

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES
Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“CONDICIONES PRE Y POST QUIRÚRGICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN CENTRO PRIVADO DE CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA, AREQUIPA 2018”**

Tesis presentada por la bachiller:

RAMOS FLOREZ, ANA SOFIA

Para optar el Título Profesional de
Psicóloga.

Asesora: Dra. Luana Vásquez Samalvides

AREQUIPA – PERÚ

2019

PRESENTACIÓN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES

INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presento a vuestra consideración la tesis titulada **“CONDICIONES PRE Y POST QUIRÚRGICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN CENTRO PRIVADO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, AREQUIPA 2018”** trabajo con el cual pretendo obtener el título profesional de Psicóloga.

Arequipa, Julio del 2019

Bachiller:

Ramos Florez, Ana Sofía

“Lo que se presenta en el cuerpo como un aumento de tejido adiposo, es decir, una alteración somática, es, en el alma, un drama inconsciente” - Chiozza

DEDICATORIA

A mis padres, Enrique y Celina; a mi hermano, Ivan; amores de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por ser guía y luz de toda mi existencia, por su amor incondicional, por contagiarme su optimismo en los peores momentos.

A mi alma mater, la Universidad Nacional de San Agustín y a la Escuela Profesional de Psicología por haberme formado no sólo como profesional sino también como persona sensible, empática y agente de cambios, gracias por hacerme amar aún más mi profesión.

A la Dra. Luana Vásquez Samalvides por su tiempo y sobre todo por su paciencia, por guiarme desde que la conocí y por ser fuente de inspiración.

Al Dr. Raúl Layme y todo su equipo por hacer posible esta investigación al facilitarme las herramientas necesarias y más, gracias por su tiempo y apoyo.

A Hadita, Edson y Brigitte; por sostenerme con su amistad, por apoyarme en todas mis decisiones, gracias por todo su cariño, por ser parte de mi vida y por hacer esto posible.

Especial agradecimiento a todos los pacientes participantes del presente estudio, por su colaboración, paciencia y tiempo empleado en todo el proceso.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar las diferencias de las condiciones pre y post quirúrgicas de pacientes obesos sometidos a cirugía Bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica de la ciudad de Arequipa; se utilizó el enfoque cuantitativo, es de tipo descriptivo y de diseño no experimental. La muestra consta de 27 pacientes obesos mórbidos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 19 y 59 años. Las pruebas utilizadas fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (IDARE) y una ficha de recolección de comorbilidades médicas y datos sociodemográficos que fueron aplicados antes y seis meses después de la cirugía. Los datos se procesaron en el software estadístico SPSS versión 25 identificando que si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención quirúrgica en la ansiedad estado ($Z = -3.968$; $p < .001$) y en la depresión ($Z = -4.256$; $p < .001$), descubriendo que hay una disminución de ambas luego de la intervención quirúrgica así como una mejora también significativa de las comorbilidades médicas. No se registraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo antes y después de la intervención quirúrgica ($t_{(26)} = 1.753$; $p = .091$).

Palabras Clave: obesidad mórbida, cirugía bariátrica, ansiedad, depresión, comorbilidades.

ABSTRACT

The aim of this research was to identify the differences between pre and post-surgical conditions in obese patients undergoing Bariatric surgery at a laparoscopic surgery private center in Arequipa; the quantitative approach was used in this investigation, also a descriptive and non-experimental design. The sample consists of 27 morbid obese patients of both sexes aged 19 to 59. The tests used were the Beck Depression Inventory (BDI-II), State Trait Anxiety Inventory known in spanish as IDARE and a sheet which collects medical comorbidities and sociodemographic data. The data was processed through the statistical package SPSS version 25. As a result, it was identified the statistically significant differences before and after the surgical intervention in state anxiety ($Z = -3.968$, $p < .001$) likewise in depression ($Z = -4.256$; $p < .001$), finding a decrease in both after the surgical intervention as well as a significant improvement in medical comorbidities. There were not found statistically significant differences in trait anxiety before and after the surgery ($t(26) = 1.753$, $p = .091$).

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, anxiety, depression, comorbidities.

INDICE

PRESENTACIÓN	ii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION.....	xii

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. OBJETIVOS.....	4
1.2.1. General.....	4
1.2.2. Específicos.....	5
1.3. HIPÓTESIS	5
1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	6
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	8
1.6. DEFINICION DE TÉRMINOS	8
1.6.1. Depresión	8
1.6.2. Ansiedad	9
1.6.3. Dislipidemia.....	10
1.6.4. Diabetes	10
1.6.5. Esteatosis hepática	10
1.6.6. Obesidad Mórbida	11
1.6.7. Cirugía Bariátrica	11

1.7. VARIABLES E INDICADORES	11
1.7.1. Identificación de Variables	11
1.7.2. Operacionalización de las Variables	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	13
2.2. Revisión Literaria.....	15
2.1.1CONDICIONES EN EL PACIENTE OBESO	15
2.1.2. CIRUGÍA BARIÁTRICA	51

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo, Diseño y Método	60
3.2. PARTICIPANTES	60
3.3. Instrumentos	61
3.3.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	61
3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (IDARE)	63
3.3.3. Ficha de Recolección de datos del Estado de Salud Clínico	64
3.4.Procedimiento.....	64

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 <i>Sexo</i>	67
TABLA N° 2 <i>Grado de instrucción</i>	68
TABLA N° 3 <i>Estado civil</i>	68
TABLA N° 4 <i>Vive con</i>	69
TABLA N° 5 <i>Estadísticos descriptivos</i>	69
TABLA N° 6 Condiciones Físicas Pre Quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.....	70
TABLA N° 7 Descripción de parámetros Físicos Pre Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	71
TABLA N° 8 Condiciones Físicas Post Quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.....	72
TABLA N° 9 Descripción de parámetros Físicos Post Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	73
TABLA N° 10 Niveles de Ansiedad y Depresión Pre Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	74
TABLA N° 11 Niveles de Ansiedad y Depresión Post Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	75
TABLA N° 12 Nivel de significancia de las condiciones pre quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	76
TABLA N° 13 Nivel de significancia de las condiciones post quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.	77
TABLA N° 14 Comparación entre las condiciones de salud física pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.	78
TABLA N° 15 Comparación entre las condiciones de salud física pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.	79

TABLA N° 16 Comparación de los niveles de ansiedad rasgo pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.	80
TABLA N° 17 Comparación de los niveles de ansiedad estado y depresión pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.....	80

INTRODUCCIÓN

La obesidad en la antigüedad no era un asunto de salud sino de supervivencia, pues quienes guardaban reservas de energía como grasa eran los que sobrevivían a las épocas de escasez; así, en la edad de Piedra, encontramos la existencia de representaciones femeninas con obesidad, definitivamente la más conocida es la llamada Venus de Willendorf expuesta en el Museo de Historia Nacional de Viena que data de hace aproximadamente 25000 años.

Al paso del tiempo, encontramos a Hipócrates quien informaba sobre lo riesgoso de la obesidad señalando que “la muerte súbita es más común en individuos naturalmente gordos que entre los delgados” y que “las mujeres gordas son menos fértiles que las flacas”; después, Galeno, su discípulo escribió “cuando alguien sufre polisarkos (poli: mucho, sarka: carne) no puede caminar sin sudar, no puede sentarse a la mesa por el volumen de su estómago, no puede respirar bien, no tiene hijos, no se puede asear” (Alvarez, 2016).

A pesar de estas explicaciones, durante mucho tiempo se consideró a la obesidad como una “condición” y los textos médicos no se ocuparon del problema; a inicios del siglo XIX, la obesidad comenzó a afrontarse como un problema moral poniendo al obeso como un individuo débil y transgresor. (Franques y Benedetti, 2016 en Rios, 2016). Aproximadamente a mediados del siglo XX algunos médicos observadores mostraron que quien presentaba obesidad era propenso a enfermedades y tiempo después las compañías de seguros confirmaron que las personas con exceso de grasa presentaban más enfermedades y morían más jóvenes, entonces, la comunidad médica se dedicó cada vez más a conocer a la obesidad, sus causas, consecuencias y cómo puede tratarse.

La obesidad está considerada actualmente como una epidemia mundial pues, según la Organización Mundial de la Salud (2017), es una enfermedad crónica y de origen multicausal que se encuentra asociada a múltiples comorbilidades (dislipidemias, cardiopatías, neuropatías, diabetes, apneas del sueño), es la segunda causa de muerte evitable en el mundo después del tabaco, y cada año genera mayor demanda de atención sanitaria a nivel mundial.

Según Ortiz (2013), los tratamientos para la obesidad basados en fármacos y dietas no logran en la mayoría de casos controlar estas comorbilidades ni mantener un peso adecuado, en consecuencia nace la especialidad denominada Bariatría (de *barós*, peso), que se encarga de atender a quien sufre de sobrepeso y obesidad logrando las expectativas antes mencionadas; así mismo, se reconoce la multifactorialidad de esta enfermedad por lo que se ha establecido claramente la necesidad de que los pacientes que se someten a cirugía bariátrica sean evaluados y preparados por todo el equipo multidisciplinario, entre ellos el psicólogo especializado.

La necesidad del enfoque psicológico dentro de esta especialidad nace debido a la confirmación de que el éxito del tratamiento bariátrico no se limita al procedimiento quirúrgico por sí solo, sino que depende totalmente de la capacidad adaptativa del paciente a su nueva condición, ya que los cambios somáticos que provoca la cirugía exigen adaptación y cuidados por parte del paciente. (Franques y Benedetti, 2016 en Rios, 2016)

En Perú, como refiere Vojvodic (2009) son varios los centros tanto públicos como privados que han llevado a cabo la cirugía bariátrica por años, pero no se cuenta con un protocolo estandarizado a nivel nacional sobre el uso de esta cirugía en el tratamiento de la obesidad.

Entonces, en nuestro país, la intervención en cuanto a indicaciones, recomendaciones y seguimiento varía según los hospitales o clínicas que la realizan; así, deducimos que no todos los pacientes bariátricos trabajan con un psicólogo especializado que de soporte a su tratamiento bariátrico, al revisar diversas investigaciones realizadas en Perú por médicos bariatras, no se registra la intervención psicológica; así mismo, sólo se encontró una investigación en pacientes bariátricos peruanos con enfoque psicológico.

Es por esto que surge la necesidad de investigar este campo en nuestro contexto, escogiendo como punto de partida unas de las condiciones psicológicas más encontradas según Rios (2016) en el perfil del paciente obeso candidato a cirugía bariátrica como son ansiedad y depresión y tomando en cuenta también, a modo de registro demostrativo, tres condiciones somáticas comunes al paciente obeso.

Con este trabajo pretendo encontrar relaciones causa y efecto entre las variables, demostrando los cambios generados a raíz de este procedimiento quirúrgico y así poner en evidencia la necesidad de la intervención psicológica dentro de esta especialidad que es aún joven a nivel mundial, espero también que este trabajo sirva como aporte y sea de utilidad para investigaciones futuras.

Finalmente, la presente investigación, está dividida en cuatro capítulos; en el primer capítulo se muestra el planteamiento del problema, los objetivos incluyendo el general y los específicos, la hipótesis, las variables, la justificación, la definición de términos y la operacionalización de variables; en el segundo capítulo encontraremos el marco teórico que es base de la investigación donde se describen a detalle las variables; en el tercer capítulo encontramos la metodología de la investigación que presenta el tipo de investigación, el diseño, los sujetos y el procedimiento que se llevó a cabo para ejecutar la presente tesis; y

por último, en el cuarto capítulo se muestran los resultados de la investigación y sus respectivas interpretaciones, así como la discusión, conclusiones, sugerencias y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a un estudio; en el 2014, 266 millones de varones y 375 millones de mujeres presentaron obesidad en el mundo y se estima que para 2025 la prevalencia mundial alcance al 18% de varones y 21% de mujeres. En Perú, específicamente en Lima Metropolitana, el 11,4% de los adultos entre 20 y 29 años y el 23,5% de los adultos entre 30 y 59 años presentó obesidad en el 2010. (Tarqui y Alvarez, 2015).

Y según estudios más recientes, este 2019, el Perú ocupó el tercer puesto en América Latina en presentar sobrepeso y obesidad, así lo resolvieron en la 35° Conferencia Regional para América Latina y el Caribe organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), así mismo concluyeron que en Lima Metropolitana se concentra en promedio al 40% de la población con exceso de peso con cerca de 4 millones de personas. Así también, el 53,8% de peruanos de 15 años tiene un exceso de peso y de ese total 18,3% sufre de obesidad. (Diario La República, 2019)

Es decir, tenemos un escenario realmente preocupante, al punto de que la Organización Mundial de la salud califica a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”; la mayoría de países latinoamericanos, motivados por la OMS, han desarrollado diversos protocolos para la prevención de esta enfermedad, desarrollando programas y teniendo normas legales dirigidas exclusivamente a

este fin; en el Perú encontramos la ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes; donde podemos destacar la pronta aprobación de los octógonos en los productos alimenticios procesados, pero aún no existen políticas específicas destinadas a prevenir o erradicar la obesidad y menos desde un punto de vista multidisciplinario; a diferencia de algunos países latinoamericanos, por ejemplo en Argentina existe una “Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad” que se encarga de generar normas destinadas a esta enfermedad, en el año 2017 incluyeron en su calendario el "Día Nacional de Lucha contra la Obesidad" y en este país también encontramos la cirugía bariátrica con enfoque multidisciplinario como servicio dentro de su Seguro Social. (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2018)

Teniendo en cuenta el contexto actual, la cirugía bariátrica se presenta como la herramienta más eficaz para el tratamiento de la obesidad, donde el paciente logrará la reducción de comorbilidades y mejora de calidad de vida; es aquí donde la participación del profesional de salud mental cobra alta importancia pues el éxito del procedimiento bariátrico está más relacionado con la adecuada selección del paciente, información y control que con la técnica quirúrgica aplicada. Entonces depende de una visión holística donde intervienen factores médicos, nutricionales y psicológicos antes, durante y después de la cirugía; pues el paciente necesita cambiar su percepción hacia la comida, su tipo de alimentación, la cantidad de su ingesta, además de adaptarse a cambios positivos en su salud, a su nueva imagen corporal y al cambio socio-ambiental que surge con éste. (Arriagada, 2015)

Pues, incluso cuando es positivo el resultado técnico del procedimiento quirúrgico y el paciente logra perder el peso que necesita, puede no haber una mejoría en el bienestar y calidad de vida debido a la falta de adaptación a su nueva condición; así, algunos pacientes logran por sí mismos, o con la ayuda de los grupos de apoyo un control alimentario adecuado al nuevo estómago, presentando escasa necesidad de atención del equipo, mientras que otros pacientes no tienen esta misma facilidad e insisten en una alimentación abundante e hipercalórica, presentando muchos vómitos, no logran perder el peso necesario y recuperan parte o la totalidad de los kilos perdidos tras la cirugía. (Franques y Benedetti, 2016)

Según Rios (2016) la discriminación debido al peso alto deja una huella permanente en el paciente obeso y por lo tanto genera un aumento de morbilidad psiquiátrica, así también la depresión y la ansiedad tienen una relación estrecha con el paciente obeso; respecto a la depresión, la presencia de obesidad en mujeres adolescentes predice la aparición de depresión en su vida adulta, también la presencia de depresión en pacientes obesos es más severa que en pacientes no obesos; respecto a la ansiedad, estudios en diversos países revelan asociaciones modestas pero significativas, asociando la falta de control y el estrés agudo con el comer en ausencia de hambre.

Observamos también en estudios comparativos realizados en población bariátrica que se manifiesta una reducción del trastorno depresivo, así como un aumento de la ansiedad después de la cirugía bariátrica; sin embargo, los resultados varían cuando se toma en cuenta el tiempo de seguimiento post quirúrgico. (Gymeno y Malena, 2016 en Rios, 2016)

El centro privado de cirugía laparoscópica, ubicado en la ciudad de Arequipa, se encarga hace aproximadamente 15 años, de realizar cirugía bariátrica a pacientes obesos mórbidos o pacientes con IMC mayor a 35 con comorbilidades de salud; utilizando dos técnicas dependiendo de las necesidades de los pacientes: Manga gástrica y By Pass Gástrico; siguiendo los protocolos internacionales establecidos y ofreciendo un enfoque multidisciplinar. Existen diversos tipos de cirugía Bariátrica, en la presente investigación nos enfocaremos en el By Pass Gástrico que según diversas investigaciones es uno de los procedimientos más efectivos para el mantenimiento de la reducción de peso y la cirugía indicada para pacientes obesos mórbidos.

Por lo expuesto, la interrogante principal de esta investigación es la siguiente: ¿Existen diferencias en las condiciones pre y post quirúrgicas de pacientes obesos sometidos a cirugía Bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica de Arequipa?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General

Identificar las diferencias de las condiciones pre y post quirúrgicas de pacientes obesos sometidos a cirugía Bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica de la ciudad de Arequipa.

1.2.2. Específicos

- Medir los niveles de ansiedad y depresión pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.
- Evaluar las condiciones de salud física pre y post quirúrgica de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.
- Comparar las condiciones de salud física pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.
- Comparar los niveles de ansiedad y depresión pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.
- Registrar las características sociodemográficas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.

1.3. HIPÓTESIS

H1

Se registran diferencias significativas en las condiciones pre y post quirúrgicas de pacientes obesos sometidos a cirugía Bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica de la ciudad de Arequipa.

1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La obesidad está actualmente definida por la OMS como una pandemia, pues se encuentra en todo tipo de población independientemente de la condición económica o social de su medio. (Organización Mundial de la Salud, 2017). Son evidentes e innumerables los efectos negativos de la obesidad en las personas, afectando su calidad de vida en general tanto a nivel somático presentando diversas enfermedades y una alta morbilidad así como a nivel psicológico ya que el paciente obeso es discriminado y se ve rodeado de prejuicios durante toda su enfermedad; así mismo, existen diversos estudios donde se evidencia una alta incidencia de patología psicológica lo que también sería parte del detrimento de su calidad de vida; es por esto que desde hace mucho tiempo se vienen buscando formas de acabar con la obesidad, sin embargo, los métodos como dietas o tratamiento farmacológico han demostrado no ser efectivos. Así nace la cirugía bariátrica como una herramienta que ha crecido a pasos agigantados en los últimos años pues está considerada como la solución más efectiva a esta enfermedad crónica ya que con el seguimiento adecuado, logra acabar o controlar las comorbilidades desarrolladas por la obesidad y el paciente alcanza un peso saludable; es importante estudiar esta enfermedad multicausal bajo este ambiente de cambios desde una perspectiva psicológica pues el estado emocional es clave para sobrellevar los efectos y condiciones de ésta intervención quirúrgica; ya que el paciente bariátrico tendrá que pasar por cambios significativos en sus hábitos y comportamiento en su día a día por ejemplo la restricción alimenticia, la toma de vitaminas diariamente, la realización de actividad física constante y la adherencia

al equipo multidisciplinario; la obesidad al ser una enfermedad crónica requiere de tratamiento permanente.

Es necesario establecer información académica en este tema en población peruana respecto a la obesidad, pues es una enfermedad poco entendida en nuestra sociedad y generalmente no es vista como una enfermedad si no sólo como una condición física fácilmente solucionable lo cual es erróneo, pues la obesidad ya está definida como una enfermedad crónica. Esto debería afectar a las políticas de salud públicas, ya que esta enfermedad es prevenible, y así seguir los pasos de diversos países latinoamericanos que implementan programas, normas y leyes para salvaguardar la salud física y emocional de su población.

La realización de ésta investigación facilitará el manejo psicológico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica, aportando conocimientos desde nuestra área para que podamos conocer el proceso que siguen estos pacientes generando aportes que contribuyan al éxito a corto y a largo plazo de este procedimiento quirúrgico; generará antecedentes investigativos en población peruana y hará ver a la obesidad como lo que es: una enfermedad. Creando un impacto significativo al área de la psicología de la salud, necesario para abrir puertas a este tema de investigación tan apasionante a todos los profesionales de la salud mental y continuar así el estudio de la intervención bariátrica en pacientes obesos y además sus causas y consecuencias.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el proceso de elaboración del presente estudio, se encontraron algunas limitaciones como el hecho de que el estudio de las condiciones y efectos en general de la cirugía bariátrica en pacientes obesos es un fenómeno reciente en nuestra sociedad, la cirugía Bariátrica tiene poco más de 64 años de práctica en el mundo y menos de 20 años en el Perú; es así que existen diversos estudios desde la perspectiva psicológica en poblaciones de diversos países, sin embargo, sólo se encontró uno en población peruana.

Así mismo, la población que se somete a esta cirugía lo hace mediante atención particular y generalmente, según la bibliografía, existe una baja adherencia al tratamiento, lo cual dificulta de sobremanera el seguimiento de este tipo de pacientes; es así, que conseguir las entrevistas fue un proceso dificultoso.

Y, por último, el enfoque multidisciplinario en población Bariátrica peruana es también reciente, siendo así que este estudio no ha sido desarrollado en este ámbito y los pacientes no están enterados que el enfoque psicológico bariátrico es necesario; por lo tanto, se tuvo la necesidad de utilizar diferentes técnicas en la sensibilización a los pacientes para que entiendan la importancia y el beneficio de participar en este estudio.

1.6. DEFINICION DE TÉRMINOS

1.6.1. Depresión

Según Beck (1967) la depresión se explica por tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva formada por la visión negativa de sí

mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del futuro. 2) Los esquemas cognitivos. Estos esquemas, relativamente estables, constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones. Pueden haber estado inactivos durante periodos prolongados de tiempo y haber sido activados en situaciones generadoras de ansiedad. 3) Los errores en el procesamiento de la información. Errores que se presentan en el enfermo depresivo y que mantienen la creencia en los esquemas cognitivos a pesar de que la existencia de una evidencia contraria. Estos errores son: el catastrofismo; la inferencia arbitraria; la abstracción selectiva; la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico o absolutista.

1.6.2. Ansiedad

Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

1.6.3. Dislipidemia

Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo emia significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia. (Miguel, 2009)

1.6.4. Diabetes

De acuerdo a Nathan y Delahanty (2009) la diabetes tiene dos tipos: I y II. Entre los diabéticos, el 90%, tiene el tipo II, o llamada “diabetes adulta”, ésta si ha sido relacionada con el estilo de vida sedentario, entre otras causas como el aumento de edad, o ciertos trastornos metabólicos. El organismo se vuelve resistente a la insulina, esto quiere decir que inhibe sus funciones, las cuales son: regulación del almacenamiento de energía, y estimulación del crecimiento de tejidos; entonces, el organismo en vez de sintetizar proteínas, las descompone.

1.6.5. Esteatosis hepática

Es una afección en la que se acumula grasa en el hígado, o dicho más técnicamente, es el depósito hepático de grasa objetivable mediante ultrasonografía (Gil, 2010). Hay dos tipos: uno, por el consumo de alcohol y el otro más relacionado con la obesidad, es del tipo no alcohólico. (Medline, en línea, 2019). La obesidad, la resistencia a la insulina y la hiperlipidemia son las principales causas (Gil, 2010).

