <sup>(8)</sup>.

Esta patología es la responsable directa de enfermedades importantes como la Diabetes Mellitus tipo 2, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, entre otras, las cuales incrementan el riesgo cardiovascular. Así mismo, se ha observado aumento del riesgo de padecer comorbilidades que afectan de forma negativa las capacidades físicas de los individuos, como por ejemplo: trastornos respiratorios del sueño (apnea del sueño), síndrome de hiperventilación, disfunciones hormonales femeninas (amenorrea, infertilidad, hirsutismo), hígado graso, diferentes tipos de neoplasias (próstata, colon, mama, útero, etc.), entre otras <sup>(15)</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.” El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Para la OMS “Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad” <sup>(16)</sup>.

Así mismo, cuando el IMC es  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ , se trata de obesidad mórbida, la cual es una enfermedad crónica y multifactorial que está asociada con un acortamiento de la esperanza de vida, un malestar psicológico importante y con mayor comorbilidad de las patologías médicas descritas anteriormente <sup>(17)</sup>.

Aunque la obesidad simple está incluida en la clasificación internacional de enfermedades CIE como una enfermedad médica, en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) no se ve contemplada, ya que no ha sido posible establecer una asociación firme con síndromes psicológicos o conductuales aunque se reconoce su interrelación.

### **Factores Psicológicos y Obesidad**

Las investigaciones realizadas en el contexto de la obesidad sugieren que uno de los principales factores que se encuentran asociados al desarrollo de esta enfermedad son patrones de conducta como la ingesta excesiva de grasas en la dieta y sedentarismo. Por esta razón, se han desarrollado diversos tratamientos para dar solución a este problema, los cuales están principalmente orientados a la modificación de los hábitos alimentarios y patrones de actividad física, ya que estos elementos están asociados al éxito en la reducción y mantenimiento del peso. Sin embargo, en los últimos años ha ido incrementando la toma de conciencia sobre la necesidad de intervenciones profesionales más específicas e individuales, donde el papel del psicólogo y del psiquiatra ocupa un lugar de gran importancia, debido a los efectos sociales e individuales que dicha patología trae como consecuencia <sup>(18)</sup>.

A pesar de ello, en la actualidad muchos profesionales de la salud continúan basando su tratamiento sólo contemplando estas dos variables ya mencionadas: alimentación y actividad física, considerándose esta mirada como estrecha y reduccionista. Bien se sabe que estos elementos son esenciales para bajar de

peso y mantener un peso saludable, pero para ello es necesario contemplar al mismo tiempo otras variables <sup>(18)</sup>.

Los aspectos psicológicos y familiares representan un factor decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad. Podría decirse que precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que resulta necesario abordarlos con el objetivo de que el paciente pueda mantener el peso adecuado, una vez que éste sea conseguido. El abordaje de los aspectos psicológicos hace posible que los sujetos puedan comprometerse adecuadamente con el tratamiento <sup>(18)</sup>.

Adicionalmente, la obesidad representa un importante estigma social que disminuye las oportunidades de empleo y conlleva alteraciones psicológicas en áreas como la autoestima, la autoeficacia y la autoimagen, con aumento de la ansiedad y estados emocionales disfóricos y disminución de la calidad de las relaciones interpersonales. Es una enfermedad con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, en la cual los trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, síntomas bulímicos y anoréxicos son frecuentes <sup>(18)</sup>.

En un estudio realizado en el 2002 por Guisado et al <sup>(17)</sup>, se analizó la psicopatología de un grupo de 100 pacientes con obesidad mórbida que había recibido un tratamiento quirúrgico de restricción gástrica para perder peso. Se obtuvo que 40% de los pacientes cumplieron con criterios del CIE-10 de patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes: trastornos afectivos, de ansiedad, alimentarios (trastorno por atracón, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa) y dependencia de alcohol. Así mismo, Elizagárate et al, citados por Montt et al <sup>(8)</sup>, señalan que los diagnósticos más prevalentes en este grupo son: trastorno por atracón con un 30% de prevalencia, trastornos afectivos y adaptativos con un 15,2% y trastornos de la personalidad con un 10% de prevalencia.

Actualmente las personas que padecen esta condición viven en una sociedad “obeso-fóbica”, donde la persona obesa ha sido estigmatizada. Estos sujetos experimentan sentimientos de desvalorización cotidianos los cuales son elaborados de acuerdo a características individuales. La historia de vida de estos individuos en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, son factores que juegan un papel importante en la predisposición para el desarrollo de patologías psiquiátricas <sup>(5)</sup>.

Además, los sentimientos de culpabilidad y vergüenza producto de las críticas continuas de familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, así como también, las implicaciones emocionales de las estrictas dietas y recurrentes recaídas, conducen al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas <sup>(5)</sup>.

En la actualidad, existe un consenso entre los especialistas que laboran en el diagnóstico y tratamiento de la obesidad, que reconoce la presencia de factores psicológicos y sociales, considerándose fundamental su conocimiento e identificación para tener éxito en el abordaje de estos pacientes <sup>(5)</sup>.

En los últimos años, se han investigado y desarrollado nuevas técnicas de intervención para el tratamiento de esta patología, como ya se mencionó, haciendo énfasis en intervenciones multidisciplinarias. En este sentido, desde el punto de vista médico una de las estrategias actualmente más desarrolladas, y con mayor éxito son las intervenciones quirúrgicas, entre las cuales se encuentra la cirugía bariátrica.

## **Cirugía Bariátrica**

La cirugía bariátrica es una cirugía mayor. Consiste en procedimientos quirúrgicos que buscan reducir la ingesta modificando la anatomía gastrointestinal <sup>(19)</sup>.

Se ha observado que los pacientes que presentan obesidad mórbida no tienen una buena evolución con los tratamientos basados en dieta, modificación comportamental o ambos, debido a que no suelen mantener el peso perdido y por las dificultades en la adaptación psicológica <sup>(7)</sup>. Se ha descrito que menos del 5 % de los pacientes que padecen obesidad pierden y mantienen la pérdida de peso con dieta, es por ello que la cirugía bariátrica se ha convertido en el método más efectivo de pérdida de peso en esta población <sup>(7)</sup>. Con esta clase de cirugía el paciente obtiene y mantiene una pérdida de peso promedio de 25-40% del peso preoperatorio y en el 80% de los pacientes mantiene el peso más allá del primer año, lo cual describe su indiscutible eficacia <sup>(7)</sup>.

Los tipos de intervención quirúrgica en cirugía bariátrica son diversos y su escogencia depende del criterio médico y de las características del paciente. Los procedimientos quirúrgicos para la obesidad fueron introducidos hace varias décadas; sin embargo, apenas en los últimos 30 años se han producido adecuados resultados, observándose una reducción importante del peso y una disminución consecuente de la prevalencia de las enfermedades asociadas con la obesidad, con una mejoría en la calidad de vida gracias a una recuperación de la movilidad y una disminución de los prejuicios sociales <sup>(7)</sup>.

En cuanto a las diferentes clases de intervención quirúrgica en cirugía bariátrica, es posible mencionar tres clasificaciones fundamentales: restrictivas, generadoras de una mala absorción y mixtas. Actualmente, el paciente es intervenido por vía laparoscópica a través de pequeñas incisiones por donde cuidadosamente es insertado el instrumental, lo cual contribuye a que la operación sea mucho más precisa ofreciendo al paciente una mejor y más rápida recuperación <sup>(19)</sup>.

## **Descripción de Técnicas empleadas en la cirugía bariátrica**

### **Técnicas Restrictivas**

Gastroplastia: en este tipo de intervención el objetivo es disminuir el aporte calórico al lograr una sensación de plenitud y saciedad con ingestas pequeñas de comida. Esta técnica no interfiere con la absorción intestinal. Consiste en reducir la capacidad del estómago con la aplicación de grapas de titanium y la colocación de una banda de polipropileno. Es una intervención fácil y rápida con baja mortalidad y morbilidad <sup>(19)</sup>.

Banda Gástrica Ajustable: en esta técnica se coloca un anillo que constriñe el estómago completamente, creando un efecto de “reloj de arena”. Esto permite que se cree un reservorio gástrico y un estoma calibrado en un solo paso. De esta forma se evita la partición o división gástrica y las complicaciones que esto conlleva. En esta intervención no se modifica la absorción natural de los alimentos <sup>(15)</sup>.

Gastrectomía en Manga: en esta técnica el 80% del estómago es extirpado, por lo que implica una técnica definitiva, no reversible en ninguna circunstancia <sup>(19)</sup>.

**Técnicas Malabsortivas:** tienen como objetivo limitar la absorción de los alimentos ingeridos, lo cual implica una disminución de la cantidad de nutrientes que pasan por la circulación portal. Esto es posible a través de circuitos o Bypass en el tubo digestivo <sup>(19)</sup>.

### **Técnicas Mixtas**

Bypass Gástrico: implica la realización de un pequeño reservorio gástrico separado del resto del estómago anastomosado al yeyuno mediante un montaje de Y de Roux con brazos de longitudes variables <sup>(15)</sup>. Emplea un mecanismo

restrictivo con un cierto grado de mala absorción y en gran parte de los casos se consigue una disminución del 60-70% del exceso de peso <sup>(19)</sup>.

Derivación Biliopancreática: esta intervención consiste en unir los beneficios de las técnicas restrictivas añadiendo los aspectos ventajosos de las malabsortivas. Implica una anastomosis gastrointestinal en Y de Roux y una derivación biliodigestiva formando un canal alimentario común. Se han descrito resultados alentadores con respecto a esta técnica, donde se ha obtenido pérdida del 75% del exceso de peso <sup>(19)</sup>.

En la actualidad, la cirugía bariátrica es una opción eficaz en el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades, siendo posible la pérdida significativa del peso. Sin embargo, la eficacia de los resultados depende de la información que el paciente maneja de la cirugía y de sus riesgos, su equilibrio emocional, la continua atención psicológica-psiquiátrica (en el caso de poseer antecedentes de una enfermedad mental) y el seguimiento posterior a la intervención. Este seguimiento debe ser permanente y llevado a cabo por un equipo especializado, dado que la labor quirúrgica no termina tras la intervención y el alta hospitalaria. Por lo tanto, el éxito o fracaso del tratamiento dependerá en gran medida del manejo del paciente y del equipo médico tratante después de la recuperación postoperatoria <sup>(19)</sup>.

Los planteamientos sobre la eficacia del tratamiento a la hora de desarrollar un programa de cirugía bariátrica deben tomar en cuenta diferentes aspectos, además del estado de salud física del paciente, donde se incluyen factores sociales, familiares y psicológicos. Antes de ser efectuada la intervención es importante contemplar el estado emocional del paciente, ya que deberá implementar y mantener una serie de cambios en los hábitos alimentarios donde la simple fuerza de voluntad no será suficiente <sup>(8)</sup>.

Se han clasificado tres mecanismos de patrón alimentario asociado al ajuste emocional que podrían observarse en la obesidad: 1. La actividad oral (comer)

funciona como un mecanismo de adaptación ante la existencia de la sensación de ansiedad, tensión, tristeza y frustración. 2. El hambre sirve para reemplazar situaciones de melancolía, excitación o ira. 3. El comer actúa como una droga ayudando a enfrentar las dificultades de ajuste social <sup>(8)</sup>.

Partiendo de esta idea podría pensarse que estos son mecanismos de funcionamiento psíquico, por lo cual, la posibilidad de modificar el estilo alimentario debe considerar no sólo un abordaje nutricional y/o quirúrgico, sino también psicológico-psiquiátrico a través del empleo de técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas que vayan dirigidas a estructurar hábitos de alimentación y funciones de apoyo emocional <sup>(8)</sup>.

Debido a la importante prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y del intenso malestar psicológico en pacientes que desean realizarse una cirugía de esta clase, se ha considerado fundamental la realización de un adecuado proceso de evaluación por parte de especialistas de salud mental, que permita constatar que la condición psicológica del paciente posibilita un adecuado afrontamiento y adaptación a este proceso quirúrgico <sup>(8)</sup>. En función de ello, han sido identificadas y clasificadas las áreas en la esfera socio-emocional que deben ser exploradas en la valoración preoperatoria del paciente.

### **Valoración psiquiátrica y psicológica de cada candidato a la Cirugía Bariátrica**

En esta valoración es recomendable contemplar las siguientes áreas <sup>(19)</sup>:

- Valoración del estado mental: es necesario descartar la presencia de trastornos psiquiátricos o psicológicos en el paciente. Para ello es recomendable promover una comunicación esclarecedora permitiendo que el entrevistado exponga su actitud y expectativas. Es necesario buscar de forma activa síntomas de trastornos de la conducta alimentaria; como

trastorno por atracón, bulimia, comedores nocturnos. Así mismo, debe descartarse la presencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad tales como depresión, bipolaridad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, entre otros. De igual forma, se deben contemplar trastornos adaptativos, del control de los impulsos y trastornos de la personalidad. El efecto de algunos trastornos mentales sobre la evolución de los pacientes es un elemento que debe tenerse en cuenta.

