

I

Estado Nutricional, Conductas Alimentarias y satisfacción corporal en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica

Tesista: Carolini, Italia M.

Director: Dr. Valdez Aufranc, Raúl

Asesor Metodológico: Lic. Mejaíl, Sergio

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino
Facultad Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición
San Miguel de Tucumán- Argentina-2014

Dedicatoria

*A mi Mamá, por ser mi sostén, mi pilar, mi ejemplo de vida y de lucha.
Mi maestra. Mi compañera, la mujer que me da y me ayuda en todo sin
pedirme nada a cambio. Por alentarme en cada momento de mi vida y en cada
emprendimiento que he decidido realizar. Por cuidarme y protegerme y por
enseñarme a seguir aprendiendo todos los días, a ser cada día mejor. Por
impulsarme a lograr mis metas y sueños.*

*A mi Papá porque siempre esta y quiere lo mejor para mí. Por ser parte
de este sueño que hoy se hace realidad y del que no tengo duda estará muy
orgulloso.*

*A mi principito, Juanchi, mi hermanito. Por ser, mi cómplice y mi
apoyo. Por estar siempre conmigo y por mostrarme que con esfuerzo y
dedicación se consiguen las metas deseadas.*

Gracias por todo el amor.

Los Amo.

Agradecimientos

***En primer lugar a Dios por iluminar mi camino siempre, por ser mi guía,
por darme fuerzas para salir adelante.***

***Y a la vida, maravilloso y constante desafío por vencernos a nosotros
mismos.***

***Al Dr. Raúl Valdez Aufranc, por ser mi director, por su asesoramiento
durante la elaboración de este trabajo y por allanarme el camino aclarando
todas mis dudas.***

***A todos los profesores de la carrera, por los conocimientos que me
transmitieron y que me sirvieron de base para comenzar con este proyecto.***

***Al Dr. Francisco D´Onofrio por aportar un granito más de arena para
poder realizar esta tesis, por ser el nexo para llegar a las personas o al texto
indicado.***

***A la institución que me abrió las puertas y que me brindo lo más
importante para la concreción de esta investigación: los pacientes, a todos
ellos mis sinceros agradecimientos por su apertura y disposición para
participar y para contribuir con este trabajo a través de sus testimonios
acerca de las experiencias adquiridas.***

***A cada uno de sus miembros por hacerme sentir parte del equipo de
trabajo y por su invaluable colaboración.***

***A los Dres. Pablo Zambrana y Gastón Moisés por recibirme y cederme
un lugar en la institución, por la oportunidad que me dieron para realizar esta
tesis, por enseñarme, por la simpleza con la que me transmitieron sus
conocimientos, por las recomendaciones, por las ideas, comentarios,
consejos y críticas constructivas. Muchas gracias por permitirme vivir una
experiencia tan importante para mi formación, por el afecto y la generosidad.***

A mis tías Nanú y Elvira, por estar siempre, por alentarme, por darme ánimo y por ayudarme con sus conocimientos en todo lo que necesité.

A mi prima Sole, por acompañarme, por orientarme y enseñarme para alcanzar este sueño que se está haciendo realidad.

A Mariana, mi prima porque me brindo sus conocimientos sobre informática para poder realizar este proyecto.

A mi primita Ivonne, por su compañía, por empujarme a seguir, por su alegría y buena onda.

A toda mi familia, tíos, tías y primos por darme fuerzas para no bajar los brazos.

A Gisela, Judith, Anahí, Ailen, Laura y Anita, mis amigas de toda la vida, por estar presentes en los buenos y malos momentos, por compartir tantas alegrías y reírnos mucho, por las travesuras, por los enojos, por alegrarse por mis logros, por sostenerme y no dejarme flaquear.

A Fabi, por ser mi hermana del corazón, a la que tuve la suerte de conocer durante mi carrera. Por ser tolerante conmigo y por entenderme, por permitirme aprender de ella mientras estudiábamos.

A Euge, mi vecina, compañera y amiga, por incentivar me siempre a seguir, por escucharme y aconsejarme y por brindarme su ayuda y su amistad desinteresadas.

A mis amigos de la vida Caro, Ro, Ale, Vero, Jo y a los que coseche en mi paso por la universidad, Nadia, Laura, Ayelen y Nico. A todos gracias por estar.

A mis nonos y mis tíos que ya han partido y que hoy desde algún lugar cuidan de mí y me acompañan. Siempre los recordare con amor.

A mis padres y a mi hermano por acompañarme en cada momento de mi vida y de mi carrera, por la paciencia y confianza, por el apoyo incondicional, por su amor y por ayudarme a ser mejor persona cada día.

¡A todos ustedes muchas gracias!

*Sólo tan alto como donde alcanzo puedo crecer,
Sólo tan lejos como donde exploro puedo llegar,
Sólo en la profundidad en la que miro puedo ver,
Sólo en la medida en la que sueño puedo ser.*

Karen Ravn

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación	12
Justificación del estudio	13
Objetivos de investigación	15
Interrogantes de investigación	16
Capítulo II: Antecedentes del tema	17
Capítulo III: Marco teórico conceptual	27
3.1. Conductas Alimentarias o Nutricionales	28
3.1.1. Definición de Conducta	32
3.1.2. Trastornos de la conducta alimentaria (TAC)	35
3.1.3. Inventario para la evaluación de las conductas alimentarias (ICA)	38
3.2. Obesidad	39
3.2.1. Clasificación de la Obesidad	40
3.2.2. Epidemiología de la Obesidad	42
3.2.3. Criterios de diagnóstico de la Obesidad	43
3.2.3.1. La valoración del estado nutricional antropométrico	43
3.2.4. Tratamientos quirúrgicos de la Obesidad	47
3.2.4.1 Historia de la Cirugía de la Obesidad	47
3.2.4.2. Indicaciones de la Cirugía de la Obesidad	49
3.2.4.3. Evaluación y preparación preoperatoria	50
3.2.4.4. Técnicas Quirúrgicas	51
3.2.4.5. Manejo postoperatorio	58
3.2.4.6. Seguimiento a mediano y largo plazo	59
3.2.4.7. Importancia del concepto del cuidado integral del paciente	61
3.2.4.8. Evaluación del resultado de la Cirugía	62
3.3. Imagen Corporal	63
3.3.1. Factores que influyen en la formación de la Imagen Corporal	65
Capítulo IV: Metodología	66
4.1. Tipo de estudio	67

4.2. Hipótesis de investigación	67
4.3. Definición de variables	68
4.4. Diseño de investigación	73
4.5. Población, muestra y método de muestreo	73
4.6. Técnicas y procedimientos de recolección de datos	75
Capítulo V: Resultados	76
5.1. Características de la muestra	77
5.2. Estado nutricional del paciente Bariátrico	83
5.2.1. Análisis del estado nutricional antropométrico	83
5.2.2. Análisis de la ingesta, hábitos y satisfacción alimentaria	89
5.2.3. Análisis de las conductas alimentarias	98
5.3. Relaciones entre estado nutricional y conductas alimentarias	103
5.4. Análisis de la Figura Corporal	105
5.5. Comprobación de hipótesis	107
Capítulo VI: Discusión, Conclusión y Propuestas	119
6.1. Discusión y conclusión	120
6.2. Propuestas	127
Bibliografía	130
Anexos	135
Anexo N° 1: Consentimiento Informado	136
Anexo N° 2: Carta de Aceptación	137
Anexo N° 3: Encuesta	138
Anexo N° 4: Satisfacción por la Figura Corporal	146
Anexo N° 5: Conductas Alimentarias (ICA)	148

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica, con crecimiento en todo el mundo. Afecta la salud física, emocional y social. Debido al fracaso con tratamientos convencionales se recurrió a la utilización de técnicas quirúrgicas para tratar la obesidad con resultados favorables en la reducción de peso. El seguimiento del paciente debe ser abordado desde un enfoque interdisciplinario.

Objetivos: Determinar el estado nutricional, conductas alimentarias y satisfacción corporal en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica de San Miguel de Tucumán, 2014.

Materiales y métodos: Estudio Descriptivo, correlacional, no experimental. Muestreo: no probabilístico. Muestra: 40 personas sometidas a Cirugía Bariátrica de seis meses, un año o más de transcurrida la intervención entre 20 y 60 años.

Resultados: El 87,5% presentó peso normal, sobrepeso, y obesidad I mientras que el 12,5% restante tenía obesidad II y obesidad mórbida. El 96,2% de pacientes insatisfechos con su cuerpo tuvo deseos de adelgazar. Los pacientes encuestados aumentaron el consumo de alimentos como lácteos, hortalizas, dulces, azúcares y mermeladas, y la utilización de métodos de cocción como frituras, vapor, hervido, a la plancha, al horno, asado, batido. Las dimensiones de las conductas alimentarias que obtuvieron valores elevados fueron: ineficacia, perfeccionismo, alexitimia, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Palabras clave: Obesidad - Estado Nutricional - Conductas alimentarias- Satisfacción corporal - Cirugía Bariátrica.

Abstract

Introduction: Obesity is a chronic disease with growth around the world. Affects the physical, emotional and social health. Due to failure to conventional treatments resorted to the use of surgery to treat obesity with favorable results in weight reduction techniques. Patient follow-up should be approached from an interdisciplinary approach.

Objectives: To determine the nutritional status, eating behaviors and body satisfaction in patients undergoing bariatric surgery in San Miguel de Tucumán, 2014.

Materials and Methods: Descriptive, correlational, not experimental study. Sampling: non-probabilistic. Sample: 40 individuals undergoing bariatric surgery six months, one year or more of the intervention elapsed between 20 and 60 years.