1.6.6. Obesidad Mórbida

Considerando lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (2017), la presencia de obesidad se determina por un índice de masa corporal igual o superior a 30. Dicho índice se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Un IMC igual o mayor a 40 es indicativo de Obesidad Grado III o Mórbida.

1.6.7. Cirugía Bariátrica

De acuerdo a lo explicado por Hoyos y Salazar (2016), la cirugía bariátrica se deriva de las palabras griegas Baros que significa peso, y Iatrein tratamiento. Con este procedimiento se pretende reducir el exceso de peso y mantenerlo a lo largo del tiempo, mejorar la calidad de vida, la autoestima del paciente y disminuir el uso de los tratamientos farmacológicos. Las terapias médicas y nutricionales para el tratamiento de la obesidad no siempre producen pérdida de peso significativa y sostenida, por lo que la cirugía bariátrica se ha convertido en un método efectivo para su manejo.

1.7. VARIABLES E INDICADORES

1.7.1. Identificación de Variables

- A. Depresión
- B. Ansiedad
- C. Dislipidemia
- D. Diabetes

E. Esteatosis Hepática

F. Obesidad

1.7.2. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Cuantitativa	Afectiva Motivacional Cognitiva Conductual Física	Depresión ausente o mínima Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Ordinal
Ansiedad	Cuantitativa	Ansiedad Rasgo	Bajo Medio Alto	Ordinal
		Ansiedad Estado	Bajo Medio Alto	
Dislipidemia	Cuantitativa		Presenta Comorbilidad No Presenta Comorbilidad	Ordinal
Diabetes	Cuantitativa		Presenta Comorbilidad No Presenta Comorbilidad	Ordinal
Esteatosis Hepática	Cuantitativa		Presenta Comorbilidad No Presenta Comorbilidad	Ordinal
Obesidad	Cuantitativa	Normopeso	IMC: 18.5-24.9	Intervalo
		Sobrepeso	IMC: 25-29.9	
		Obesidad Grado I	IMC: 30-34.9	
		Obesidad Grado II	IMC: 35-39.9	
		Obesidad Grado III	IMC: 40 a más	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Ruiz, Berrocal, y Valero (2002) en España, realizaron su estudio “Cambios psicológicos tras cirugía Bariátrica en personas con obesidad mórbida”, donde analizan los efectos de dos procedimientos bariátricos (manga gástrica y banda gástrica) para el tratamiento de la obesidad mórbida, así como el grado de satisfacción de los participantes con la cirugía y sus resultados, su muestra estuvo conformada por 26 participantes obesos mórbidos con edades comprendidas entre los 25 y 51 años sometidos a dichos procedimientos en los últimos 6 años. Consideraron variables como la grasa corporal, los efectos de la intervención en el estado físico de los pacientes, los efectos en las variables psicológicas y la satisfacción general del usuario; todo esto utilizando una entrevista estructurada y una escala de satisfacción del usuario. Encontraron que ambos procedimientos son efectivos para la disminución de peso y existe una mejora en las complicaciones físicas asociadas a la obesidad, sin embargo, los beneficios psicosociales del tratamiento no se relacionan tanto con las pérdidas de peso como con los cambios en otras variables de naturaleza también psicológica o comportamental.

Sanchez, Arias y Gorgojo (2009) realizaron su estudio en España, titulado “Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía Bariátrica”, donde tuvieron como objetivo conocer la prevalencia de las alteraciones psicopatológicas de los pacientes con obesidad mórbida y analizar

el valor pronóstico de estas alteraciones y su evolución tras alcanzar la estabilización ponderal. Incluyeron 145 pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y aplicaron varias escalas psicopatológicas pre y post cirugía: BDI (Escala de depresión de Beck), BAI (Escala de ansiedad de Beck), MOCI (Inventario de obsesiones compulsiones de Maudsley), BIS (Escala de Impulsividad de Barrat), EDI (Inventario de Trastornos de la Alimentación), EAT (Test de actitudes hacia la comida), BITE (Test de Bulimia de Edimburgo) y BSQ (Cuestionario sobre la figura corporal) encontrando que la BDI, BAI y ciertas subescalas del EDI mejoraron tras la cirugía. Así, algunas variables psicométricas basales podrían predecir una evolución favorable posquirúrgica de estos pacientes.

Rojas, Brante, Miranda y Perez-Luco (2011), realizaron un estudio en Chile titulado “Descripción de Manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía Bariátrica”, donde mencionan que existe evidencia contradictoria sobre el impacto emocional que genera la cirugía Bariátrica en los pacientes obesos por lo que el objetivo de su investigación es evaluar la ansiedad, depresión y autoconcepto antes y después de la cirugía Bariátrica en pacientes con obesidad mórbida, su muestra fueron 15 hombres y 5 mujeres entre 28 y 61 años y utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad estado rasgo STAI E-R, Cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2 y la Técnica de la Rejilla TR; aplicándolos de forma individual una semana antes y seis meses después del procedimiento quirúrgico. Sus resultados fueron una mejora significativa en las puntuaciones de autoestima, bienestar, flexibilidad,

atracción, autoaceptación, confianza y culpa; y la ansiedad y depresión se mantuvo en rangos normales antes y después de la cirugía.

Así mismo; Dongo (2012) en Perú, realizó su investigación titulada “Adherencia al tratamiento, personalidad y motivos para la realización de una cirugía Bariátrica en pacientes obesos”, donde el objetivo central fue estudiar la adherencia al tratamiento como fenómeno ligado al éxito de la cirugía Bariátrica y su relación con características de personalidad y motivos para la realización de dicha cirugía; la muestra estuvo compuesta por 20 pacientes obesos candidatos a cirugía Bariátrica de un centro privado de Lima y como instrumentos utilizaron el NEO PI R y un inventario de motivos antes del procedimiento quirúrgico y un inventario de adherencia al tratamiento 14 meses después de la cirugía. Como resultados obtuvieron que el motivo más frecuente para la decisión de los pacientes es la preocupación por su salud, que la relación con el equipo multidisciplinario y el seguimiento post operatorio son las áreas más respetadas en cuanto a la adherencia al tratamiento y que ciertas características de personalidad estarían asociadas a la adherencia al tratamiento.

2.2. Revisión Literaria

2.1.1CONDICIONES EN EL PACIENTE OBESO

2.1.1.1. Condiciones Psicológicas

En este apartado se describen las condiciones psicológicas que se presentan con mayor incidencia en el paciente obeso y que fueron evaluadas como parte de este estudio.

2.1.1.6.1. Depresión

Según Beck (1967) la depresión se explica por tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva formada por la visión negativa de sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del futuro. 2) Los esquemas cognitivos. Estos esquemas, relativamente estables, constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones. Pueden haber estado inactivos durante periodos prolongados de tiempo y haber sido activados en situaciones generadoras de ansiedad. 3) Los errores en el procesamiento de la información. Errores que se presentan en el enfermo depresivo y que mantienen la creencia en los esquemas cognitivos a pesar de la existencia de una evidencia contraria. Estos errores son: el catastrofismo; la inferencia arbitraria; la abstracción selectiva; la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico o absolutista.

La depresión es un trastorno que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, falta de concentración, trastornos del sueño y puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene un carácter moderado o grave se puede recurrir a ellos y requerir psicoterapia profesional. Dentro de la sintomatología, se considera alteración del apetito, que

puede producirse en forma de reducción o aumento, así se habla de ignorar las señales de saciedad para satisfacer otras necesidades internas. Esta falta de autocontrol puede tener su origen orgánico en el núcleo accumbens (Demos, Heatherton y Kelley 2012, López y Garces de los Fayos, 2012).

La consideración social de la obesidad, ha provocado una evidente estigmatización de sus portadores, lo que ha derivado en diversos prejuicios que muchas veces carecen de fundamentos, reforzándose expectativas negativas que a menudo se traducen en discriminación, (Mitchell et al., 2008) aislamiento social, depresión, incapacidad para realizar tareas deseadas, insatisfacción corporal, baja autoestima entre otras (Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005).

Las personas con obesidad mórbida, son conscientes de su enfermedad, pero no de la gravedad de la misma, además, no suelen sentirse únicos responsables de su salud. En la misma línea que otros estudios, los datos confirman la comorbilidad que esta enfermedad guarda con los trastornos de personalidad dependiente y compulsivo, también, revelan que la edad de inicio de la obesidad juega un papel importante en la configuración del perfil psicológico, tanto es así, que las personas con obesidad mórbida temprana, presentan un patrón de personalidad más desfavorable para adherirse a un tratamiento médico/psicológico, complicando así su recuperación (Lara, 2008). El perfil psicológico del paciente obeso, generalmente muestra una

persona con depresión, inseguridad, desesperanza, negación de su irritabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, ajuste social pobre y baja autoestima (Van Gemert, Severeijns, Greve, Groenman y Soeters, 1998). También se habla además del mal control de impulsos, pensamiento dicotómico y catastrófico y bajo cooperativismo (Lykouras, 2007). Las personas obesas al lidiar frecuentemente con estereotipos, prejuicios o conductas discriminatorias (Silva, Fernández y Rodríguez, 2019), les lleva a una insatisfacción corporal, cuando perciben estar lejos del ideal corporal (Werrij, Mulken, Hospers y Jansen, 2006), es evidente que la amenaza a la identidad personal en un estado ansioso depresivo es un factor de clara predictibilidad (Silva, 2007). Se genera en la persona obesa un deterioro significativo en su estado emocional; el paciente expresa sentimientos de angustia, baja autoestima, distorsiones cognitivas y sentimientos de fragilidad, lo que desencadena episodios depresivos. En una investigación con 31 pacientes con obesidad mórbida, se vio que presentan rasgos de personalidad dependiente y obsesivo-compulsiva y que las más insatisfechas, son las que presentan mayores problemas para establecer relaciones positivas con los demás (Lorence, 2008). Sánchez (2005), cita un artículo de Calva (2003) que menciona que la gente obesa, muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación

emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión. Relacionado con lo anterior, cita a Goldberg (2002), que refiere que una de las principales consecuencias de la obesidad considerada de las más importantes, es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla (Sánchez, Benavies y Ramírez, 2005). Podríamos decir resumiendo la información que aportan los distintos estudios sobre depresión y demás características psicológicas y emocionales de los pacientes con obesidad mórbida, que son personas que se sienten discriminados y en cierta forma, estigmatizados. Presentan ánimo deprimido y desesperanza, baja autoestima, inseguridad, insatisfacción corporal, dificultad en sus relaciones interpersonales y aislamiento social.

2.1.1.6.2. Ansiedad

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). En comparación al miedo, perturbación asociada a estímulos presentes, la ansiedad se anticipa a peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Sierra et. al., 2003).

Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la

diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

La ansiedad rasgo es una tendencia individual a responder de forma ansiosa, la persona tiende a interpretar los estímulos o situaciones como peligrosos o amenazantes. En tanto que, ansiedad estado es comprendida como una fase emocional transitoria y variable en cuanto intensidad y duración, vivenciada como patológica en un momento particular, caracterizada por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva (Sierra y cols. et. al., 2003).

El sujeto que vivencia la ansiedad busca reducirla, la forma más efectiva de lograrlo es identificar qué la ocasionó, sin embargo, no siempre se logra esto.

El acto de triturar los alimentos al masticar supone un gasto de energía que de forma rápida y en forma pasajera puede ser una forma

de reducir la ansiedad, dado que es particularmente accesible, más si el comer se transforma en algo habitual, con el tiempo se puede engordar, inclusive puede tornarse en un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, y a su vez, el aumento de peso genera alarma que nuevamente produce ansiedad, lo que lleva a comer más. (Silvestri y Stavile, 2005). Siguiendo esta propuesta encontramos que otros autores atribuyen la predisposición a la obesidad, tanto a la genética, como a factores emocionales. Así lo afirma Lagos en un trabajo con 600 pacientes obesos en el que observa, que las mujeres manifiestan la coexistencia de distintos patrones de conducta personales y familiares que perpetúan la obesidad; que gran parte de ellas tenían un vínculo muy fuerte y conflictivo con la comida y que tenían un elevado nivel de angustia, baja autoestima, inseguridad en sí mismas y retifica también que existe ansiedad que se reduce con el comer (Lagos, 2011).

La ansiedad puede adoptar diversas formas, pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente (Silvestri y Stavile, 2005). En este tipo de pacientes, se evidencian principalmente síntomas ansiosos, lo que les impide un manejo adecuado de los hábitos alimenticios, implicando un aumento de peso significativo (Ramírez, 2009).

2.1.1.2. Condiciones Físicas

Pasaremos a describir algunas de las enfermedades más comunes que merman la calidad de vida de las personas obesas y que fueron registradas como parte de este estudio.

2.1.1.3. Dislipidemia

Se habla de dislipidemias, primarias (por mutaciones genéticas) y secundarias por el estilo de vida sedentario, ingesta elevada de grasas saturadas o comorbilidades con otras enfermedades como diabetes mellitus 2, por ejemplo. Suelen ser asintomáticas.

Son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol (hipercolesterolemia) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (hipertrigliceridemia).

Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo emia significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia. (Miguel, 2009)

2.1.1.4. Diabetes

De acuerdo a Nathan y Delahanty (2009), la diabetes tiene dos tipos (I y II):

Se asemejan en tres aspectos: a) se presentan anomalías metabólicas (hiperglucemia, básicamente), b) las que son consecuencia de una reducción de la producción de la insulina o disminución sensible (en el tipo I, el organismo produce muy poca o ninguna insulina; mientras que en el tipo II, el cuerpo no puede satisfacer la demanda de insulina porque se vuelve “resistente a la insulina”) y c) pueden provocar complicaciones a largo plazo que afectan a vasos sanguíneos de ojos, riñones y sistema nervioso (elevan el riesgo de accidentes cerebrovasculares).

Particularizando sus diferencias, la diabetes tipo I es conocida comúnmente como la diabetes juvenil (suele aparecer en niños y adultos jóvenes) o insulino dependientes, parece darse por razones genéticas que el sistema inmunológico ataca al páncreas inhibiendo la creación de insulina. Esta no se relaciona con el estilo de vida en su origen, pero si puede ser enfrentada, mejorando este.

Entre los diabéticos, el 90%, tiene el tipo II, o llamada “diabetes adulta”, ésta si ha sido relacionada con el estilo de vida sedentario, entre otras causas como el aumento de edad, o ciertos trastornos metabólicos. El organismo se vuelve resistente a la insulina, esto quiere decir que inhibe sus funciones, las cuales son: regulación del almacenamiento de energía, y estimulación del crecimiento de tejidos; entonces, el organismo en vez de sintetizar proteínas, las descompone. A parte de reducir el consumo de glucosa (que

proviene de carbohidratos: azúcares, arroz, papa, etc), se debe consumir de fuentes externas insulina, de lo contrario, se deriva en un mal funcionamiento global del organismo, llámese enfermedades vasculares, principalmente.

2.1.1.5. Esteatosis Hepática

Es una afección en la que se acumula grasa en el hígado, o dicho más técnicamente, es el depósito hepático de grasa objetivable mediante ultrasonografía (Gil, 2010).

El hígado graso no solo se produce por el consumo de alcohol, sino por una serie de causas como medicamentos, infecciones, problemas endócrinos, enfermedades autoinmunes, enfermedades genéticas, etc. Pero la causa más importante de hígado graso se debe al exceso de ingesta de calorías o falta de ejercicio que llevan a obesidad intraabdominal. Esta clase de hígado graso se llama enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) o NAFLD por sus siglas en inglés (Non - alcoholic Fatty Liver Disease). De hecho, de cada cinco pacientes diagnosticados con hígado graso, cuatro están relacionados con una dieta hipercalórica y obesidad intraabdominal y solo uno con ingesta de alcohol. (Blanc, Lepreux y Balaboud, 2002)

El diagnóstico es de exclusión, tras descartar causas infecciosas (virus de hepatitis B y C), causas autoinmunes, daño farmacológico, o enfermedad de Wilson, el primer síntoma podría ser un leve dolor abdominal, algunos indicadores de resistencia a la insulina podrían

detectarse en la exploración física, como la hepatomegalia (hígado agrandado) y/o acantosis pigmentaria (oscurecimiento de la piel, en los pliegues y arrugas del cuerpo, visible por ejemplo en la parte posterior del cuello o en las axilas), para poder determinarlo se hacen exámenes de laboratorio por imágenes y en la sangre.

La obesidad, la resistencia a la insulina y la hiperlipidemia son las principales causas (Gil, 2010).

2.1.1.6. Obesidad

2.1.1.6.1. Definición

De acuerdo a lo expuesto por Ortiz (2013), se define a la obesidad incluyendo el sobrepeso en una situación pre mórbida, como una enfermedad crónica cuyas características se definen por acumulación importante de tejido adiposo en el cuerpo humano, unida a alteraciones metabólicas que merman las condiciones de salud vinculado y conectado a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Según Oñate (2015), la obesidad es un mal de tipo crónico ligado de otras comorbilidades que suelen ir desde las metabólicas, que implican la intolerancia a la glucosa, la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus acompañado al incremento de riesgo cardiovascular, perturbaciones hepáticas como esteatohepatitis no alcohólica, aumentando significativamente el riesgo de

padecer cirrosis y alteraciones lipídicas, incluso llegando a desarrollar trastornos de tipo mecánico como pueden ser, la osteoartritis, la apnea obstructiva del sueño y otras diversas alteraciones.

Además, Castañaduy y Durán (2003) definen a la obesidad como un padecimiento metabólico se establece con la mayor tasa de prevalencia en el mundo occidental, transformándose en una epidemia mundial y también representando una seria amenaza para la salud pública. Es así que la obesidad pasa a valorarse como la segunda causa de muerte evitable en el mundo (después del tabaquismo).

2.1.1.6.2. Clasificación de la obesidad

Considerando lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (2017), la presencia de obesidad se determina por un IMC (índice de masa corporal) igual o superior a 30. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación existente entre el peso y la talla que es utilizada con mucha frecuencia para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Dicho índice se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Sin embargo, en el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad.

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD SEGÚN LA OMS		
CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M2)	RIESGO ASOCIADO A LA SALUD
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	>o igual a 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad Grado I o Moderada	30 – 34.9	Aumento moderado
Obesidad Grado II o Severa	35 – 39.9	Aumento Severo
Obesidad Grado III o Mórbida	>o igual a 40	Aumento muy Severo

Ortiz (2013), refiere que para poder considerar que una persona padece de obesidad se tiene que tener presente el índice de masa corporal; el cual en normalidad es de 18.5 – 24.99 el sobrepasar este porcentaje entre el 25 y 27% de masa corporal en mujeres y del 25% al 22% de masa corporal en hombres es indicativo de la presencia de obesidad; también es un indicativo de la manifestación de este padecimiento cuando se encuentra una circunferencia de la cintura mayor a 102 centímetros en hombres y de 88 centímetros en mujeres.

2.1.1.6.3. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud. (2017), se estima, que en la población mundial existían 300 millones de personas

obesas al 2002, y al 2013 más de 42 millones de niños que no cumplían aun los cinco años tenían sobrepeso u obesidad según la Organización Mundial de la Salud.

Así mismo, Ruiz De Adana y Sánchez (2012) manifiestan que, en Estados Unidos, se calcula que se reportan 300.000 muertes anuales como consecuencia de la obesidad y si ésta propensión continúa la obesidad muy pronto desplazará al tabaco como la primera causa de deceso en la población mundial. En Norteamérica, son en la actualidad 9 millones de obesos que necesitan tratamiento médico. Se sabe también que los métodos no quirúrgicos como por ejemplo las dietas, el ejercicio físico, la transformación positiva de los hábitos comportamentales y los variados tratamientos farmacológicos, muy pocas veces tienen como consecuencia una pérdida de peso que se mantenga a través del tiempo.

Y recientemente, Huerta (2018), afirma que la organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura (FAO), informó que el Perú es el tercer país con más casos de sobrepeso y obesidad, solamente detrás de México y Chile. Según datos del Ministerio de Salud, el 53,8% de peruanos de 15 años a más tiene un exceso de peso. De ese total, el 18,3% es obeso. Lima metropolitana concentra casi el 40% de la población con exceso de peso un total de 4'744,619 afectados.

2.1.1.6.4. Comorbilidades Asociadas

Según Ruiz De Adana & Sánchez (2012), se sabe que existe una relación directamente proporcional entre IMC y el riesgo de morbimortalidad debido a las patologías relacionadas como las cardiovasculares y neoplasias; que transforman a la obesidad en una enfermedad por sí misma y de ahí el término “obesidad mórbida”. La obesidad mórbida como tal y principalmente sus comorbilidades asociadas, reducen la esperanza de vida y aumentan significativamente la tasa de muerte súbita y global de las personas obesas contrario a sujetos normopeso de la misma edad. Así mismo, cuatro de cada cinco obesos mórbidos manifiestan al menos una patología asociada a su enfermedad. Se describe también una reducción de entre 5 y 7 años a la esperanza de vida cuando el sujeto presenta un IMC de 30 a 40 y una reducción de 10 años cuando el IMC es superior a 40.

Así mismo Oliveira y Veiga (2014) exponen que las personas que presentan este tipo de afección sufren de diversas comorbilidades psicológicas y físicas relacionadas con su obesidad, las cuales pueden amenazar seriamente su vida y disminuir la calidad de ésta; nos referimos a enfermedades tales como: diabetes mellitus, apnea del sueño, alteraciones de la coagulación, dolencias articulares degenerativas, desórdenes

cardiovasculares y cerebrovasculares, depresión, baja autoestima, discriminación y represión social.

Además de esto, Alegría, Castellano y Alegría (2008) encontraron comorbilidad entre la obesidad, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2; pues son tres enfermedades interrelacionadas entre sí que comparten mecanismos de evolución y aparición que continuamente se van combinando de forma sucesiva y ocasionan también complicaciones cardiovasculares.

2.1.1.6.5. Etiología de la Obesidad

Según lo manifestado por Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno (2007), entendemos a la obesidad como una enfermedad incurable y originada por diversos factores, resultado de la interacción entre genotipo y ambiente. En diversos países desarrollados, perjudica a un enorme porcentaje de la población, de todas las edades, condiciones sociales y en ambos sexos. La prevalencia de esta enfermedad ha crecido y continúa creciendo de forma alarmante en diversas sociedades, y también en países de economía en transición, hasta alcanzar dimensiones epidémicas.

Martínez, Moreno, Marques-López y Martí (2002), manifiestan que de acuerdo a diversas corrientes epidemiológicas recientes que tratan acerca del desarrollo de las tasas de obesidad,

determinan que una causa importante respecto al problema de la obesidad subyace en los prototipos alimenticios y de actividad física, entretanto las diversas investigaciones de origen metabólico y genético manifiestan que existen individuos con más susceptibilidad a ganar peso que otros.

Entonces, la obesidad es una afección multifactorial, entre los cuales se encuentran:

2.1.1.5.5.1. Factores Genéticos

A este respecto, Vásquez (2004) manifiesta que refiriéndonos a la genética, podemos calcular que entre el 40% al 70% de las modificaciones asociadas a los fenotipos de la obesidad en las personas se originan debido a factores hereditarios que predisponen a la obesidad y a la distribución de la masa en el cuerpo; la selección de intervalo entre comidas, inclinación por las grasas, el nivel de compensaciones calóricas, las consecuencias a las limitaciones de alimentos y la actividad física poseen componentes genéticos.