- Estrés y estrategias de afrontamiento: debido al elevado nivel de estrés asociado al período postoperatorio, es importante evaluar los estilos de afrontamiento empleados habitualmente por el paciente, ya que afectarán la evolución postoperatoria, determinando la capacidad para adaptarse y afrontar de manera adecuada las exigencias y restricciones que este período implica.
- Apoyo social: valorar las redes de apoyo sociales y familiares con el objetivo de evaluar si el paciente cuenta con un entorno que constituya el apoyo y contención necesarios para enfrentar las exigencias del período postoperatorio y ayude a desarrollar un nuevo estilo de vida.
- Evaluación del funcionamiento cognitivo y social del paciente: en este aspecto deben contemplarse las habilidades sociales del paciente, nivel de instrucción y comprensión del proceso quirúrgico.
- Motivación: ahondar en este tema permite establecer el nivel de compromiso con el proceso quirúrgico, conocer las razones y determinar la existencia de razones externas.
- Valoración del proceso quirúrgico: debe indagarse sobre el conocimiento que posee el paciente sobre los detalles de la cirugía que se le va a practicar, así como también sobre las medidas que debe tomar antes y después de la cirugía.
- Niveles de Impulsividad: es de importancia medir los niveles de impulsividad y para ello se recomienda el empleo de la escala BIS 11 (Barrat

Impulsiveness Scale) la cual es una escala autoaplicada de 30 ítems, tipo likert que proporciona una puntuación para la impulsividad.

Una vez realizada la valoración de todos estos aspectos, será posible recomendar o no el procedimiento quirúrgico. Si se detectan trastornos psicológicos o psiquiátricos, es recomendable el tratamiento de los mismos y tras una evolución favorable podría reconsiderarse la posibilidad de intervención quirúrgica <sup>(19)</sup>.

Dentro de las variables psicológicas que destacan como importantes en el funcionamiento psíquico del paciente obeso, se encuentran las alteraciones de la imagen corporal, siendo un elemento con alta prevalencia en estas personas. De esta manera, debe ser tomado en cuenta en la evaluación previa a la cirugía, así como también en el tratamiento psicológico pre y postoperatorio.

### **Imagen corporal**

La imagen corporal fue descrita como "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta" <sup>(20)</sup>. Es la representación mental del cuerpo, y se va gestando desde la niñez y en la adolescencia resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo <sup>(4)</sup>.

Es un aspecto psicológico que se encuentra sumergido en el desarrollo de la personalidad desde la temprana infancia. Salaberria et al <sup>(21)</sup> refieren que los niños entre el primer año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres, y a partir de los 4-5 años, comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y a vivenciarlo en sus fantasías. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima <sup>(21)</sup>.

Según Zukerfeld citado por Silvestri y Stavile <sup>(1)</sup> la imagen corporal está definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo estando constituida por tres registros: forma, contenido y significado. En primer lugar, la forma se refiere al esquema corporal, incluyendo las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones, ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos. En segunda instancia menciona el contenido, referente a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades; por ejemplo, los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión o frío-calor. Finalmente, el significado corresponde al concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar, simbolizar y de crear relaciones vinculares <sup>(1)</sup>.

Bruch, citada por Rivarola <sup>(4)</sup> fue la primera autora que propuso la distorsión de la imagen corporal como una característica patognomónica de la anorexia nerviosa, entendiendo esta distorsión como una alteración del propio concepto corporal, trastornos en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos y sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales <sup>(4)</sup>.

Gómez <sup>(22)</sup> describe las características clínicas del trastorno de la imagen corporal incluyendo diferentes aspectos: perceptivos, emocionales, cognitivos y conductuales. El elemento perceptual refiere que los sujetos que padecen de trastornos de la imagen corporal suelen sobrestimar o subestimar algunas zonas corporales propias. En el aspecto emocional, se explica que cuando una persona se subestima, estos pensamientos conllevan emociones negativas que pueden surgir con acciones tan simples como mirarse en un espejo, o el simple hecho de

pensar en el propio defecto físico, teniendo estas emociones una duración e intensidad muy variable. El elemento cognitivo se refiere a pensamientos, sentimientos y actitudes negativas sobre sí mismos dando lugar a acciones improcedentes respecto a la apariencia física que les serán perjudiciales en un futuro. Finalmente, el área conductual explica que personas con alteraciones de la imagen habitualmente orientan sus vidas en torno a las inquietudes que padecen acerca de su propio cuerpo, llegando a practicar o evadir ciertas actividades que puedan provocar sentimientos de malestar <sup>(22)</sup>.

Baños y Perpiñá <sup>(20)</sup> afirman que la insatisfacción de la imagen corporal tiene un valor predictivo con respecto a la presencia de alteraciones alimentarias. Es así uno de los criterios diagnósticos para estas patologías. Esto último se debe a que la insatisfacción con la imagen corporal puede conducir al desarrollo de actividades o conductas que de otra manera no se darían, como por ejemplo seguimiento de dietas restrictivas <sup>(23)</sup>.

Por otra parte, en las personas obesas se pueden encontrar alteraciones en los tres registros mencionados con anterioridad que constituyen la imagen corporal, forma, contenido y significado <sup>(1)</sup>. Con respecto al registro de la forma, estas personas tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente comprende una subestimación o sobreestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores o mayores a las reales. En segundo lugar, las alteraciones referidas al registro de contenido se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos), fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones, convirtiéndose en una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por el aparato psíquico. Por último, en registro del

significado la persona con obesidad es juzgada por la sociedad como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, lo que conlleva al desarrollo de una imagen corporal negativa <sup>(1)</sup>.

Según Gómez <sup>(22)</sup> en el estudio de la imagen corporal se han desarrollado diferentes posturas que buscan dar explicación al desarrollo de alteraciones en esta área. Estas son:

Teorías socioculturales: López y Valle citados por Gómez <sup>(22)</sup> describen que asumir el canon de belleza preestablecido e irreal que los medios de comunicación inculcan, provoca en el individuo discrepancias cognitivas entre el físico poseído y el ideal de belleza deseado. Así mismo Higgins citado por Gómez <sup>(22)</sup> afirma que muchos hombres y mujeres a menudo se comparan con estos modelos sociales y así se genera una insatisfacción corporal.

Teoría del desajuste adaptativo: desarrollada por Slade y Fisher, citados por Gómez <sup>(22)</sup>, explican que la imagen corporal cuenta con cierta estabilidad, por lo que cambios recientes en el cuerpo no generan de forma inmediata cambios en la percepción del mismo, manteniéndose la percepción anterior durante algún tiempo.

Modelo de Williamson citado por Gómez <sup>(22)</sup>: se compone principalmente de tres constructos: la distorsión perceptual del tamaño, la cual se obtiene a partir de la división entre la percepción del volumen corporal que la persona posee de su cuerpo y el volumen corporal real. La predilección por la delgadez que se refiere al ideal de tamaño corporal que se utiliza como referencia para comparar el propio cuerpo y el de los demás. La insatisfacción corporal, considerando que una discordancia entre el volumen corporal percibido y el volumen corporal ideal representa insatisfacción. El modelo asume que estas tres variables se relacionan

con el miedo a ganar peso para generar distorsiones estables y reactivas de la imagen corporal.

El modelo de Richards, Thompson y Covert citados por Gómez <sup>(22)</sup> añade variables hipotéticamente causantes de una imagen corporal negativa y la relación de estas con alteración alimentaria. Las variables más notables son: el peso real actual, anécdotas negativas referentes a la apariencia física y peso estimado. El modelo afirma que el individuo que padece sobrepeso está más expuesto a experiencias desagradables como críticas, lo que da lugar a una visión de la propia imagen corporal más negativa. Así mismo, asume que el sobrepeso está relacionado con una imagen corporal negativa, debido a que el peso que el individuo percibe (sea o no real) influye también en la formación de una imagen corporal negativa.

Rosen citado por Gómez <sup>(22)</sup> menciona algunos factores contribuyentes de las distorsiones de la imagen corporal. Destaca influencias de la cultura, considerando que los modelos ideales que la sociedad nos trasmite, influyen de manera negativa sobre nuestra percepción de la propia imagen corporal. Estas influencias negativas se hacen más patentes en individuos con sobrepeso debido a su discrepancia entre el modelo ideal estético y la apariencia real. Posteriormente, menciona problemas en la formación de la personalidad donde pueden haber dificultades en la adquisición de la autonomía y sentimientos de ineffectividad. En tercer lugar describe que algunos individuos intentan compensar los problemas o faltas personales que padecen mediante un perfeccionamiento de su imagen, siendo esto una evidencia clara de que existe una autoestima baja, la cual intenta compensarse con esa mejora de la apariencia física. Finalmente, menciona factores como miedos sexuales, antecedentes de abuso sexual y problemas en la caracterización con el rol sexual, como posibles participantes en alteraciones en la imagen corporal.

En el presente trabajo se adopta el modelo explicado por Rosen, debido a que toma en cuenta elementos sociales e individuales en el individuo para el desarrollo

de la patología. Además, considera alteraciones que el paciente puede haber desarrollado en su historia de vida, o situaciones problemáticas que puede experimentar en la actualidad. Por esta razón se considera más completo e integrador.

### **Evaluación de la Imagen Corporal en Pacientes con Obesidad Mórbida**

Entre los instrumentos empleados para estudiar esta variable, el BSQ-34 (Body Shape Questionnaire) es uno de los cuestionarios usados para determinar la presencia de alteraciones de la imagen corporal, tanto en la población general como en pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad mórbida <sup>(24)</sup>.

En una investigación realizada con 210 pacientes con obesidad mórbida derivados por diferentes razones a una consulta de psiquiatría en un hospital general, se evaluó la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica <sup>(25)</sup>. Fueron utilizadas diversas escalas para evaluar depresión, ansiedad, conductas obsesivo compulsivas, nivel de impulsividad, trastornos de la conducta alimentaria y alteraciones de la imagen corporal, empleándose para este último aspecto el cuestionario autoadministrado BSQ-34. En esta investigación, se obtuvo que los pacientes obesos mórbidos con trastornos de la conducta alimentaria como atracones, mayores alteraciones psicopatológicas fundamentalmente de tipo afectivo, impulsividad y mayor severidad en las escalas que evalúan sintomatología asociada con trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal <sup>(25)</sup>.

Por otro lado, se realizó una investigación para evaluar el perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos, tomando en cuenta las áreas de funcionamiento psicológico que se consideran más afectadas, dentro de las que se incluyó la imagen corporal. Se utilizaron diferentes escalas e instrumentos para hacer las mediciones correspondientes, específicamente para la imagen corporal fue usado el BSQ. Los resultados obtenidos señalan que los sujetos de la muestra

presentan un mayor nivel de preocupación e insatisfacción de la imagen corporal que los individuos del grupo control no obesos <sup>(26)</sup>.

Así mismo, en otro estudio realizado en México por Trejo et al <sup>(27)</sup>, se intentó identificar la asociación existente entre la insatisfacción con la imagen corporal y el índice de masa corporal, en una muestra conformada por 231 adolescentes, utilizando como instrumento para la medición de la insatisfacción de la imagen corporal el BSQ. Se encontró una correlación positiva y significativa entre el índice de masa corporal y la insatisfacción con la imagen corporal, siendo esto mayor en mujeres que en hombres. Se concluyó que el IMC es un factor asociado a la insatisfacción con la imagen corporal.

En un estudio llevado a cabo por Sarwer et al <sup>(28)</sup>, se evaluó la imagen corporal y calidad de vida en 200 pacientes en período preoperatorio de cirugía bariátrica y posteriormente durante tres momentos diferentes del postoperatorio (semana 20, 40 y 92). Para evaluar la imagen corporal fueron empleados el BSQ y el Body Image Quality of Life Inventory (BIQOLI). Los resultados indicaron mejorías significativas en la percepción de la imagen corporal desde la semana 20 en comparación con los puntajes obtenidos en el preoperatorio. Estos resultados se mantuvieron relativamente estables hasta la semana 92. Estas mejorías se obtuvieron igualmente al medir la calidad de vida de los pacientes después de la cirugía.

### **Variables Sociodemográficas**

Como ya se ha mencionado anteriormente en el desarrollo y mantenimiento de patologías como la obesidad intervienen múltiples variables, biológicas, psicológicas y sociales. La presente investigación se centra en primer lugar en el estudio de una de las variables psicológicas, la imagen corporal, y en segundo

lugar, en el estudio de la posible relación o influencia de variables biológicas (antecedentes médicos personales y familiares), psiquiátricas (antecedentes psiquiátricos personales y familiares), sociales (estrato socioeconómico) y personales (nivel de instrucción), sobre las alteraciones en la imagen corporal, en pacientes obesos que forman parte de un programa de cirugía bariátrica.