Results: 87.5% had normal weight, overweight, and obesity I while the remaining 12.5% were obese and morbidly obese II. 96.2% of patients dissatisfied with her body she wanted to lose weight. Patients surveyed increased consumption of foods like dairy, vegetables, sweets, sugars and jams, and using cooking methods such as stir fries, steamed, boiled, grilled, baked, broiled, smoothie. The dimensions of eating behaviors that high values obtained were: ineffectiveness, perfectionism, alexithymia, asceticism, impulsivity and social insecurity.

Keywords: Obesity - Nutritional Status - alimentarias- Behaviors body satisfaction - Bariatric Surgery.

Introducción

La obesidad es uno de los problemas de salud más importantes en el mundo. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una epidemia global y constituye la segunda causa evitable de muerte.

Según Crespo Rosales y Ruiz Cala. (2006), la Cirugía Bariátrica (CB) se ha ido perfilando como una de las opciones terapéuticas más empleadas para la pérdida de peso en la población. Estudios epidemiológicos muestran una significativa reducción de la mortalidad total luego del procedimiento, con mejoría de las comorbilidades y la calidad de vida postoperatoria. Sin embargo, a pesar de traducirse en beneficios (disminución del peso, mejoría de comorbilidades, bienestar psicológico, disminución de conductas alimentarias patológicas, etc), no se encuentra libre de complicaciones a corto y a largo plazo.

En este sentido, la calidad de vida cobra cada vez más atención dentro de la literatura médica, siendo un parámetro a considerar en la evolución de tratamientos y de enfermedades.

La medición de la calidad de vida, permite obtener información sobre una enfermedad determinada y su impacto en la vida del paciente, tal y como él la percibe. Clásicamente se toma como patrón la pérdida del exceso de peso, y la mejoría en las condiciones médicas asociadas. Dado el cambio de hábito en lo que respecta a frecuencia y cantidad de comidas que realiza el paciente, también es importante medir la calidad de alimentación y tolerancia a los alimentos durante los meses y años posteriores al procedimiento Bariátrico. En el campo de la cirugía Bariátrica, la evaluación de calidad de vida es complicada porque se deben tomar en cuenta diversos aspectos. Se emplea para valorar la evolución y comprobar la eficacia del tratamiento.

Considerando la complejidad de estos aspectos, esta investigación se propone ahondar en el conocimiento del papel de la Cirugía Bariátrica en el tratamiento de la obesidad; su impacto en la conducta alimentaria, la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, la presencia de satisfacción corporal luego de la cirugía y las implicaciones en la calidad de vida del paciente obeso. Para ello, se trabajó con una muestra de 40 pacientes constituida por 25 mujeres y 15

varones, de entre 20 y 60 años de edad, con un peso promedio de 135,145 kg sometidos a Cirugía Bariátrica con las técnicas de By Pass y de Manga Gástrica; todos pacientes del Instituto de Cirugía y Obesidad del Norte de San Miguel de Tucumán.

Capítulo 1:

Planteamiento del problema de investigación

1.1 Justificación del estudio

La obesidad crece notablemente y es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial. Siendo un factor de riesgo para la salud de quien la padece, afectando casi todos los aspectos de la vida de la persona, no solo su salud, sino también su autoestima y su bienestar social (Torresani y Somoza, 2005).

La Cirugía Bariátrica constituye una estrategia terapéutica cuyo fin es el tratamiento de aquellos pacientes que presentan esta enfermedad. Si bien estos procedimientos quirúrgicos para la obesidad nacieron en el año 1954 (Braguinsky, 2007). En los últimos 30 años se produjeron adecuados resultados dados por una reducción sustancial del peso y una disminución consecuente de la prevalencia de enfermedades asociadas a la obesidad, y donde el paciente vuelca todas sus expectativas pero muchas veces éstas no concuerdan con los resultados o son sobrevaloradas apenas se comienzan a ver los mismos (Crespo Rosales; Ruiz Cala; 2006).

En San Miguel de Tucumán a partir del año 2004 empezaron a aplicarse las distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, en el 2005 se realizó la primera Gatroplastía en Manga y en el 2006 el primer By Pass Gástrico (Dr. Zambrana, P.).

Entre las complicaciones posquirúrgicas que se presentan por disgresiones dietéticas se pueden mencionar vómitos y atragantamiento debido a una ingesta excesiva. Además es frecuente la presencia del denominado síndrome de dumping el cual se presenta en quienes insisten en comer alimentos ricos en azúcar, caracterizado por la aparición de hipoglucemias postprandiales por una respuesta inusualmente rápida de hiperinsulinemia. Se manifiesta con síntomas de hipoglucemia del tipo: náuseas, vómitos, desmayos, mareos, diarrea o estreñimiento. Todo esto se presenta como consecuencia de errores del paciente al comer, no por ingerir grandes porciones de alimentos sino por picar pequeñas cantidades de alimentos entre las comidas o por consumir grandes cantidades de líquidos altos en calorías. (Jiménez Suarez, 2007)

Ante todo lo dicho las técnicas quirúrgicas podrían ser consideradas como una "Cirugía de Conducta" ya que el éxito de las mismas va a depender de la

modificación de los hábitos alimentarios y de la actividad física que se realice. (Ruiz Moreno; Berracal Montiel; Valero Aguayo, 2002).

Se entiende por Conducta a todas las manifestaciones o acciones conducidas o guiadas por algo que esta fuera de las mismas: por la mente.

Y por Conductas Alimentarias o Nutricionales se entiende al resultado de las manifestaciones de normas sociales de alimentación, de jerarquización y aspectos religiosos que tienen trayectoria colectiva y hacen explícita la función y experiencia psicológica individual con la que el sujeto consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas. Así la Conducta Alimentaria reúne manifestaciones conscientes e inconscientes. Por otro lado se encuentra regulada por factores ambientales que influyen en la decisión de qué comer y cuánto comer. También proporciona placer. (Bleger, 2007)

Por lo que es necesario que el equipo profesional considere que las características de la personalidad difieren de un individuo a otro, lo que predispone a comportamientos nutricionales disfuncionales como por ejemplo altos niveles de ansiedad o depresión provocando comportamientos alimentarios abusivos o restrictivos como las conductas de desinhibición y susceptibilidad al hambre ya que serían predictivas de ganancia de peso. Así, en pacientes operados, la restricción podría contribuir a mantener el peso perdido, en cambio la persistencia de atracones o de "picoteo" serían predictivas de aumento de peso post cirugía Bariátrica. Powers y Cols, (1999) señalan que la conducta de atracones se modifica producto de la cirugía, sin embargo, el síntoma vómito, relativamente frecuente en el postoperatorio, podría representar atracones fallidos. (Leiva, 2009).

Con respecto a la satisfacción de la Imagen Corporal, entendiéndose como el esquema o imagen mental del propio cuerpo en la conciencia. (Torresani; Somoza. 2005), algunos pacientes reportan no haber bajado tanto como esperaban o gran inconformismo con las secuelas de la piel (aparecen arrugas, pliegues en abdomen, flacidez en brazos y muslos; en mujeres, nalgas y senos disminuidos y descolgados), por lo que puede tener implicaciones en la vida del paciente. El mismo debe asimilar y aceptar la nueva apariencia (una figura más delgada y con rasgos más afinados) pero que no necesariamente coincide con la imagen fantaseada pudiendo provocar consecuencias psicológicas en el paciente como

depresión, baja autoestima y dificultad para aceptar la nueva imagen. (Jiménez Suarez, 2007).

Este trabajo se propone determinar no solo cómo el paciente se percibe en el momento de la intervención sino cómo evoluciona su estado nutricional y su conducta alimentaria luego de la intervención y cómo es su relación con su figura corporal.

En el contexto de la provincia de Tucumán, se valorará cómo se presentan los distintos aspectos relacionados con dicho tratamiento en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y se indagará sobre los aspectos que repercuten en el éxito del tratamiento. En este sentido, puede suceder que haya pacientes que tuvieran una pérdida de peso muy baja y se sientan satisfechos con los resultados de la operación, mientras que al mismo tiempo pueden existir pacientes con una disminución de peso importante y se encuentren disconformes con las alteraciones en los hábitos y en los cambios somáticos producto de la intervención.

1.2 Objetivos de investigación

General:

“Determinar estado nutricional, conductas alimentarias y satisfacción corporal en pacientes de ambos sexos de entre 20 y 60 años de edad sometidos a Cirugía Bariátrica con la técnica de Manga Gástrica y By Pass Gástrico por el equipo médico del Instituto de Cirugía y Obesidad del Norte de San Miguel de Tucumán, 2014”

Específicos:

- 1 Describir el estado nutricional antropométrico en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica al cabo de seis de intervención.
- 2 Determinar el estado nutricional antropométrico en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, a los seis meses de la intervención respecto del

estado nutricional antropométrico previo.

3 Describir el estado nutricional antropométrico en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica al cabo de un año de intervención.

4 Determinar el estado nutricional antropométrico en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, al año de la intervención respecto del estado nutricional antropométrico previo.

5 Relacionar la satisfacción corporal y el estado nutricional actual de los pacientes operados.

6 Determinar la satisfacción con la figura corporal actual (FCA) que presentan los pacientes sometidos a cirugía Bariátrica.

7 Identificar si predominan los deseos de adelgazar en el grupo de los pacientes con Cirugía Bariátrica.

8 Evaluar si los pacientes operados modificaron el consumo de lácteos, hortalizas, dulces, azúcares y mermeladas.

9 Indagar acerca del incremento de los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la cirugía.

1.3 Interrogantes de investigación

1. ¿Existe relación en el estado nutricional antropométrico en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica a los seis meses de la intervención, respecto del estado nutricional antropométrico previo en San Miguel de Tucumán, 2014?