Ruiz De Adana y Sánchez (2012), concluyen que es así que la obesidad pasa a constituirse como un arquetipo de herencia multifactorial. La alta disponibilidad de alimentos de las últimas décadas ha estimulado mecanismos genéticos proyectados para situaciones de menor abundancia lo cual ha llevado al acelerado desarrollo de individuos obesos.

2.1.1.5.5.2. Factores metabólicos

Arraigada (2015) afirma que los sistemas de redes neuronales y sensoriales estarían involucrados en la relación entre obesidad y aspectos metabólicos. Presentando factores principales que incluirían: los mecanismos homeostáticos en el hipotálamo y el tronco cerebral, los circuitos de recompensa en el sistema límbico y estructuras paralímbicas, y los mecanismos cognitivos en la corteza prefrontal y de asociación, que van interactuando con las diversas señales circundantes en el intestino, el páncreas, hígado, tejido adiposo y músculo.

Estos aspectos definidos de la interacción de estas vías, serían componentes importantes que pueden estar involucrados con los posibles aspectos psiquiátricos de la obesidad, es así que es importante reconocer la inmensa variabilidad y abundancia de señales involucradas en este balance energético.

2.1.1.5.5.3. Factores psicológicos

A este respecto, Bersh (2006), menciona que también tenemos otros factores importantes para el origen de la obesidad, como son los psicológicos, entre estos tenemos: el estrés, adicciones, los síntomas depresivos, estímulos de afecto con comida y fracasos previos de adelgazamiento. También tenemos las afecciones mentales crónicas como por ejemplo la esquizofrenia, en la cual se tiene mayor riesgo de obesidad, ya que está

relacionada con inactividad, apatía, malos hábitos alimenticios, ejercicio limitado y uso de psicotrópicos.

Lecaros, Cruzat, Diaz y Moore (2015), afirman que de igual manera se ha pretendido indagar en los diversos factores predisponentes de la obesidad, los cuales se relacionan especialmente a la conducta del comer con una manera de procesar la información emocional. La autorregulación emocional al parecer es un aspecto muy importante al analizar la ganancia de peso, ya sea por el efecto placentero y compensatorio que tiene el comer en las personas obesas, o por establecerse como una forma de enfrentar el estrés en diversos contextos de la vida.

La obesidad se origina en un medio social, a esto Mazure, Salgado, Valencia, Villareal, Cobo, Peran y Culebras (2007) denominan “sociedad obesogena”, donde aprendemos malos hábitos de salud desde la familia, por el desarrollo industrial tendemos a la vida sedentaria, la escasez de ejercicio físico, recurrentes fluctuaciones del peso corporal, consumo elevado de carbohidratos y grasas.

Sin embargo, paradójicamente es la misma sociedad, quien estigmatiza la obesidad, y desde la infancia ya se emiten juicios despectivos al respecto, diciéndose de ellos, que son insanos, antihigiénicos, sin éxito académico, socialmente ineptos y

perezosos (Hill y Silver, 1995, Gussinye, 2005), “lento, sucio, estúpido, feo, tramposo y mentiroso”, son otros calificativos (Stunkard et. al, 1995, Gussinye, 2005). Viéndolos así, está claro que son excluidos de las actividades deportivas o sociales tempranamente (Gussinye, 2005)

Los adultos prefieren a estafadores, consumidores de cocaína, ciegos y rateros antes que a personas obesas como pareja y en el ámbito laboral, algunos empleadores no contratan personas obesas bajo ninguna condición, y otros solo los contratan bajo circunstancias especiales (Silvestri y Stavile, 2005)

2.1.1.5.5.4. Factores socio y medio ambientales

Así también Mazure, Salgado, Valencia, Villarreal, Cobo, Peran y Culebras (2007) mencionan que tenemos los factores socioculturales, por ejemplo: primordialmente la ingesta de alimentos con abundante contenido de carbohidratos y grasas, la escasez de actividad física o el sedentarismo, recurrentes fluctuaciones entre el peso corporal y los hábitos erróneos adquiridos en el contexto familiar y reafirmados en la sociedad y la alta presión social; estableciéndose todos estos factores como los causantes primordiales de este brote epidemiológico de obesidad como consecuencia a los nuevos estilos de vida industrializados de los últimos tiempos.

Bustamante, Williams, Vega y Prieto (2006), afirman que, se ha comprobado que el factor psicosocial de la obesidad está definido por la interacción de la persona con su medio ambiente sociocultural. El ambiente y sus respectivos integrantes tempranamente discriminan y manifiestan juicios contra los obesos, usando calificativos como flojo, feo y sucio.

Así también Ríos y Rangel (2011), refieren que la autopercepción en pacientes obesos aparentemente está intensamente relacionada con la percepción que tiene la sociedad sobre la obesidad. En este estudio se ha encontrado que en general los participantes reconocen la relevancia de siempre lucir bien, siguiendo de esta manera parte de los cánones de belleza de estos tiempos.

Finalmente, respecto al medio ambiente Eisenmann (2006), menciona que en la actualidad podemos plantear que tendríamos que integrar más ampliamente las variables del medio ambiente en la etiología de la obesidad, así como factores de desarrollo intrauterino, de microbiótica intestinal, o el sueño. Y también mencionar factores ambientales como la disponibilidad de alimentos a bajo costo, predilección por determinados alimentos y la baja realización de actividad física. Así mismo, investigaciones actuales también han tomado en cuenta una

diversidad de factores que pueden aumentar las tasas de obesidad, incluyendo a los virus, las toxinas, y el estrés.

2.1.1.6.6. Implicaciones en el Sistema Público y Sociedad

Conforme a lo mencionado por Ruiz De Adana y Sánchez (2012), la obesidad es un importante factor de riesgo para la salud de la población, interviene en el desarrollo y en la progresión de diversas enfermedades y contribuye a reducir la esperanza de vida en los individuos obesos. Además, empeora la calidad de vida y provoca problemas de autoestima, movilidad, relación social, laboral y sexual. En todo este proceso influyen directamente el grado de obesidad, el tiempo de evolución y la edad de los individuos obesos. El riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad y sus complicaciones aumenta, en general, cuanto mayor es el grado de obesidad, cuantos más años se mantenga y cuanto mayor sea la edad de los afectados.

Aunque, ciertamente, es preciso ser cuidadoso con la perspectiva que se asume de la obesidad, por ejemplo, mencionemos que en los últimos años, entidades como la Federación internacional de Fútbol Asociación (FIFA, 2017) ha considerado como “condición especial” el ser obeso (personas con índice de masa corporal igual o superior a 35 kg/m²), que si bien en ningún momento lo reconoce como discapacidad, puede llevar a “ciertos

privilegios” que le son reconocidos más bien como atenciones a otros que si presentan discapacidad, tal es así que un peruano con ocasión del mundial de futbol del año pasado (2018) subió 25 kilos en tres meses con objetivo de conseguir una de estas entradas especiales (El Comercio, en prensa, 2018).

Bilbao (2016), afirma que hace 20 años en el mundo occidental se presenta un problema tanto a nivel médico como para la opinión pública que localiza en el cuerpo un “nuevo” sufrimiento. Si bien por mucho tiempo la delgadez fue foco de atención clínica en las sociedades occidentales desarrolladas o en vías de desarrollo, hoy en día la obesidad se ubica en el centro del problema de salud pública a nivel nacional y mundial. La OMS la declara como pandemia que afecta a la mayoría de las latitudes, causando en la actualidad paradójicamente la obesidad y el sobrepeso más muertes que la escasez de alimentos.

2.1.1.6.7. Características Psicológicas y Emocionales

2.1.2.3.7.1. Modelos explicativos de la obesidad

Se han planteado diversas hipótesis explicativas de la desinhibición alimentaria (comer sin restricción) particularmente en población dietante crónica, la que se caracteriza por una combinación de restricción/sobrealimentación (procuran hacer dietas, pero tienen periodos de ingesta sin límite).

Hablamos de la teoría psicosomática (o de confort psicosomático), la hipótesis de la distractibilidad, del enmascaramiento, las asociadas al self y aportes actuales de la neurociencia afectiva.

La primera teoría, sostiene que la persona se alimenta para evitar sentimientos displacenteros, satisfaciendo necesidades inmediatas, logra calmarse. En una línea similar, la otra teoría, habla de “distraerse” de emociones negativas, mediante la alimentación. Para sostener el alcance del conflicto, que lleva hasta la obesidad, la hipótesis del enmascaramiento, postula la creación de un círculo vicioso por la atribución errónea del foco ansioso: la persona una vez que se alimenta se siente mal por romper la dieta, pero este sentimiento negativo, lo lleva a alimentarse más.

Específicamente, las teorías asociadas al self, identifican al alimento como herramienta de la regulación de los efectos asociados a una autoimagen negativa, más allá de las necesidades inmediatas o emociones negativas, estas teorías hablan de un constructo más amplio como el de la imagen, que se puede entender como una construcción subjetiva y afianzada por el medio social.

En la búsqueda de un correlato anatómico, la neurociencia afectiva de Silva (2008) ubica en la corteza pre frontal, el

sistema de regulación estilística afectiva, dificultades particulares en esta área comúnmente conocida por el control consciente de las actividades, derivaran en desequilibrios en el sistema de aproximación o de inhibición conductual, lo que de alguna manera, busca sustentar por que en determinadas personas se da el mecanismo de asociación alimento como reductor de ansiedad, pero no da muchas pistas de cómo solucionar el conflicto a diferencia de las teorías del self.

Lo cierto, biológicamente es que para que un individuo consiga engordar requiere el cumplimiento de unas condiciones: el aporte calórico sea superior al gasto energético, disponer una vulnerabilidad genética propicia en un ambiente idóneo y tener alterado el mecanismo de homeostasis energética o ignorar las señales de saciedad para satisfacer otras necesidades internas como el apetito (Lopez y Garces de los Fayos, 2012).

2.1.2.3.7.2 Personalidad del obeso

La personalidad como constructo más o menos estable explica el funcionamiento de las personas, así mismo expresa tendencias que se han ido forjando en el desarrollo vital y determinadas por el medio social, por lo que no podemos asumir de ninguna manera que todas las personas tiendan a similares personalidades, pero si podemos destacar algunas experiencias

que tienden a estar presentes en su historia, por la naturaleza del problema.

En la sociedad occidental, sobre todo, la comida es empleada como un objeto transicional: se recurre a la comida para atenuar el malestar de cualquier origen, ante ello algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que inicialmente ejercen los padres, y aún más cuando estos los sobreprotegen. De este modo, recurren como estrategia mal adaptativa a comer en exceso para el manejo de sus propias emociones; por ejemplo, autores afirman que algunos, se mantienen obesos, para evitar la sexualidad, el contacto social, la separación de los padres, situaciones percibidas como amenazantes (Bersh, 2006).

La suma de experiencias negativas de estigmatización, que tienden a experimentar las personas obesas, resulta en insatisfacción corporal, por lo tanto, inseguridad, dificultad en las relaciones interpersonales, aislamiento social, ánimo deprimido, desesperanza (Oñate, 2015). También se habla de pensamiento dicotómico y catastrófico y bajo cooperativismo (Lykouras, 2007, Oñate, 2015)

En un estudio para hallar la personalidad típica del obeso mediante un grupo de terapia conductual, encontraron que de los participantes había quienes se mostraban extrovertidos, sociables

y productivos, participaban constructivamente en las sesiones y brindaban sugerencias útiles para el resto de los pacientes; y que unos pocos eran tímidos y reservados, pero su contribución era apropiada cuando se los invitaba a hacerlo (Wadden, Stunkard, Brownell, Day, 1984, Silvestri y Stavile, 2005). Sin embargo, hay quien afirma que el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado (Silvestri y Stavile, 2005).

Una de las mejores descripciones en términos de lo didáctica que puede resultar se relaciona con la postura de Maximo Ravenna (2004) citado en Silvestri et. al. (2005) quien sostiene la existencia de una personalidad adictiva en los obesos, ya que no solo evidencian necesidades físico químicas, sino también un estado emocional particular ligado a esta necesidad. Así, la persona obesa adapta su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva, manteniéndose en el tiempo con minimizaciones, justificaciones y autoengaños. Los autores en general, coinciden en afirmar que los obesos no se consideran únicos responsables de su estado. Destáquese, sin embargo, que la comida no es adictiva de por sí, sino la conexión del individuo con ella (Tellez, 2019).

2.1.2.3.7.3 Conflictos psicológicos

Silvestri y Stavile, (2005), nutricionista y medico respectivamente hacen una revisión de la literatura respecto a los aspectos psicológicos de la obesidad y orientados en el psicoanálisis permiten dar algunos alcances oportunos de otras motivaciones por las cuales se hace sostenible para algunos sujetos mantener la obesidad:

Como mecanismo de regulación, ante la suma de experiencias insatisfactorias las personas pueden exagerar el placer del consumo de alimentos, dicha experiencia satisfactoria, busca balancear el desequilibrio.

Como forma de castigo, la persona puede autoimponerse sostener una mala imagen, inclusive, resaltando las diferencias sexuales, algunos hablan de la obesidad como forma de destrucción de la figura femenina, por no sentirse satisfechas con la figura que ven en su espejo, buscan disimular su esencia femenina.

Como mecanismo evasivo, para evitar situaciones sociales inclusive algunas deseables, o postergar planes con la excusa de que podrían desenvolverse mejor si no tuviesen dicha imagen, la sostienen. Es preciso apuntar que algunas personas tienen miedo a adelgazar porque consideran que eso les hará menos sanos.

Como forma de identificación, entre los motivos más curiosos, las personas y tendemos a reconocernos en ciertas figuras de nuestro entorno, especialmente de nuestro mismo sexo, por lo que no sería extraño que si un adulto significativo es de contextura gruesa queramos parecernos a él, y trascendiendo a sus características psicológicas, emulemos las físicas. Asimismo, las personas les atribuimos un valor simbólico a los alimentos, por lo que, ante ciertas situaciones, consumiremos un alimento porque así lo aprendimos, sumémosle a ello, conductas de exceso en personas significativas de nuestra historia de desarrollo.

El estudio de los problemas sexuales en las personas obesas constituye un acápite que origina estudios que se sostienen con mucha independencia y solidez. Mencionemos, por ejemplo, el papel de la pareja en mantener un determinado físico, la necesidad de identificación con la pareja o el equilibrio de roles, juega un papel significativo, ya que puede desencadenar inseguridades o temores en la pareja, al ver o solo imaginar la mejora en las relaciones sociales que la reducción del peso puede suponer (Silvestri y Stavile, 2005).

2.1.2.3.7.4 Obesidad y Psicopatología

Considerando lo expuesto por Esquivias, Reséndiz, García y Elías (2016), un factor importante relacionado con la obesidad es

la psicopatología y a pesar de que aún no se ha definido claramente si es un efecto o causa de ésta; si se descubrió la interrelación entre el sedentarismo y los síntomas emocionales y su importancia en la desestructuración de los mecanismos de alimentación; estos dos factores están identificados y asociados con la obesidad.

Rocha y Costa (2012), manifiestan que diversos estudios transversales y prospectivos indican la comorbilidad psiquiátrica en sujetos obesos, mencionando que la correspondencia entre depresión y obesidad depende de los niveles de gravedad de la obesidad que presente la persona.

Así mismo, Olguín, Carvajal y Fuentes (2014), afirman que, en otras investigaciones, se descubrió una diferencia entre las personas que sufren de esta enfermedad; las que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de psicopatología a diferencia de las personas obesas que no buscan tratamiento. También se ha descubierto que los individuos que buscan tratamiento médico para la obesidad (incluyendo la cirugía o farmacoterapia) tienen una mayor probabilidad de tener un historial de ansiedad y depresión a diferencia de las personas obesas que buscan programas basados sólo en control de peso y dietas restrictivas.

En el estudio de Hayden, Murphy, Brown y O'Brien (2014) se evaluaron a 204 obesos candidatos a cirugía bariátrica, encontrándose que alrededor del 39% de estos sujetos cumplía con los criterios para patología del eje I definidos por el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Los Trastornos del ánimo (26,5%), Trastornos de Ansiedad (15,2%) y Trastorno por Atracones (13,2%) fueron las patologías más frecuentemente encontradas.

Respecto a la predisposición a presentar obesidad en pacientes que ya manifestaban algún trastorno mental, Arraigada (2015) encontró que las mujeres con obesidad y obesidad mórbida tenían más probabilidades de presentar episodios depresivos mayores atípicos y el trastorno de la personalidad antisocial. La comorbilidad médica sobre algunos trastornos mentales en relación con la población general, arroja particular asociación en el trastorno mental grave. Así también se llevó a cabo una investigación en cerca de 13 mil sujetos mayores de 16 años donde se encontró asociaciones significativas de obesidad con trastorno del ánimo, trastorno depresivo mayor y trastorno ansioso, en particular, trastorno por estrés post traumático. Se manifiesta también que hay más riesgo de desarrollar obesidad tipo II y de tipo mórbida aún en la fase de enfermedad temprana

o sin medicación tanto en la esquizofrenia, trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor.

Así mismo, Wildes, Marcus y Fagiolini (2006) realizaron una investigación donde encontraron que la obesidad es frecuente en los pacientes con trastorno bipolar y esta se relaciona con una mayor morbilidad médica con baja evolución. Plantea que las variables que pueden interactuar para influir en la aparición y mantenimiento de la obesidad en el trastorno bipolar incluirían factores genéticos, alteraciones de neurotransmisores, la edad, el género, el nivel socioeconómico, la inactividad física, las conductas alimentarias y de especial relevancia la depresión atípica y la farmacoterapia indicada.

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una mención aparte por su elevada presencia en pacientes obesos, siendo el Trastorno por Atracónes el más frecuente, con una prevalencia de hasta el 27%.

Picot y Lilenfeld (2003), en su investigación sobre la relación entre la gravedad del atracón, las alteraciones de la personalidad y el índice de masa corporal, realizado en 50 pacientes con trastorno por atracón mediante una entrevista clínica estructurada para trastornos de la personalidad según el DSM – IV. Se descubrió que la gravedad de los atracones obtuvo una correlación positiva con el IMC y la sintomatología del trastorno

de la personalidad. La continuidad de los episodios de atracones, mas no la cantidad media de alimentos consumidos en cada atracón, estuvo asociada con más altos niveles de personalidad patológica. De todos los participantes, el 12% cumplieron criterios para trastorno de la personalidad evitativo y el 10 % reunían los criterios necesarios para trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

Respecto al Trastorno por Atracones Petribu, Ribeiro, Oliveira, Cristiana, Gomes, Araujo, De Albuquerque y Ferreira (2006), refieren que está caracterizado por la ingestión de grandes cantidades de comida, acompañada de una sensación de pérdida del control sobre lo que se come. Cuando suceden estos episodios, por lo menos dos días por semana en los últimos seis meses, asociado a algunas características de pérdida del control y no son acompañados de comportamientos compensatorios dirigidos para la pérdida de peso, podemos decir que estamos frente a este síndrome.

Striegel-Moore y Franko (2003) manifiestan que la prevalencia del trastorno por atracón en la población general fluctúa entre el 1% a 3%; un 33% de los pacientes son hombres y las mujeres muestran 1,5 veces más probabilidades de presentar el desorden que los hombres.

En tanto, Vinai, Da Ros, Speciale, Gentile, Tagliabue y Bruno (2015), mencionan que las tasas más altas de trastorno por atracón se han registrado en pacientes con obesidad mórbida (IMC superior a 40 kg/m²) que siguen programas de reducción de peso en hospitales, con una prevalencia de 48% usando criterios DSM-5.

En el estudio de Nasser, Gluck y Geliebter (2004), se usó comida en pruebas de laboratorio para comparar pacientes con trastorno por atracón (n=11) y aquellos con atracón, pero sin constituir criterios diagnósticos DSM-IV (n=11) demostraron una correlación positiva entre los criterios del trastorno por atracón y las puntuaciones del BIS-11 ($p < 0,01$) así como una correlación positiva entre la impulsividad motora antes de consumir la comida de prueba. Estas asociaciones sugieren posibles alteraciones en la transmisión de la serotonina en los atracones, y un posible objetivo en la farmacoterapia especialmente en aquellos que son resistentes a la terapia cognitivo-conductual.

Olguín, Carvajal y Fuentes (2014), agregan que la depresión es una comorbilidad frecuente en este grupo de pacientes. Un episodio depresivo no tratado anterior a cualquier tratamiento en asociación con otras comorbilidades puede interferir en el logro de las metas de baja de peso esperada.

La obesidad como enfermedad por sí misma sería un devenir de un estilo de vida sedentario y malnutrición por exceso, pero también se les adhiere rasgos de psicopatologías que en general que guardan cierta relación con la obesidad.

2.1.1.6.8. Tratamiento de la Obesidad

Desde la antigüedad se han planteado métodos para tratar la obesidad, por ejemplo, en la antigua Grecia se proponía realizar trabajo intenso antes de cada comida, acompañándolo de vino diluido, y comer una sola vez al día (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002; citado en Guzmán, 2016)

Téngase claro desde ya, que para hablar de “tratamiento” es básico establecer que es lo que se necesita cambiar y por qué motivo. Por ejemplo, los estándares de belleza han mutado históricamente, Venus de Milo, con 1.52m de altura, y medidas 93.9-63.5-96.5cm, con un muslo de 57.1cm y casi 33 cm de brazo, en la sociedad actual estaría bajo régimen dietético (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002; citado en Guzmán, 2016).

Por la acumulación excesiva de tejido adiposo, se podrán presentar problemas fisiológicos a nivel vascular afectando a sistema nervioso, circulatorio, desencadenando por defecto, enfermedades que alterarán la calidad de vida; de manera que exige tratamiento farmacológico y actividad deportiva.

Bersh (2006) menciona que entre los tratamientos más comunes está el tratamiento farmacológico, este método para combatir la obesidad es limitada y puede ser peligroso para la salud del paciente si no existe un seguimiento médico constante; entre los medicamentos aprobados para el tratamiento de la obesidad está la sibutramina y el orlistat.

De igual forma, la obesidad se instala en la persona por sus hábitos de vida y sus creencias acerca de su conducta y persona. Esto, se puede abordar psicoterapéuticamente.

Para López (1998) citado en Tello, (2016) el consumo de alimentos lo basan en estímulos externos como: olor, color, sabor. Tienden a comer aquéllos que les resultan atractivos a sus sentidos más que contemplar si son alimentos que les nutran de manera balanceada. Se encontró que las madres obesas ofrecían a sus hijos una mayor cantidad, pero sobre todo mayor variedad de alimentos en comparación con las madres de peso normal.

El autocontrol de pensamientos irracionales es una técnica que puede ayudar al obeso a controlar la ingesta del alimento. Durante todo el programa se utilizan técnicas psicológicas específicas tales como los contratos conductuales, la ruptura de cadenas de conducta, la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, etc. (Guzmán,2016)

Perez & Gastañaduy (2005), refieren que en el abordaje de la obesidad existe un tratamiento eficaz y actual, la cirugía bariátrica, que se conceptualiza como: una técnica quirúrgica para perder peso y no se vuelva a recuperar al menos del 50% del exceso de peso, además de lograr una mejoría de las comorbilidades físicas y psicológicas asociadas a la obesidad.