La posición socioeconómica y la clase social influyen en todos los aspectos de la vida. La vivienda, el nivel educativo, la zona de residencia con mayor o menor acceso a servicios y recursos, son algunos de los elementos asociados a factores socioeconómicos que tendrán un efecto acumulativo en el estado de salud de una persona a lo largo de su vida <sup>(29)</sup>. La obesidad en la infancia es una condición que se encuentra fuertemente influenciada por estos factores. Una hipótesis que correlaciona variables del estrato socioeconómico a la obesidad infantil, es el bajo costo de una amplia variedad de alimentos altamente calóricos pero muy poco nutritivos. La comida rápida, meriendas y bebidas populares como las gaseosas, han sido ligadas a la prevalencia de obesidad en la población infantil y adolescente. De esta misma manera, el incremento en costo de los alimentos bajos en calorías y saludables, en contraste con la accesibilidad económica de los alimentos poco nutritivos, coloca a estos últimos en muchas ocasiones en una posición de primera elección <sup>(29)</sup>.

Así mismo, el lugar de residencia se ha asociado a su vez con aspectos sociales, económicos y con prevalencia de obesidad. Las características del lugar donde una persona reside, pueden afectar negativamente el acceso a comida saludable y actividad física <sup>(29)</sup>.

Por su parte, Jackson et al <sup>(30)</sup>, realizaron una investigación donde profundizan acerca de la accesibilidad a los servicios de salud que tienen las personas dependiendo del estrato socioeconómico, específicamente, pacientes con

obesidad mórbida que cumplen con los criterios establecidos para la realización de una cirugía bariátrica. Estos autores concluyen que las personas de pocos recursos suelen ser las que más necesitan de la intervención; sin embargo, son las que menos posibilidades tienen para acceder a ella, y por ende las que menos se benefician de este tipo de tratamientos.

Desde el punto de vista familiar, se considera importante evaluar la dinámica que se ha establecido en torno a la obesidad del paciente en tratamiento, debido a que ello posiblemente determinará la presencia o no de alteraciones de índole psicológicas. En este sentido Taiariol <sup>(31)</sup> menciona que la familia es el primer ámbito socializador, por lo que son fundamentales los tipos de mensajes que proporcionan al niño o niña obesa. Cita a Bateson quien describe el doble vínculo en estas familias, donde por un lado puede haber un mensaje de amor, y por el otro un mensaje de burla referente a la apariencia física, así un mensaje contradice al otro. Esto no hace más que socavar subterráneamente y subliminalmente la autoimagen que el sujeto tiene de sí. Así mismo afirman que en estas familias, la falta de belleza puede simbolizar una herida narcisista para los padres.

Dentro de los factores predisponentes en el desarrollo de una imagen corporal negativa, los modelos familiares y las amistades juegan un papel de gran importancia. Por tanto, padres excesivamente preocupados por el cuerpo y la apariencia física, quienes continuamente descalifican verbalmente el cuerpo, mostrando una excesiva atención al mismo, hacen que los niños aprendan por modelaje esta clase de actitudes hacia su propio cuerpo y el de los otros. Por otro lado, las críticas y burlas por parte del medio que los rodea, hará a una persona más vulnerable a padecer trastornos de la imagen corporal <sup>(21)</sup>.

Desde este punto de vista Sibel et al <sup>(32)</sup> afirma que las características de las familias y las madres de estos pacientes juegan un rol fundamental en el desarrollo de la obesidad. Showeri citado por Sibel et al <sup>(32)</sup>, menciona que la psicopatología materna coexiste e incluso precede la obesidad de los hijos. Este autor señala que la depresión materna está asociada con los problemas conductuales de los adolescentes obesos. Así mismo, Favaor et al citados por Sibel et al <sup>(32)</sup>, describen que los síntomas psiquiátricos maternos, tales como ansiedad y depresión, tienen una correlación positiva con el IMC. Así, la psicopatología familiar del paciente obeso ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones.

Sibel et al <sup>(32)</sup>, citan un estudio realizado en el año 2001, en el Hospital Materno Filial del Vall d'Hebron, Barcelona, donde se evaluaron las características psicopatológicas y dinámicas de las familias de los adolescentes obesos. Para la medición de las variables fueron aplicados el BDI (Beck Depression Inventory), el STAI (State-Trait Anxiety Inventory) y el GOLDBERG (Goldberg Health Questionnaire). Tras los resultados obtenidos, los autores concluyeron que las madres de los pacientes obesos son mujeres con altos niveles de ansiedad y depresión, quienes tienden a presentar enfermedades somáticas como obesidad, hipertensión y apnea, así como también, historia de experiencias pasadas graves, como muertes prematuras de familiares y malos tratos por parte del entorno. Así mismo, indican que los padres de estos pacientes presentan un menor índice de patología somática y psicoafectiva; sin embargo, se observó prevalencia de vivencias pasadas de estrés laboral o problemas económicos, así como también adicción a sustancias (alcoholismo) aunque en menor medida.

En un estudio realizado en el año 2000 en Estados Unidos por Fox et al <sup>(33)</sup>, 395 pacientes que habían sido sometidos a cirugía bariátrica, fueron evaluados a través de un cuestionario de autollenado, con el objetivo de determinar aspectos

socioeconómicos, demográficos y sobre el estilo de vida. Los resultados arrojaron información detallada sobre diversos parámetros personales entre los cuales plantean que el paciente de cirugía bariátrica en promedio es un sujeto que ha completado la secundaria, se encuentra casado y con un promedio de 2 a 3 hijos. Adicionalmente, los investigadores realizaron una revisión detallada de la literatura sobre el perfil psicológico del paciente obeso, tras lo cual refieren que muchos de estos pacientes viven pérdidas parentales tempranas, así como también problemas de alcoholismo por parte de alguno de los padres, y depresión crónica. De la misma manera, indican que son frecuentes las relaciones maritales disfuncionales en sus propias vidas, así como insatisfacción en sus relaciones sexuales.

Debido a que actualmente la obesidad es un problema que afecta a un porcentaje elevado de la población general, los especialistas en el ámbito han enfatizado la importancia de analizar factores que se encuentran involucrados en su desarrollo y mantenimiento, como los factores culturales y sociales, personales médicos y psiquiátricos.

## **Objetivos**

### Objetivos Generales

Comparar los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso entre pacientes con obesidad mórbida que esperan ser sometidos a cirugía bariátrica y pacientes que ya han sido sometidos a dicha intervención quirúrgica.

Evaluar la existencia de variaciones en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso determinadas por variables sociodemográficas en pacientes con obesidad mórbida que forman parte de un programa de cirugía bariátrica.

## Objetivos Específicos

1. Evaluar los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso en una muestra de 30 mujeres pacientes de los servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas, con diagnóstico de obesidad mórbida que se encuentran en espera para ser sometidas a cirugía bariátrica.
2. Evaluar los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso en una muestra de 30 mujeres pacientes de los servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas, que ya han sido sometidas a cirugía bariátrica.
3. Comparar los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso entre una muestra de 30 mujeres con diagnóstico de obesidad mórbida que esperan someterse a cirugía bariátrica y una muestra de 30 mujeres que ya han sido sometidas a dicha intervención quirúrgica, todas pacientes de los Servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.
4. Evaluar si existen variaciones en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso determinadas por variables sociodemográficas como nivel de instrucción, nivel socioeconómico y antecedentes personales y familiares médicos y psiquiátricos, en este grupo de pacientes.

## Aspectos Éticos

Para la realización de la presente investigación se solicitó la autorización a la institución de la cual se tomó la muestra, a saber, Hospital Universitario de Caracas, Servicios de Cirugía II y IV, haciendo explícitos los objetivos del estudio. Así mismo, se informó acerca del anonimato de las participantes, en tanto que no se les pediría ningún dato que pudiera revelar su identidad. También se hizo explícito que la información individual, recabada por medio del instrumento, no sería divulgada, ya que sólo sería utilizada para fines de esta investigación.

De igual forma, el presente estudio garantizó el respeto y el bienestar de las participantes, quienes tuvieron la libertad de manifestar su deseo de responder o no al instrumento presentado. Además, se les explicó la forma en que sería

utilizada la información obtenida. En este sentido, se practicó el lineamiento de consentimiento informado, comunicándoles a grandes rasgos el objetivo de la investigación y la utilización de los resultados para fines académicos.

Las participantes tuvieron la libertad de abandonar la investigación cuando lo desearan, en el caso de que consideraran que la información solicitada en los instrumentos invadía su privacidad. También se les informó que no se realizaría la devolución de los resultados obtenidos y en el caso que así lo deseara, sólo se le proporcionaría información acerca de los datos generales.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de Estudio**

Se trata de una investigación no experimental <sup>(34)</sup>. Al mismo tiempo, es una investigación Descriptiva Correlacional de campo <sup>(35)</sup>.

### **Población y Muestra**

Población: pacientes de los servicios de Cirugía II y IV, del Hospital Universitario de Caracas que se encontraban a la espera de la realización de una cirugía bariátrica y pacientes que ya se habían sometido a dicha cirugía.

Muestra: estuvo constituida por 60 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 60 años de sexo femenino que se mantenían en control médico en los Servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas. Se conformaron dos grupos, cada uno constituido por 30 participantes: el primer grupo estuvo compuesto por sujetos que cumplían los criterios para optar por la realización de una cirugía bariátrica y estaban a la espera de la misma; mientras que el segundo grupo estuvo constituido por personas que ya habían sido sometidas a dicha intervención quirúrgica. La selección de la muestra según Hernández, Fernández y Baptista <sup>(35)</sup>, fue a través de un procedimiento no probabilístico de tipo incidental,

debido a que se trabajó con las pacientes que estaban siendo atendidas en estos servicios.

### **Procedimiento:**

#### Preparatorio

- Se redactaron las cartas de autorización de los Servicios de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas donde se realizó la evaluación, con la finalidad de obtener los permisos y así cumplir con los requerimientos éticos,
- Se redactó la hoja de Información al Participante del Proyecto (Ver anexo 1), donde se le explicó a cada una el propósito del estudio, el procedimiento y aspectos éticos como la confidencialidad, los riesgos y beneficios de su participación, y su colaboración voluntaria,
- Se redactó la carta de consentimiento informado donde se le explicó a cada participante el objetivo de la investigación, para qué sería empleada la información que ellas aportarían, y autorizaran su participación en el estudio y la utilización de sus respuestas (Ver anexo 2).
- Se llevaron las cartas a los Servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario donde se realizó el estudio y se esperó la respuesta de autorización de la investigación,
- Se elaboró la encuesta para explorar datos sociodemográficos,
- Se fotocopió el material necesario para el desarrollo del estudio (Hoja de Información al Participante del Proyecto, Consentimiento Informado, Encuesta de datos Sociodemográficos e Inventario BSQ)

#### **Fase de Evaluación:**

- Las investigadoras se presentaron de forma individual a cada una de las participantes. Seguido a ello procedieron a explicar los objetivos de la investigación, entregando la hoja de Información al Participante del Proyecto.

- Se entregó a cada participante la hoja de consentimiento informado para su lectura y firma que autorizaba su participación en el estudio.
- Se entregó y administró la encuesta de datos sociodemográficos.
- Se explicaron las instrucciones del inventario BSQ, para después proceder a su llenado.
- Las evaluadoras esperaron a que cada participante completara el inventario, estando atentas ante una posible duda u observación, en caso de que se presentara.
- Una vez que cada participante informó la culminación de la actividad, las evaluadoras retiraron los materiales, y agradecieron la colaboración prestada.
- Se llenó la base de datos creada para el análisis de los resultados de esta investigación con el paquete estadístico SPSS (versión 17), con las hojas de respuestas de cada participante, tanto de la encuesta sociodemográfica como del inventario BSQ.
- Se redactaron los resultados y la discusión destacando en esta última las limitaciones de esta investigación y recomendaciones para futuros estudios.

### **Tratamiento estadístico**

Para la corrección de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 17). En un principio se aplicó un análisis de frecuencias de cada una de las variables estudiadas, las variables sociodemográficas (nivel de instrucción, nivel socioeconómico y antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares), y posteriormente de la variable imagen corporal. Para el análisis de la variable imagen corporal se aplicó la prueba t de Student para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de dicha variable en ambos grupos. Finalmente se evaluó la existencia de una relación entre las variables sociodemográficas y la variable imagen corporal, a través de la aplicación de la prueba chi cuadrado.