2. ¿Existe relación en el estado nutricional antropométrico en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica al año de la intervención, respecto del estado nutricional antropométrico previo en San Miguel de Tucumán, 2014?

3. Entre los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, ¿existe relación entre la satisfacción corporal y el estado nutricional antropométrico actual?

4. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, ¿se encuentran satisfechos con su figura corporal actual (FCA)?

5. En el grupo de pacientes con Cirugía Bariátrica, ¿predominan los deseos de adelgazar?

6. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, ¿modificaron el consumo de lácteos, hortalizas, dulces, azúcares y mermeladas?

7. Entre los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, ¿aumentaron los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la cirugía?

Capítulo 2:

Antecedentes del tema

Entre los antecedentes de este estudio, se encuentra el trabajo de Leiva, Fuentealba, Boggiano, Gattas, Barrera, Bunout, Hirsch y De la Maza (2009), desarrollado en Chile, titulado “Calidad de vida en pacientes operadas de by pass gástrico hace más de un año”. Este trabajo se propuso estudiar la calidad de vida, el comportamiento alimentario, los síntomas depresivos y la sexualidad en pacientes sometidos a un by pass gástrico. La muestra estuvo compuesta por 33 pacientes, la evaluación incluyó antropometría y conducta alimentaria. Se evaluó mediante el cuestionario de tres factores de comer, la calidad de vida con SF-36 y el Análisis Bariátrico del Sistema de Información de Resultados (BAROS). Los síntomas depresivos fueron evaluados utilizando la escala de Beck versión II y la conducta sexual mediante el índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Entre los resultados se encontró que la calidad de vida fue menor en los pacientes operados de nivel socioeconómico bajo en comparación con las mujeres de alto nivel socioeconómico. Los pacientes operados tenían un patrón predominantemente restrictivo de la conducta alimentaria. Se han detectado en 5 de 33 pacientes operados trastornos de la conducta. La función sexual está ausente o disfuncional en 22 operados frente a 8 controles. A largo plazo, la calidad de vida de los pacientes Bariátricos, especialmente los de nivel socioeconómico bajo (NSE), es inferior a controlar a las mujeres y la población en general en Chile. Pacientes operados tienen patrones de alimentación restrictiva y los índices de satisfacción sexual más bajos. Frecuencia de síntomas depresivos fue alta tanto en Bariátricos y de control de las mujeres.

Otro estudio de interés es el trabajo de Fernández (2009), desarrollado en Valencia, titulado: “Estudio Psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso”. Tuvo como propósito analizar los cambios psicológicos que ocurren en pacientes con obesidad mórbida sometidos a intervención quirúrgica (bypass gástrico). Por otra parte, también evaluó el conocimiento, las expectativas y la motivación hacia la intervención Quirúrgica, características psicológicas que identifican a la muestra y relaciones entre estos aspectos. También se analizaron los cambios a los 6 y 12 meses de la intervención. La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes. Los aspectos psicológicos evaluados han sido los siguientes: Conocimiento y Expectativas hacia

la operación y Hábitos de vida (Entrevista Boston), Conducta de alimentación (Cuestionario TEFQ), Imagen corporal (Cuestionario BSQ), Calidad de vida (Cuestionario SF-36), Sintomatología psicológica (Cuestionario SCL-90), Apoyo Social (Cuestionario MOS) y Estrategias de Afrontamiento (Cuestionario COPE). Entre los resultados destaca que el IMC de los pacientes pasa de estar en los parámetros de Obesidad Mórbida a estar en el límite de Obesidad I con sobrepeso. Hay disminución significativa de la puntuación referente a los parámetros de restricción y desinhibición alimentaria entre los resultados previos a la operación y los que aparecen al año de la misma. La imagen corporal mejora significativamente a los 6 meses y al año de la intervención, aunque sigue habiendo preocupación por la misma a los 6 meses, ésta es leve al año. A nivel de calidad de vida, las mejorías también son significativas con respecto al funcionamiento físico, al rol físico, a la escala de dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social y rol emocional. Con respecto a la sintomatología psicológica también encontramos cambios significativos entre el antes y el año de la intervención. La autoestima no muestra mejoría significativa entre el antes y el después. Las motivaciones y expectativas irreales influyen negativamente en la pérdida de peso a largo plazo y en el bienestar psicológico del paciente a corto plazo. La motivación hacia la operación se relaciona negativamente con la disminución del IMC al año de la intervención. Una alta preocupación por el peso o una elevada insatisfacción corporal, se relaciona significativamente con una baja autoestima y puntuaciones altas en el SCL-90. El nivel de calidad de vida del paciente a los 6 y 12 meses de la operación, aparece mejor predicho, por el apoyo social, el afrontamiento y la autoestima previos del paciente.

El trabajo de Rico Hernández, Martínez Sancho, Armero Fuster, Díaz Gómez, y Calvo Viñuela (2009), desarrollado en España, titulado: "Comparación a 5 años de dos técnicas de cirugía Bariátrica en pacientes con obesidad mórbida". El propósito de este estudio es comparar la evolución de la pérdida ponderal y las complicaciones en los pacientes sometidos a dos técnicas de cirugía Bariátrica (GVA: gastroplastia vertical anillada y BP: by pass gástrico tipo Capela) realizadas en el Hospital La Paz durante los años 2000 y 2001. Se intervinieron 51 pacientes, de los que 44 completaron 1 año de seguimiento, 43 (22 GVA y 21 BP) 2 años y 28 (10 GVA y 18 BP) 5 años. Los parámetros analizados a los 6, 12, 18, 24 meses y 5

años fueron IMC (índice de masa corporal), IE (índice de eficacia), % PP (porcentaje de peso perdido), % EPP (porcentaje de exceso de peso perdido), intolerancias alimentarias, complicaciones digestivas, complicaciones quirúrgicas, actividad física y modificación de hábitos alimentarios. Los resultados de ambas técnicas arrojaron una importante reducción de peso a los 6 meses (% EPP: 45,8% con GVA y 53,4% con BP), a partir de los 12 meses la pérdida de peso era significativamente superior con BP (% EPP a 2 años: 59,5% con GVA y 83% con BP). Sin embargo, a los 5 años se detecta una recuperación ponderal en ambas técnicas. A los 12 meses los pacientes del grupo GVA toleraban peor la carne y a los 18 meses los del grupo de BP toleraban peor el arroz. No se encontraron diferencias significativas en otros parámetros. Como conclusión, los autores refieren que los resultados a largo plazo son mejores con la técnica BP que con la GVA. Hay una reducción de la eficacia a los 5 años que podría estar relacionada con la modificación de hábitos alimentarios.

El trabajo de Ocón Bretón, Pérez Naranjo, Gimeno Laborda, Benito Ruesca y García Hernández (2005) desarrollado en España, se tituló: "Eficacia y complicaciones de la Cirugía Bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida". Este trabajo buscó analizar las modificaciones antropométricas, nutricionales, digestivas, factores de riesgo cardiovascular y calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a Cirugía Bariátrica. Este estudio estuvo compuesto por 70 pacientes con obesidad mórbida que fueron sometidos a Cirugía Bariátrica de los cuales 45 fueron intervenidos mediante la técnica by pass biliopancreático y 25 mediante la técnica By pass gástrico laparoscópico. Se les realizó una valoración antropométrica (talla, peso, índice de masa corporal), factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, perfil lipídico, glucémico y uricemia) y parámetros nutricionales (albuminemia, estudio hematológico y fosfocálcico) antes de la técnica Bariátrica al año y dos años después del tratamiento quirúrgico. La calidad de vida se evaluó mediante el sistema B.A.R.O.S Los resultados arrojados fueron que el peso medio pre-quirúrgico fue de 129,7 Kg y el IMC de 48,8 Kg/m², a los dos años tras la técnica quirúrgica el IMC fue de 31,0 Kg/m², la reducción ponderal de 47,7 Kg y el porcentaje de pérdida de peso del 36,5%. El 100% de los pacientes eran dislipémicos, el 90% diabéticos y el 72% hipertensos normalizaron sus perfiles correspondientes tras la cirugía. La complicación nutricional más común fue la

anemia y la ferropenia que ocurrieron en el 54,4% y 36,6% de los casos respectivamente. Otros déficit nutricionales observados fueron: hipoalbuminemia leve en el 20,3% de los pacientes, hipoprotrombinemia en el 14,9%, descenso de ácido fólico en el 17,8%, déficit de vitamina B₁₂ en el 12,5%, hipocalcemia en el 23,8% e hiperparatiroidismo secundario en el 45,4% de los casos. Todas las complicaciones nutricionales fueron más frecuentes en pacientes sometidos a by pass biliopancreático excepto en el caso del déficit de B₁₂ que ocurrió con más frecuencia en pacientes con by pass gástrico. La complicación digestiva más frecuentemente observada fue la diarrea con esteatorrea en el 39,1% de los casos. El 64,2% de los enfermos consideraron el resultado de la cirugía como excelente o muy bueno. La conclusión de este trabajo es que en los pacientes con obesidad mórbida, la Cirugía Bariátrica es una técnica con la que se consigue una gran mejoría en los parámetros antropométricos, en los factores de riesgo cardiovascular y en la calidad de vida de los pacientes, pero que conlleva asociadas un porcentaje importante de complicaciones nutricionales y sociales.