2.1.2. CIRUGÍA BARIÁTRICA

2.1.2.1. Definición

De acuerdo a lo explicado por Hoyos y Salazar (2016), la cirugía bariátrica se deriva de las palabras griegas Baros que significa peso, y Iatrein tratamiento. Con este procedimiento se pretende reducir el 50% del exceso de peso y mantenerlo a lo largo del tiempo, mejorar la calidad de vida, la autoestima del paciente y disminuir el uso de los tratamientos farmacológicos. Las terapias médicas y nutricionales para el tratamiento de la obesidad no siempre producen pérdida de peso significativa y sostenida, por lo que la cirugía bariátrica se ha convertido en un método efectivo para su manejo.

Según lo expuesto por Alcaraz, Ferrer y Parrón (2015), la cirugía bariátrica es considerada el mejor tratamiento y el más eficaz para la obesidad mórbida, cuando el tratamiento dietético junto con las modificaciones en el estilo de vida, el ejercicio, la terapia conductual y el tratamiento farmacológico han fallado. Con la

cirugía se consigue un descenso del exceso de peso y por tanto una disminución en el IMC, en el grado de obesidad y una mejoría e incluso desaparición de las comorbilidades, lo que se traduce en un aumento de la autoestima, actividad física, actividad laboral, actividad social y actividad sexual, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

2.1.2.2. Características

A este respecto, Moreno y Murillo (2004), señalan que mediante el tratamiento de cirugía bariátrica obtenemos que las personas obesas logren principalmente una reducción significativa de su peso acompañado de incremento en sus actividades y habilidades; la mejoría de sus enfermedades físicas y psicológicas de comorbilidad con la obesidad como son disminución de niveles de colesterol, triglicéridos, dolores óseos y más; y en los psicológico reducción de indicadores de ansiedad, depresión e insatisfacción con la imagen corporal. También mediante este tratamiento se mejora su capacidad de proyectarse al futuro, mejores relaciones familiares y sociales y mayor disposición ocupacional y laboral.

2.1.2.3. Tipología

Martins, Cardelino y Pinto (2004), refieren que las cirugías contra la obesidad pueden ser divididas en procedimientos que: limitan la capacidad gástrica (las llamadas cirugías restrictivas);

interfieren en la digestión (los procedimientos mal-absortivos); y una combinación de ambas técnicas (los procedimientos mixtos). Estos procedimientos son considerados como una opción efectiva para el control de la obesidad mórbida en largo plazo. Sierra, Vite y Torres (2014), resumen la tipología de la siguiente manera:

Restrictivo: Reducción del tamaño de la cámara gástrica limitando el consumo de alimentos.

Malabsortivo: Se reduce la longitud del intestino delgado disminuyendo la superficie de absorción de los nutrientes.

Mixto: Combina las dos anteriores. La más común es la derivación gastroyeyunal en y de Roux o bypass gástrico.

2.1.2.6.1. Técnicas restrictivas.

Al respecto, Arraigada (2015) refiere que en ellas se crea un pequeño reservorio en la parte alta del estómago a través de diversas técnicas. Es una “cirugía mecánica” y una de las más usadas es la *Banda Gástrica* que actúa como un cinturón alrededor del estómago, reduciendo la capacidad del mismo al crear un pequeño nuevo estómago superior, generalmente de 30 cc, con una salida al resto del estómago de aprox. 1 cm de diámetro. Esto hace que se llene con menos comida y rápidamente al sentir saciedad, que se vacíe más lentamente, con una disminución del apetito. La pérdida de peso es por reducción

en la cantidad de alimento ingerido cambiando hábitos alimentarios.

2.1.2.6.2. Técnicas malabsortivas

Según Arraigada (2015), en este tipo de cirugía el descenso de peso se debe a la disminución en la absorción de nutrientes, y no en la restricción de la comida a ingerir. Es una “cirugía metabólica”, un ejemplo fue el “bypass” o Derivación intestinal o Yeyunoileal (BPI) en el que se realizaba únicamente una derivación del intestino excluyendo la mayor parte del mismo para evitar la absorción de la comida. Ésta, ya en desuso, fue una de las primeras cirugías bariátricas, pero con muchas complicaciones importantes en el postoperatorio inmediato y alejado, que hicieron que sea prácticamente prohibida.

2.1.2.6.3. Técnicas mixtas

Conforme a lo explicado por Arraigada (2015), éstas combinan restricción con malabsorción. Dos ejemplos son el “By-pass o Derivación Gástrica (BPG) y la Derivación Biliopancreática (DBP). El BPG crea un pequeño reservorio gástrico superior que lo une al intestino delgado, excluyendo el resto del estómago. En la DBP se reduce la capacidad del estómago para que se ingiera menos comida y se realiza una separación del intestino delgado en 2 partes, una se une al estómago para transportar los alimentos (“asa digestiva”) y otra transporta sólo los jugos

biliopancreáticos e intestinal proximal, (“asa biliopancreática”).

Ambos se unen en la parte terminal del intestino delgado (aproximadamente a 50-100 cm de la válvula ileocecal), juntándose los alimentos con los jugos digestivos (“asa común”).

De esta forma se reduce la absorción de grasas.

2.1.2.4. Proceso de la cirugía bariátrica

2.1.2.6.1. Evaluación Pre Quirúrgica y Rol del Psicólogo

Bilbao (2016), afirma que el tratamiento bariátrico es una práctica que se divide en dos perspectivas de abordaje: uno que es plano quirúrgico que recorta lo orgánico y un plano psicológico donde se apunta al lugar de la imagen, autoestima y motivación fundamentalmente.

Según Baeza & Van-der (2012), el proceso de tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida engloba el quehacer de distintos profesionales (endocrino, cirujano, psiquiatra, etc.), entre los que se encuentra también el psicólogo.

Según lo manifestado por Goñi y Moreno (2015), la cirugía bariátrica es por definición compleja, de alto riesgo y no urgente. Requiere una planificación adecuada por los recursos que precisa, incluida la preparación preoperatoria, estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos-Reanimación, interconsultas con otras especialidades, ayuda para la movilización y manejo del paciente, mobiliario adaptado para obesos, entre otras cosas. Por lo que el

paciente candidato a cirugía bariátrica debe ser derivado para su valoración desde la consulta de endocrinología. En la evaluación médica es de gran importancia la detección de las comorbilidades susceptibles de mejoría tras la cirugía, la historia evolutiva de su obesidad y el registro de datos antropométricos (índice de masa corporal, perímetro de cintura).

Paredes y Rivero (2015), refieren que en primer lugar el IMC se utiliza como medida que relaciona el peso de una persona con su estatura. Además, los pacientes elegibles deben tener una preparación adecuada y voluntad para comprometerse con los cambios de estilo de vida necesarios para lograr el objetivo esperado. Para este procedimiento se excluye a pacientes que presentan algún trastorno psiquiátrico agudo relacionado al uso de sustancias, a aquellos con trastornos del espectro esquizofrénico y otros desórdenes psicóticos, así como a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en específico a personas que presentan un cuadro agudo de bulimia nerviosa.

El completo equipo de profesionales que valoren al paciente antes de ser intervenido. Los criterios de selección utilizados son (Charles, 1987; Alastrué y cols., 1993; Guisado y Vaz, 2002)

- Tener un $IMC > 40$ o de 35-40 si hay problemas médicos graves (diabetes mellitus con altos requerimientos de insulina, artritis, etc)

- Constancia de que el enfermo ha realizado programas de tratamiento nutricional de forma correcta
- Tener obesidad desde hace más de 5 años.
- Edad de 18 a 50 años, aunque ocasionalmente se puede aplicar entre 14 y 18 años (síndrome de Prader Willi asociado a retraso mental, talla baja, hipogonadismo e hiperfagia) o entre 50 y 60 años (artritis severa de rodilla o cadera).
- Excluir pacientes con hipotiroidismo o síndrome de Cushing.
- Que no exista alcoholismo u otra drogodependencia o enfermedad psiquiátrica grave.
- Que exista una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad terapéutica propuesta de adhesión a la estrategia.

El trabajo clínico del psicólogo, consiste en obtener información sobre el problema de peso, intentos previos de pérdida de peso, actual y previos estados psicológicos del paciente, expectativas y actitud hacia todas las opciones de tratamiento. Al principio de la entrevista hay que calmar y tranquilizar al paciente, explicándole la necesidad de la valoración psiquiátrica antes de ser intervenido para evitar prejuicios y recelos en la entrevista (Guisado et. al.,2002). Evaluar si el individuo está preparado emocionalmente para la cirugía, y ayudarlo en la comprensión de los aspectos resultantes del proceso pre y posquirúrgico, es tarea nuestra (Mensorio y Costa,

2016). Sin embargo, mientras que las evaluaciones psicológicas prequirúrgicas son comunes entre los pacientes que pueden beneficiarse de la cirugía bariátrica, el valor de estas evaluaciones como predictores de la pérdida de peso exitosa es todavía cuestionado.

La evaluación psicológica es necesaria para descartar patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, depresión mayor, retraso mental) y trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, que son contraindicaciones para la cirugía. En definitiva, es importante descartar a aquellos pacientes que no tengan capacidad para comprender el tratamiento al que van a ser sometidos y sus implicaciones a largo plazo. Para ello, son de utilidad los tests encaminados a valorar la personalidad o el estado psicológico y la calidad de vida.

2.1.2.6.2. Evaluación Post Quirúrgica

Existen reportes de mejoras en la calidad de vida tras la cirugía, se habla de aumento de la tasa de empleo, disminución del absentismo laboral y dolor físico, e incluso aumento de la interacción social (Larsen, 1989, Hafner, Watts, y Rogers, 1991, Karlsson, Sjöström, y Sullivan, 1998, Oñate, 2005). En lo psicológico, hay quienes reportan mayor valoración de la vida, mayor sentido de fortaleza personal y mejora en la relación con los demás (Shiri, Gurevich, Feintuch, y Beglaibter, 2007, Oñate, C., 2005), se sienten más

atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas (Rojas, Brante, Miranda, y Pérez-Luco, 2011, Oñate, C., 2005). Aunque, de hecho, el éxito de estas intervenciones depende de los parámetros de belleza que tiene cada persona (Ruiz Moreno, Berrocal Montiel, y Valero Aguayo, 2002, Oñate, C, 2005), en un sentido muy personal la persona también contribuye a su mejora porque por ejemplo a menudo existen altas expectativas y poco realistas antes de la cirugía (Wadden, Womble, et al., 2002, Oñate, C, 2005), lo que los lleva a la insatisfacción, pese al cambio.

Asimismo, esta intervención debe considerarse en un sentido muy global, así encontramos autores que insisten en el ejercicio físico, Elkins y cols. (2005) citado en Mazure Lehnhoff. Salgado, Valencia, Villarreal, Cobo, Peran y Culebras (2007) concluyen que las desobediencias más frecuentes conciernen, a 6 y 12 meses, el picoteo y la falta ejercicio, ésta en el 40% de los pacientes a 6 meses de la cirugía, elevándose aún más al año.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo, Diseño y Método

La presente investigación se realizará con el método Cuantitativo, el cual, según Tamayo (2007), consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

Será de tipo Descriptivo, pues según Hernández, Fernandez y Baptista (2014) los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

Así mismo, es de diseño no experimental, que, según Hernández, Fernandez y Baptista (2014), en este diseño no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por quien realiza la investigación, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas.

3.2. PARTICIPANTES

Se utilizó un muestreo casual o intencional no probabilístico; por lo tanto, no será necesario aplicar ninguna fórmula de determinación de muestra. (Hernández, Fernandez y Baptista; 2014)

Nuestros criterios de inclusión en la presente investigación serán los siguientes:

- Criterios de inclusión

- Pacientes obesos mórbidos (IMC igual o mayor a 40)
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 60 años, intervenidos con cirugía bariátrica (bypass gástrico) en el centro privado de cirugía laparoscópica.
- Pacientes intervenidos en el periodo de noviembre 2017 hasta agosto 2018.
- Pacientes que hayan asistido a su control del sexto mes post quirúrgico.

- Criterios de Exclusión

- Pacientes que hayan presentado complicaciones post quirúrgicas.
- Pacientes que no hayan dado su consentimiento voluntario de participar en la presente investigación.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Ficha Técnica:

Nombre del Instrumento: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI II)

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Año de publicación del test original: 1996

Año de publicación de la adaptación española: 2011

Autor de la adaptación española: Jesus Sanz y Carmelo Vázquez

Procedencia: Estados Unidos

Administración: Individual o Colectiva

Formato de los ítems: Tipo Likert

Número de ítems: 21 ítems

Fue creado por Beck en el año de 1967, con el objetivo de medir la depresión, ya que ofrecería según el autor algunas ventajas: evitaría la variabilidad del diagnóstico clínico, proveería una medida estándar no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que lo administra, además, por ser autoadministrado reduciría los costos del entrenamiento y tiempo profesional y por ultimo facilitaría las comparaciones con otros datos. Diecisiete de los 21 ítems del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (APA, 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema de la APA (Problemas de peso/apetito y Problemas del sueño). El síntoma de Trastornos psicómotores del DSMIV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento. Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV.

El coeficiente de Cronbach dentro de los rangos obtenidos en estudios realizados con el BDI en población psiquiátrica ($\alpha=0,76-0,95$), estudiantes ($\alpha=0,82-0,92$) y población no estudiantil ni psiquiátrica ($\alpha=0,73-0,90$). Habiendo sido estandarizado en pacientes hospitalizados de medicina general en un hospital de la capital del Perú, concluyeron que la versión en español utilizada del BDI posee un alto coeficiente alfa (consistencia interna) y una elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión mayor según el DSM-IV (validez). Por último, los ítems que más aportan al diagnóstico son: inconformidad con uno

mismo, autopercepción del aspecto físico, autocensura, insomnio y sentirse castigado.

3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (IDARE)

Ficha Técnica:

Nombre del Instrumento: Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI, IDARE)

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.

Autor de Adaptación al español: Nicolas Seisdedos Cubero

Año de publicación del test original: 1986

Procedencia: Estados Unidos

Administración: Individual o Colectiva

Formato de los ítems: Tipo Likert

Número de ítems: 40 ítems (20 ansiedad rasgo y 20 ansiedad estado)

Duración: Aproximadamente 15 minutos

El nombre original de la prueba es: “State- Trait Anxiety Inventory” (STAI) para adultos, creado por Charles D. Spielberger y colaboradores (CPP, California, 1975). El IDARE está destinado a medir específicamente el factor de la ansiedad, y ofrece dos evaluaciones de la misma: la ansiedad como un estado transitorio (fruto de una situación frustrante o problemática pasajera) y la ansiedad como rasgo, la cual es permanente en la dinámica personal del sujeto. El cuestionario tiene dos versiones: una femenina y otra masculina; ambos constan de 40 ítems distribuidos en las dos escalas que la componen. Su administración puede ser individual y colectiva y su tiempo de duración varía entre 15 y 20 minutos.

Al validar el STAI estableció la relación entre la A- Estado y la A-Rasgo, determinando una versión masculina y otra femenina. El criterio de validez para los hombres fue de 2.0 y 1.98 para las mujeres. Así también obtuvo un coeficiente de Confiabilidad de 0.85 para hombres en la escala A- Estado y 0.62 en la escala A- Rasgo. Y una confiabilidad de 0.86 para mujeres en la escala A- Estado y de 0.80 en la escala A- Rasgo. Esta versión fue aplicada por Chavez & Rospigliosi (1994), en estudiantes universitarios Arequipeños de la Universidad Nacional de San Agustín (UNSA) y la Universidad Católica de Santa María (UCSM); obteniendo baremos de calificación actualizados y apropiados para el uso en población peruana adulta.

3.3.3. Ficha de Recolección de datos del Estado de Salud Clínico

Esta ficha fue adaptada para fines de la presente investigación y tiene como finalidad registrar sobre el estado de salud actual que presenten los pacientes obesos que deciden someterse a cirugía bariátrica, se tomó como referencia la información reportada en la historia clínica de los pacientes del centro de cirugía bariátrica. En esta ficha se recolectan los siguientes datos: presencia o ausencia de esteatosis hepática, diabetes y dislipidemia; así como edad, sexo, grado de instrucción y estado civil del paciente.

3.4. Procedimiento

- a) Para realizar la presente investigación se inició con la elección y delimitación del tema de estudio, llevando a cabo la búsqueda y revisión bibliográfica de antecedentes e investigaciones relacionadas.

- b) Seguidamente se procedió con la elaboración del proyecto de tesis, que fue presentado y posteriormente aprobado en la escuela profesional de psicología, así mismo, se presentó el proyecto a la gerencia del centro privado de cirugía laparoscópica solicitando la autorización para el acceso a la muestra y aplicación de los instrumentos para la recolección de los datos necesarios.
- c) Posteriormente se consiguió la autorización de dicho centro para realizar la investigación, quienes dieron acceso total a los pacientes y a sus historias clínicas, brindando también un espacio adecuado para las entrevistas y evaluaciones.
- d) En una primera etapa se realizaron entrevistas de sensibilización a los pacientes explicándoles la importancia de su participación en esta investigación, los pacientes que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Seguidamente se aplicaron los dos instrumentos (Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado) finalizando en un periodo aproximado de una hora, seguidamente se acudía a su historia clínica para registrar las comorbilidades diagnosticadas en su entrevista con el médico cirujano (presencia o ausencia de esteatosis hepática, dislipidemia y diabetes).
- e) La segunda etapa fue según la llegada de los pacientes; el equipo multidisciplinario cita a los pacientes para sus controles en su sexto mes post quirúrgico; sin embargo, la mayoría de pacientes acuden a dicho control entre el sexto y sétimo mes post quirúrgico; se realizó la entrevista respectiva y se aplicaron los dos instrumentos (Inventario de Depresión de Beck e Inventario

de Ansiedad Rasgo- Estado), seguidamente se registraron las comorbilidades actuales contenidas en su historia según diagnóstico médico.

- f) Finalmente se retiró el material con el contenido para la investigación agradeciendo al centro privado por su amabilidad y colaboración; se estableció una fecha de reunión con el médico gerente para la entrega de la interpretación de los resultados al finalizar la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos; los datos fueron reunidos en páginas Excel y seguidamente se procesaron en el software estadístico SPSS versión 25. Así mismo, para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística T de Student; se utilizó una prueba no paramétrica (Prueba de rangos de Wilcoxon) para las puntuaciones directas donde no existe una distribución normal.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

TABLA N° 1

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	19	70.4
Varón	8	29.6
Total	27	100.0

La muestra estuvo constituida por diecinueve pacientes mujeres (70.4%) y ocho varones (29.6%), haciendo un total de 27 sujetos incluidos en la investigación.

TABLA N° 2***Grado de instrucción***

	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	5	18.5
Técnico	4	14.8
Universitario	12	44.4
Postgrado	6	22.2
Total	27	100.0

Observamos que el 18.5% de sujetos tienen como grado de instrucción secundaria, el 14.8% grado de instrucción técnico, el mayor porcentaje 44.4% presentan grado de instrucción universitaria y un 22.2 % refieren haber cursado postgrados.

TABLA N° 3***Estado civil***

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	14	51.9
Casado	9	33.3
Divorciado	4	14.8
Total	27	100.0

Respecto a su estado civil, el 51.9% de sujetos son solteros, el 33.3% casados y el 14.8% refirieron estar divorciados.

TABLA N° 4***Vive con***

	Frecuencia	Porcentaje
Padres	9	33.3
Pareja e hijos	8	29.6
Solo hijos	3	11.1
Solo pareja	2	7.4
Solo	5	18.5
Total	27	100.0

En la presente tabla observamos que el 33.3% de sujetos viven con sus padres, el 29.6% viven con su pareja e hijos, el 11.1% viven sólo con sus hijos, el 7.4% viven sólo con su pareja y el 18.5% viven solos.

TABLA N° 5***Estadísticos descriptivos***

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	27	19	59	38.52	11.647
N válido (por lista)	27				

Respecto a la edad; la edad mínima de los sujetos fue diecinueve años y la edad máxima cincuenta y nueve, resultando una media de 38.52 y una desviación estándar de 11.647.

TABLA N° 6

Condiciones Físicas Pre Quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía

bariátrica

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Diabetes</i>	Presenta	10	37.0
	No presenta	17	63.0
	Total	27	100.0

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Dislipidemia</i>	Presenta	24	88.9
	No presenta	3	11.1
	Total	27	100.0

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Hígado graso</i>	Presenta	25	92.6
	No presenta	2	7.4
	Total	27	100.0

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Obesidad</i>	Obesidad grado III	27	100.0

Observamos que antes de la intervención quirúrgica el 37% de los evaluados presentaba diabetes; por otro lado, el 88.9% presentaba dislipidemia. Mientras que el 92.6% de evaluados tenía hígado graso. Además, todos los evaluados presentan obesidad grado III.

TABLA N° 7

Descripción de parámetros Físicos Pre Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Diabetes	27	4.5	11.3	6.052	1.5844
Colesterol	27	155	295	208.85	32.216
Triglicéridos	27	88	325	203.44	54.622
Peso	27	88	167	116.56	16.695
Talla	27	1.48	1.80	1.6274	.07764
IMC	27	40.1	55.8	43.837	3.7440
N válido (por lista)	27				

Respecto a los indicadores físicos de los pacientes antes del tratamiento, observamos que el indicador de diabetes tenía una media de 6.05 con una desviación estándar de 1.58. El colesterol de los evaluados era en promedio 208.85 con una desviación estándar de 32.2. Los triglicéridos en promedio eran de 203.44 con una desviación estándar de 54.62; por otro lado, el peso promedio era de 116.56 kilos con una desviación estándar de 16.69 kg., la talla era en promedio de 1.62 m. con una desviación de 0.07 m. El IMC fue en promedio 43.84 con una desviación estándar de 3.74.

TABLA N° 8

Condiciones Físicas Post Quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Diabetes</i>	Presenta	1	3.7
	No presenta	26	96.3
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Dislipidemia</i>	Presenta	2	7.4
	No presenta	25	92.6
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Hígado graso</i>	Presenta	12	44.4
	No presenta	15	55.6
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Obesidad</i>	Sobrepeso	12	44.4
	Obesidad grado 1	8	29.6
	Obesidad grado 2	5	18.5
	Normopeso	2	7.4
	Total	27	100.0

Observamos que después de la operación la mayoría de los evaluados no presentaba diabetes (96.3%); asimismo, el 92.6% no tenía dislipidemia. Mientras que el 55.6% de evaluados no tenía hígado graso. Además, la mayoría de los evaluados tenían sobrepeso (44.4%) u obesidad grado 1 (29.6%)

TABLA N° 9

Descripción de parámetros Físicos Post Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

<i>Estadísticos descriptivos</i>					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Diabetes	27	4.3	6.4	5.259	.4002
Colesterol	27	115	218	152.89	23.668
Trigliceridos	27	66	180	123.96	28.562
Peso	27	63	100	80.52	10.617
Talla	27	1.48	1.80	1.6274	.07764
IMC	27	24.4	35.4	30.384	3.2960
Peso perdido	27	22	94	36.04	14.495
N válido (por lista)	27				

Respecto a los indicadores físicos de los pacientes después del tratamiento, observamos que el indicador de diabetes tenía una media de 5.25 con una desviación estándar de 0.4. El colesterol de los evaluados era en promedio 152.89 con una desviación estándar de 23.66. Los triglicéridos en promedio eran de 123.96 con una desviación estándar de 28.56; por otro lado, el peso promedio era de 80.52 kilos con una desviación estándar de 10.61 kg., la talla era en promedio de 1.62 m. con una desviación de 0.07 m. El IMC fue en promedio 30.38 con una desviación estándar de 3.29; además la pérdida de peso promedio producto de la operación fue de 36.04 kilos.