## Recursos Humanos y Materiales

- Se contó con la colaboración de la Lic. en Psicología que forma parte del equipo multidisciplinario de los servicios de Cirugía del HUC, que atiende y evalúa a los pacientes con obesidad mórbida candidatos a realizarse la cirugía bariátrica. La Lic. facilitó el contacto con los sujetos de la muestra.
- Encuesta Sociofamiliar: tuvo como objetivo indagar aspectos de la vida del paciente que pudiesen representar marcadores de vulnerabilidad para el padecimiento de la obesidad. Dentro de esta encuesta estuvo incluido el método de Graffar-Méndez Castellano, con el objetivo de determinar el estrato social de cada sujeto. Este es el método de estratificación social ideado por el profesor alemán Graffar, el cual fue adaptado a la sociedad venezolana por Méndez Castellano. Es un método que comprobó su validez y confiabilidad en un estudio piloto realizado en el estado Carabobo en 1978 con 3700 familias, siendo tomado de manera formal como el método oficial para investigaciones en la sociedad venezolana realizadas por FUNDACREDESA. Es caracterizado como un método preciso y confiable debido a que hace uso óptimo de la información ya que no es dicotómico y la ponderación se realiza mediante técnicas de combinación lineal <sup>(36)</sup>. El resto de la encuesta es de elaboración propia. (Ver anexo 3)
- BSQ (Body Shape Questionnaire): es un cuestionario con 34 preguntas que evalúan un concepto psicológico dividido en dos factores: insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Es autoadministrado y tiene una escala tipo likert de 6 puntos que va desde nunca hasta siempre. El sujeto responde según su autopercepción y el grado de identificación en cada una de las frases en las últimas cuatro semanas. Con el objetivo de precisar la validez y la confiabilidad de este instrumento se realizó un estudio en México, con una muestra de 383 adolescentes de ambos sexos. El BSQ mostró una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.97), y una

estructura factorial de 3 factores principales que explican el 63.21 % de la Varianza. El factor 1 (Insatisfacción Corporal) tiene un Alfa de 0.95, el factor 2 (Malestar con Imagen Corporal) un Alfa de 0.93 y finalmente el factor 3 (Devaluación de la Figura) muestra un Alfa de 0.89 <sup>(37)</sup>. Así mismo, en otro estudio realizado con 432 mujeres mexicanas en un rango de edad de 13 a 30 años, se evidenció una excelente consistencia interna ( $\alpha = 0.98$ ), así como una estructura de 2 factores que explicaron el 63.8% de la varianza total. Los factores fueron: malestar corporal normativo ( $\alpha = 0.95$ ) y malestar corporal patológico ( $\alpha = 0.94$ ). En cuanto a la validez discriminante y predictiva, este instrumento mostró una buena capacidad para clasificar a individuos con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en función de la insatisfacción corporal <sup>(38)</sup>. (Ver anexo 4).

- Lápices y borradores

## RESULTADOS

En los resultados obtenidos se tienen en primera instancia los estadísticos de tendencia central obtenidos de las puntuaciones del inventario BSQ, lo que representa las alteraciones en la imagen corporal. En el anexo 5 se encuentran los estadísticos de tendencia central para las puntuaciones del grupo preoperatorio. Se obtuvo una media de 109,5 puntos lo cual se ubica en la categoría de Leves Alteraciones de la Imagen Corporal. Además, un rango de respuestas de 35 a 175 puntos, lo que va desde la mínima categoría de ninguna alteración de la imagen corporal a la máxima que ubica marcadas alteraciones en la imagen corporal. Con respecto a los resultados del factor 1, insatisfacción corporal, se obtuvo una media de 60,2 puntos, lo que corresponde a la categoría de Ausencia de Insatisfacción Corporal. Por su parte, en el factor 2, preocupación por el peso, se obtuvo una media de 45,6 puntos, lo que corresponde a la categoría de Presencia de Preocupación por el peso.

En el anexo 6 se encuentran los estadísticos de tendencia central en cuanto a las puntuaciones del BSQ del grupo postoperatorio. Se obtuvo una media de 82,4 puntos lo cual se ubica en la categoría de Leves Alteraciones de la Imagen Corporal. Además, un rango de respuestas de 37 a 141 puntos, lo que va desde la mínima categoría de ninguna alteración de la imagen corporal a la máxima que ubica marcadas alteraciones en la imagen corporal. Con respecto a los resultados del factor 1, insatisfacción corporal, se obtuvo una media de 41,9 puntos, lo que corresponde a la categoría de Ausencia de Insatisfacción Corporal. Por su parte, en el factor 2, preocupación por el peso, se obtuvo una media de 36,7 puntos, lo que corresponde a la categoría de Presencia de Preocupación por el peso.

En los gráficos de las puntuaciones totales del BSQ, en el grupo preoperatorio pudo observarse que más del 50% de la muestra presenta leves o ninguna alteración en la imagen corporal (anexo 7), mientras que en el postoperatorio se encontró un incremento del grupo con leves o ninguna alteración de la imagen corporal, llegando a más del 80% de los participantes (anexo 8). En el factor uno del instrumento, insatisfacción corporal, la mayor parte de la muestra en ambos grupos no presentó insatisfacción corporal; sin embargo, en el grupo postoperatorio la cantidad de participantes que no presentó insatisfacción corporal fue mayor que la del grupo preoperatorio (anexos 9 y 10). Esta misma distribución y diferencia entre los grupos se observa en el segundo factor, preocupación por el peso (anexos 11 y 12).

En las puntuaciones totales del BSQ y en los dos factores del instrumento se pudo evidenciar que las puntuaciones obtenidas por el grupo postoperatorio son estadísticamente inferiores en comparación a las obtenidas por el grupo preoperatorio, debido a que la significación asintótica bilateral en todos los casos fue inferior al alfa de 0,05 (95% de confianza) (anexos 13, 14 y 15).

Finalmente, se realizaron gráficos de caja y bigotes para comparar la distribución de las puntuaciones en ambos grupos, las puntuaciones totales y los factores

insatisfacción corporal y preocupación por el peso, apreciándose nuevamente que las puntuaciones obtenidas para el grupo postoperatorio reflejan menor presencia de alteraciones en la imagen corporal que en el grupo preoperatorio (Anexo 16, 17 y 18).

Para las variables sociodemográficas, en el nivel de instrucción (anexo 19) se pudo evidenciar que el 75% de la muestra estuvo conformado por personas con nivel de instrucción igual o superior a bachillerato completo. Para la variable nivel socioeconómico (anexo 20) se obtuvo que en el estrato III se concentró el grupo con más participantes. En los antecedentes médicos y psiquiátricos personales (anexo 21), se evidenció que la mayor cantidad de sujetos no presentan antecedentes; sin embargo, la Hipertensión Arterial resalta como la comorbilidad de mayor frecuencia. Estos resultados se obtuvieron de igual forma para la variable antecedentes médicos y psiquiátricos familiares (anexo 22). Ninguna de las variables descritas presentó una influencia estadísticamente significativa sobre la variable de estudio, alteración de la imagen corporal, debido a que la significación fue siempre superior a 0,05 (95% de confianza) (Anexos 23, 24, 25 y 26).

## **DISCUSIÓN**

La obesidad mórbida es una enfermedad causada no solamente por aspectos relacionados con la dieta y la actividad física, sino también por la presencia de alteraciones o desequilibrios de índole psicológica. Se ha evidenciado la importancia de factores personales, familiares y sociales en la producción y mantenimiento de la obesidad; sin embargo, no en todos los casos estos aspectos son abordados <sup>(1)</sup>.

Una de las variables psicológicas estudiadas y que se ha observado interviene en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad es la imagen corporal <sup>(4)</sup>.

La imagen corporal resalta como una variable de estudio debido a que es un aspecto psicológico que se encuentra sumergido en el desarrollo de la personalidad desde la temprana infancia. Según Martínez <sup>(39)</sup> el proceso de estructuración de la imagen y el esquema corporal se realiza a diario, por lo que tienen gran importancia los objetos de amor primario, la calidad de relación con ellos y las actitudes de estos con el bebé, en el proceso de estructuración de una imagen positiva o negativa. Salaberria et al <sup>(21)</sup> refieren que los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres, y a partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías. Además, incluyendo elementos emocionales y sociales, Gómez citado por Salaberria <sup>(21)</sup> menciona que los niños en edades tempranas se exponen a formas que representan de manera natural a través del juego y fantasía, figuras ideales que en la adolescencia se intentarán poner en práctica.

A pesar de que la imagen corporal se va construyendo desde la temprana infancia, es en la etapa de la adolescencia donde cobra mayor importancia en el desarrollo del individuo. Según Salaberria <sup>(21)</sup> en la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Se considera como una etapa de comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo. Maganto y Cruz <sup>(40)</sup>, mencionan que las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice la cultura de la delgadez. Las adolescentes tienden a equiparar bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez. De esta manera, se ha encontrado que el deseo de imitar y asemejarse a dichos modelos favorece el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal.

En el presente estudio se planteó como primer objetivo la comparación de los niveles de alteraciones en la imagen corporal en pacientes en período pre y

postoperatorio de cirugía bariátrica, empleando el BSQ-34 como instrumento de evaluación. Se obtuvo que las pacientes sometidas a la cirugía, presentaron puntajes significativamente inferiores en este instrumento en comparación al grupo que aún esperaba por la misma, lo cual implica niveles inferiores de alteraciones en la imagen corporal luego de la intervención.

Estos hallazgos coinciden con los resultados arrojados en diversas investigaciones como por ejemplo, el estudio de Halmi et al, citados por Wadden et al <sup>(13)</sup> donde tras la realización de la cirugía y evidente pérdida de peso, se pudo notar en los pacientes una disminución significativa en la distorsión de la imagen corporal. En este caso, el 70% de los participantes reportaron distorsiones severas de la imagen corporal antes de la cirugía. Posteriormente, menos del 4% reportó distorsiones de la imagen corporal y casi la mitad de los sujetos arrojaron ausencia de distorsiones de la imagen.

Así mismo, en un estudio realizado por Gentry et al citados por Melissa et al <sup>(41)</sup> 76% de los sujetos reportaron estar muy insatisfechos con su imagen corporal antes de la cirugía, posteriormente 24% de los sujetos reportaron continuar muy insatisfechos con su imagen corporal después de la cirugía, observándose un incremento de los sujetos que reportaron estar satisfechos o “neutrales”. Esta evidencia corrobora el consenso de que la imagen corporal es una de las variables psicológicas fundamentales asociadas a la obesidad por lo que debe ser considerada en el diagnóstico y tratamiento de esta patología <sup>(5)</sup>.

Ambos estudios se refieren a cambios ocurridos dentro de los primeros 6 meses después de la cirugía, lo cual sugiere que los cambios definitivos en la imagen corporal ocurren antes de la pérdida de peso máxima <sup>(41)</sup>. Estas modificaciones deben ser tomadas en cuenta en las intervenciones terapéuticas, ya que comunicar y mantener al tanto al paciente de cambios positivos en su funcionamiento, hasta antes de conseguir el peso deseado, puede constituir un reforzador importante para la continuación y mantenimiento del tratamiento.

Así mismo, resulta evidente cómo estos cambios psicológicos que se pueden observar tras la intervención quirúrgica, están principalmente asociados con la pérdida de peso. Desde el mismo punto de vista Adami et al <sup>(14)</sup>, realizaron una investigación en 30 sujetos obesos, con edades comprendidas entre 21 y 56 años, realizando una evaluación empleando el BSQ antes de la realización de la cirugía bariátrica, y otra evaluación tres años posteriores. Obtuvieron que conjuntamente con la pérdida de peso y la estabilización en el peso y la figura, los sujetos presentaron una normalización de los niveles de insatisfacción corporal, llegando a tener puntuaciones muy similares a las presentadas por los sujetos control. De esta manera, estos autores asocian algunos aspectos de la imagen corporal con el estatus de sobrepeso del paciente.

De igual forma, se ha evidenciado la relación existente entre los cambios del estado emocional y los cambios en la imagen corporal, así como también modificaciones en las relaciones sociales y relaciones de pareja; por tanto, al haber mejorías en la percepción de la imagen corporal podrán presentarse transformaciones en otras variables psicológicas <sup>(5)</sup>. Esto se puede relacionar con los resultados obtenidos en esta investigación, donde los pacientes en periodo postoperatorio presentan menor prevalencia de trastornos en la imagen corporal.

Desde otro punto de vista, cabe resaltar que a pesar de que se evidenció una disminución significativa del porcentaje de pacientes que presentan alteraciones en la imagen corporal posterior a la intervención quirúrgica, hay sujetos que siguen presentando alteraciones en la imagen corporal. En relación a ello Kitzinger et al <sup>(42)</sup> realizaron un estudio en Austria donde se evaluaron 252 pacientes quienes fueron sometidos a cirugía bariátrica entre el año 2003 y 2009 con el objetivo de recabar información acerca de la calidad de vida, satisfacción con la imagen corporal y expectativas de someterse a una cirugía estética, empleando el Post Bariatric Satisfaction Questionnaire. Los resultados obtenidos indicaron que aún cuando entre 90 % de las mujeres y 88% de los pacientes masculinos calificaron

la pérdida de peso después de la cirugía como “satisfactoria” o “buena”, luego de una pérdida de peso significativa persiste en los pacientes insatisfacción con la imagen corporal, lo cual afecta negativamente la calidad de vida de los mismos. Esto fue asociado con las consecuencias de la pérdida masiva de peso en el cuerpo, lo cual implica flacidez y exceso de piel colgante.