El trabajo realizado por Teresa Fernández de Mosteyrín, Eduardo García-Camba, Antonio Mancha (2011) realizado en Madrid, España; titulado "Evaluación Psicológica en pacientes con obesidad mórbida incluidos en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital". La muestra estuvo compuesta por 108 pacientes obesos mórbidos (81 mujeres y 27 hombres). Los resultados arrojaron que el 62.0% de los participantes mostraron actitudes patológicas hacia la alimentación y el 12.0% sintomatología bulímica. La presencia de sintomatología ansiosa (35.2%) y depresiva (44.4%), insatisfacción corporal (75.0%), y sentimientos de ineficacia (22.2%) resultan destacables. En conclusión la relación bidireccional entre obesidad y sintomatología psicopatológica apunta hacia la necesidad de intervenciones multidisciplinares en su estudio y tratamiento.

Otra investigación de interés fue de Rojas, C; Brante, M; Miranda, E y Pérez-Luco, R (2011) realizado en Chile. Titulado: "Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a Cirugía Bariátrica". La muestra estuvo compuesta por Quince hombres y 5 mujeres de 28 años y 61 años, con una media de índice de masa corporal de $42,6 \pm 5$ kg / m², fueron estudiados. Se aplicó Técnica de Rejilla (TR), Personal Auto Cuestionario de Evaluación (OQ-45.2) y Ansiedad Estado -trait Inventario (STAI) se

aplicaron antes y seis meses después de la Cirugía Bariátrica. Los resultados obtenidos mostraron que después de la cirugía, las puntuaciones de la autoestima, el bienestar, la flexibilidad, la atracción, la auto-aceptación, la confianza y culpa mejoró significativamente. STAI y OQ-45.2 ansiedad y depresión evaluación de los síntomas estaban en el rango normal antes y después de la cirugía. Sin embargo, después de la cirugía, hubo una disminución significativa en estas escalas de sub en el OQ-45.2. No hubo cambios significativos en la ansiedad medidos utilizando el STAI. Como conclusión luego de seis meses de la Cirugía Bariátrica, se encontraron cambios positivos en el auto concepto, y el bienestar general.

El trabajo de Rubio, M; Rico, C y Moreno, C. (2005) realizado en Madrid, España. Se tituló: "Nutrición y Cirugía Bariátrica". La dieta pos cirugía de la obesidad está diseñada para perder peso de manera significativa, pero también para aprender nuevos hábitos alimenticios que contribuyan a mantener esta pérdida de peso a lo largo del tiempo. En general, la dieta incluye alimentos ricos en proteínas, bajos en grasa, fibra, azúcares y calorías. Las vitaminas y minerales se proporcionan en forma de suplementos. Es importante obtener una adecuada ingestión de proteínas tras la cirugía, para asegurar una adecuada cicatrización de las suturas y, a más largo plazo, preservar la masa muscular. Un exceso de grasa en la dieta retrasa el vaciado gástrico y puede ser causa de reflujo, náuseas, malestar gástrico o diarrea (en especial, en la derivación biliopancreática). Los alimentos azucarados, como golosinas, galletas, helados, batidos o refrescos, zumos azucarados y la mayoría de los postres, aportan grasas y calorías y pueden precipitar un síndrome de *dumping* en algunos pacientes con corto circuito gástrico. La dieta restrictiva pos-cirugía Bariátrica (básicamente en *by-pass* gástrico y procedimientos restrictivos) se desarrolla en varias etapas. La primera fase tras la cirugía consiste en la administración de líquidos claros, durante 2-3 días, para seguir con una dieta líquida completa, baja en grasa y con alto contenido en proteínas (> 60 g/día) durante un período de 4-6 semanas. Algunas de las alternativas dietéticas para esta fase pueden incluir dietas basadas en yogur líquido, preferentemente con proteínas añadidas, o bien utilizar productos comerciales de nutrición enteral o dietas fórmulas, como las empleadas en las dietas de muy bajo contenido calórico. Una dieta triturada o blanda está indicada a las 4-6 semanas tras el alta (algunos pacientes necesitan esperar más tiempo). La

dieta triturada incluye alimentos muy blandos y ricos en proteínas, como el huevo, quesos bajos en calorías y carnes magras de pollo, vacuno, cerdo o bien pescado (las carnes rojas son peor toleradas). La dieta normal se puede comenzar hacia las 12 semanas de la cirugía o más tarde. Es importante incorporar alimentos hiperproteicos en cada comida, como claras de huevo, carnes magras, quesos o leche. Debe tardarse entre 20-30 minutos en efectuar cada comida, utilizando pequeñas cantidades (50-100g) y masticando cuidadosamente. Los líquidos tendrían que consumirse de manera constante, a pequeños sorbos, pero sólo fuera de las comidas. Para poder realizar un asesoramiento nutricional individualizado y cambios en el estilo de vida, será aconsejable disponer de un profesional en nutrición. También se discute en este capítulo alguna de las consideraciones dietéticas relacionadas con complicaciones de la cirugía (náuseas/vómitos, estreñimiento, diarrea, síndrome de *dumping*, deshidratación, intolerancias alimentarias, sobrealimentación, etc.).

Otro estudio de importancia es el de Ruíz Prieto, I; Santiago Fernández, M.J; Bolaños Ríos, P y Jáuregui Lobera, I (2010). Titulado: "Obesidad y rasgos de Personalidad". Tuvo como objetivo analizar los rasgos y trastornos de personalidad más comunes en personas con obesidad. Además, evaluar los signos, síntomas y trastornos psicopatológicos más frecuentemente asociados al exceso de peso. Este artículo es una revisión de los artículos publicados durante los últimos 5 años relacionados con los rasgos y tipos de personalidad, y signos, síntomas y trastornos psicopatológicos más frecuentes en las personas con obesidad. Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos Medline, mediante las palabras clave obesidad mórbida, personalidad y trastornos de personalidad, obteniéndose un total de 79 artículos. De ellos se excluyeron aquéllos que no guardaban relación con el objeto de estudio, quedando un total de 53 artículos. Los resultados encontrados fueron con gran frecuencia síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad). Se observa una disminución en las capacidades de concentración y cognición, además de estar muy vinculado el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Se reconocen rasgos de personalidad narcisista en personas con obesidad, tras haberse sometido a tratamiento quirúrgico. Se observa alexitimia con otros aspectos relacionados como

anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Por otro lado, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Se contempla como poco usual el abuso de alcohol o sustancias, psicosis o promiscuidad sexual. En cambio, existe relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de entre 10-12 años de edad), y aparece con bastante asiduidad historia de abuso físico, sexual y/o emocional. En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario se aprecia de forma repetida trastorno por atracón o sobre-ingesta, sobre todo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. También aparece con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Es muy común la conducta de restricción alimentaria en personas obesas. Otros rasgos observados en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a pérdida de peso, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo. Como conclusión se pudo observar que existe relación entre obesidad y determinados rasgos de personalidad, lo que debe ser considerado en la base de su tratamiento, pero dado que la mayoría de estudios han sido realizados en personas que esperan para recibir tratamiento quirúrgico, es necesaria la realización de un mayor número de estudios.

A nivel Nacional se encontró el trabajo de Safar (2012) desarrollado en Mar del Plata, Buenos Aires-Argentina. Se tituló: "Impacto de la Cirugía Bariátrica en la calidad de vida y en la calidad de alimentación". La muestra estuvo conformada por 60 pacientes operados hace más de 6 meses. Del total de la muestra un 93% fueron operados de by pass gástrico y un 7% de manga gástrica. Con respecto al sexo, 47 pacientes son de sexo femenino y 13 pacientes son sexo masculino. La edad promedio de los pacientes es de 44 años, con un rango de 22 a 69 años. Aproximadamente un 70% del total de pacientes se concentra entre los 31 y 50 años. El tiempo postoperatorio fluctuó entre 6 y 42 meses, con una media de 15 meses. La pérdida del exceso de peso fue satisfactoria, siendo mayor al 50% en el 81% del total. Se observa mejoría en el 91% de los pacientes hipertensos, en el 100% de los enfermos cardíacos, en el 98% de los diabéticos y en el 90% de los dislipémicos. La calidad de vida mejora en el 100% de los encuestados, siendo muy buena en el 60% y buena en el 33%; y la calidad

alimentaria fue excelente en el 78% y buena en el 18%. La conclusión de este trabajo es que la relación de la calidad de ingesta y de la calidad de vida, permite comprobar que tienen una relación positiva, ya que a mejor calidad de vida, mejor calidad de alimentación.

Otro estudio encontrado a nivel Nacional es el trabajo de Taiariol (2012) desarrollado en Buenos Aires, Argentina. Este trabajo fue titulado: "La imagen corporal del paciente Bariátrico antes y después de la cirugía interpretada a través de la Prueba Proyectiva". El objetivo de esta investigación es demostrar, a través del dibujo del paciente, en forma descriptiva y comparativa, la percepción y significado de la Imagen Corporal en las distintas fases del proceso quirúrgico. Tomando como referencia el fenómeno de transformación de gordo a delgado. La muestra está compuesta por 250 pacientes evaluados y monitoreados antes y después de la cirugía. Del total de la muestra un 71,92% son mujeres y un 28,08% varones. El rango de edad comprendido para ambos sexos oscila entre los 40 a 47 años. Con respecto al nivel educativo un 30,58% termino la primaria; un 41,50% la secundaria; 50,86% el terciario y solo un 5% presentan estudios universitarios. Como conclusión toda la población investigada, presentó dificultades en dibujar una figura gorda acorde a su estado actual, ya que, los gráficos mostraron el grave conflicto que genera el cuerpo en la obesidad, debatiéndose entre lo real y el ideal del yo.