TABLA N° 10

Niveles de Ansiedad y Depresión Pre Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad</i> <i>estado</i>	Bajo	6	22.2
	Medio	16	59.3
	Alto	5	18.5
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad</i> <i>rasgo</i>	Bajo	3	11.1
	Medio	13	48.1
	Alto	11	40.7
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Depresión</i>	Ausente	1	3.7
	Leve	10	37.0
	Moderada	12	44.4
	Severa	4	14.8
	Total	27	100.0

Antes de la operación se puede observar que la ansiedad estado era mayormente de un nivel medio (59.3%); mientras que la ansiedad rasgo era mayormente media (48.1%) o alta (40.7%). Por otro lado, la depresión era en su mayoría de un nivel moderado (44.4%) o leve (37%)

TABLA N° 11

Niveles de Ansiedad y Depresión Post Quirúrgicos de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad estado</i>	Bajo	16	59.3
	Medio	9	33.3
	Alto	2	7.4
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad rasgo</i>	Bajo	4	14.8
	Medio	13	48.1
	Alto	10	37.0
	Total	27	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Depresión</i>	Ausente	15	55.6
	Leve	9	33.3
	Moderada	2	7.4
	Severa	1	3.7
	Total	27	100.0

Después de la operación se puede observar que la ansiedad estado era mayormente de un nivel bajo (59.3%) o medio (33.3%); mientras que la ansiedad rasgo era mayormente media (48.1%) o alta (37%). Por otro lado, la mayoría de evaluados no presentaba depresión (55.6%) o tenía solo un nivel leve (33.3%)

TABLA N° 12

Nivel de significancia de las condiciones pre quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

PRE TEST

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Diabetes	.315	27	.000	.609	27	.000
Colesterol	.137	27	.200*	.962	27	.420
Trigliceridos	.139	27	.196	.967	27	.523
Peso	.108	27	.200*	.946	27	.173
Talla	.119	27	.200*	.981	27	.885
IMC	.162	27	.068	.866	27	.002
Ansiedad estado	.138	27	.200*	.955	27	.276
Ansiedad rasgo	.125	27	.200*	.940	27	.120
Depresión	.119	27	.200*	.957	27	.315

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En el pre-test observamos que las variables de diabetes ($p < .001$), IMC ($p = .002$) no tienen una distribución normal; teniendo en cuenta todo ello, estas variables deben ser procesadas con estadística no paramétrica.

TABLA N° 13

Nivel de significancia de las condiciones post quirúrgicas de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

POST TEST

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Diabetes	.163	27	.063	.949	27	.201
Colesterol	.114	27	.200*	.951	27	.223
Triglicéridos	.139	27	.192	.972	27	.645
Peso	.167	27	.052	.940	27	.125
Talla	.119	27	.200*	.981	27	.885
IMC	.111	27	.200*	.948	27	.187
Ansiedad estado	.197	27	.008	.900	27	.013
Ansiedad rasgo	.168	27	.050	.933	27	.081
Depresión	.251	27	.000	.779	27	.000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En el post-test observamos que las variables de ansiedad estado ($p = .013$) y depresión ($p < .001$) no tienen una distribución normal; teniendo en cuenta todo ello, estas variables deben ser procesadas con estadística no paramétrica.

TABLA N° 14

Comparación entre las condiciones de salud física pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Desviació			Sig.		
		Media	N	n estándar	t	gl	(bilateral)
Par 1	Colesterol pre	208.85	27	32.216	7.620	26	.000
	Colesterol post	152.89	27	23.668			
Par 2	Triglicéridos pre	203.44	27	54.622	7.701	26	.000
	Triglicéridos post	123.96	27	28.562			
Par 3	Peso pre	116.56	27	16.695	12.918	26	.000
	Peso post	80.52	27	10.617			

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de colesterol antes y después del tratamiento ($t_{(26)}=7.620$; $p< .001$), también en los triglicéridos ($t_{(26)}=7.701$; $p< .001$) y peso ($t_{(26)}=12.918$; $p< .001$), en todos los casos las cantidades disminuyeron luego de la operación.

TABLA N° 15

Comparación entre las condiciones de salud física pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

	N	Media	Desviación estándar	Rango promedio	Z	Sig. asintótica (bilateral)
Diabetes pre	27	6.052	1.5844	12.28	-3.869	.000
Diabetes post	27	5.259	.4002	3.75		
IMC pre	27	43.837	3.7440	14.00	-4.541	.000
IMC post	27	30.384	3.2960	.00		

Además, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de diabetes antes y después del tratamiento ($Z = -3.869$; $p < .001$) y en el IMC ($Z = -4.541$; $p < .001$), en ambos casos se puede apreciar una disminución luego de la operación.

TABLA N° 16

Comparación de los niveles de ansiedad rasgo pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Medi	Desviació		Sig.	
		a	N	n estándar	t	gl (bilateral)
Par 1	Ansiedad rasgo	40.44	27	8.045	1.753	26
	Ansiedad rasgo	39.00	27	8.246		.091

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo antes y después de la intervención quirúrgica ($t_{(26)}=1.753$; $p=.091$).

TABLA N° 17

Comparación de los niveles de ansiedad estado y depresión pre y post quirúrgico de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica.

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar	Rango promedio	Z	Sig. asintótica (bilateral)
Ansiedad estado pre	27	37.52	8.933	15.07	-3.968	.000
Ansiedad estado post	27	31.63	7.239	4.88		
Depresión pre	27	22.59	8.215	14.64	-4.256	.000
Depresión post	27	13.19	7.411	6.00		

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención quirúrgica en la ansiedad estado ($Z=-3.968$; $p<.001$) y en la depresión ($Z=-4.256$; $p<.001$), siendo así que hay una disminución de ambas luego de la operación.

DISCUSIÓN

A la obesidad se le han atribuido definiciones cambiantes a lo largo del tiempo en consonancia con las culturas y asociada a la calidad de vida en diversos momentos evolutivos de la humanidad; así, la imagen corporal se transformó en un elemento clave como referencia para establecer juicios en la escala de valores populares, con una extraordinaria versatilidad que la llevó a englobar los aspectos estéticos, psicológicos, biológicos, económicos y sociales, en la mayoría de casos con mayor posición jerárquica que otros valores humanos. Como enfermedad no fue tomada en cuenta durante mucho tiempo, hasta que la demostración de su magnitud y repercusiones en la salud, hicieron que los investigadores y sistemas de salud pública se vean obligados a prestarle la debida atención. (Montero, 2001)

Con el aumento exagerado de las cifras de obesidad en todo tipo de poblaciones se utilizaron diversos métodos como fármacos, actividad física y regímenes nutricionales que no lograron conseguir el control adecuado de la obesidad; debido a este problema nace la especialidad de la cirugía bariátrica que según muchos estudios sí cumple con el objetivo mencionado, así, se convierte en la herramienta más eficaz para el control de esta enfermedad; sin embargo, al pasar del tiempo y dado al aumento de estudios sobre el paciente bariátrico se descubre que este tratamiento merece un enfoque multidisciplinar ya que si el paciente no se adapta a los cambios y exigencias de mencionado tratamiento no logrará los objetivos propuestos o recaerá en la enfermedad; el enfoque psicológico dentro de este proceso, será entonces crucial para el éxito ya que también se descubre que este tipo de pacientes presentan diversos tipos de patología psicológica entre las cuales encontramos ansiedad y depresión como las de presencia más común; en este sentido en el presente

estudio denominado “Condiciones pre y post quirúrgicas de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en un centro privado de cirugía laparoscópica, Arequipa 2018” se planteó determinar si existen diferencias en las condiciones psicológicas y físicas pre y post quirúrgicas en los pacientes obesos mórbidos que se someten a este tratamiento y a partir de los hallazgos encontrados se acepta la hipótesis general que establece que sí existen diferencias en las ya mencionadas condiciones.

Así, los resultados obtenidos demuestran una mejora significativa en las comorbilidades somáticas entre el pre y post quirúrgico ya que encontramos diferencias estadísticamente significativas en los índices de colesterol antes y después del tratamiento ($t(26)=7.620$; $p<.001$), también en los triglicéridos ($t(26)=7.701$; $p<.001$) y peso ($t(26)=12.918$; $p<.001$), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de diabetes antes y después del tratamiento ($Z= -3.869$; $p<.001$) y en el IMC ($Z= -4.541$; $p<.001$), ya que en los pacientes diabéticos sometidos a cirugía bariátrica se ha registrado una disminución de la hiperglicemia, la mejora de este indicador es considerada una de las contribuciones más importantes de la cirugía bariátrica. Estas mejorías somáticas encontradas concuerdan con lo expuesto por Papapietro (2012) quien en su estudio confirmó un beneficio en la mejora de comorbilidades, la mejoría en el perfil de lípidos sanguíneos y la disminución de la insulinoresistencia; así mismo, Ruiz, Berrocal y Valero (2002), también encontraron mejoras significativas en las condiciones de salud físicas después de la cirugía, sin embargo al utilizar entrevistas estructuradas se basaron en las manifestaciones de los pacientes y no en estudios médicos cuantitativos como en el presente estudio. Queda claro entonces, que el paciente con obesidad mórbida que se

somete a cirugía bariátrica posee una o más comorbilidades somáticas que afectan su calidad de vida lo cual mejora después del procedimiento.

Respecto a las condiciones psicológicas no se registraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo antes y después de la intervención quirúrgica ($t_{(26)}=1.753$; $p=.091$), lo cual podría ayudarnos a entender el porqué de la reganancia de peso post quirúrgica o la dificultad de adaptación a los cambios requeridos para la cirugía bariátrica, si bien existe una restricción gástrica para disminuir el consumo de alimentos; las manifestaciones ansiosas, que también conducen a los desórdenes alimenticios, seguirían conviviendo con el paciente después del procedimiento, es decir la tendencia ansiosa individual de respuesta a los estímulos no se modifica significativamente en el proceso post quirúrgico.

Se demostró también que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención quirúrgica en la ansiedad estado ($Z=-3.968$; $p<.001$), al respecto, resalto el hecho de que la evaluación de este indicador se dio pocos días antes de la intervención quirúrgica y tal como lo demostraron Gordillo, Arana y Mestas (2011) existen manifestaciones de estrés y ansiedad al someterse a cualquier procedimiento quirúrgico y éstas aumentan dependiendo de la complejidad de dicho tratamiento; teniendo en cuenta los cambios ya expuestos que implican la cirugía bariátrica, sería lógico que los evaluados hayan estado pasando por momentos de estrés y ansiedad elevados; al realizar la evaluación en el post quirúrgico los evaluados ya no tenían ningún estresor de esta magnitud.

Así mismo, se encontró también disminución significativa en la depresión ($Z=-4.256$; $p<.001$) luego de la intervención quirúrgica; tal como se expuso en la revisión bibliográfica el

paciente obeso sufre a lo largo de su vida la discriminación y prejuicio por parte de la sociedad y así mismo experimenta muchos sentimientos de frustración al no sentirse capaz de perder peso y no tener el control de su imagen corporal a esto se agregaría el padecimiento por las incomodidades que generarían las comorbilidades asociadas a su obesidad; entre el pre y post quirúrgico evaluado vimos una disminución de peso significativa y mejora de comorbilidades, por lo que este cambio de imagen corporal y esta mejoría somática representaría un logro importante para el paciente que estaría ocasionando la reducción significativa de este indicador, es necesario también tener en cuenta que según la bibliografía los resultados en cuanto a la mejora en síntomas depresivos depende del tiempo en el que se evalúe al paciente ya que después del primer año post quirúrgico el paciente podría necesitar cirugías reparadoras para el exceso de piel, los pacientes que no pueden o quieren acceder a estas cirugías estéticas podrían ver afectada su imagen corporal lo que aumentaría nuevamente el indicador de depresión.

Estos resultados guardan relación con lo encontrado por Sanchez, Arias y Gorgojo (2009) en su estudio realizado en España donde registraron una mejora significativa de ansiedad y depresión post cirugía bariátrica, en este estudio se realizó en la etapa pre operatoria y luego al alcanzar el paciente un peso adecuado. Por el contrario Rojas, Brante, Miranda, y Perez-Luco (2011), encontraron en su estudio una leve disminución de la ansiedad tanto de estado como rasgo pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas, ésta diferencia en los resultados podría ser explicada por la previa elección de los pacientes, pues en este estudio realizado en Chile, los participantes ya habían sido escogidos por psicólogo y psiquiatra especializados descartando a pacientes con presencia de alteraciones anímicas severas, tengamos en cuenta que en Chile antes de realizarse la cirugía bariátrica

el paciente debe pasar una evaluación pre operatoria del psicólogo y psiquiatra quienes se encargan de calificar si el paciente es apto o no para continuar con el proceso; en Perú aun no contamos oficialmente con este tipo de protocolos.

De acuerdo a lo expuesto, destacamos entonces que el proceso post quirúrgico bariátrico se encuentra plagado de cambios significativos para el paciente obeso, que si bien son cambios positivos no necesariamente serían cambios fáciles de sobrellevar. Lo cierto es que la obesidad es una enfermedad multicausal y crónica por lo que el tratamiento también tiene que ser crónico; así tenemos que tener en cuenta todos estos factores a la hora de la intervención en el paciente obeso; como refiere Téllez (2019), ya se puede considerar la comida como una adicción, ya que los alimentos que consumimos actualmente poseen elementos químicos que explicarían esta denominación, así mismo registra que en algunos países existen asociaciones de comedores compulsivos anónimos que siguen el modelo de alcohólicos anónimos y hace un llamado a la comunidad especializada en salud mental para encargarnos ya de este problema planteando a la obesidad como una enfermedad de salud mental. Esta visión nuevamente nos regresa al factor ansiedad que hace posible el mantenimiento o regresión de la obesidad a pesar de ya contar con los beneficios de una cirugía mayor beneficiosa para el paciente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identificó que, si existen diferencias significativas tanto en las condiciones físicas como psicológicas en el pre y post quirúrgico de los pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica, es decir, se comprueba que existe una mejora significativa en los mencionados parámetros evaluados.

SEGUNDA: Como características sociodemográficas se encontró que la mayoría de pacientes son mujeres (70.4%), la mayoría posee un grado de instrucción universitario (44.4%) seguido por postgrado (22.2%) y la minoría grado de instrucción secundario (18.5%) y técnico (14.8%); respecto al estado civil, la mayoría son solteros (51.9%); la mayoría vive con sus padres (33.3%) o con sus parejas e hijos (29.6%); por último, la edad mínima fue de 19 años y la máxima de 59 años.

TERCERA: Se registraron las condiciones de salud física pre quirúrgica encontrando que el 37% de pacientes presentaban diabetes, el 88.9% presentaban dislipidemia, el 92.6% presentaban hígado graso y el 100% de pacientes presentaban obesidad mórbida grado III; en el post quirúrgico se registró que el 3.7% de pacientes presentaban diabetes, el 7.4% dislipidemia, el 44.4% hígado graso, el 7.4% presentaban normopeso, 44.4% sobrepeso, 29.6% obesidad grado I y el 18.5% obesidad grado II.

CUARTA: Se identificaron también las condiciones psicológicas; en el pre quirúrgico encontramos que; respecto a la ansiedad estado el 59.3% presentaban niveles medios, 22.2% niveles bajos y el 18.5% niveles altos, respecto a la ansiedad rasgo el 48.1% presentaban niveles medios, el 40.7% niveles altos y el 11.1 niveles bajos; respecto a la depresión 44.4% presentaba niveles moderados, 37% nivel leve, 14.8% presentaba un nivel

severo y el 3.7% ausencia de depresión. En el post quirúrgico encontramos que en la ansiedad estado el 59.3% presentaban niveles bajos, 33.3% niveles medios y el 7.4% niveles altos, respecto a la ansiedad rasgo el 48.1% presentaban niveles medios, el 37% niveles altos y el 14.8 niveles bajos; respecto a la depresión 7.4% presentaba niveles moderados, 33.3% nivel leve, 3.7% presentaba un nivel severo y el 55.6% ausencia de depresión.

QUINTA: En la comparación se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de colesterol antes y después del tratamiento ($t(26)=7.620$; $p<.001$), también en los triglicéridos ($t(26)=7.701$; $p<.001$) y peso ($t(26)=12.918$; $p<.001$), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de diabetes antes y después del tratamiento ($Z=-3.869$; $p<.001$) y en el IMC ($Z=-4.541$; $p<.001$), en todos los casos se puede apreciar una mejora significativa luego de la intervención quirúrgica.

SEXTA: Respecto a las condiciones psicológicas, no se registró diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad rasgo antes y después de la intervención quirúrgica ($t_{(26)}=1.753$; $p=.091$), pero se demostró que existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención quirúrgica en la ansiedad estado ($Z=-3.968$; $p<.001$) y en la depresión ($Z=-4.256$; $p<.001$), descubriendo que hay una disminución de ambas luego de la intervención quirúrgica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Fomentar la formación del psicólogo peruano en el tratamiento de la obesidad para que de esta forma pueda participar en los diferentes tipos de tratamiento para combatir esta enfermedad; esta participación será crucial en el éxito de cualquier tipo de intervención.

SEGUNDA: Promover en estudiantes e investigadores psicólogos el estudio de la intervención psicológica dentro del tratamiento bariátrico, la cirugía bariátrica en nuestro país es una realidad creciente y es necesario que el psicólogo tenga una participación activa en este proceso.

TERCERA: A las autoridades de salud y políticas públicas, que se implementen programas de promoción y prevención de la obesidad con la participación de diferentes profesionales de salud, ya que los índices de obesidad en población peruana aumentan de forma dramática.

CUARTA: Efectuar más investigaciones en el ámbito peruano y con mayores muestras profundizando el estudio de esta especialidad y las relaciones de la obesidad con diferentes variables como personalidad, calidad de vida, autoestima, trastornos de la conducta alimentaria o imagen corporal y el papel de estas variables en el mantenimiento o complicación de esta enfermedad.

QUINTA: La incorporación de los psicólogos dentro del equipo multidisciplinario bariátrico tanto en el ámbito público como privado para sostener y brindar psicoeducación o terapia en el proceso bariátrico de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., de la Cruz, A., y Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*.
- Alcaraz, A. Ferrer, M. y Parrón, T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutrición Hospitalaria*. Única Edición. Madrid, España.
- Alegría, E. Castellano, J. y Alegría, A. (2008). Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. *Revista Española de Cardiología*. Única Edición. Madrid, España.
- Alvarez, R. (2016) Aspectos Generales de la Obesidad. Manejo Multidisciplinario del paciente con cirugía bariátrica y metabólica. Única Edición. Ciudad de Mexico, México.
- Alvarez-Arias, P., Huanca-Yufra, F., Caira, B., Zafra-Tanaka, J. y Moreno-Loaiza, O. (2019) Prevalencia de hipertensión arterial en Perú según las nuevas recomendaciones de la guía AHA 2017: análisis secundario de Endes 2016.
- Arriagada, M. (2015). Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica. Única Edición. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Baeza, L. y Van-der, C. (2012). Programa de intervención psicológica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. *Revista de Psicología de la Salud*. Única Edición. Alicante, España.
- Bárbara Lorence. (2008). Caracterización Psicológica De Los Pacientes Con Obesidad Mórbida. Unidad De Apoyo Psicológico a La Persona Obesa (uappo).
- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row. New York, Estados Unidos.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. Cuarta Edición. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Bogotá, Colombia.

- Bilbao, R. (2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. Psicoperpectivas del individuo y sociedad. Única Edición. Valparaíso, Chile.
- Black, D. Yates, W. Reich, J. (1989) DSM III Personality Disorder in Bariatric Clinic Patients. Annals of Clinical Psychiatry. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10401238909149861>
- Blanc, J. Lepreux, S. y Balaboud, C. (2002) Histophysiologie Hépatique. Encyclope Méd Chir. Elsevier, Paris.
- Bustamante, F. Williams, C. Vega, E. y Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. Única Edición. Revista Chilena de Cirugía. Chile.
- Castañaduy, M. Durán, M. (2003). Con una nueva imagen. Única Edición. Revista de la asociación Gallega de Psiquiatría. España.
- Castelnuovo-Tedesco, P., y Schiebel, D. (1975). Studies of superobesity: I. Psychological characteristics of superobese patients. The International Journal of Psychiatry in Medicine.
- Catalán, V., Salvador, J., Frühbeck, G., Gómez-Ambrosi, J., van-der Hofstadt Román, C.J., Leal Costa, C., Alonso Gascón, M.R., y Rodríguez-Marín, J. (2018). Improvement in quality of life following bariatric surgery. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0303>
- Delgado, C., Morales, M., Maruri, I., Rodríguez, C., Benavente, J., y Nuñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. Actas Españolas de psiquiatría.
- Demos, K. Heatherton, T. Kelley, W. (2012) Individual differences in nucleus accumbens activity to food and sexual images predict weight gain and sexual behavior. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514316>
- Dongo, P. (2012). Adherencia al tratamiento, personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica en pacientes obesos. Única Edición. Lima, Perú.
- Eisenmann, J. (2006). Insight into the causes of the recent secular trend in pediatric obesity: Common sense does not always prevail for complex, multi-factorial

phenotypes.

Recuperado

de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743506000545?via%3Dihub>

- Esquivias, H. Reséndiz, A. García, F. y Elías, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. Única Edición. Guanajuato, México.
- Fernandez M. (2004) Obesidad, Anestesia y Cirugía Bariátrica. Revista española de anestesiología.
- Gil, A. (2010) Tratado de nutrición: Tomo IV Nutrición Clínica. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Goñi, F. y Moreno, C. (2015). Tratamiento quirúrgico de la obesidad. Técnicas e indicaciones. Métodos endoscópicos. Única Edición. Bilbao, España.
- Guisado, J. y Vaz, F. (2002) Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. Revista de Psiquiatría de la universidad de Barcelona.
- Gussinye, S. (2005) Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “niños en movimiento”. Tesis para optar el título de doctora en Psiquiatría y Psicología médica. Universidad Autónoma de Barcelona
- Guzman, E. (2016) Una mirada estudiantil desde la psicología de la obesidad. Boletín electrónico de obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual.
- Hayden, M. Murphy, K. Brown, W. O'Brien, P. (2014) Axis I Disorders in Adjustable Gastric Band Patients: The Relationship Between Psychopathology and Weight Loss. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570091>
- Hege, M. Stingl, K. Kullmann, S. Schag, K. Giel, K. Zipfel, S. Preissl, H. (2014) Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. Recuperado de <https://www.nature.com/articles/ijo201499>
- Hernández, R. Fernandez, C. y Baptista, Maria. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México.
- Hoyos, T. y Salazar, A. (2016). La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria. Enfermería Global. Única Edición. Medellín, Colombia.
- Huerta E. (2018). “Más de la mitad de los peruanos somos gordos o supergordos”, por Elmer Huerta. El Comercio. Recuperado de <http>

[//elcomercio.pe/tecnología/ciencias/salud/-peru-tercer-pais-obesos-region-noticia-503786](http://elcomercio.pe/tecnología/ciencias/salud/-peru-tercer-pais-obesos-region-noticia-503786).