Así mismo, se considera pertinente tomar en cuenta para futuras investigaciones el tipo de técnica de cirugía bariátrica empleada, con el objetivo de determinar la relación entre ésta y los niveles de alteraciones en la imagen corporal. Se ha evidenciado que dependiendo del tipo de técnica quirúrgica, la pérdida de peso masiva puede alcanzarse en un menor o mayor período de tiempo y en diferente proporción, lo que tendrá a su vez efectos sobre la figura pudiendo evidenciarse por ejemplo: mayor flacidez, estrías o piel colgante, características que contribuyen a la formación y mantenimiento de una imagen corporal negativa en pacientes de cirugía bariátrica.

Con respecto al segundo objetivo planteado, evaluar la presencia de cambios en los niveles de alteración de la imagen corporal determinados por variables sociodemográficas, no se evidenció una relación significativa entre estas variables y las alteraciones en la imagen corporal. Sin embargo, se ha hecho énfasis en los aspectos biopsicosociales del ser humano, tanto en sus estados sanos como en patologías de esta clase tal como lo mencionan Silvestri et al <sup>(1)</sup>, quienes rescatan la importancia de variables tanto individuales como socio-familiares en estos pacientes.

En cuanto al estrato socioeconómico se considera importante debido a que como menciona Carpio et al <sup>(29)</sup>, los factores de este tipo tienen un efecto acumulativo sobre el estado de salud de los individuos, esto tanto a nivel médico para el desarrollo de patologías como la obesidad, como a nivel psicológico. Sin embargo, el presente estudio fue realizado en un Hospital, por lo que posiblemente no se incluyó en la muestra pacientes con diferentes estratos socioeconómicos, como

por ejemplo pacientes con un nivel económico alto, los cuales probablemente acceden a este tipo de intervenciones quirúrgicas en instituciones privadas. De esta manera, la ausencia de diferencias significativas en las alteraciones en la imagen corporal determinadas por esta variable puede ser debido a esto, es decir, la poca presencia de pacientes con mayor nivel socioeconómico en este centro de salud. En este sentido, se sugiere para futuras investigaciones la realización de un estudio donde se incluyan pacientes que reciban tratamiento en diferentes centros de salud, públicos y privados.

Con respecto a los antecedentes familiares, se ha considerado de gran relevancia para el desarrollo de la obesidad la presencia de enfermedades psiquiátricas en la madre y en el padre, así como también formas específicas en la comunicación y vínculo que se establece con el niño y adolescente obeso <sup>(31, 32)</sup>. En el presente estudio la mayor cantidad de participantes no tenían antecedentes familiares de relevancia. Sin embargo, se considera importante realizar una investigación donde esto sea abordado con mayor profundidad, en la que se explore con los pacientes la dinámica familiar que prevalece con sus figuras parentales, y en su núcleo familiar actual en caso de que lo tengan (pareja e hijos). Esto con la finalidad de explorar la prevalencia de situaciones conflictivas en las familias que puedan tener relación con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad de los pacientes.

De la misma manera se considera importante realizar investigaciones donde se explore la percepción y concepto que tienen los familiares acerca de la obesidad y la importancia que otorgan a la apariencia física, debido a que esto se ha considerado como un factor que interviene de manera decisiva en el inicio del desarrollo de alteraciones en la imagen corporal <sup>(21)</sup>

Aunque la diferencia entre ambos grupos con respecto a la distorsión de la imagen corporal fue significativa, existen variables que deben ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones con el objetivo de profundizar en los resultados obtenidos. Las participantes que estuvieron en espera por la intervención quirúrgica eran

evaluadas y se iniciaban en tratamiento por el equipo interdisciplinario del servicio médico, donde se incluye un especialista en nutrición y un psicólogo; por tanto, este abordaje inicial pudo haber tenido influencia sobre la imagen corporal y otros aspectos psicológicos de las participantes, lo que podría considerarse como una limitación de esta investigación afectando los resultados.

Así mismo, la evaluación realizada en esta investigación a cada participante fue un corte transversal del proceso de cada una, lo cual puede representar una limitación de este estudio ya que no se hizo seguimiento por sujeto, desde su inicio en el programa de cirugía bariátrica hasta su culminación y reevaluación en postoperatorio tardío, por lo que diferencias individuales de las pacientes pueden haber interferido en los hallazgos. Estos aspectos podrían llegar a explicar las razones por las cuales en el grupo de pacientes en período preoperatorio se encontró un porcentaje importante de ausencia de alteraciones en la imagen corporal.

Desde este mismo punto de vista, se considera importante la realización de investigaciones de tipo longitudinal, debido a que se ha mencionado que posterior a los dos o tres años de la realización de la cirugía, y la consecuente estabilización del peso, los pacientes pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaria <sup>(43)</sup>. En relación con ello Adami et al <sup>(14)</sup> mencionan que una vez que los sujetos obesos consiguen tener un peso normal, persiste una preocupación importante por el peso, por tanto, estos pacientes pueden llegar a tener alteraciones en la imagen corporal similares a las que presentan pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, siendo este un tema de importante relevancia a profundizar en futuras investigaciones.

De igual forma, con la realización de estudios longitudinales se pueden investigar los demás cambios psicológicos y emocionales que pueden presentar los sujetos posterior a mejorías en la imagen corporal, como por ejemplo posibles cambios en la calidad de vida, en la autoestima, en las relaciones interpersonales y de pareja.

Elementos de este tipo son considerados de gran relevancia debido a que cuando se encuentran intrínsecos valores y autopercepciones negativas, están acompañados por sentimientos de inferioridad y comparación constante con otras personas, a las que se consideran superiores, a partir de la percepción de que tienen una mejor imagen <sup>(22)</sup>.

De igual manera, es recomendable para futuras investigaciones contar con una muestra mayor lo cual incrementaría la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos, así como tomar en cuenta la edad, e incluir ambos géneros dentro de la muestra. Específicamente en cuanto la variable edad, Ruiz et al <sup>(5)</sup> afirman que guarda relación con cambios en la imagen corporal. En su investigación obtuvieron que los sujetos que tienen más de 35 años están más satisfechos con su imagen tras la intervención quirúrgica; sin embargo, esta tendencia se invierte en sujetos menores de 35 años.

Adicionalmente, se sugiere la realización de investigaciones con poblaciones de adolescentes y adultos con fines comparativos en el ámbito de la prevalencia de trastornos de la imagen corporal, considerando que los procesos psicológicos en la adolescencia difieren de los adultos en múltiples aspectos relacionados con la autoimagen e identidad, lo cual podría permitir identificar factores de riesgo, diagnóstico temprano y ampliar técnicas de prevención de las alteraciones de la imagen.

Por otro lado, resulta pertinente considerar en el futuro realizar investigaciones donde se estudie la influencia que pueden tener variables sociodemográficas como el estrato social, nivel de instrucción, percepción de los cánones de belleza entre estratos sociales, sobre patologías como la obesidad mórbida.

Resulta interesante sugerir una investigación comparativa en la que se evalúen los niveles de alteraciones en la imagen corporal en pacientes obesos mórbidos, que no han iniciado ningún tipo de tratamiento para su condición y aquellos que ya han

tomado la decisión de asistir a un especialista y recibir el tratamiento pero que aún no lo han puesto en marcha, ya que los procesos cognitivos implicados en la toma de la decisión y reconocimiento de la obesidad como un problema personal, podrían tener influencia en la autoimagen y por consiguiente en la existencia o no de trastornos en esta esfera.

En los estudios realizados con pacientes obesos ha existido una tendencia a priorizar las variables de tipo biológico como causantes principales y por ende focos primarios de intervención en el tratamiento de esta patología. Como refieren Silvestri et al <sup>(1)</sup>, en vista del fracaso de las intervenciones limitadas únicamente a la modificación en la ingesta de alimentos y el incremento de la actividad física, añadido el aumento de la obesidad mórbida como patología presente en la población, emerge la importancia de la realización de investigaciones en el área que contemplen las variables psicosociales relacionadas con este trastorno y poder así generar mejores programas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Hospital Universitario de Caracas,  
Institución que nos ofreció su estructura para llevar a cabo nuestra formación.

Al Servicio de Psiquiatría y Clínica Mental,  
El cual nos brindó junto a su valioso equipo una gran experiencia de  
enriquecimiento profesional.

A los servicios de Cirugía I y II y a la Unidad de Cirugía Bariátrica del HUC  
(UNIBAROS),  
Por su apertura y colaboración que hicieron posible la realización de esta  
investigación.

A nuestro tutor Dr. Ernesto Rodríguez,  
Por su apoyo y compañía en la elaboración de este trabajo.

A nuestro asesor estadístico José Pérez,  
Quien fue una base importante para esta investigación.

A la Lic. Mariemma Antor,  
Por su colaboración en la realización y culminación de este trabajo.

## REFERENCIAS

1. Silvestri E, Stavile A. Aspectos psicológicos de la obesidad. España: Universidad Favaloro; 2005. Postgrado en Obesidad a Distancia.
2. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. San Sebastian; 27 y 28 de octubre del 2000. España: Facultad de Psicología Universidad; 2000. p. 45-48.
3. 5to Congreso Virtual de Psiquiatría. Barcelona; 2004. Barcelona: Institut Catalat de la Salut; 2004. p. 1-16.
4. Rivarola M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos en Humanidades. 2003; 4(007-008): 149-161.
5. Ruiz M, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. Psicothema. 2002; 14(3): 577-582.
6. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. Arch Soc Cir Chile. 2006; 56(6): 481-485.

7. Crespo M, Ruiz S. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su pronóstico postoperatorio. *Acta Médica (Hradec Kralove)*. 2006; 47(2): 157-178.
8. Montt D, Koppmann A y Rodriguez M. Aspectos Psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2005; 16(4): 282-288.
9. Lara C, Saucedo T. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Ment (Mex)*. 2006; 29(3): 60-67.
10. Gasco M, Briñol P, Horcajo J. Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de actitudes. *Psicothema*. 2010; 22(1): 71-76.
11. Delgado C, Morales M, Maruri I, Rodríguez C, Benavente J y Núñez B. Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(6): 376-381.
12. Fernández T, Leal I y García E. Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Revista en línea]*. 2010 [citado 15 de abril de 2012]. Disponible en: [http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo\\_3\(4\).pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_3(4).pdf)
13. Wadden T, Sarwer D, Fabricatore A, Jones L, Stack R y Williams N. Estado Psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. 2007: 451-469

14. Adami G, Meneghelli A, Bressani A and Scopinaro N. Body Image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *J Psychosom Res.* 1998; 46(3): 275-281.
15. Rubio M, Martínez C, Vidal O, Salas-Salvadó J, Pujol J, Díez I, et al. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Española sobre obesidad.* 2004; 4: 223-249.
16. Organización Mundial de la Salud [Página Principal en Internet]. [2015]; [citado 18 de abril de 2012]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
17. Guisado J, Vaz F, Alarcón J, Béjar A, Casado M. y Rubio M. Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de endocrinología.* 2002; 13(1): 29-34.
18. Guzmán S. Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida. *Boletín de la Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.* 1997; 26(1).
19. Montañó L. Obesidad Mórbida, Psicopatología y Cirugía Bariátrica: un reto de nuestros días. *Interpsiquis [Revista en línea].* 2008. [citado 18 de abril de 2012]. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/interpsiquis\\_2008\\_32615.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/interpsiquis_2008_32615.pdf)
20. Baños R, Perpiñá C. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología.* 1990; 6(1): 1-9.
21. Salaberria K, Rodríguez S y Cruz S. Percepción de la Imagen Corporal. *Osasunaz.* 2008; 8: 171-183.

22. Gómez P. Insatisfacción con la Imagen Corporal y Malestar Emocional: Un Estudio de Mediación Múltiple [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense Madrid. Facultad de Educación; 2013.
23. García M. y Gómez G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Health Psychol.* 2003; 3(1): 9-21.
24. Castrillón D, Luna I, Avendaño G. y Pérez A. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología.* 2007; 10(001): 15-23.
25. Arias F, Sánchez S, Juan G, Amodóvar F y Llorente F. Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. Madrid: Unidad de psiquiatría. Fundación Hospital Alcorón; 2005. *Endocrinol Nutr.*: 7.
26. Barris J, Sibel A, Quiles I, Bassas N y Thomas J. Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos. *Interpsiquis.* [Revista en línea] 2001. [citado 1 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.centrelondres94.com/files/Perfil\\_psicopatologico\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_adolescentes\\_obesos.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_en_una_muestra_de_adolescentes_obesos.pdf)
27. Trejo P, Castro D, Facio A, Mollinedo F y Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. México: Universidad Autónoma de Sacateca. 2010.
28. Sarwer B, Wadden T, Moore R, Eisenberg M, Raper S and Williams N. Changes in: Quality of life and Body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2010: 608-614.