Otro estudio que se encontró es el trabajo de Vismara, M.P. (2010). Realizado en Tucumán, Argentina. Esta tesis fue titulada: "Impacto de la Cirugía Bariátrica sobre el IMC, Glucemia y perfil Lipídico". Cuyos objetivos analizaron la repercusión de la Cirugía Bariátrica sobre los valores de IMC, glucemia y lípidos plasmáticos, determinar la importancia de un tratamiento dietético posterior a la Cirugía y resaltar la importancia del abordaje terapéutico de estos pacientes en un equipo multidisciplinario. La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes que padecen obesidad de distintos grados que fueron sometidos a Cirugía Bariátrica. A los mismos se los sometió a una pre-prueba midiendo IMC, glucemia y perfil lipídico previo a la cirugía. Luego se procedió a la medición del peso y cálculo del IMC después de 12 meses de la intervención. En cuanto a la glucemia y al perfil lipídico los mismos se midieron en 3 momentos diferentes:

Momento 1: 15 días después de la Cirugía.

Momento 2: 6 meses después de la Cirugía.

Momento 3: 12 meses después de la Cirugía.

Los resultados obtenidos fueron que el IMC logra una disminución significativa a los 12 meses de la intervención. En cuanto a la glucemia se observan cambios drásticos a los 15 días de la intervención. Con respecto al perfil lipídico se observaron cambios relevantes a los 12 meses de la Cirugía. Como conclusión las personas sometidas a Cirugía Bariátrica logran una disminución significativa de su IMC, así como también logran normalizar su glucemia y su perfil lipídico con el transcurso del tiempo.

Investigando en antecedentes locales no se encontraron estudios a nivel provincial en (Tucumán) que indaguen estado nutricional, conductas alimentarias y satisfacción corporal en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

Capítulo 3:

Marco Teórico Conceptual

3.1. Conductas Alimentarias o Nutricionales

Para poder hablar de Conductas Alimentarias es necesario distinguir entre Alimentación y Nutrición.

Alimentación:

“Tiende a resolver la necesidad biológica de incorporar energía al organismo, como los nutrientes necesarios para la vida (Lacunza, B., 2003).

Es el primer tiempo de la nutrición. Su finalidad es la degradación de los alimentos en sustancias absorbibles y utilizables. Se cumple en el aparato digestivo” (López, L. B.; Suárez, M. M., 2005).

Nutrición:

- “Es el resultado de un proceso que incluye factores históricos, socioeconómicos, culturales, psicológicos y biológicos”.

- “Es el resultado de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tienen como finalidad mantener la composición e integridad normal de la materia y conservar la vida”. (Dr. Pedro Escudero, citado por López, L. B.; Suárez, M. M., 2005).

- “Es una ciencia que estudia los alimentos, los nutrientes, la interacción en relación con la salud y la enfermedad, los procesos de digestión, absorción, utilización y excreción de las sustancias alimenticias y también los aspectos económicos, sociales y psicológicos relacionados con los alimentos y la alimentación”. (Consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica Americana 1963, citado por López, L. B.; Suárez, M. M., 2005).

Las autoras expresan que de la integración de estos tres conceptos precedentes, puede resumirse que “La nutrición es el proceso que incluye un conjunto de funciones cuya finalidad primaria es proveer al organismo de energía y

nutrientes necesarios para mantener la vida, promover el crecimiento y reemplazar las pérdidas”.

Es importante tener en cuenta que en la situación alimentaria cada forma particular de alimentación en los diferentes grupos humanos, es válida; en la que entra en juego la “**Conducta Alimentaria**” que Cruz, 1991 citado por Lacunza, B., 2003, la define como: *“la relación de intercambio con la que el sujeto consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas”*.

Desde una visión nutricional, es el resultado de la manifestación de normas sociales de alimentación, de jerarquización, aspectos religiosos que tienen trayectoria colectiva y hacen explícita la función y experiencia psicológica individual. Así la conducta reúne las manifestaciones conscientes e inconscientes.

La “Conducta Alimentaria o Nutricional” no es sólo el acto reflejo de evitar la aparición de la sensación del hambre, sino que tiene su significación propia donde se ven involucrados experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades, entre otros.

Si la “conducta” da cuenta de una relación Estímulo-Respuesta existe un vínculo fisiológico, psicológico y sociocultural entre el estímulo y la respuesta o conducta alimentaria que genera. A escala fisiológica se considera el nutriente (proteína, hidratos de carbono, etc.), a nivel psicológico el alimento genera diferentes interpretaciones según la historia individual de ese sujeto, por ejemplo, el color, el sabor y la textura se asocian a vivencias individuales. Y a nivel sociocultural, la comida como forma simbólica de comunicación, etc.

Lacunza, 2003. Plantea que los principales factores que inciden en el comportamiento nutricional son las características de la personalidad, el auto concepto que tiene el sujeto de sí y las actitudes hacia los alimentos.

En cuanto a las características de la personalidad es necesario considerar que las diferencias individuales pueden predisponer a comportamientos nutricionales disfuncionales por ejemplo altos niveles de ansiedad o de depresión pueden involucrar altos comportamientos alimentarios abusivos o restrictivos, Casullo, González y Cifre, 1999.

Para Papalia, Wendkos, Olds y Feldman, 2001; el auto-concepto o concepto de sí mismo es la imagen que las personas tienen de sí mismas. Es lo que creen acerca de quiénes son: es la imagen total de sus capacidades y rasgos. Es una estructura cognitiva con tintes emocionales y consecuencias de comportamientos.

Las actitudes de un sujeto con respecto a los alimentos dependerán del valor simbólico que le otorgue a los mismos. El valor simbólico es otorgado según las costumbres, aspectos psicológicos individuales, consideraciones religiosas y la tradición popular de una comunidad.

Un alimento puede ser el único medio que una persona tiene para comunicarse con los otros, un medio de huída ante situaciones que le resultan displacenteras o puede satisfacer ciertas necesidades que para una persona no pueden cubrirse de otro modo.

En los aspectos socioculturales se contemplan factores como los ecológicos que pueden determinar que por acción de la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica, la disponibilidad física de los alimentos está determinada. Sumado a esto, los sujetos (determinados en cierto modo por el grupo de pertenencia) delimitan la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma en cómo deben prepararse y consumirse.

Lázaro, 1995. Manifiesta que con la conducta también se encuentran relacionados los hábitos alimentarios, definidos como un conjunto de reglas elaboradas por el medio en que vivimos a lo largo del tiempo.

Una conducta puede convertirse en un hábito cuando se repite de manera tan frecuente que permanezca en el individuo. Para que esto suceda se requiere que sea placentera, que esté acorde a las normas socioculturales establecidas por un grupo y que sea coherente con el estilo de vida del individuo o grupo.

Las costumbres también son expresión de la cultura, al igual que los hábitos. Entonces se podría decir que las conductas alimentarias están más influenciadas por los hábitos y las costumbres.

Las creencias alimentarias también tienen una estrecha relación con la conducta alimentaria. En ellas se le atribuye al alimento algunos beneficios o prejuicios, también se las relaciona con los hábitos y el valor simbólico de los alimentos.

Por otro lado la conducta alimentaría está regulada por factores ambientales que influyen en la decisión de qué comer y cuánto comer, también proporciona placer.

Entre los factores ambientales se encuentran los:

Personales: los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el status social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. En consecuencia, los modos de alimentarse, preferencias y rechazo hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar en la etapa de la niñez en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad (Domínguez, P.; Olivares, S.; Santos, J.L., 2008).

Dentro de estos factores se consideran:

- Sexo y edad.
- Etapa de la vida (niñez, adolescencia, embarazo, etc.).
- Actividad Física (frecuencia e intensidad de la misma).

Socioculturales: determinan el patrón de consumo de alimentos superponiéndose a los impulsos fisiológicos, en este sentido, la conducta alimentaria se traduce en un “hecho social” que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura.

Los factores socioculturales como situación económica, estilo de vida, lugar de residencia, entre otros, también son determinantes de las prácticas alimentarias. En este contexto, se ha reconocido el papel de la publicidad como una gran oferta de alimentos de alto contenido calórico que ejerce una fuerte influencia sobre las preferencias, solicitudes de compra y la ingesta alimentaria (Domínguez, P.; Olivares, S.; Santos, J.L., 2008).

Estos factores están formados además por:

- Condición social.
- Oficio o profesión.
- Educación, valores relacionados con la comida, son propios de cada grupo familiar.

- Actitudes de familia: familia de origen (presencia de miembros obesos), familia actual (cuantos viven en la casa, antecedentes de algún desorden alimentario).

- Disponibilidad de tiempo.
- Lugar de ingesta (casa, bar, trabajo, universidad).

Relacionados con la alimentación: la elección de los alimentos está condicionada por aspectos sociales, costumbristas, económicos, familiares, la influencia de los medios de comunicación y la publicidad.

Una buena elección de alimentos se lleva a cabo cuando se puede optar por una alimentación saludable en un mundo que cambia rápidamente y en el cual se observa una continua diversificación de alimentos procesados y una pérdida de estilos de alimentación familiar (Domínguez, P.; Olivares, S.; Santos, J.L., 2008).

En este factor se tienen en cuenta:

- Características de la compra (por dieta bajo en..., alto en..., costumbres, influencia de la publicidad, por placer, etc.).
- Usos de sustitutos de la grasa en productos elaborados (hacen que algunos coman en mayor cantidad y otros lo rechacen).
- La disponibilidad de comidas dietéticas, hipograsas, hipohidrocarbonadas, influyen a la hora de decidir cuánto comer.
- Uso de endulzantes (azúcar negra, miel, edulcorantes, sorbitol).