- Diario La República. (2019) Perú es el tercer país en Latinoamérica en obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://larepublica.pe/salud/1408961-peru-ocupo-tercer-lugar-latinoamerica-presentar-altos-indices-obesidad-sobrepeso-fao-salud>
- Lagos, S. (2011). Factores Emocionales y Ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111809.pdf>
- Lara, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. Única Edición. Apuntes de Psicología. Andalucía, España.
- Lecaros, J. Cruzat, C. Díaz, F. Moore, C. (2015). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Única Edición. Santiago, Chile.
- Lykouras, L. (2007). Psychological profile of obese patients. Digestive diseases (Basel, Switzerland). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18600013>
- Martinez, J. Moreno, M. Marques-Lopez, I. Martí, A. (2002) Causas de Obesidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Única Edición. España.
- Martins, V. Cardelino, R. y Pinto, A. (2004). Cirugía bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. Única Edición. Sao Paulo, Brasil. 199-201.
- Mazure, R. Salgado, G. Valencia, A. Villarreal, P. Cobo, B. Peran, S. y Culebras, J. (2007). Ejercicio físico y cirugía bariátrica. Nutrición Hospitalaria. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000600001&lng=es&tlng=es
- Mensorio, M. y Costa, J. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. Única Edición. Brasilia, Brasil.
- Miguel, P. (2009). Dislipidemias. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/42596772_Dislipidemias
- Ministerio de salud de la república Argentina (2018). Argentina tendrá su Día de Lucha contra la Obesidad a partir de octubre. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/home/6-destacados->

- slide/index.php?option=com_content&view=article&id=565:argentina-tendra-su-dia-de-lucha-contr-la-obesidad-a-partir-de-octubre&catid=6:destacados-slide565
- Mitchell, J., Crosby, R., Ertelt, T., Marino, J., Sarwer, D., Thompson, J., Howell, L. (2008). The desire for body contouring surgery after bariatric surgery. Obesity surgery. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18560946>
- Montt, D., Koppmann, A., & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, Chile.
- Moreno, B. Murillo, A. (2004) Cirugía Bariátrica: Situación Actual. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/240637165_Cirugia_bariatrica_situacion_actual
- Nasser, J. Gluck, M. Geliebter, A. (2004) Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527933>
- Nathan, D. y Delahanty, L. (2009) Diabetes: guía práctica para enfermos y familiares. Editorial Paidós: Barcelona. España.
- Olguín, P. Carvajal, D. y Fuentes, M. (2014). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. Revista Chilena de Cirugía. Chile.
- Oliveira, K. Veiga, R. (2014). Cirugia bariátrica e qualidade de vida. Única Edición. Curitiba, Brasil.
- Oñate, C. (2015). Estudio de un perfil específico de estilo de afrontamiento predictivo de pronóstico “excelente”, en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Única Edición. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ortiz, E. (2013). Cambios en las relaciones familiares tras la cirugía bariátrica desde la perspectiva del paciente. Única Edición. Universidad Las Américas. Quito, Ecuador.
- Paredes, D., y Rivero, V. (2015). Un reto constante: La vida luego de la cirugía bariátrica. Revista Griot. Única Edición. Puerto Rico.
- Pérez, J. y Gastañaduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. Papeles del Psicólogo. Única Edición. Madrid, España.

- Ribeiro, E. Oliveira, F. Cristiana, I. Gomes, M. Araujo, D. De Albuquerque, P. Ferreira, M. (2006). Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Única Edición. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. Recife, Brasil.
- Picot, A. Lilenfeld, L. (2003) The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12772174#>
- Ramírez, L. (2009). Características Emocionales De Pacientes Con Obesidad Mórbida Simposio. Proceso del perdón Taller, 19.
- Rios, B. (2016) Manejo Multidisciplinario del paciente con cirugía bariátrica y metabólica. E-Book. Primera Edición. IIECS. Mexico.
- Ríos, B. Rangel, G. (2011). La autopercepción en el paciente obeso. Única Edición. Distrito Federal, México.
- Rocha, C., y Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. Análise Psicológica. Única Edición. Brasil.
- Rojas, C. Miranda, E. Brante, M. y Pérez-luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. Única Edición. Revista Médica de Chile. Chile.
- Ruiz De Adana, J. Sanchez, R. (2012). Cirugía De La Obesidad Morbida. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Segunda Edición. Madrid, España.
- Ruiz, M. Berrocal, C. y Valero, L. (2002) Cambios psicológicos tras cirugía Bariátrica en personas con obesidad mórbida. Psicothema. Editorial Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72714311/>
- Salas-Salvadó, J. Rubio, M. Barbany, M. Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0025775307725319/first-page-pdf>

- Sánchez, A., Benavies, E., y Ramírez, M. (2005). Obesidad y baja autoestima. Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en Psicología.
- Sanchez, S. Arias, F. y Gorgojo, J. (2009) Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía Bariátrica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775309008331#!>
- Sierra, J. Ortega, V. Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Primera Edición. Granada, España.
- Sierra, M. Vite, A. y Torres, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Única Edición. Bogotá, Colombia.
- Silva, C., Fernández, N. y Rodríguez, N. (2019). Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional. Psicología y Salud.
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005) Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su Identificación y abordaje en un enfoque Interdisciplinario. Universidad Favaloro: Córdoba. Recuperado de www.nutrinform.com/pagina/info/ob05-02.pdf Acceso 2-01-2015.
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press. 44.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press. 45.
- Spielberger, C.D. (1989). *Anxiety in sports: An international perspective*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Striegel-Moore y Franko (2003) Epidemiology of binge eating disorder. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900983>
- Tarqui C, Alvarez D: Estado Nutricional de la Población por Etapas de Vida; 2013-2014. Informe Técnico. Instituto Nacional de Salud. Lima, 2015
- Tello,B. (2016) Prevencion de la obesidad en niños con orientación cognitiva conductual. Boletín electrónico de obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual.

- Van Gemert, W., Severeijns, R., Greve, J., Groenman, N., y Soeters, P. (1998). Psychological functioning of morbidly obese patients after surgical treatment. *International journal of obesity*.
- Van-der Hofstadt C., Tirado S., Escribano S., Pérez-Martínez E., Valens E., Estrada J., Ortiz, S. y Rodriguez, J. (2016) Evolución de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Bariatrica y Metabolica Iberoamericana*.
- Vásquez, V. (2004) Problemas psicológicos, sociales y familiares que deben de ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso. *Revista Medigraphic*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Vinai, P. Da Ros, A. Speciale, M. Gentile, N. Tagliabue, A. Bruno, C. (2015) Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015314001445?via%3Dihub>
- Vojvodic I. Cuestionamientos a la cirugía bariátrica. *Rev Gastroenterol Peru*. 2009; 29(4): 355-61.
- Wildes, J. Marcus, M. Fagiolini, A. (2006) Obesity in patients with bipolar disorder: a biopsychosocial-behavioral model. Recuperado de <https://europepmc.org/abstract/med/16848650>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: (Nombres y Apellidos del participante) _____

Declaro que he leído la ficha informativa que se me ha proporcionado, pude hacer preguntas sobre el estudio y recibí suficiente información sobre el mismo. Pude conversar con la Srta. Ana Sofía Ramos Florez y comprendo que mi participación es voluntaria y anónima, así mismo, puedo retirarme del estudio cuando yo lo vea por conveniente sin que esto repercuta en mi tratamiento médico.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Arequipa, _____ de _____ del 2018

Firma

FICHA DEL ESTADO DE SALUD

CÓDIGO: _____

SEXO: (M).....(F) **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **HIJOS:** (SI) (NO)

ESTADO CIVIL:

Soltero(☐) **Casado**(☐) **Divorciado**(☐) **Viudo**(☐) **Separado**(☐) **Conviviente**(☐)

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria(☐) **Secundaria**(☐) **Técnico**(☐) **Universitario**(☐) **Maestría/ Doctorado**(☐)

¿CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE?

Solo (☐) **Espos@** (☐) **Espos@ e Hij@s** (☐) **Hijos** (☐) **Pareja e hijos** (☐) **Padres** (☐)

I. HISTORIAL DE PESO	
Peso Actual:	
Talla:	
IMC:	

II. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y OBESIDAD
Tipo de Intervención: ByPass Gástrico (<input type="checkbox"/>)
Fecha de Intervención: ____/____/____
Diagnóstico:
Tratamientos previos: Dietas (<input type="checkbox"/>) Ejercicio Físico (<input type="checkbox"/>) Tratamiento Farmacológico (<input type="checkbox"/>) Cirugía Estética (<input type="checkbox"/>)
Comorbilidades: Esteatosis Hepática: Presenta (<input type="checkbox"/>) No presenta (<input type="checkbox"/>) Diabetes: Presenta (<input type="checkbox"/>) No presenta (<input type="checkbox"/>) Dislipidemia: Presenta (<input type="checkbox"/>) No presenta (<input type="checkbox"/>)

IDARE: MASC

Nombre:_____ **Edad:**_____ **Fecha:**____/____/____

INSTRUCCIONES

Algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo. Lea cada frase y ponga un aspa sobre el cuadrado que considere conveniente o que indique cómo se siente en este momento o AHORA MISMO. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase. Donde:

N = NO EN LO ABSOLUTO

UP = UN POCO

B = BASTANTE

M = MUCHO

Nº	AFIRMACIONES	N	UP	B	M
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado por algo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Siento confianza en mi mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Me siento agitado				
14	Me siento “a punto de explotar”				
15	Me siento reposado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy excitado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

INSTRUCCIONES

Ahora, se presentan algunas expresiones que la gente usa para discriminarse. Lea cada frase y ponga un aspa sobre el cuadrado que considere conveniente que indique cómo se siente GENERALMENTE, es decir SIEMPRE. Donde:

N = NO EN LO ABSOLUTO

UP = UN POCO

B = BASTANTE

M = MUCHO

Nº	AFIRMACIONES	N	UP	B	M
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de mi cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

IDARE: FEM

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** ____/____/____

INSTRUCCIONES

Algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo. Lea cada frase y ponga un aspa sobre el cuadrado que considere conveniente o que indique cómo se siente en este momento o AHORA MISMO. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase. Donde:

N = NO EN LO ABSOLUTO

UP = UN POCO

B = BASTANTE

M = MUCHO

Nº	AFIRMACIONES	N	UP	B	M
1	Me siento calmada				
2	Me siento segura				
3	Estoy tensa				
4	Estoy contrariada				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterada				
7	Estoy preocupada por algo				
8	Me siento descansada				
9	Me siento ansiosa				
10	Me siento cómoda				
11	Siento confianza en mi misma				
12	Me siento nerviosa				
13	Me siento agitada				
14	Me siento “a punto de explotar”				
15	Me siento reposada				
16	Me siento satisfecha				
17	Estoy preocupada				
18	Me siento muy excitada y aturdida				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

INSTRUCCIONES

Ahora, se presentan algunas expresiones que la gente usa para discriminarse. Lea cada frase y ponga un aspa sobre el cuadrado que considere conveniente que indique cómo se siente GENERALMENTE, es decir SIEMPRE. Dónde:

N = NO EN LO ABSOLUTO

UP = UN POCO

B = BASTANTE

M = MUCHO

N°	AFIRMACIONES	N	UP	B	M
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26	Me siento descansada				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí misma				
33	Me siento segura				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólica				
36	Me siento satisfecha				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de mi cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tensa y alterada				

INVENTARIO DE BECK

FECHA: / / EDAD:_____ SEXO: M () F ()

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones, por favor, lea cada una cuidadosamente. Marque el círculo de la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada. Incluyendo el día de HOY. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que lo (a) describen de igual forma, elija sólo UNA de ellas. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo ANTES de elegir su respuesta.

1) .

- ☐ 0 No me siento triste
- ☐ 0 Me siento triste.
- ☐ 0 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ 0 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- ☐ 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ 0 Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ 0 Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ 0 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ 0 No me siento fracasado.
- ☐ 0 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ 0 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ 0 Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ 0 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ 0 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ 0 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- ☐ 0 No me siento especialmente culpable.
- ☐ 0 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ 0 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ 0 Me siento culpable constantemente.

6).

- ☐ 0 No creo que esté siendo castigado.
- ☐ 0 Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ 0 Espero ser castigado.
- ☐ 0 Siento que estoy siendo castigado.

7).

- ☐ 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ 0 Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ 0 Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ 0 Me detesto.

8).

- ☐ 0 No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ 0 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ 0 Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ 0 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- ☐ 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ 0 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ 0 Desearía suicidarme.
- ☐ 0 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- ☐ 0 No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ 0 Ahora lloro más que antes.
- ☐ 0 Lloro continuamente.
- ☐ 0 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- ☐ 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ 0 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ 0 Me siento irritado continuamente.
- ☐ 0 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- ☐ 0 No he perdido el interés por los demás.
- ☐ 0 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ 0 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ 0 He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- ☐ 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ 0 Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ 0 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ 0 Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- ☐ 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ 0 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ 0 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ 0 Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- ☐ 0 Trabajo igual que antes.
- ☐ 0 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ 0 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ 0 No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- ☐ 0 Duermo tan bien como siempre.
- ☐ 0 No duermo tan bien como antes.
- ☐ 0 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ 0 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- ☐ 0 No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ 0 Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ 0 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ 0 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- ☐ 0 Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ 0 No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ 0 Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ 0 He perdido completamente el apetito.

19) .

- ☐ 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ 0 He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ 0 He perdido más de 4 kilos.
- ☐ 0 He perdido más de 7 kilos.

20) .

- ☐ 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ 0 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ 0 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ 0 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- ☐ 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ 0 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ 0 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ 0 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESTUDIO DE CASO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Andrea F.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 20/03/1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Estado Civil	: Soltera
Número de Hijos	: Ninguno
Grado de Instrucción	: Superior Incompleto
Religión	: Católica
Informantes	: Madre y la evaluada
Lugar de Evaluación	: Centro Médico de cirugía laparoscópica
Fecha de Evaluación	: 16/09/2017, 18/09/2017 y 23/09/2017
Examinadora	: Ana Sofia Ramos Florez

2. MOTIVO DE CONSULTA

Andrea fue derivada al departamento de psicología debido a que ingresó al centro médico como candidata a cirugía bariátrica; ella refiere tener problemas en el control de su conducta alimentaria ya que excede su consumo de alimentos sobre todo por las noches, así mismo manifiesta sentirse preocupada por su vida laboral que se ve afectada por su dinámica social. La paciente manifiesta “Yo siento que mi problema es la obesidad, esto nunca me ha dejado ser una chica normal y no puedo controlar lo que como, las dietas no me han funcionado nunca, incluso si dejo de comer no bajo de peso; lo he intentado todo. Además, siempre trato de complacer a mis amigos y mi pareja y por eso salgo bastante y en los fines de semana, normal, pero a veces también salgo días de semana y llego tarde a trabajar o no voy entonces ahora mi contrato está condicionado, pero tampoco quiero dejar de salir porque eso me relaja y me hace olvidarme de lo malo, además nunca quiero estar en casa”.

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Andrea ha tenido el problema de obesidad y por lo tanto ha lidiado con problemas asociados a ello desde su nacimiento, sin embargo, no existen antecedentes de esta enfermedad en sus padres ni en sus hermanos; sus primeros recuerdos datan de aproximadamente sus 7 años, ella radicaba en Tacna donde sus padres eran dueños de un hotel al cual ambos le dedicaban las 24 horas del día, ella iba al colegio y al regresar sus padres le daban dinero y ella compraba comida y juguetes en los comercios aledaños, era una niña muy comunicativa y sociable por lo que no tardó en hacer amistades; sin embargo, muchos niños se burlaban de ella por su contextura y ella les compraba cosas para que dejaran de hacerlo. Al cumplir 9 años sus padres deciden inaugurar un hotel en otro distrito de Tacna, ya que su hotel había quebrado, así que ella se queda viviendo con una tía, sus padres le dijeron que solo sería un tiempo ya que ellos estarían muy ocupados en su trabajo y algo malo le podía pasar ya que ella era muy pequeña y no podían controlarla constantemente, sin embargo, sus tres hermanos mayores si se mudaron con sus padres. Su tía materna vivía sola y tenía una empleada que trabajaba en horario de tarde, así mismo había un perro pastor alemán en esta casa; ella describe este periodo como muy triste pues se quedaba sola en la casa y la empleada no le dirigía la palabra, cuando llegaba su tía tampoco conversaba con ella, “no tenía nada que hacer” por lo que siempre compraba golosinas y pasteles “para comer cuando se sienta sola” le tenían prohibido salir al patio, sin embargo, después de un tiempo ella incumple esta norma y es atacada por el can de la casa, ella creyó que este episodio haría que sus padres la llevaran de regreso a casa pues tenía que hacer reposo de quince días, lo cual no fue así, solamente fueron a visitarla los fines de semana para ver que estaba bien; después de esto Andrea empieza a tener miedo a estar sola por lo que cuando se quedaba en casa empezaba a perseguir a la empleada quien la trataba despectivamente para que se alejara tratándola con palabras altisonantes referidas a su obesidad y calificándola de malcriada y engreída; ella continúa subiendo de peso y viviendo en esta casa hasta que repite de año (primero de secundaria); por lo que desde sus 12 años hasta sus 14 años vuelve a convivir con sus padres, ella describe esta convivencia como conflictiva, pues tenía constantes discusiones y

enfrentamientos con su familia, sobre todo con su mamá y su hermana mayor por su forma de alimentarse, resalta entre lágrimas sobre este periodo que cuando discutía con su mamá ésta la calificaba de “chancha”, “cerda” y “marrana”. Al terminar segundo de secundaria trasladan a Andrea a la ciudad de Arequipa a vivir con una tía paterna; sus padres y hermanos se quedan en la ciudad de Tacna, aquí en Arequipa termina su secundaria, la cual describe como desordenada, pues continuamente faltaba a clases e iba a libar licor a casa de sus amigos, quienes siempre la hacían sentir acompañada aunque ningún chico se interesaba en ella; seguidamente ingresa a una Universidad particular, sus padres enviaban dinero para su manutención; sin embargo, no termina el segundo año de su carrera y abandona la universidad, en este periodo menciona haberse sentido “fuera de lugar” pues ninguna ropa le quedaba y con ningún grupo de amigos se sentía cómoda, menciona que “eran muy superficiales y mi gordura no iba con eso”; sin embargo realizó varios viajes con estos compañeros e incluso ella costó muchos de estos viajes por lo que se ve envuelta en deudas y al dejar la universidad decide trabajar. Cuando cumple 25 años, sus padres y hermanos se mudan a Arequipa ya que su negocio fracasa; destaca también que su hermano mayor sufre de un episodio depresivo por la pérdida de su primer y único hijo lo que ocasionó su divorcio y el posterior internamiento de éste en una clínica psiquiátrica; ahora viven en su hogar sus dos padres, sus tres hermanos y ella. Es así que Andrea se entera de la opción de la cirugía bariátrica para poder perder peso y decide que ésta “es la solución a sus problemas”; ella presenta un peso de 134 kilogramos y mide 1.70 m. Actualmente Andrea se siente sola, vacía y se cuestiona mucho sobre si tiene algún sentido que ella esté viva pues “a nadie le hago falta y tampoco nadie me quiere, quizá un poco mi papá pero ni yo misma me tengo aprecio”, además se encuentra confundida y desesperanzada respecto a su futuro; presenta actitudes hostiles hacia sus familiares y actitudes demasiado permisivas hacia su círculo social, finalmente también convive con desordenes de conducta alimentaria ya que restringe sus alimentos durante el día pero durante la noche come en exceso.

4. ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODO DEL DESARROLLO

- ❖ Etapa Pre-natal: Fue un embarazo no deseado y no planificado, no se presentaron ningún tipo de contratiempos que pudieran afectar su desarrollo somático. Ambos padres se encontraban preocupados en el proceso de gestación ya que no esperaban un cuarto hijo en esos momentos; se enteran del embarazo en el tercer mes de gestación, cuando la madre tenía 32 años de edad.
- ❖ Etapa Natal: Nació por cesárea ya que los médicos dijeron que el tamaño del feto era grande, no se presentaron complicaciones en el proceso; nació con 4.8 kg.

PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Después del nacimiento, se desarrolló normalmente, ya que se sentó, dio sus primeros pasos y empezó a pronunciar sus primeras sílabas y palabras dentro de los límites normales del desarrollo.

Era muy engreída por todos ya que era la menor, se mostraba como una niña juguetona, traviesa y cariñosa; a sus 3 años ya empezaba a presentar obesidad, le gustaba hablar con las personas que venían a visitar su hogar y no demostró ningún problema que impida su normal desenvolvimiento además de su peso elevado.

ETAPA ESCOLAR Y SUPERIOR

Los primeros años de jardín y colegio mostraba una actitud positiva y un gusto por asistir, era inquieta, pero mantenía su rendimiento y no presentaba problemas de socialización, la describen en esta época como una “niña graciosa”; los padres no pudieron hacerle un seguimiento adecuado ya que sus horarios de trabajo no se los permitían, así que no asistían a reuniones de colegio y sólo notaban que las calificaciones eran regulares o bajas, al mudarse a casa de su tía materna su rendimiento académico disminuyó considerablemente; Andrea comenta que sus últimos años de primaria ya sentía la discriminación por su peso e incluso ella pedía a sus compañeras y compañeros que escriban en una hoja lo que pensaban de ella

donde se encontraba con comentarios bastante despectivos en esta dinámica, estaba muy concentrada en caer bien a sus compañeros por lo que descuidó sus estudios y repitió el primer año de secundaria por lo que fue trasladada de colegio y regresó a vivir con sus padres hasta que cursó el segundo año de secundaria, siempre con bajas calificaciones. Los demás años escolares mantuvo sus notas bajas, pero aprobaba todos sus cursos. Se mostraba en general como una joven extrovertida que demostraba mucho interés en socializar con sus compañeros; así sus últimos años de secundaria faltaba constantemente al colegio por ir a libar alcohol con sus amigos. Al terminar el colegio, postula dos veces a una universidad particular e ingresa a la carrera de Administración, continúa con su vida social muy activa, se le hacía sencillo hacer amigos así que también faltaba a clases por ir a libar alcohol o tenía constantes viajes con sus amigos, esto con el dinero que le enviaban sus padres; así mismo, si ella veía que algún compañero o compañera no podía viajar ella pagaba los gastos de esta persona, igualmente cuando salían a eventos o reuniones entre amigos, ella pagaba las cuentas de consumo. Finalmente, tuvo que hacerse préstamos por sus gastos excesivos y deja la universidad para empezar a trabajar.

DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

Recibió por parte de su familia un trato de mujer y ella se identifica como tal desde que tiene uso de razón.