29. Caprio S, Daniels S, Drewnoski A, Kaufman F, Palinkas L, Rosenbloom A and Schwimmer J. Influence of race, ethnicity and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Can J Diabetes*. 2008; 31(11): 2211-2221.
30. Jackson T, Zhang R, Glockler D, Pennington J, Reddigan J, Rotstein O et al. Health inequity in access to bariatric surgery: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2014; 3(15): 1-5.
31. Taiariol M. La imagen corporal del obeso antes y después de la cirugía bariátrica interpretada a través del test proyectivo Dibujo de la Figura Humana (DFH). *Bariátrica y Metabólica Iberoamericana*. 2012; 2(4): 107-115
32. Sibel A, Quiles I, Barris J, Bassas N y Tomás J. El perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. *Centre Paidopsiquiatric del Barcelonés* [Revista en línea] 2001 [Consultado 1 junio 2015]. Disponible en: [http://www.centrelondres94.com/files/Perfil\\_psicopatologico\\_y\\_relacional\\_de\\_las\\_familias\\_con\\_obesidad.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad.pdf).
33. Fox K, Taylor S and Jones J. Understanding the bariatric surgery patient: a demographic, lifestyle and psychological profile. *Surg Obes Relat Dis*. 2000: 477-481.
34. Kerlinger F y Lee H. *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ta ed. México: McGraw Hill; 2001.
35. Hernández M, Fernández C y Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 3ra ed. México: McGraw Hill; 2003.
36. Méndez H y Méndez M. *Sociedad y estratificación. Método Graffar*. Méndez Castellano. Caracas: FUNDACREDESA. 1994; 1-206.

37. Aguilar B, Oudhof H, Gonzalez N y Unikel-Santoncini C. Desarrollo y Validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Ment (Mex)*. 2010; 33(4): 325-332.
38. Ochoa S, Villareal, L, Molina N y Bayle J. Validación y Confiabilidad de Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes en la ciudad de Colima. *Revista científica electrónica de Psicología [Serie en internet]*. [citado 1 de mayo de 2012]; 4: aprox. 12 p. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
39. Martinez M. *El Esquema y la Imagen Corporal*. México: Sociedad de Psicoanálisis de León-México.
40. Maganto C y Cruz S. La Imagen Corporal y Los Trastornos Alimenticios. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2000; 30: 45-48.
41. Melissa A, Kalarchian and Marsha D. Bariatric Surgery and Psychopathology. In: Mitchell E and Martina de Zwaan *editors*. *Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Taylor & Francis Group; 2005. p. 59-76.
42. Kitzinger H, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Bohdjalian A, Langer F, Prager G and Frey M. After Massive Weight Loss: Patients' Expectations of Body Contouring Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2011: 544-548.
43. Mayo M, Pacheco J, Perez D, Bengoechea A, Roldan S y Fernández J. Desnutrición proteico calórica grave y trastornos de la conducta alimentaria tras cirugía bariátrica. A propósito de un caso. *Bariátrica y Metabólica Ibero-Americana*. 2014; 4(1): 148-150.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Información al Participante del Proyecto.**

Ud ha sido seleccionado al azar para participar en el proyecto de investigación ***“Insatisfacción corporal y preocupación por el peso en pacientes en período pre y postoperatorio de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Caracas”***, realizada por Shouly Salas y Susan Salazar, como requisito para optar al título de Especialistas en Clínica Mental.

#### **Propósito del proyecto**

Comparar la prevalencia de trastornos de la imagen corporal en una muestra de 30 mujeres con diagnóstico de obesidad mórbida que esperan someterse a cirugía bariátrica y los de una muestra de 30 mujeres que ya han sido sometidas a dicha intervención quirúrgica. Todas ellas, pacientes de los Servicios de Cirugía II y IV del Hospital Universitario de Caracas.

Evaluar si hay variaciones en los niveles de insatisfacción corporal y preocupación por el peso determinadas por variables sociodemográficas en pacientes con obesidad mórbida que forman parte de un programa de cirugía bariátrica.

#### **Procedimiento**

De Ud. aceptar participar en esta investigación se le entregarán dos instrumentos de autollenado: en primer lugar, una breve encuesta con preguntas de datos de identificación, la cual toma un tiempo aproximado de 5 minutos para completarse; y en segundo lugar, un cuestionario conformado por 34 ítems de selección simple, el cual necesita para su completación un tiempo de 10 minutos.

#### **Riesgos**

No existe ningún riesgo sobre su integridad generado por su participación en este estudio.

## **Beneficios**

La realización de este estudio permitirá conocer las alteraciones de la imagen corporal que presentan las personas con obesidad mórbida en períodos pre y postoperatorio de cirugía bariátrica. Su participación en el mismo le beneficiará ya que podrá conocer lo anteriormente referido y ello aportará información adicional para su tratamiento integral, específicamente en cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas.

## **Confidencialidad**

La información que Ud. aporta es de carácter estrictamente confidencial y será usada exclusivamente para fines de esta investigación.

## **Participación voluntaria**

Su participación en el presente estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento, cuando así lo desee, así ya haya firmado el consentimiento informado.

## Anexo 2. Consentimiento informado.

Esta investigación se realiza para obtener el título de Especialista en Clínica Mental. El tema a estudiar es alteración de la imagen corporal en pacientes en período pre y postoperatorio de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Caracas. El primer objetivo es comparar la prevalencia de trastorno de la imagen corporal en una muestra de 30 mujeres con diagnóstico de obesidad mórbida que esperan someterse a cirugía bariátrica, con la de una muestra de 30 mujeres que ya han sido sometidas a dicha intervención quirúrgica. El segundo objetivo plantea evaluar la posible influencia de variables sociodemográficas sobre los niveles de alteración en la imagen corporal. El procedimiento consiste en el llenado de una breve encuesta con datos de identificación y de un instrumento de 34 ítems de selección múltiple, ambos de autollenado, requiriendo en total un tiempo aproximado de 15 min para su completación.

Yo \_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_ he leído y comprendido el contenido de la hoja de Información al Participante del Proyecto y aclarado de forma satisfactoria las dudas y preguntas que he tenido.

Por medio de la presente afirmo que estoy de acuerdo en participar en esta investigación.

Reconozco que no he sido coaccionada a firmar este consentimiento y aún habiéndolo firmado puedo retirarme en cualquier momento del procedimiento si así lo deseo.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Testigo

### Anexo 3. ENCUESTA.

#### Datos de Identificación:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ años
- Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_

Variables	Puntajes	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (con primaria incompleta)
2.- Nivel de instrucción de la Madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales

	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

- ¿Sufre Ud de alguna enfermedad médica y/o psiquiátrica? (especifique)
  
- ¿Algún familiar sufre de una enfermedad médica y/o psiquiátrica? (especifique)

#### Anexo 4. **Body Shape Questionnaire.**

##### Instrucciones

Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y coloque una **X** encima de la afirmación que más corresponda con lo que piensa o hace.

Cada pregunta tiene una sola respuesta y no hay respuestas malas o buenas. Este cuestionario nos ayudará a entender mejor su actitud ante su figura corporal.

Pregunte cualquier duda al respecto. Gracias.

## Body Shape Questionnaire

1.- Cuando te has aburrido, ¿te has preguntado por tu figura?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

2.- ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

3.- ¿Has pensado que tenías muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

4.- ¿Has tenido miedo de engordar?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

5.- Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

6.- Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gorda?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

7.- Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

8.- ¿Has evitado correr para que tu carne no se moviera?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

9.- Estar con chicas delgadas ¿te ha hecho fijar en tu figura?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

10.- ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

11.- El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

12.- Al fijarte en la figura de otras chicas ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

13.- Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

14.- Estar desnuda (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gorda?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

15.- Has evitado llevar ropa que marque tu figura?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

16.- ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

17.- Comer dulces u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gorda?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

18.- ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

19.- ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

20.- ¿Te has sentido acomplejada con tu cuerpo?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

21.- Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho poner a dieta?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

22.- ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago esta vacío (por ejemplo, por la mañana)?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

23.- ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

24.- ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

25.- ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

26.- ¿Has vomitado para sentirte más delgada?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

27.- Cuando estas con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

28.- ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

29.- Verte reflejada en el espejo ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

30.- ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

31.- ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

32.- ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

33.- ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

34.- La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Nunca\_\_\_ Casi nunca\_\_\_ Algunas veces\_\_\_ Muchas veces\_\_\_ Casi siempre\_\_\_ Siempre\_\_\_

Anexo 5. Estadísticos de Tendencia Central para la muestra del Grupo Preoperatorio.

		Total	Insatisfacción Corporal	Preocupación por el peso
N	Válidos	30	30	30
	Perdidos	0	0	0
Media		109,500	60,1667	45,6000
Desv. típ.		35,0789	21,31065	14,34693
Varianza		1230,53	454,144	205,834
Mínimo		35,00	20,00	14,00
Máximo		175,00	100,00	72,00
Percentiles	25	87,5000	43,5000	37,2500
	50	104,000	56,0000	41,5000
	75	140,000	78,5000	59,2500

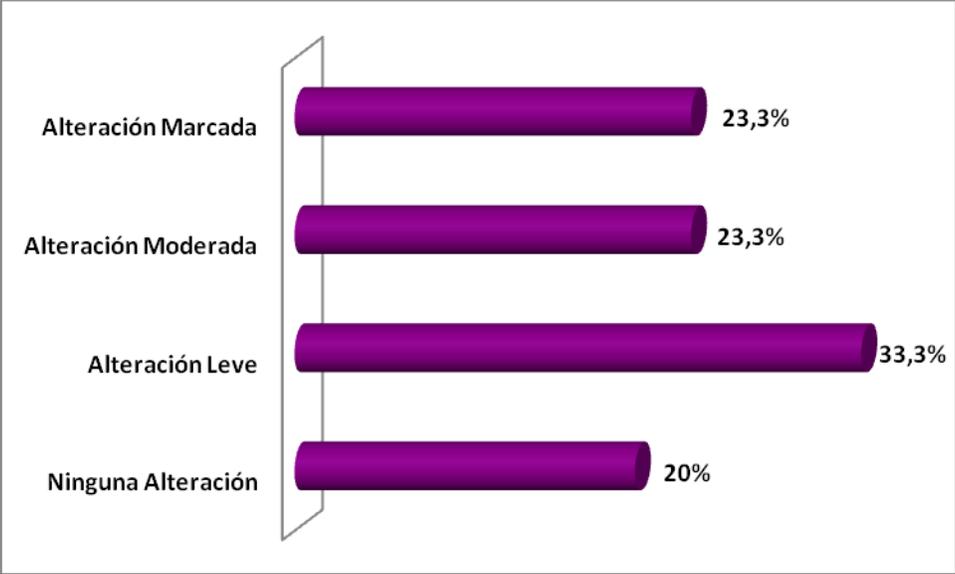
a. Condición = PreOperatoria

Anexo 6. Estadísticos de Tendencia Central para la muestra del Grupo Postoperatorio.

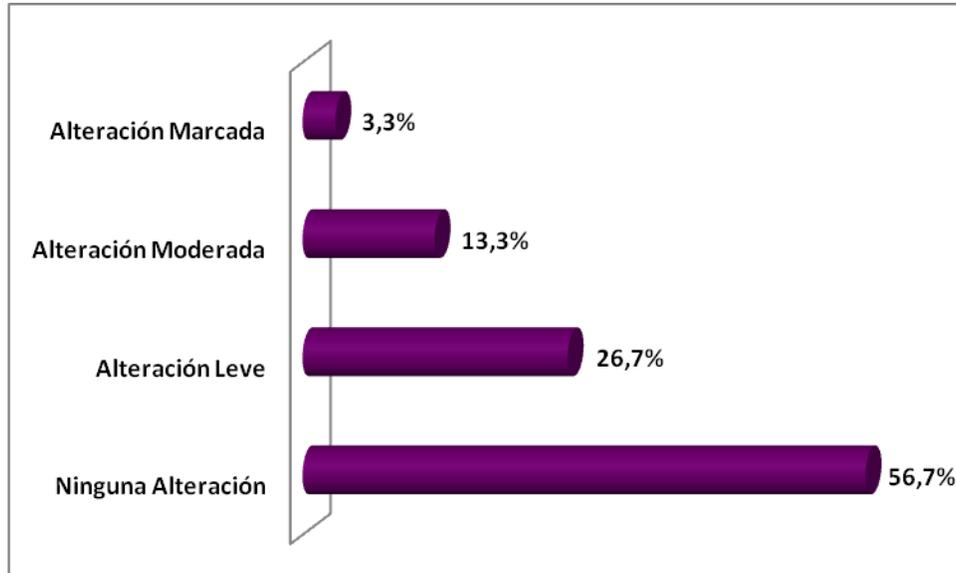
		Total	Insatisfacción Corporal	Preocupación por el peso
N	Válidos	30	30	30
	Perdidos	0	0	0
Media		82,366	41,9667	36,7333
Desv. típ.		27,539	15,75564	12,36495
Varianza		758,44	248,240	152,892
Mínimo		37,00	22,00	14,00
Máximo		141,00	82,00	62,00
Percentiles	25	59,750	30,0000	26,0000
	50	77,000	37,5000	35,0000
	75	98,250	50,2500	46,2500