Las conductas alimentarias se transforman generacionalmente, pueden evolucionar o desaparecer a lo largo del tiempo. Un modo de evolucionar es a través de los conocimientos alimentarios objetivos (atribuibles a la Ciencia de la Nutrición), que impulsan a la adopción de nuevas actitudes, y a partir de la Educación Nutricional específicamente, producen variaciones en las prácticas alimentarias.

3.1.1. Conducta

Bleger, 2007. Etimológicamente la palabra conducta deriva del latín que significa conducida o guiada, es decir que, todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que esta fuera de las mismas: por la mente.

Conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados. Son todas las reacciones o las manifestaciones exteriores entendiéndose por éstas todos los actos ordinarios del ser humano.

Las manifestaciones exteriores pueden ser:

- Motoras: tienen que ver con el movimiento, por ejemplo alzar una pelota, escribir una carta, entrar en un auto, etc.
- Glandulares: dan cuenta de las emociones del ser humano, esta conducta plantea que la ruborización, sudoración, tos, entre otras dan respuestas a estímulos de procesos fisiológicos.
- Verbales: tienen dos momentos, en un primer momento por ejemplo aparece el habla y en el segundo momento se podrá simbolizar, pensar, etc.

Es decir que en el concepto de conducta se incluyen todos los fenómenos visibles, objetivamente comparables o factibles de ser sometidos a registro y verificación y que son siempre respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan (Watson, 1810 citado por Bleger, 2007).

Lagache, citado por Bleger, 2007. Define a la conducta como la totalidad de reacciones del organismo en la situación total, reconociendo en ella:

- La conducta exterior manifiesta.
- La experiencia consciente; incluyendo modificaciones somáticas subjetivas.
- Modificaciones somáticas objetivas tal como ellas son accesibles a la investigación fisiológica.
- Los productos de la conducta como escritos, dibujos, trabajos, etc.

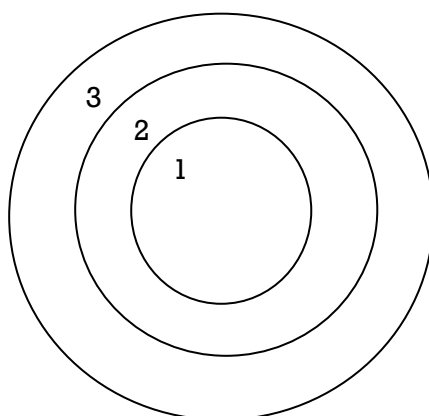
Este autor también define conducta como “el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo; o como “el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realizan sus posibilidades.

Pichón Riviére, citado por Bleger, 2007. Representó los tres tipos de conductas (de la mente, del cuerpo y del mundo externo) en tres círculos

concéntricos que corresponden a los fenómenos mentales, corporales y los de actuación en el mundo externo. Los llamó las Áreas de la Conducta.

La conducta siempre implica manifestaciones coexistentes en las tres áreas; es una manifestación unitaria del ser total y no puede aparecer ningún fenómeno en ninguna de las tres áreas sin que implique necesariamente a las otras dos.

Figura N°1: Áreas de la conducta: 1. Área de la mente. 2. Área del cuerpo. 3. Área del mundo externo (Bleger, 2007).



Las áreas son:

- Área de la mente: por ejemplo: pensar, soñar, imaginar, etc.
- Área del cuerpo: como correr, caminar, escribir, digerir.
- Área del mundo externo: como saludar, conversar, socializar, es decir, relacionarse con los otros.

Existen niveles de integración de la conducta. Se entiende por integración al desarrollo creciente y progresivo de elementos que van organizando una estructura cada vez más compleja y perfeccionada, a través de sucesivas etapas. En el organismo ocurren distintos tipos de fenómenos que van a ir formando esos niveles de integración. Algunos de esos fenómenos son más simples y otros más complejos, los de mayor complejidad incluyen a los más sencillos. Se llaman Niveles de Integración por la sucesiva complejidad que surge en cada uno de ellos con respecto al anterior.

Los Niveles de Integración de la Conducta son:

- Nivel Axiológico: Ax. Significa dirección, tiene que ver con los valores, con las líneas rectas de nuestro comportamiento.
- Nivel Social: implica convenciones sociales.

- Nivel Psicológico: implica los elementos del aparato psíquico como cognición, voluntad, afectividad, etc.
- Nivel Biológico: implica aspectos relacionados con la corporeidad.
- Nivel Fisicoquímico: son elementos mecánicos y químicos relacionados con la conducta.

Bleger, 2007. Plantea que la conducta se estudia en función de la personalidad y del inseparable contexto social del cual el ser humano es siempre integrante. Se estudia en calidad de proceso y no de cosa, es decir dinámicamente. A partir de esto se entiende que:

- La conducta es funcional. Es decir, que toda conducta tiene una finalidad: la de resolver tensiones.
- La conducta implica siempre conflicto o ambivalencia.
- La conducta solo puede ser comprendida en función del campo o contexto en el que ella ocurre.
- Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.

3.1.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Spear, 2001. Plantea que el TCA es un síntoma, entendiéndose como la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad, que puede aparecer en diversos cuadros o síndromes. Cuando se habla de TCA en realidad se hace referencia a cualquier manifestación de la conducta con implicancia en el ámbito fisiológico y psicosocial.

Los Trastornos de la Alimentación son conductas anormales relacionadas con el alimento y la ingestión del mismo, que incluyen ayuno, excesos alimentarios, vómitos, abuso de laxantes o ejercicios excesivos, acompañados de un ideal no realista sobre los alimentos, una imagen corporal distorsionada y anormalidades psicológicas y de desarrollo.

Existen diferentes factores que inducen para que un sujeto presente un trastorno de la conducta alimentaria.

Dichos factores son:

Factores predisponentes: son aquellos que preparan el ánimo de una persona, de tal manera que puede prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso.

Socioculturales:

- La presión social para ser delgada: el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se exprese, casi únicamente, a través de la imagen corporal.
- La presión social para ser súper mujer: hoy en día la sociedad espera que las mujeres se desarrollen con un cuerpo perfecto, deben desarrollar una carrera brillante, deben desempeñarse fluidamente a nivel social, deben construir un matrimonio perfecto y deben ser unas perfectas madres. Los anuncios de televisión las muestran como “deben ser”: delgadas, saludables, sexys, hermosas, triunfadoras.

Individuales y Familiares:

- Problemas con la autonomía: hace referencia a la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar en forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de los que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. En general, los jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones cambiantes y muchas veces, constituye la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona sea vulnerable a desarrollar un trastorno de la autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser especial y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

- Déficit en la autonomía: las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto de quienes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo, es conocido como “autoestima”. Cuanto menos parecida es la persona a su “ideal”, más baja estará su autoestima.
- Camino a la perfección y al autocontrol: la tendencia al perfeccionismo, común entre jóvenes con trastornos alimentarios, también puede desplazarse al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Estas personas se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar, hasta que finalmente comprueban que el sistema de control se vuelve en contra.
- Miedo a madurar: los trastornos de la alimentación se desarrollan generalmente en el período de la adolescencia, que de hecho, es un período de numerosos cambios y algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con esos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.
- Rasgos familiares: a veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros.

Factores precipitantes: cuando una persona presenta factores predisponentes y a estos se les suma la aparición de cualquier elemento estresante o la decisión de comenzar con dietas para concretar el control del peso corporal, estamos en presencia de factores precipitantes. Por ejemplo estrés, actitudes anormales con el peso y figura, y dietas extremas y pérdida de peso.

Factores perpetuantes: las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetua “sin fin”. La dieta es un factor perpetuante por excelencia. El cuerpo que está subalimentado, causa malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona; por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como al ánimo. Es insoslayable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor.

3.1.3. *Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias (ICA)*

Como se ha dicho anteriormente, los trastornos de la Conducta Alimentaria son ocasionados por diversos factores que atentan contra la salud del individuo y su calidad de vida.

Uno de los recursos que permite evaluar mediante un cuestionario los rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión y el tratamiento adecuados de los trastornos de alimentación es el ICA.

Esta técnica es una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollado en la Universidad de Toronto por el profesor David Garner (1991). No es una técnica diagnóstica, se trata de una técnica de despistaje o screening que permite realizar análisis simples para la identificación o el descarte de patologías en pacientes. Se utiliza para obtener información rápida sobre esas patologías. Generalmente, si el resultado es positivo se necesita realizar un análisis más concluyente para confirmar la enfermedad.

Como se sabe, los trastornos en la alimentación son frecuentes en poblaciones jóvenes, en especial de género femenino; en las cuales tienen gran impacto las presiones socioculturales referidas a tener una buena imagen corporal, ser físicamente atractivas. En la conformación y estructuración de estos trastornos intervienen tanto factores biológicos, psicológicos como sociales. En consecuencia, es necesario poder diferenciar entre un diagnóstico formal de la presencia de desórdenes alimentarios, de la evolución de síntomas asociados con la presencia de tales desórdenes.

El ICA es entonces, uno de los instrumentos que mediante un cuestionario se propone evaluar la presencia de síntomas asociados con los trastornos mencionados, caracterizados en las siguientes 11 dimensiones:

- Deseos de Adelgazar: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a ser gordo. Los ítems que integran esta subescala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso.
- Bulimia: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva.

- **Insatisfacción Corporal:** sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la imagen corporal.
- **Ineficacia:** presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con baja autoestima o pobre auto-concepto, incluyendo además referencias a sentimiento de vacío y soledad.
- **Perfeccionismo:** presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas.
- **Desconfianza:** existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.
- **Alexitimia:** presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- **Miedo a Crecer:** hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.
- **Ascetismo:** tendencia a comportarse de manera virtuosa a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el auto-rechazo y el autocontrol.
- **Impulsividad:** presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática.
- **Inseguridad Social:** creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables y, en general, de baja calidad.