Sintió atracción por el sexo opuesto cuando cumplía los once años aproximadamente, pues empezó a conocer amigos y sus amigas entablaban constantemente conversaciones referentes a relaciones sentimentales; sin embargo, refiere que nunca alguien se mostró interesado en ella en esta etapa. Tuvo su menarquía a los 12 años, en su adolescencia siempre buscaba hacerse amiga de hombres y mujeres que sin embargo la rechazaban, así que en la secundaria había ocasiones donde ella lloraba durante los horarios escolares o pasaba los recreos en el baño del colegio ya que mayormente llegaba a situaciones conflictivas con sus compañeras de clase debido a los insultos y discriminación.

A sus 20 años tiene su primera relación sentimental; su primera pareja: James, a quien conoció en una fiesta de la universidad, quien la trataba despectivamente y presentaba conductas de infidelidad constantemente las cuales ella perdonaba, su relación fue intermitente pues terminaban y retomaban su relación cada cierto tiempo. A sus 25 años tiene su primera relación sexual consentida con James, pues se enteró que en conversación con otros amigos éste había mencionado que si ella no tenía relaciones sexuales con él iba a terminar la relación sentimental; ella accedió a la intimidad porque se sentía enamorada de él y tenía intenciones de casarse; sin embargo, tres días después de este episodio, James termina la relación sentimental diciéndole “me da asco estar contigo” y dos semanas después Andrea se entera de que éste ya tenía una relación sentimental con otra chica. Después de este episodio, Andrea se siente muy triste y decepcionada así que empieza a salir más y a libar alcohol con más frecuencia. Comenta que después de esta relación sentimental sólo sintió interés hacia algunos chicos pero que cuando ella les daba a conocer sus sentimientos éstos la rechazaban e incluso algunos le decían directamente que no estaban con ella porque era gorda. Cuando cumple 28 años en uno de sus trabajos conoce a Carlos, con quien empieza una relación sentimental a los meses de conocerse; sin embargo, pasadas algunas semanas se entera por otras personas que éste tenía un hijo con su primera pareja y dos hijas con su segunda pareja y actual esposa con quien actualmente vivía; ella le increpa la situación pero éste le dice que se está separando de su actual esposa, que duermen en camas separadas y que no hay ningún tipo de relación sentimental de por medio pero que para evitar problemas, su relación debía de mantenerse en secreto. Ella accede, y después de un tiempo revisa el celular de Carlos y se entera que mantiene también una relación sentimental con otra compañera de trabajo, situación que increpa y éste le pide disculpas y retoman su relación sentimental; cuya dinámica según refiere es que sale con él los fines de semana, siempre que salen toman alcohol hasta embriagarse por lo que el presenta muchas conductas agresivas hacia ella llegando a golpearla en diversas oportunidades. Así mismo, ella no puede llamarlo ni contactarse con él, tiene que esperar que él la llame para salir y hacer cualquier

actividad de pareja debido a que su relación sentimental se tiene que mantener en secreto.

HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y LA VIDA

Era una niña muy alegre, gustaba de jugar cualquier juego, comunicativa y espontánea. Siempre ayudaba en los trabajos familiares y en las actividades domésticas. Gustaba de la música y salir con amigos o familiares, recuerda que siempre le gustaba ver televisión y ver videos musicales. Actualmente, le gusta salir con sus amigos continuamente y evita estar en casa pues no le agrada el ambiente familiar; a futuro, quiere retomar su carrera de Administración y poder titularse como profesional y así conseguir un trabajo relacionado a lo que le gusta.

ACTIVIDAD LABORAL

Deja la universidad y empieza a trabajar en diversas tareas y con contratos de corto plazo, se retira de algunos trabajos y la despiden de otros dos, pues debido a sus continuas fiestas nocturnas no acude a trabajar o llega tarde; de su último trabajo la retiran por llegar a trabajar en estado de ebriedad. Actualmente tiene su contrato condicionado debido a sus constantes tardanzas.

RELIGIÓN

Católica, por influencia de sus padres y familiares. Y ahora por convicción propia.

HABITOS E INFLUENCIAS TÓXICAS

Empieza su consumo de alcohol y cigarro a los 14 años y se agudiza desde sus 18 años, presenta un consumo considerable de licor desde hace aproximadamente tres meses cada fin de semana o más debido a que su actual pareja siempre quiere libar alcohol cuando salen. Refiere no haber tenido consumo de otras sustancias dañinas. Respecto a su alimentación; normalmente no toma desayuno pues no le alcanza el tiempo, durante el día ingiere diversos piqueos y no le gusta comer delante de las personas; su consumo de alimentos aumenta por las noches ya que aumenta su

apetito y puede llegar a consumir medio pollo a la brasa y dos litros de gaseosa como una cena.

Sus hábitos de sueño son variables, a veces duerme entre seis a siete horas, pero normalmente no logra conciliar el sueño rápidamente.

ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

Siente dolores de cabeza ocasionales y presenta dificultades para conciliar el sueño.

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Andrea presentó en su niñez problemas de inseguridad, relacionados a la falta de atención y abandono por parte de sus padres; así mismo, se presume que su bajo rendimiento escolar era la manera de expresar sus sentimientos de valía y su intento de llamar la atención de sus padres. Durante su niñez y adolescencia se observa que ha mantenido una baja autoestima lo que la ha llevado a conductas autodestructivas en el ámbito laboral y sentimental. Ahora se muestra como una mujer extrovertida, insegura, impulsiva con alto interés por buscar aceptación de las demás personas, priorizando el bienestar de los demás al suyo propio.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

COMPOSICION FAMILIAR

La familia de Andrea está compuesta por sus padres y sus tres hermanos, ella es la menor; sin embargo, ha pasado periodos bastante amplios sin verlos ya que en diversos periodos de su crecimiento ha convivido con tías maternas y paternas; actualmente vive 5 años seguidos con sus padres y hermanos. El padre de la paciente, de 62 años, actualmente se dedica a administrar una librería, tiene una buena relación con la paciente; la madre de 63 años, se dedica a las labores de su casa y al cuidado de su hermano mayor de 38 años quien actualmente recibe tratamiento psiquiátrico; su segundo hermano de 36 años de edad se dedica a trabajos ocasionales y su hermana de 35 años, se encuentra actualmente trabajando y estudiando.

DINÁMICA FAMILIAR

Los padres de Andrea siempre han llevado una relación aparentemente estable, sin embargo, ella refiere que nunca han tenido un buen trato, ya que mantienen constantes discusiones y no se preocupan el uno por el otro. Su padre se dedica a su negocio propio y su madre a su hogar. Andrea describe a su padre como una persona trabajadora que se mantiene constantemente ocupado ya que siempre está siguiendo algún negocio y es él a quien le tiene más confianza que a cualquier otro miembro de su familia, siente que él la apoya a pesar de todo y también lo describe como un papá muy permisivo. Su madre es alguien con quien mantiene continuo conflicto, la describe como una persona muy religiosa que confía mucho en Dios y cree que él lo soluciona todo, por lo tanto, nunca hace nada por solucionar los conflictos o problemas en general; sin embargo, refiere que también ha sido muy trabajadora al igual que su papá. La relación con sus hermanos mayores es distante, no mantiene con ellos un trato de confianza, pero si de respeto.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

La familia es de condición socioeconómica media-alta; ambos padres trabajaron en negocios durante muchos años para mantener a los cuatro hijos; por lo que gozaban de estabilidad económica. Actualmente sólo mantiene un pequeño negocio el padre de la familia, la mamá se encarga del cuidado del hogar y de su hermano mayor quien presenta problemas psiquiátricos y los otros hermanos trabajan al igual que ella, todos aportan en mayor o menor medida económicamente en el hogar.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

No refiere antecedentes

6. RESUMEN

Andrea fue una hija no planificada y no deseada por lo que los padres pasaron el tiempo de embarazo bajo mucha preocupación debido a los cambios que implican el nacimiento de un hijo, sobre todo preocupados por el factor económico; el embarazo y posterior nacimiento no presentó contratiempos, sin embargo, nació por

cesárea debido a su alto peso, la madre no recuerda datos específicos sobre la maduración de su hija debido a su trabajo de tiempo completo lo que no le permitía tomar en cuenta estos cambios; en la etapa escolar se presentaba como una niña muy alegre y juguetona que socializaba fácilmente pero ella ya recibía burlas a raíz de su obesidad que trataba de evitar comprando cosas a sus agresores, ya en la pubertad pedía a sus compañeros que escribieran cartas anónimas dando su opinión hacia ella, normalmente estas cartas eran de contenido despectivo por lo que ella se esforzaba más en simpatizar con ellos, su rendimiento escolar era regular y repite el primer año de secundaria, pasó la mayor parte de este desarrollo escolar y universitario viviendo en casas de tías paternas y maternas pues sus padres no tenían tiempo para cuidarla por lo que no tuvo un seguimiento y guía adecuada. Sus relaciones afectivas se caracterizan por presentar violencia física y emocional, actualmente mantiene una relación sentimental en la que también se presentan estos factores, presenta actitudes hostiles hacia sus familiares y actitudes demasiado permisivas hacia su círculo social, desórdenes de conducta alimentaria ya que restringe sus alimentos durante el día pero durante la noche come en exceso y presenta obesidad mórbida que es lo que ella considera el origen de todo lo malo que le ha sucedido durante su historia.

Arequipa, 15 de Enero del 2018

Ana Sofía Ramos Florez

EXAMEN MENTAL

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Andrea F.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 20/03/1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Estado Civil	: Soltera
Número de Hijos	: Ninguno
Grado de Instrucción	: Superior Incompleta
Religión	: Católica
Lugar de Evaluación	: Centro Medico de cirugía laparoscópica
Fecha de Evaluación	: 23/09/2017
Examinadora	: Ana Sofia Ramos Florez

2. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Andrea, aparenta más edad de la que refiere; es de estatura alta y presenta obesidad mórbida; tez blanca, ojos cafés, cabello castaño; en su apariencia personal se muestra limpia, desaliñada en su maquillaje y peinado; con buena disposición y amabilidad; su expresión facial denota tristeza y preocupación; postura que expresa cansancio; su andar es lento y pesado; cuando habla expresa ansiedad pero después se tranquiliza y comienza hablar más pausada; durante la entrevista se muestra colaboradora, asistió referida al servicio de psicología, la evaluación se realizó en el consultorio.. La actitud hacia la examinadora fue muy buena, refiere haberse sentido en confianza, no parece reservar información y denota interés en participar de la entrevista.

3. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Atención: es capaz de mantener e intercambiar un flujo constante de información sin dificultad alguna, no tiene problemas para distinguir y separar elementos

irrelevantes durante la conversación, sin embargo, cuando llora, deja de prestar atención a la entrevistadora; logra entender la información que se le brinda y responde adecuadamente cuando se le solicita.

Conciencia: La paciente se presenta lúcida y conectada con la realidad. Comprende, interpreta y responde correctamente a los estímulos que acontecen a su alrededor.

Orientación: Se encuentra orientada en tiempo y espacio y también respecto a su persona, familiares y otras personas, reconoce el lugar y la fecha donde se encuentra actualmente.

4. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo se encuentra conservado, puede articular fonemas y palabras adecuadamente, su ritmo y fluidez es constante, su tono de voz es cambiante pero mayormente bajo; el curso y la velocidad varían por momentos durante la entrevista, sobre todo cuando llora. En cuanto a su lenguaje comprensivo logra ejecutar las acciones indicadas y responde a preguntas simples y complejas.

5. PENSAMIENTO

Curso: Pensamiento coherente y lógico, sus conexiones entre palabras y frases están orientados hacia una meta, no presenta digresiones que dificulten sus líneas de pensamiento, ni ruptura entre las asociaciones de sus ideas.

Contenido: En el contenido de sus ideas presenta preocupaciones, temores, inseguridad, frustración y al parecer también pensamientos de inconformidad por los hechos suscitados en su historia personal.

6. PERCEPCIÓN

Sus niveles de discriminación perceptiva son adecuados. Su percepción visual es adecuada, puede diferenciar perfectamente imágenes, al igual que se su percepción táctil, puede reconocer distintas formas, texturas sin dificultad. En cuanto a su percepción auditiva es capaz de discriminar tonos, ritmos. Su percepción gustativa

y olfativa se encuentra conservada pudiendo discriminar adecuadamente los diversos estímulos propuestos para su respectiva evaluación.

7. MEMORIA

Presenta una memoria remota y reciente conservada, recuerda actividades que realizó en el transcurso del día; así como también datos personales cronológicos de diferentes etapas de su vida, tiene facilidad para recordar estímulos proporcionados durante la evaluación

8. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

No evidencia dificultades, puede resolver problemas que impliquen el uso de su juicio práctico adecuadamente, su capacidad para asociar por semejanzas y diferencias se encuentra conservada.

Presenta conocimientos generales acordes a su grado de instrucción.

9. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Su estado de ánimo no es constante, expresa sentimientos de tristeza, preocupación y frustración, sin embargo, a veces se muestra despreocupada y desinteresada hacia todo tipo de información, se irrita fácilmente cuando se intenta atribuirle alguna responsabilidad sobre los episodios difíciles de su historia de vida, intenta siempre librarse de toda culpa y atribuye la responsabilidad de sus acciones a su obesidad y a su madre y hermana. Durante las evaluaciones mostró altibajos anímicos periódicamente, ya que pasaba fácilmente de la alegría a la tristeza cuando evocaba recuerdos relacionados a sus miedos y preocupaciones, así mismo, en algunas ocasiones se mostraba apurada, presentando movimiento motriz repetitivo con los pies. Respecto a su problema actual está angustiada, tensa y no tiene ánimos para hacer nada; además se encuentra en una relación de apego hacia su actual pareja ya que a pesar de los constantes maltratos ella mantiene esta relación, su actitud hacia su familia es de rechazo pues siente que no la entienden; ella cree que perdiendo peso todo será mejor.

10.COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

La paciente es consciente de que su problema implica su estado físico, emocional y familiar, ella está dispuesta a recibir ayuda y tratamiento respecto a ello. Manifiesta fuertes deseos de encontrar una pronta solución a sus problemas para así poder sentirse tranquila.

11.RESUMEN

Andrea, paciente de 30 años de edad es de estatura alta y contextura gruesa, presenta obesidad mórbida y aparenta mayor edad que la cronológica, se presenta a la evaluación correctamente aseada pero desaliñada en su vestir, se muestra colaboradora y mantiene una buena actitud hacia la evaluación, aunque por momentos se muestra retraída debido al llanto. En cuanto a los procesos psíquicos se encuentra lucida, orientada en persona, tiempo y espacio; presta atención a las indicaciones dadas y responde adecuadamente ante las preguntas formuladas; su lenguaje es coherente con variaciones en su velocidad, el curso de su pensamiento es lógico y coherente y su fluidez es lenta por momentos;, no presenta problemas relacionados con la conservación de su memoria a corto, mediano ni a largo plazo, , sus funciones intelectuales se encuentran conservadas; su estado emocional suele cambiar dependiendo de los recuerdos que proyecta en el momento, expresa sentimientos de tristeza, preocupación y frustración, sin embargo a veces se muestra despreocupada y desinteresada. Es consciente de la situación por la que está atravesando y de las repercusiones que podría traer su actuar si no logra encontrar un equilibrio, ya que su problema afecta todos los ámbitos de su vida.

Arequipa, 18 de Enero del 2018

Ana Sofía Ramos Florez

INFORME PSICOMÉTRICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Andrea F.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 20/03/1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Estado Civil	: Soltera
Número de Hijos	: Ninguno
Grado de Instrucción	: Superior Incompleto
Religión	: Católica
Lugar de Evaluación	: Centro Médico de cirugía laparoscópica
Fecha de Evaluación	: 10/11/2017, 19/11/2017 y 23/11/2017
Examinadora	: Ana Sofia Ramos Florez

2. OBSERVACIONES GENERALES

Andrea resolvió las pruebas con buena disposición y mostrando interés en las indicaciones y el proceso en general. Respondió a cada pregunta de forma adecuada y no tuvo problemas para la comprensión de ninguno de los ítems; la actitud hacia la evaluadora fue respetuosa y amable buscando su aprobación en cada paso de las pruebas manifestándose por momentos ansiosa y apurada por culminar la evaluación.

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Pruebas psicológicas

- Test de Inteligencia No Verbal TONY -2 (Forma A)
- Test de Retención Visual Revisado (Benton)
- Test Proyectivo de Karen Machover
- Inventario Multifásico de la Personalidad- versión abreviada (MiniMult)

4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL TONI-2:

Ψ Análisis Cuantitativo

Puntaje Directo: 42

Percentil: 108

Nivel: PROMEDIO

Ψ Análisis Cualitativo

De acuerdo a la puntuación obtenida, Andrea posee un C. I. de 108 que corresponde a un nivel intelectual promedio, es decir que presenta recursos adecuados para la resolución de problemas y adaptabilidad a su medio.

TEST DE RETENCIÓN VISUAL REVISADO (BENTON)

Ψ Análisis Cuantitativo

Número de Reproducciones correctas: 8

Puntaje de Errores: 2 (Rotación 180MD Y 90MI)

Nivel: PROMEDIO

Ψ Análisis Cualitativo

Obtuvo el puntaje de 8 aciertos, lo que corresponde a un CI pre mórbido estimado de nivel promedio; presenta percepción y memoria visual conservada, habilidad viso-constructiva normal al promedio, se descarta daño orgánico cerebral.

TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER

Ψ Análisis Cualitativo

Presenta inmadurez emocional y deseos y luchas interiores de ser socialmente fuerte, animo depresivo, puede tener dificultad para ampliar sus opciones para resolver los conflictos; búsqueda de aceptación y preocupación por agradar a los demás, tiende a ser egocéntrica. Se evidencia rasgos de agresividad. De acuerdo a lo mencionado anteriormente muchos de los rasgos son característicos de una personalidad dependiente, los

mismos que impiden que logre adaptarse a los cambios en el momento de separarse de las personas que son significativas a nivel emocional, no logra afrontar con equilibrio la soledad ni sus problemas personales.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD- VERSIÓN ABREVIADA (MINIMULT)

Ψ Análisis Cuantitativo

	Puntaje Directo	Puntaje Equivalente	Añadir K	PD Corregido	Puntaje T
L	0	2	-	2	35
F	2	6	-	6	58
K	1	5	-	5	36
Hs	8	10	3	13	49
D	8	29	-	29	69
Hi	8	22	-	22	56
Dp	4	16	2	18	48
Pa	6	15	-	15	70
Pt	11	27	5	32	61
Sc	7	21	5	26	55
Ma	4	15	1	16	48

Ψ Análisis Cualitativo

L: Tiende a dar respuestas socialmente a problemas con relación al autocontrol y valores morales.

F: Válido

K: Pobre autoestima, probablemente al paciente le gustará discutir problemas emocionales.

Hs: La cantidad de sintomatología física y preocupación acerca de las funciones corporales es semejante y ligeramente típica a la de los pacientes médicos.

D: Levemente deprimido o pesimista.

DP: Se conforma razonablemente a los códigos y normas morales y sociales.

Pa: Recelosa, reacciona exageradamente a la opinión de los demás y está inclinada a culpar a otros por sus propias dificultades

Pt: Tiene suficiente capacidad para la organización en su trabajo y vida personal.

Sc: Tiene una combinación de intereses prácticos y teóricos.

Ma: Nivel normal de energía y actividad.

5. RESUMEN

Paciente de 30 años que se mostró colaboradora e interesada durante las pruebas realizadas, no tuvo problemas para la realización de los ítems, sin embargo, buscaba constantemente la aprobación de la evaluadora a sus respuestas.

En cuanto a las funciones cognitivas, presenta un nivel de inteligencia normal-promedio, desarrolla con normalidad ejercicios que requieren percepción y memoria visual lo que descarta un daño orgánico cerebral. Andrea, refleja una pobre autoestima, sus relaciones interpersonales se caracterizan por la constante ansiedad, provocadas por el temor de ponerse en desventaja frente a los demás; posee rasgos característicos de una personalidad dependiente así como una fuerte necesidad de sentirse querida, los mismos que impiden que logre adaptarse a los cambios en el momento de separarse de las personas que son significativas a nivel

emocional, no logra afrontar con equilibrio la soledad ni sus problemas personales. Su inseguridad da lugar a frecuentes manifestaciones de depresión que surgen cuando la paciente experimenta frustración de no alcanzar las propias metas o de no cubrir sus propias expectativas lo que hace que se muestre pesimista ante diversas situaciones. Así mismo está inclinada a reaccionar exageradamente a las opiniones de los demás, se muestra recelosa y culpa otros de sus propias dificultades.

Arequipa, 20 de Enero del 2018

Ana Sofía Ramos Florez

INFORME PSICOLOGICO

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Andrea F.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 20/03/1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Estado Civil	: Soltera
Número de Hijos	: Ninguno
Grado de Instrucción	: Superior Incompleto
Religión	: Católica
Informantes	: Madre y la evaluada
Lugar de Evaluación	: Centro Médico de cirugía laparoscópica
Fecha de Evaluación	: 10/01/2018
Examinadora	: Ana Sofia Ramos Florez

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Andrea fue derivada al departamento de psicología debido a que ingresó al centro médico como candidata a cirugía bariátrica; ella refiere tener problemas en el control de su conducta alimentaria ya que excede su consumo de alimentos sobre todo por las noches, así mismo manifiesta sentirse preocupada por su vida laboral que se ve afectada por su dinámica social. La paciente manifiesta “Yo siento que mi problema es la obesidad, esto nunca me ha dejado ser una chica normal y no puedo controlar lo que como, las dietas no me han funcionado nunca, incluso si dejo de comer no bajo de peso; lo he intentado todo. Además, siempre trato de complacer a mis amigos y mi pareja y por eso salgo bastante y en los fines de semana, normal, pero a veces también salgo días de semana y llego tarde a trabajar o no voy entonces ahora mi contrato está condicionado, pero tampoco quiero dejar de salir porque eso me relaja y me hace olvidarme de lo malo, además nunca quiero estar en casa”.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas psicológicas

- Inventario Multifásico de la Personalidad- versión abreviada (MiniMult)
- Test Proyectivo de Karen Machover
- Test de Inteligencia No Verbal TONY -2 (Forma A)
- Test de Retención Visual Revisado (Benton)

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Andrea fue una hija no planificada y no deseada por lo que los padres pasaron el tiempo de embarazo bajo mucha preocupación debido a los cambios que implican el nacimiento de un hijo, sobre todo preocupados por el factor económico; el embarazo y posterior nacimiento no presentó contratiempos, sin embargo, nació por cesárea debido a su alto peso, la madre no recuerda datos específicos sobre la maduración de su hija debido a su trabajo de tiempo completo lo que no le permitía tomar en cuenta estos cambios; en la etapa escolar se presentaba como una niña muy alegre y juguetona que socializaba fácilmente pero ella ya recibía burlas a raíz de su obesidad que trataba de evitar comprando cosas a sus agresores, ya en la pubertad pedía a sus compañeros que escribieran cartas anónimas dando su opinión hacia ella, normalmente estas cartas eran de contenido despectivo por lo que ella se esforzaba más en simpatizar con ellos, su rendimiento escolar era regular y repite el primer año de secundaria, pasó la mayor parte de este desarrollo escolar y universitario viviendo en casas de tías paternas y maternas pues sus padres no tenían tiempo para cuidarla por lo que no tuvo un seguimiento y guía adecuada. Sus relaciones afectivas se caracterizan por presentar violencia física y emocional, actualmente mantiene una relación sentimental en la que también se presentan estos factores, presenta actitudes hostiles hacia sus familiares y actitudes demasiado permisivas hacia su círculo social, desórdenes de conducta alimentaria ya que restringe sus alimentos durante el día pero durante la noche come en exceso y

presenta obesidad mórbida que es lo que ella considera el origen de todo lo malo que le ha sucedido durante su historia.

5. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Andrea, es de estatura alta y contextura gruesa, presenta obesidad mórbida y aparenta mayor edad que la cronológica, se presenta a la evaluación correctamente aseada pero desaliñada en su vestir, se muestra colaboradora y mantiene una buena actitud hacia la evaluación, aunque por momentos se muestra retraída debido al llanto. Se encuentra lúcida, orientada en persona, tiempo y espacio; presta atención a las indicaciones dadas y responde adecuadamente ante las preguntas formuladas; su estado emocional suele cambiar dependiendo de los recuerdos que proyecta en el momento, expresa sentimientos de tristeza, preocupación y frustración, sin embargo, a veces se muestra despreocupada y desinteresada. Es consciente de la situación por la que está atravesando y de las repercusiones que podría traer su actuar si no logra encontrar un equilibrio, ya que su problema afecta todos los ámbitos de su vida.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Andrea fue referida al consultorio psicológico por ser candidata a cirugía bariátrica refiere tener problemas en el control de su conducta alimentaria ya que excede su consumo de alimentos sobre todo por las noches, así mismo manifiesta sentirse preocupada por su vida laboral que se ve afectada por su dinámica social donde excede su consumo de alcohol por lo menos una vez por semana.

Respecto al *Área Cognitiva*, la evaluada demuestra una capacidad intelectual normal promedio lo que indica que puede desempeñarse positivamente dentro de su ambiente socio-cultural, siendo capaz de interpretar distintos sistemas de relaciones y solucionar problemas, pero actualmente no está consiguiendo solucionar sus problemas actuales.

En el *Área de Funciones Ejecutivas*, su atención, lenguaje, orientación, percepción pensamiento y memoria se encuentran conservados.

De pequeña se desenvolvía como una niña alegre y juguetona; sin embargo, a raíz de su padecimiento de obesidad, se ha acostumbrado a convivir con el rechazo y la discriminación generando en ella sentimientos de frustración, resentimiento y culpa, además de generarle un detrimento de su autoestima. Muestra expresiones de temor, inestabilidad y falta de confianza en sí misma y en sus relaciones interpersonales, mostrando rasgos de inadaptación, dependencia emocional e impulsividad siendo sensible a las opiniones de los demás. Reconoce que presenta dificultad en la expresión de sus emociones, sobre todo en su contexto familiar, tratando de evitar el contacto o la conversación, lo cual le genera tristeza y sentimientos de minusvalía, así como considerar que su existencia no tiene ningún fin.

Tiene patentes los acontecimientos de discriminación y rechazo durante toda su vida, lo que afecta de manera negativa su desempeño y rol social, así mismo responsabiliza a los demás por los acontecimientos negativos de su historia; además su dinámica familiar fue desfavorable pues ha vivido con tías maternas y paternas a lo largo de su desarrollo, actualmente no mantiene vínculos cercanos con ningún integrante de su familia pues hay ausencia de comunicación y afectividad.

En el *Área de la Conducta Alimentaria*, no reconoce las sensaciones de saciedad, pues relaciona sus emociones con la compulsión alimenticia, tiene dificultad para controlar sus impulsos por lo que en las noches consume mayor cantidad de alimentos que durante el día y siempre son alimentos altos en carbohidratos y grasas.

7. DIAGNÓSTICO

Andrea, presenta una capacidad intelectual dentro del promedio, muestra un patrón general de inestabilidad emocional con dificultad para controlar sus impulsos y sus ideas de vacío crónicas, así como una notoria dependencia emocional y temor al abandono y a la soledad y una autoimagen inestable; su ánimo es constante de tristeza, inseguridad y frustración que aportan a sus conductas autodestructivas como su dependencia al alcohol y a la comida.

Con los resultados obtenidos y según la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), la apreciación diagnóstica es la siguiente:
F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

8. PRONÓSTICO

Reservado: la evaluada presenta disposición para su recuperación, pero su alta inestabilidad pone en riesgo el proceso de su tratamiento, así mismo, no cuenta con apoyo familiar y se presentan diversos factores sociales estresores que perjudicarían su tratamiento.

9. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar
- Intervención Médica

Arequipa, 03 de Marzo del 2018

Ana Sofía Ramos Florez

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: Andrea F.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 20/03/1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Estado Civil	: Soltera
Número de Hijos	: Ninguno
Grado de Instrucción	: Superior Incompleto
Religión	: Católica
Lugar de Evaluación	: Centro Médico de cirugía laparoscópica
Examinadora	: Ana Sofia Ramos Florez

2. DIAGNÓSTICO

Andrea, de 30 años; que presenta un coeficiente intelectual dentro del promedio, presenta un patrón general de inestabilidad emocional con dificultad para controlar sus impulsos y sus ideas de vacío crónicas, así como una notoria dependencia emocional y temor al abandono y a la soledad, así como una autoimagen inestable; su ánimo es constante de tristeza, inseguridad y frustración que aportan a sus conductas autodestructivas como su dependencia al alcohol y a la comida.

3. OBJETIVO GENERAL

Mediante el plan psicoterapéutico se promoverá el equilibrar su elevada inestabilidad y reducir su tendencia a la creación de ideas de abandono e ideas autodestructivas, mediante la modificación de sus creencias y el aprendizaje de nuevos conceptos, así como la creación de patrones cognitivos saludables. Trabajaremos en promover su propia aceptación y su afrontamiento ante los problemas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

El plan psicoterapéutico se desarrolla en base a la Terapia Cognitiva Conductual, encontraremos técnicas psicológicas como: relajación progresiva, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, modificación de conducta (Modelamiento) y entrenamiento asertivo con el fin de lograr los objetivos propuestos mediante el desarrollo y la ejecución de la intervención psicoterapéutica.

5. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se realizará el presente plan psicoterapéutico en 10 sesiones, a lo largo de tres meses.

6. SESIONES PSICOTERAPEUTICAS

SESIÓN 01	INTRODUCCIÓN: RECONOCIMIENTO TERAPEUTICO
TÉCNICA	Rapport, Psico-educación
OBJETIVO	Ayudar a la paciente a reconocer las pautas disfuncionales que han permitido su actual malestar psicológico e identificar los síntomas de su cuadro clínico.
ACTIVIDADES	<p>Ψ Establecimiento de la relación terapéutica dentro de un clima de confianza y respeto. Explicar los logros que se pueden obtener y las dificultades a las que se tendrá que enfrentar, además del rol que juega el paciente y el terapeuta.</p> <p>Ψ Realizar una lista de los síntomas que la agobian estableciendo tiempo de inicio, duración y consecuencias de cada síntoma.</p>
TIEMPO	40 minutos

SESIÓN 02 Y 03	PSICOEDUCACIÓN
TÉCNICA	Autobiografía
OBJETIVO	Hacer que la paciente se enfoque en su propio problema siendo tercera persona en la historia de su vida, hacerla participe de su propia terapia mediante un compromiso.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Establecer un compromiso donde estén descritas las responsabilidades que ella tendrá respecto a la terapia. Ψ La paciente escribirá su biografía según su punto de vista y experiencias. Ψ Examinará todas sus conductas y creencias en cada etapa descrita.
TIEMPO	40 minutos

SESIÓN 04	TECNICA DE RELAJACIÓN
TÉCNICA	Relajación Progresiva de Jacobson
OBJETIVO	Enseñar una técnica de relajación para que la ponga en práctica cada vez que sienta activación emocional.
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ψ Modelar los pasos adecuados y tiempos para lograr la relajación. Ψ Motivar a que la paciente los ponga en práctica cada vez que se identifique ansiosa. Ψ Que determine en qué momentos podrá aplicarla. Ψ En la siguiente sesión describirá los efectos de esta técnica en su vida diaria.
TIEMPO	30 minutos

SESIÓN 05	PSICOEDUCACIÓN
TÉCNICA	Modelamiento, psicoeducación.
OBJETIVO	Repasar todos los contenidos trabajados hasta el momento. Describir conceptos importantes para su desarrollo y resolver dudas o preguntas finales.
ACTIVIDADES	Ψ La paciente realizará la construcción de conceptos importantes (autoconcepto, autoestima, impulsividad, etc,) y definirá su posición respecto a cada uno.
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 06	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
TÉCNICA	Valoración y Corrección
OBJETIVO	Identificar pensamientos negativos, relativos a la valoración de sí misma y de sus relaciones interpersonales.
ACTIVIDADES	<p>Ψ Establecer una pirámide de prioridades en la vida de la paciente.</p> <p>Ψ Describir los pensamientos dirigidos a cada elemento de la pirámide.</p> <p>Ψ Corregir los pensamientos que le están ocasionando frustración y pesar, sobre todo haciendo énfasis en los pensamientos relacionados a su imagen corporal.</p>
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 07	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
TÉCNICA	Creencias erróneas
OBJETIVO	Identificar sus creencias, relativas a la valoración de sí misma, de sus relaciones familiares y de cómo cree que “deberían ser” ciertas cosas.
ACTIVIDADES	<p>Ψ La paciente realizará la construcción de creencias importantes relativas a su estilo de vida, a su relación de pareja, hacia su familia y el trato social que tiene con todos ellos.</p> <p>Ψ Elaborará un cuadro exponiendo todas sus creencias e inmediatamente iremos corrigiendo cuáles creencias están ayudando a sus conductas autodestructivas o dependientes.</p> <p>Ψ Expondrá situaciones donde estas creencias jugaron un rol importante en sus decisiones o comportamientos.</p> <p>Ψ Se resolverán preguntas e inquietudes finales</p>
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 08	CONTROL DE IMPULSOS Y EMOCIONES
TÉCNICA	Cómo tus pensamientos afectan a tus acciones.
OBJETIVO	Detectar qué pensamientos y creencias la llevaron a cometer “errores” y poder aprender de estos.
ACTIVIDADES	<p>Ψ Describir cuáles eran los estados emocionales que la llevaban a actuar sin pensar en las consecuencias.</p> <p>Ψ La paciente propondrá técnicas y recursos para que estos estados de ánimo no la lleven nuevamente a lo mismo.</p> <p>Ψ Realizará una imagen representando lo que piensa en ese momento para que la vea cada vez que sienta que no puede controlar sus estados emocionales negativos.</p>
TIEMPO	35 minutos

SESIÓN 09	PROYECTO PERSONAL
TÉCNICA	Modelamiento.
OBJETIVO	Elaborar un proyecto de superación personal. Repasar todos los contenidos trabajados hasta el momento. Describir conceptos importantes para su desarrollo y resolver dudas o preguntas finales.
ACTIVIDADES	<p>Ψ Elaborará un proyecto de vida personal donde se dará énfasis a las situaciones que dependen completamente de ella.</p> <p>Ψ Se resolverán preguntas e inquietudes finales</p>
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 10	AFRONTAMIENTO
TÉCNICA	Comunicación Asertiva.
OBJETIVO	Aprender y poner en práctica técnicas de resolución de problemas y conflictos para resolver las dificultades interpersonales.
ACTIVIDADES	<p>Ψ Enseñar al paciente técnicas de resolución de conflictos, por ejemplo, empatía, escucha activa, mensajes en primera persona, comunicación respetuosa, reafirmación sin agresividad.</p> <p>Ψ Utilizaremos juegos de rol y el ensayo conductual para trabajar conflictos actuales.</p> <p>Ψ Se resolverán preguntas e inquietudes finales</p>
TIEMPO	45 minutos

7. AVANCES TERAPÉUTICOS

- Ψ La paciente se siente más aliviada respecto a los síntomas presentes en el inicio del plan psicoterapéutico.
- Ψ Logra identificar los pensamientos que hacen que tenga reacciones autodestructivas.
- Ψ Mejora de su auto concepto.
- Ψ Se realizaron 3 sesiones.

Arequipa, 4 de Abril del 2018

Ana Sofía Ramos Florez

ANEXOS

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

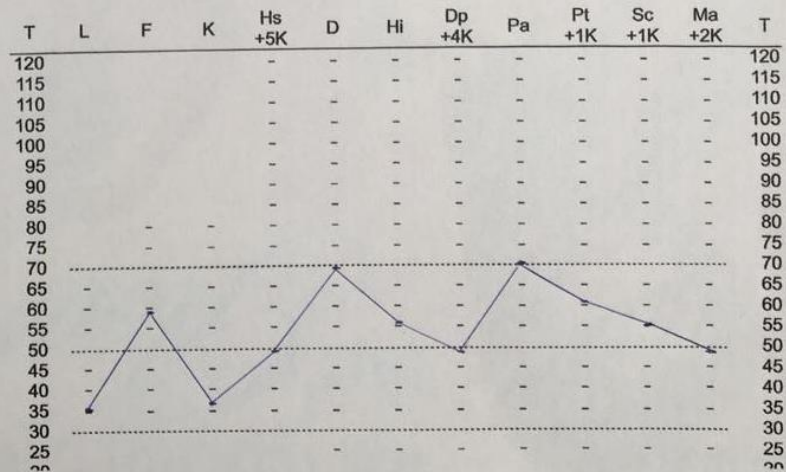
(Hoja de Respuesta)

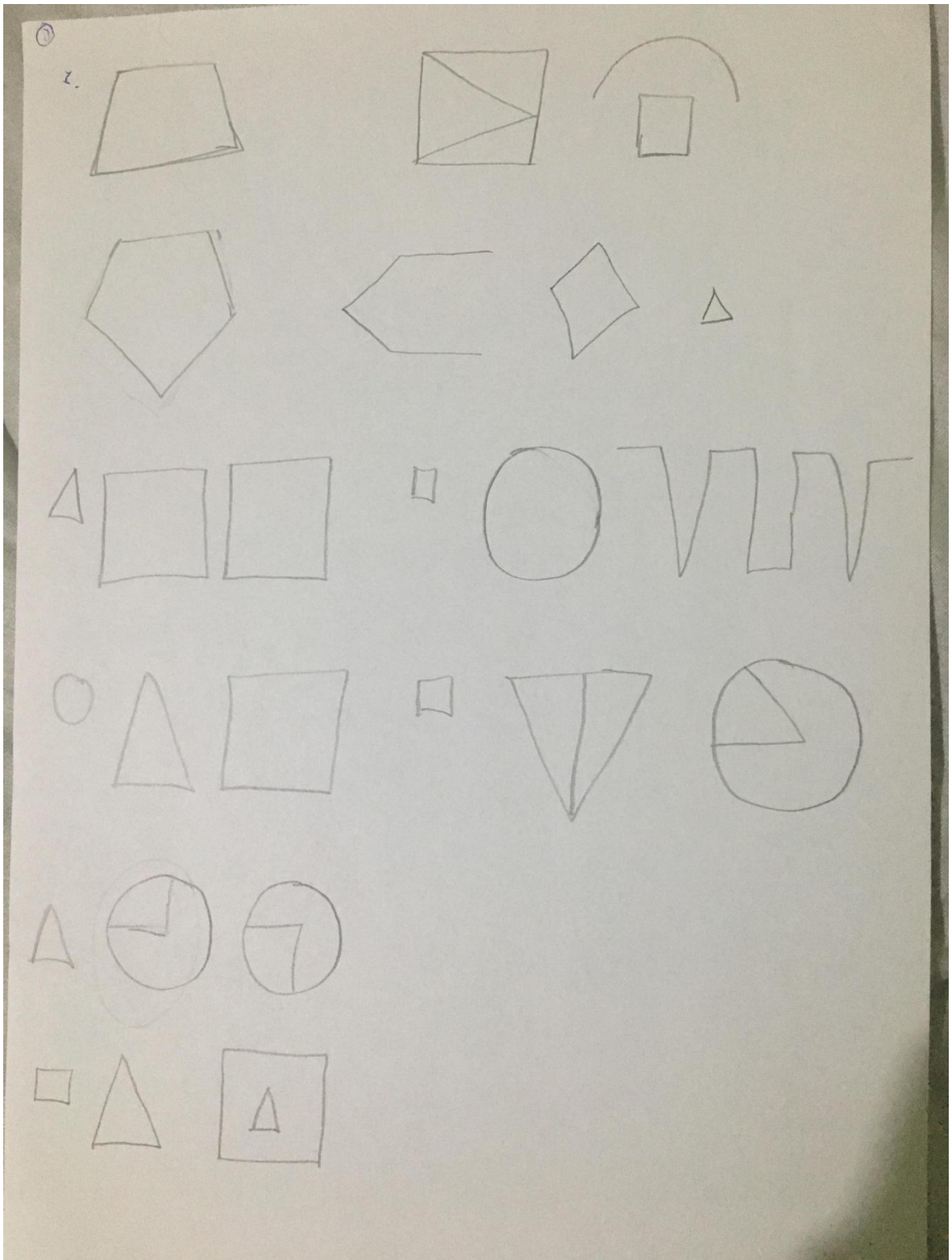
Nombres y apellidos: <u>Andrea</u>				Edad: <u>30</u>			
Estado Civil: <u>S</u>				Grado de Instrucción:			
Ocupación: <u>Empleada</u>				Fecha de Examen: <u>19-11-17</u>			

1. <input checked="" type="radio"/> F	13. V <input checked="" type="radio"/> F	25. <input checked="" type="radio"/> F	37. V <input checked="" type="radio"/> F	49. <input checked="" type="radio"/> F	61. <input checked="" type="radio"/> F
2. <input checked="" type="radio"/> F	14. V <input checked="" type="radio"/> F	26. V <input checked="" type="radio"/> F	38. V <input checked="" type="radio"/> F	50. V <input checked="" type="radio"/> F	62. V <input checked="" type="radio"/> F
3. <input checked="" type="radio"/> F	15. V <input checked="" type="radio"/> F	27. <input checked="" type="radio"/> F	39. V <input checked="" type="radio"/> F	51. <input checked="" type="radio"/> F	63. <input checked="" type="radio"/> F
4. V <input checked="" type="radio"/> F	16. V <input checked="" type="radio"/> F	28. V <input checked="" type="radio"/> F	40. <input checked="" type="radio"/> F	52. V <input checked="" type="radio"/> F	64. V <input checked="" type="radio"/> F
5. <input checked="" type="radio"/> F	17. <input checked="" type="radio"/> F	29. <input checked="" type="radio"/> F	41. <input checked="" type="radio"/> F	53. <input checked="" type="radio"/> F	65. <input checked="" type="radio"/> F
6. V <input checked="" type="radio"/> F	18. <input checked="" type="radio"/> F	30. V <input checked="" type="radio"/> F	44. <input checked="" type="radio"/> F	54. V <input checked="" type="radio"/> F	66. <input checked="" type="radio"/> F
7. V <input checked="" type="radio"/> F	19. <input checked="" type="radio"/> F	31. <input checked="" type="radio"/> F	43. <input checked="" type="radio"/> F	55. <input checked="" type="radio"/> F	67. <input checked="" type="radio"/> F
8. <input checked="" type="radio"/> F	20. <input checked="" type="radio"/> F	32. <input checked="" type="radio"/> F	44. <input checked="" type="radio"/> F	56. <input checked="" type="radio"/> F	68. <input checked="" type="radio"/> F
9. V <input checked="" type="radio"/> F	21. <input checked="" type="radio"/> F	33. <input checked="" type="radio"/> F	45. <input checked="" type="radio"/> F	57. V <input checked="" type="radio"/> F	69. <input checked="" type="radio"/> F
10. <input checked="" type="radio"/> F	22. <input checked="" type="radio"/> F	34. <input checked="" type="radio"/> F	46. V <input checked="" type="radio"/> F	58. V <input checked="" type="radio"/> F	70. <input checked="" type="radio"/> F
11. <input checked="" type="radio"/> F	23. V <input checked="" type="radio"/> F	35. <input checked="" type="radio"/> F	47. <input checked="" type="radio"/> F	59. V <input checked="" type="radio"/> F	71. V <input checked="" type="radio"/> F
12. V <input checked="" type="radio"/> F	24. <input checked="" type="radio"/> F	36. <input checked="" type="radio"/> F	48. <input checked="" type="radio"/> F	60. V <input checked="" type="radio"/> F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	2	1	8	8	8	4	6	11	7	4
Puntaje Equivalente	2	6	5	10	29	22	16	15	27	21	75
Añadir K				3			2		5	5	1
Puntaje Directo Corregido	2	6	5	13	29	22	18	15	32	26	16
Puntaje T	35	58	36	49	69	56	48	70	61	55	48

DIAGNÓSTICO:





TEST DE RETENCION VISUAL DE BENTON

HOJA DE ANOTACION

NOMBRE: Andres
 FECHA: 19-11-17 DPTO: MD EDA: 30 SEXO: F
 CASO N°: EXAMINADOR: Sofia Pardo FORMA: A

Diseño	Valoración	Errores	Diseño	Valoración	Errores		
I	1	—	I				
II	1	—	II				
III	1	—	III				
IV	0	180 MD	IV				
V	1	—	V				
VI	1	—	VI				
VII	0	90 MI	VII				
VIII	1	—	VIII				
IX	1	—	IX				
X	1	—	X				
Número de reproducciones correctas:..... 0			Número de reproducciones correctas:.....				
Número de errores: 2			Número de errores:.....				
Omisión	Distors.	Persev.	Rotación	Omisión	Distors.	Persev.	Rotación
—	—	—	2				
Desplaz.	Tamaño	Izquier.	Derecho	Desplaz.	Tamaño	Izq.	Derecha
X			X				
OBSERVACIONES: Se distorsió debido a							

OBSERVACIONES: Se distrajo debido a sonidos en el lugar de entrevista

INTERPRETACION: 8 aciertos -> Promedio
Se descarta lesión o patología cerebral

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba

TONI-2 COCIENTE	RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS	
	Form A	Form B
160		
155		
150		
145		
140		
135		
130		
125		
120		
115		
110		
105		
100		
95		
90		
85		
80		
75		
70		
65		
60		
55		
50		
45		
40		

TONI-2 Cociente : 108

Rango del percentil

SEm

PD: 42

Nivel: Promedio

Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Andrea

Nombre del padre o tutor del examinado: _____

Colegio: _____ Grado: _____

Nombre del Examinador: Sofía Ramos

Título del Examinador: Bach. Psicología

Fecha de Evaluación: Año 17 Mes 11

Fecha de Nacimiento: 87 03

Edad Actual: 30

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? Centro de Crdop.

¿Cuál fue el motivo de referencia? Cirugía
Bonafina

¿Con quién se discutió la referencia del examinado?

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

Variables de Ubicación:
Interferente (I) ó No interferente (N)

Nivel de ruido 2

Interrupciones, distracciones 2

Luz, temperatura 2

Privacidad 2

Otros _____

Variables de Evaluación:
Interferente (I) ó No interferente (N)

Comprensión del contenido de la prueba 2

Comprensión del formato de la prueba 2

Nivel de Energía 2

Actitud frente a la prueba 2

Salud 2

Rapport 2

Otros _____