a. Condición = PostOperatoria

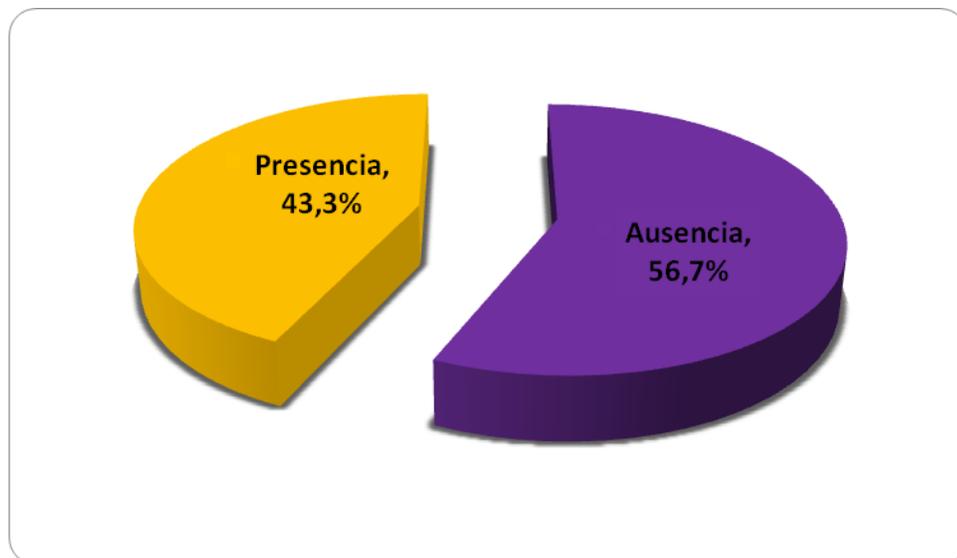
Anexo 7. Puntuaciones Totales del BSQ en el Grupo Preoperatorio.



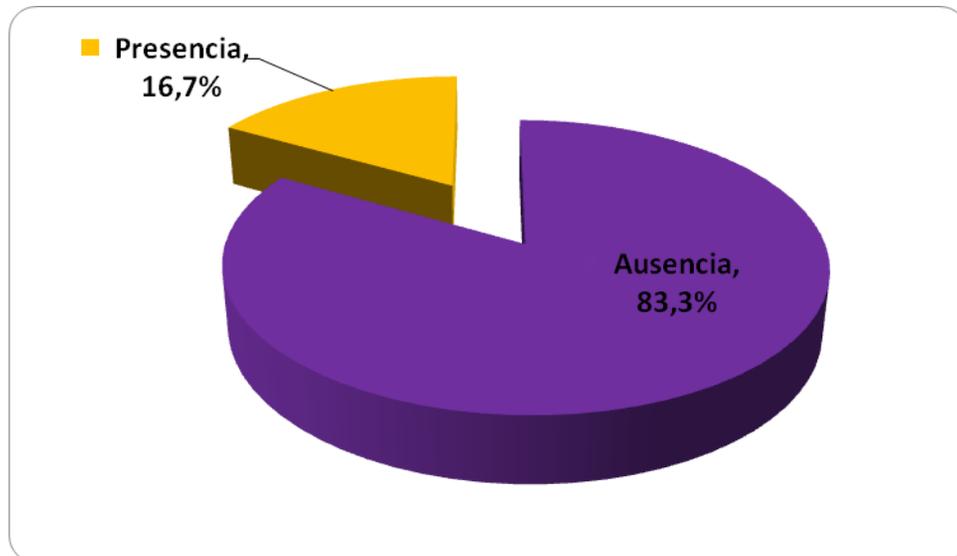
Anexo 8. Puntuaciones totales del BSQ en el Grupo Postoperatorio.



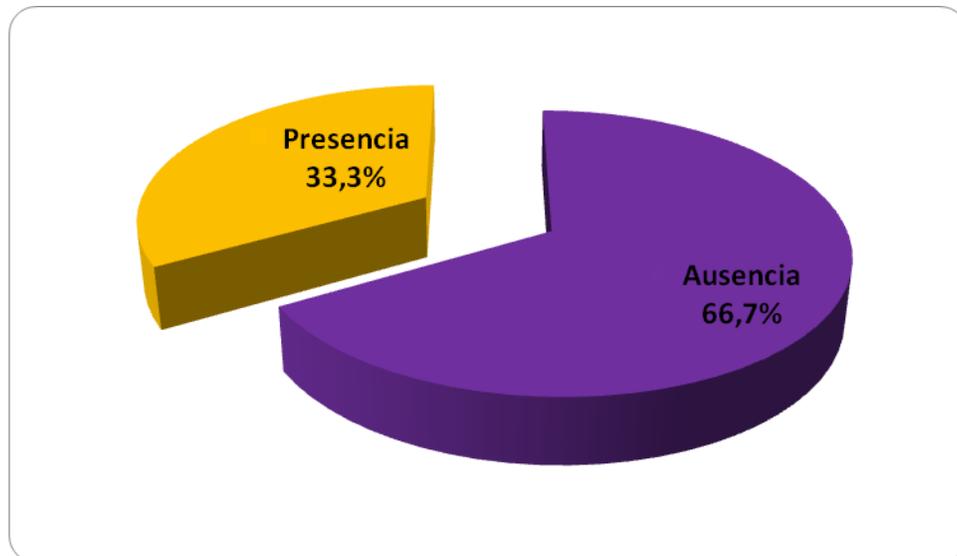
Anexo 9. Puntuaciones del Factor 1, Insatisfacción Corporal, en el Grupo Preoperatorio.



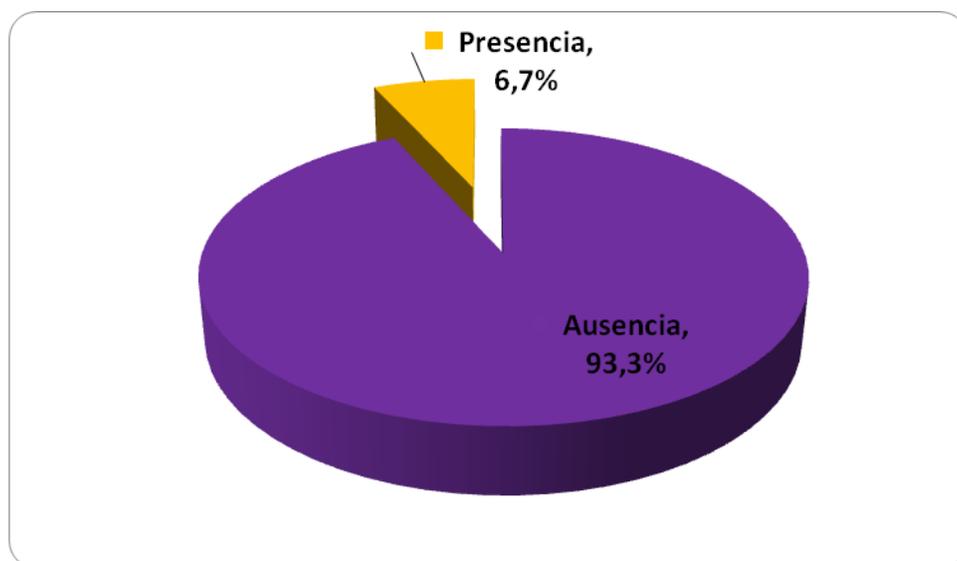
Anexo 10. Puntuaciones del Factor 1, Insatisfacción Corporal, en el Grupo Postoperatorio.



Anexo 11. Puntuaciones del Factor 2, Preocupación por el Peso, en el Grupo Preoperatorio.



Anexo 12. Puntuaciones del Factor 2, Preocupación por el Peso, en el Grupo Postoperatorio.



Anexo 13. Prueba t de Student para determinar las Diferencias entre Ambos Grupos para las Puntuaciones Totales del BSQ.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	2,066	0,156	3,332	58	0,002	27,13333	8,14244	10,83446	43,4322
No se han asumido varianzas iguales			3,332	54,907	0,002	27,13333	8,14244	10,81489	43,45178

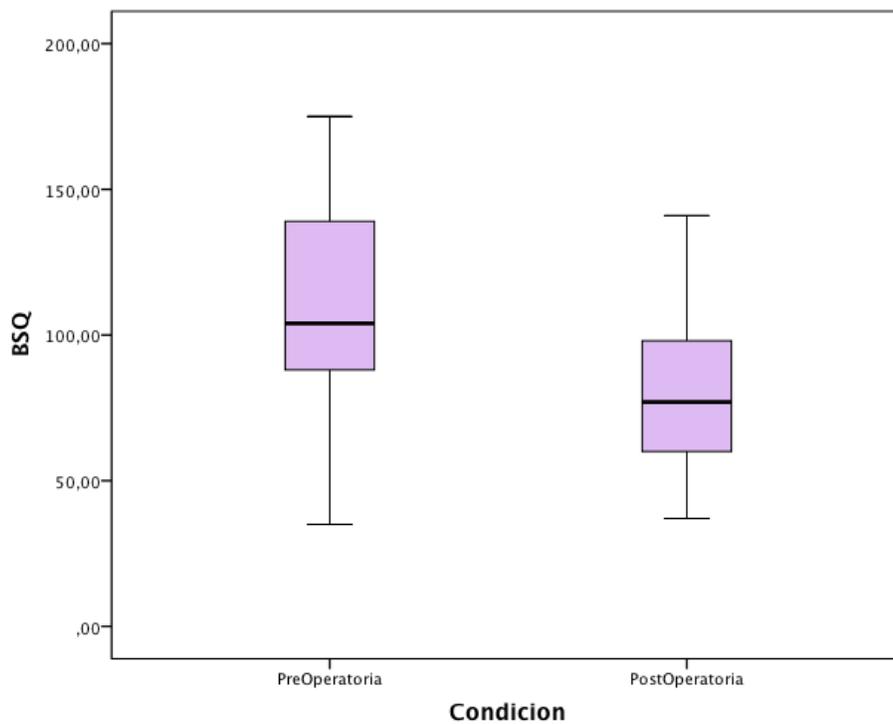
Anexo 14. Prueba t de Student para determinar las Diferencias entre Ambos Grupos para el Factor 1, Insatisfacción Corporal.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	4,559	,037	3,761	58	,000	18,20000	4,83868	8,5143	27,88566
No se han asumido varianzas iguales			3,761	53,410	,000	18,20000	4,83868	8,4965	27,90342

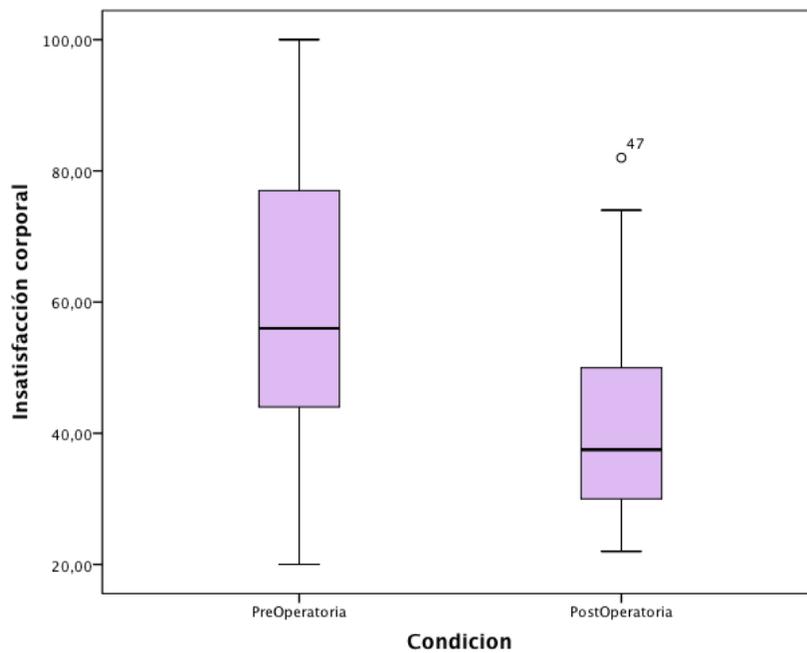
Anexo 15. Prueba t de Student para determinar las Diferencias entre Ambos Grupos para el Factor 2, Preocupación por el Peso.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,488	,488	2,564	58	,013	8,86667	3,45797	1,94479	15,78854
No se han asumido varianzas iguales			2,564	56,7	,013	8,86667	3,45797	1,94158	15,79175

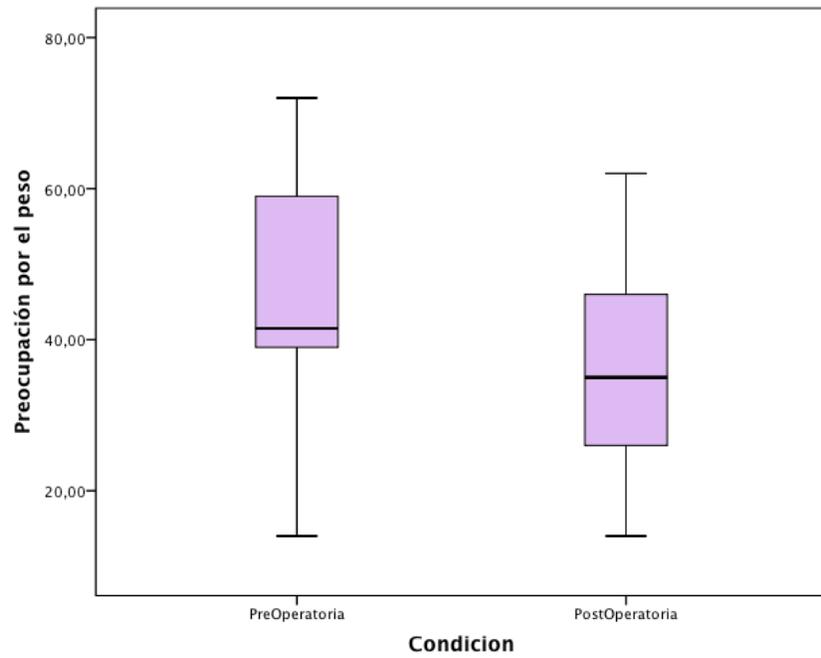
Anexo 16. Gráfico de Caja y Bigotes para las Puntuaciones Totales de Ambos Grupos.