3.2. Obesidad

Girolami, D. (2008), la define como el incremento en el porcentaje de grasa corporal en relación con la masa magra, generalmente acompañada de aumento de peso, cuya, magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Se manifiesta como una enfermedad multifactorial y crónica que cursa con un aumento importante de la morbimortalidad, asociándose a múltiples factores de riesgo como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemias, artrosis y algunos tipos de cáncer.

En 1983 el National Center for Health Statistics (NCHS) diferenció entre sobrepeso y obesidad, aclarando que el primero se refiere a un exceso de peso para la talla, debido a un incremento de la masa muscular, mientras que la obesidad es un aumento de masa o tejido graso con respecto a la masa magra.

Junto con el aumento de tejido graso se produce un aumento en el tejido muscular, óseo, las vísceras, etc. y esto explica los requerimientos energéticos aumentados de los obesos en relación con las personas de peso normal.

Otra definición citada por Braguinsky, J. (2007). *La Obesidad es una enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, de origen multifactorial, caracterizada por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Se asocia con frecuentes comorbilidades y está determinada por la interacción de:*

Factores genéticos que se expresan en un medio obesigénico en diversas hormonas, enzimas y otras sustancias de acción metabólica que interactúa con factores del medio como una alimentación hipocalórica/hipergrasa, con exceso de azúcares concentrados, pobre en fibras, vegetales y frutas, y un marcado sedentarismo.

3.2.1. La Obesidad se puede clasificar desde el punto de vista:

1. Etiológico: puede ser considerada como:
 - Causas determinadas como ciertas enfermedades endocrinas o lesiones hipotalámicas que constituyen entre el 2% y el 5% de los casos.
 - Causas indeterminadas: suman el 95% al 98% restante y entre ellas figuran factores genéticos y ambientales.
2. Anatómico: puede ser:
 - Hipertrofia por el aumento en los tamaños de los adipositos.

- Hiperplasia por el aumento de la cantidad de adipositos.
3. Según la distribución de grasa: se la clasifica en 3 tipos:
- Generalizada: la distribución de grasa es uniforme y no predomina en ningún sector en particular.
 - Ginoide: la grasa se distribuye predominantemente en el segmento inferior del cuerpo en especial en la zona de la cadera.
 - Androide: es una distribución adiposa que presenta riesgo para la salud por estar asociada a enfermedad cardiovascular. También se la denomina troncular, central o visceral siendo el principal elemento que da origen al síndrome metabólico y constituyendo uno de los principales criterios de diagnóstico.
4. Según la edad de comienzo: si bien puede comenzar en cualquier etapa de la vida, se destacan 3 períodos importantes en la evolución de la enfermedad que permiten clasificarla como la obesidad del:
- Niño: tiene 2 períodos que deberán distinguirse: lo que sucede en el primer año de vida, durante el cual las células adiposas crecen en tamaño (hipertrofia) y el período entre los 5 y los 7 años de edad en el que se incrementa el número de células adiposas (hiperplasias).
 - Adolescente: es la etapa en la cual pueden observarse importantes cambios hormonales que impactan sobre el número de adipositos y que suelen revolucionar psicológicamente al adolescente asociándose muchas veces a trastornos de la conducta alimentaria.
 - Adulto: se caracteriza fundamentalmente por la hipertrofia de las células grasas y suele aparecer tanto en el hombre por sedentarismo como en la mujer a partir del embarazo.

3.2.2. Epidemiología de la Obesidad

Braguinsky, J. (2007) El estudio de la epidemiología de la obesidad no sólo se limita a dar cifras de su prevalencia, su incidencia y la diferente distribución en el mundo, sino que también:

- Ofrece una visión acerca de su impacto sobre la salud poblacional, se observa la prevalencia del aumento progresivo de la hipertensión arterial (>140/90 mmHg) en función del incremento del IMC. Con IMC >30, definitorio de obesidad, la prevalencia de hipertensión fue del 40% en adultos. A su vez el aumento del IMC se asocia con una disminución del colesterol HDL y elevación de los triglicéridos y de las lipoproteínas de muy baja densidad. Sin embargo, el aumento de la circunferencia abdominal asociado con la hipertrigliceridemia y el bajo colesterol HDL implica un patrón de riesgo de aterosclerosis coronaria. Puede apreciarse una relación directa entre la mortalidad y el IMC, se observa que con un IMC de 27-28 comienza a aumentar la mortalidad.

- Informa su extensión como epidemia global o pandemia, el fenómeno del aumento acelerado de la prevalencia de la obesidad en un gran número de países, no sólo desarrollados sino también en vía de desarrollo, ha sido denominado epidemia global de obesidad. Hay un notable incremento de enfermedades metabólicas crónicas no transmisibles (ECNT) asociado a una mayor longevidad, una disminución de enfermedades infecciosas y a factores medioambientales (exceso de ingesta calórico/grasa, sedentarismo obligado). Las enfermedades crónicas no transmisibles son condiciones permanentes o continuadas que requieren largos períodos de observación y tratamiento. Mas del 40% de la población estadounidense sufre enfermedades crónicas: el 67,7% de los adultos de edad media (45-64) y el 87,6%, a los 65 años o más, representando un grave problema de salud pública. La OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) caracterizan a un grupo de enfermedades (diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad, dislipidemia y aterosclerosis) como enfermedades crónicas no transmisibles. La evolución de este grupo de enfermedades fue evidente en numerosos países por lo que se extendió la denominación de epidemia

global ya que incluye a la mayoría de los países y dentro de cada uno de ellos a todos los sectores sociales.

- Plantea la necesidad de indagar sobre las causas de su desarrollo epidémico.
- Aporta claves para la comprensión global de la obesidad con teorías como la del genotipo ahorrador y la de transición nutricional, etc.

En Argentina un estudio realizado en 1998 a 750 habitantes, arrojó la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC >30) del 60% de la muestra: observándose niveles significativos de hipertensión diastólica y sistólica, glucemia, triglicéridos y niveles bajos de colesterol HDL.

3.2.3. Criterios de Diagnóstico de la Obesidad:

3.2.3.1. La Valoración del Estado Nutricional Antropométrico

Es un conjunto de mediciones que permite apreciar los diferentes grados de nutrición del individuo. Con estas mediciones se obtienen parámetros comparables con tablas de medición normal, e índices antropométricos de la composición corporal derivados de una medición o de una combinación de mediciones. Existen distintos indicadores del estado nutricional antropométrico. El indicador que se utilizará es el Índice de Masa Corporal (IMC). Para la toma del mismo se tendrán en cuenta los siguientes criterios de medición:

Peso Actual: es el peso que tiene el individuo al momento del diagnóstico. Se trata de una medición precisa y confiable, que expresa su masa corporal total, pero no define compartimientos e incluye fluidos. Junto a la talla permite determinar el IMC.

Peso Habitual: es aquel que el individuo ha mantenido durante más tiempo. El paciente suele confundirlo con su peso normal. El peso habitual puede no ser el saludable y varía en las distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, matrimonio, etc.).

La realización de mediciones antropométricas requiere de personal entrenado e instrumental apropiado como:

- *Balanza: conviene que sea de tipo de báscula y permite pesar individuos hiperobesos (mas de 250kg), cuya escala de medición permite una precisión en un rango de 100g. la calibración del instrumento debe realizarse periódicamente.*

- *Estadímetro: puede utilizarse el que suele proveer la misma báscula, aunque es conveniente utilizar uno por separado ubicado sobre la pared. Estos últimos permiten medir por encima de los 200 cm, con una precisión de 0,1 cm.*

Método:

- *Peso: el paciente debe estar de pie, parado en el centro de la balanza con ropa interior o prendas livianas y descalzo.*

- *Talla: paciente de pie, descalzo con el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza erecta mirando al frente en posición de Francfort (el arco orbital inferior deberá estar alineado en el plano horizontal con el trago de la oreja). Se lo ubica de espalda al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. Se desciende el plano superior del altímetro o la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vertex).*

3.2.3.2. Antropometría

Girolami, D. (2003). Peso-Talla: tiene el inconveniente de no diferenciar entre el aumento de grasa y músculo. En la mayoría de los casos el aumento del peso esta fundamentalmente determinado por el aumento del tejido graso.

Se determina si el sujeto tiene peso normal en relación con la tabla de pesos normales (tabla de Metropolitan Life Insurance, 1983), tomando los datos de sexo, talla y estructura corporal, la cual se puede calcular con la siguiente fórmula:

Estructura corporal= talla en cm. + perímetro de la muñeca en cm.

Si no coincide el peso del sujeto con el peso de la tabla se cuantifica la diferencia, así se evalúa el porcentaje de desviación del peso deseable:

Peso actual en Kg. x 100/peso medio para la tabla en kg -100.

Si tiene un 20% más de peso que su ideal, se define como obesidad, si tiene un 40% o más se trata de obesidad mórbida.

Índice de Masa Corporal (IMC): el astrónomo, epidemiólogo y antropometrista Quetelet fue el primero que reporto la observación de que el peso de un adulto normal era proporcional al cuadrado de la estatura:

$$\text{IMC} = \text{peso} / \text{talla}^2$$

Este índice no correlaciona perfectamente con la cantidad de grasa corporal (la correlación de los diferentes estudios oscilo entre 0,40 a 0,90), por lo tanto puede existir un rango considerable de grasa corporal entre individuos del mismo IMC.

El IMC es la medida antropométrica utilizada en los estudios poblacionales, y la relación de este índice con el aumento de morbimortalidad es notoria.