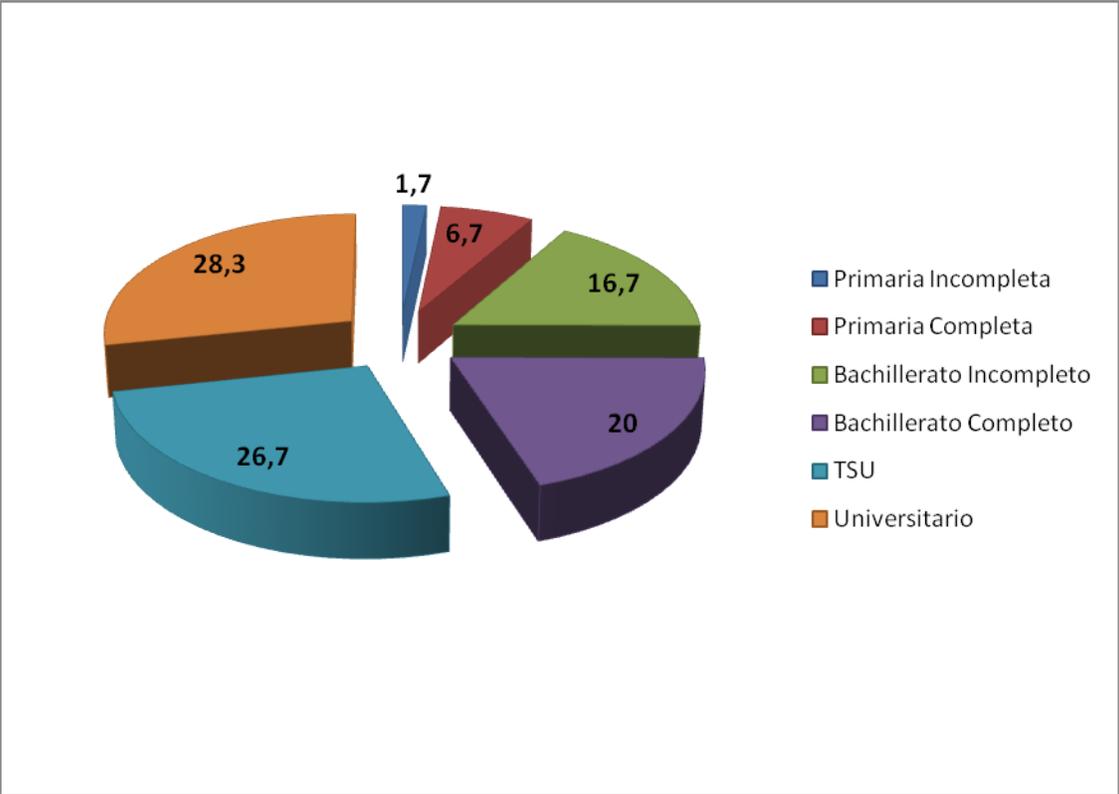
Anexo 17. Gráfico de Caja y Bigotes para las Puntuaciones de Insatisfacción Corporal en Ambos Grupos.



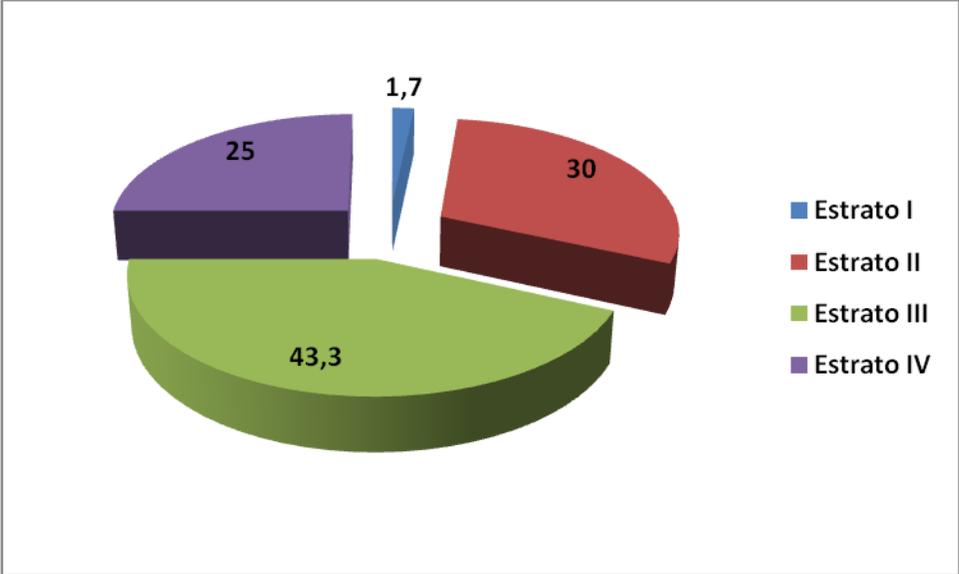
Anexo 18. Gráfico de Caja y Bigotes para las Puntuaciones de Preocupación por el Peso en Ambos Grupos.



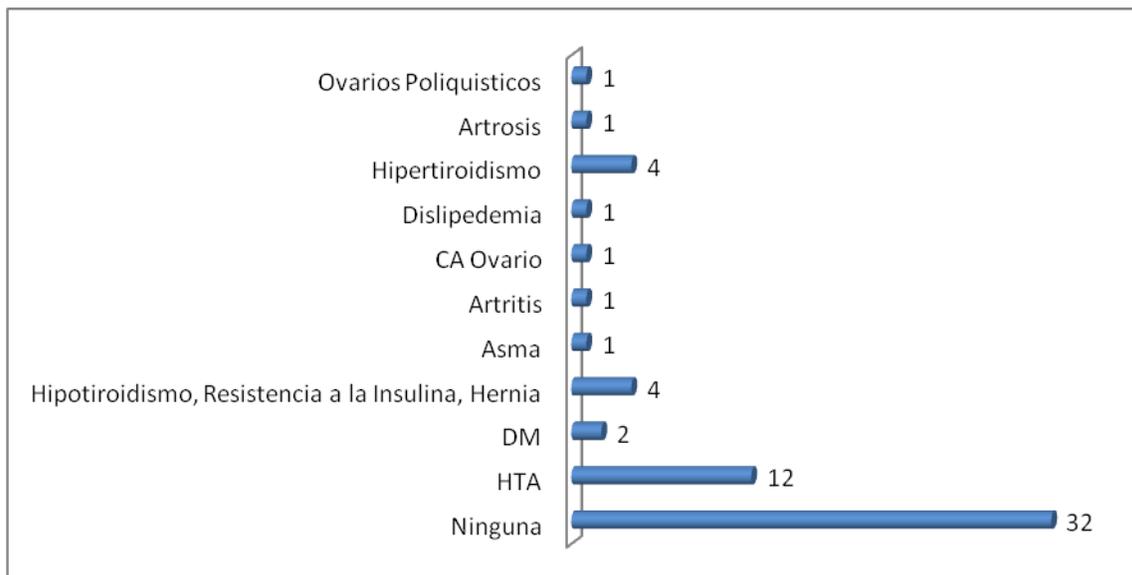
Anexo 19. Distribución de la muestra según el Nivel de Instrucción.



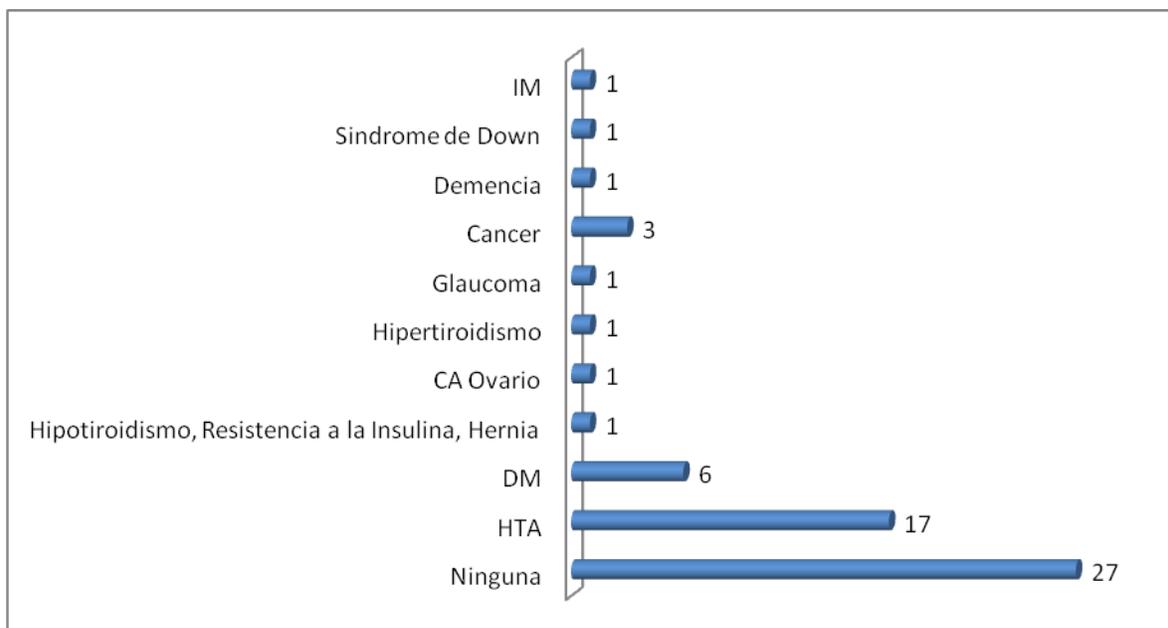
Anexo 20. Distribución de la muestra según Estrato Socio-económico.



Anexo 21. Distribución de la muestra según Antecedentes Médicos y Psiquiátricos Personales.



Anexo 22. Distribución de la muestra según Antecedentes Médicos y Psiquiátricos Familiares.



Anexo 23. Prueba Chi Cuadrado para determinar la influencia de la variable Nivel de Instrucción sobre las Alteraciones en la Imagen Corporal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,856 <sup>a</sup>	15	,141
Razón de verosimilitudes	19,826	15	,179
Asociación lineal por lineal	,074	1	,786
N de casos válidos	60		

a. 21 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Anexo 24. Prueba Chi Cuadrado para determinar la influencia de la variable Nivel Socio-económico sobre las Alteraciones en la Imagen Corporal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,013 <sup>a</sup>	9	,275
Razón de verosimilitudes	9,094	9	,429
Asociación lineal por lineal	,174	1	,676
N de casos válidos	60		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,13.

Anexo 25. Prueba Chi Cuadrado para determinar la influencia de la variable Antecedentes Médicos y Psiquiátricos Personales sobre las Alteraciones en la Imagen Corporal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,228 <sup>a</sup>	30	,357
Razón de verosimilitudes	30,504	30	,440
Asociación lineal por lineal	,172	1	,679
N de casos válidos	60		

a. 41 casillas (93,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,13.

Anexo 26. Prueba Chi Cuadrado para determinar la influencia de la variable Antecedentes Médicos y Psiquiátricos Familiares sobre las Alteraciones en la Imagen Corporal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,602 <sup>a</sup>	30	,135
Razón de verosimilitudes	43,077	30	,058
Asociación lineal por lineal	,232	1	,630
N de casos válidos	60		

a. 40 casillas (90,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es ,13.