Tabla N°1 Clasificación de Sobrepeso y Obesidad en adultos por el IMC Girolami, D.
(2003)

	IMC	Riesgo de Comorbilidad
Bajo Peso	<18,5	Bajo peso (incrementa el riesgo de otros problemas clínicos por ejemplo Cáncer)
Normal	18,5-24,9	Promedio
Sobrepeso	25-29,9	Levemente aumentado
Obesidad	>30	
Clase I	30-34,9	Moderado
Clase II	35-39,9	Severo
Clase III	>40	Muy severo o Mórbida

Índice Cintura-Cadera: fue el primero en usarse para determinar la asociación entre distribución del tejido adiposo y enfermedad cardiovascular.

Es un predictor independiente de trastornos metabólicos, como insulinoresistencia, hipertensión arterial, hiperlipidemia y arterosclerosis. El punto de corte del cual se aumenta el riesgo para desarrollo de enfermedad es: 0,90-0,95 para hombres y 0,80-0,85 para mujeres, ésto se considera obesidad central o androide o tipo manzana. Por debajo de estos valores estamos en presencia de obesidad de tipo periférica o ginoide o tipo pera.

Perímetro de la cintura: es un índice más confiable para evaluar variaciones de la grasa abdominal y tiene un menor margen de error. Estos valores son aceptados por el Instituto Nacional de Salud Americano y la OMS:

Tabla N°2: Valores normales de Circunferencia de la cintura Girolami, D. (2003)

	Normal	Riesgo alto	Riesgo muy alto
Hombres	<94cm.	94cm-102cm	>102cm
Mujeres	<80cm	80cm-88cm	>88cm

Diámetro Sagital: se define como el máximo diámetro del abdomen en el plano sagital. Este diámetro es el más sensible para evaluar la cantidad de tejido graso visceral aunque puede tener un margen de error. Un diámetro sagital > a 23 en varones y a 26 en mujeres, es un punto de corte a partir del cual se considera aumentada la grasa visceral.

Pliegues Cutáneos: han sido usados desde hace muchos años para estimar la cantidad de grasa corporal, ya que la grasa subcutánea guarda relación con la cantidad de grasa total. Los pliegues tripcipital y subescapular son los más usados. Se considera obesidad a los valores de los pliegues que superen el percentil 95 de las tablas.

3.2.4. Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad

3.2.4.1. Historia de la Cirugía de la Obesidad (CB)

Braguinsky, 2007. La Cirugía Bariátrica nació en Minneapolis, Minnesota, el 9 de abril de 1954. Arnorl Kremmer, John H. Linner y Charles Nelson realizaron una derivación intestinal (es una cirugía destinada a acortar el tubo digestivo de forma que quede menos superficie intestinal para absorber los nutrientes de los alimentos digeridos que discurren por él, o bien para evitar una zona de intestino bloqueada o enferma. Habitualmente, la técnica consiste en anastomosar el yeyuno al íleon) en una enfermera con 155 Kg. de peso y graves problemas agregados. Informaron de su operación: donde unieron la primera parte del yeyuno con el final del íleon para disminuir la superficie de absorción intestinal. Nació así la cirugía “absortiva” de la obesidad, llamada así porque afecta la fase de absorción de los alimentos debido a una pequeña longitud del intestino funcionante. Tuvo buenos resultados iniciales pero pronto se observó que tenían consecuencias desfavorables para los enfermos, que sufrían listesis renal, esteatorrea hepática o desnutrición severa. Hacia mediados de la década del 70 esta operación fue desechada por la comunidad médica y está totalmente contraindicada.

Poco después de la cirugía absortiva nació la “restrictiva”, cuyo objetivo es restringir la capacidad gástrica y provocar un síndrome de estómago pequeño gracias al cual el paciente se siente satisfecho cuando ingiere una mínima porción del alimento. El pionero de esta cirugía fue Edgard E. Mason, quien el 11 de mayo de 1966 operó a la primera paciente con obesidad: hizo un cierre gástrico y formó un neoestómago de aproximadamente 100ml, que unió el intestino por una gastroyeyunoanastomosis. A partir de entonces se han ensayado numerosas técnicas.

El doctor Mathias L. Fobi hizo un estudio histórico y encontró que hay 43 técnicas sugeridas para controlar la obesidad, la mitad de ellas quirúrgicas y después de un análisis tanto de los resultados como de las publicaciones científicas, concluyó que hay solamente 3 técnicas quirúrgicas para la obesidad que pueden ser confiables, reproducibles y seguras.

En marzo de 1991, los NIH en los EEUU reunieron a un grupo de médicos expertos y analizaron el papel de la cirugía en el tratamiento de la obesidad severa. Dictaminaron que: la obesidad severa es una enfermedad mortal, que acorta la vida y produce o agrava diversas enfermedades; los tratamientos médicos para este tipo de obesidad tienen resultados muy pobres o nulos y la cirugía restrictiva es el tratamiento de elección para esta enfermedad. Esto constituyó el reconocimiento formal de la cirugía en el armamentario terapéutico para la obesidad severa que, a partir de entonces, ya ha tenido en forma progresiva una mejor y mayor aceptación tanto de la comunidad médica como en el público.

En México, la cirugía de la obesidad se inició al final de la década de 1960 y principio de la de 1970, cuando dos grupos de cirujanos realizaron sendas series de operaciones de derivación intestinal para valorar su utilidad para el control de la obesidad severa. Poco después ambos grupos concluyeron que esta técnica tenía efectos indeseables y así lo informaron a la comunidad médica.

Posteriormente se iniciaron las operaciones restrictivas, con derivaciones gástricas en varias modalidades, seguidas de gastroplastías verticales. Actualmente México es uno de los países con mayor experiencia en Latinoamérica en cirugía de la obesidad, y los grupos de cirujanos, tanto en las prácticas privadas como en las instituciones oficiales de salud, realizan en forma continua operaciones para el control de esta enfermedad.

En 1993 se fundó la Sociedad Mexicana en Cirugía de la Obesidad, A. C., a su vez esta sociedad fundó junto con la americana, la sueca y la italiana la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad (IFSO).

A lo largo de estos casi 50 años el objetivo de los cirujanos ha sido uno: lograr el bienestar del paciente por medio de la reducción de su obesidad. Inicialmente sus esfuerzos fueron encaminados a encontrar la mejor operación, y a disminuir riesgos operatorios y peri operatorios. Posteriormente buscaron documentar no sólo el descenso del peso corporal y la mejora del IMC, sino la mejoría en las alteraciones clínicas (HTA, neuropatías, artropatías, etc.) y químicas (glucosa, colesterol, TG, etc.) como consecuencia de la cirugía. Actualmente, cuando la cirugía es confiable, reproducible y razonablemente segura, el esfuerzo está encaminado a mejorar la calidad de vida y evaluar los resultados no sólo en términos de exceso de peso perdido, sino de bienestar del enfermo operado.

Gonzalez, J.; Alvarez, L.; Bernardo, C. (2008) "El término Bariátrico fue adoptado hacia 1965 y consta del prefijo griego baro: peso y el sufijo iatros: los que practican la medicina. Asociado a la palabra cirugía se refiere a la cirugía de la obesidad".

El objetivo de la Cirugía Bariátrica es mejorar la salud en el obeso mórbido mediante la pérdida de peso suficiente a largo plazo.

3.2.4.2. Indicaciones de la Cirugía de la Obesidad

Rubio Herrera, M.A., 2005. Existe un consenso internacional acerca de las indicaciones de la cirugía para el enfermo con obesidad severa:

1. Edad: 18-55 años.
2. IMC: ≥ 40 kg/m² o ≥ 35 kg/m² con comorbilidades mayores asociadas, susceptibles de mejorar tras la pérdida ponderal.
3. Que la obesidad mórbida esté establecida al menos 5 años.
4. Fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
5. Ausencia de trastornos endócrinos que sean causa de la obesidad Mórbida.
6. Estabilidad psicológica:
 - a. Ausencia de abuso de alcohol o drogas.
 - b. Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, Psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (bulimia nerviosa).
7. Capacidad para comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.
8. Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
9. Compromiso de adhesión a las normas de seguimiento tras la Cirugía.
10. Consentimiento informado después de haber recibido toda la información necesaria (oral y escrita).

11. Las mujeres en edad fértil deberían evitar la gestación al menos durante el primer año pos-cirugía.

Los pacientes que no llenen estos requisitos no deben ser sometidos a cirugía de la obesidad, ya que los protocolos de estudio en todo el mundo han considerado por consenso éstas como condiciones indispensables para realizar dichas operaciones. Los individuos con sobrepeso discreto no deben ser operados, y a ellos se les debe ofrecer tanto el cambio de los hábitos alimentarios como de actividad física.

En cuanto a la dieta pre-quirúrgica, el objetivo principal es lograr el descenso de peso previo, disminuyendo tejido adiposo visceral y volumen hepático para facilitar la técnica quirúrgica.

3.2.4.3. Evaluación y Preparación Preoperatorio

El enfermo con obesidad severa debe ser estudiado íntegramente, lo que supone una historia clínica completa, análisis de laboratorios: biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, perfil hepático, perfil de coagulación, insulina en sangre; y gabinete: placa simple de tórax, sonido hepático, electrocardiograma, semejantes a los preoperatorios de una cirugía mayor, valoración integral por el cirujano, el nutricionista, el cardiólogo y el psicólogo o el psiquiatra.

Un paciente que va a someterse a cirugía de obesidad debe realizar una preparación previa semejante a la de toda cirugía digestiva: baño frecuente con jabón antiséptico varios días antes de la cirugía, abstinencia de tabaco desde el momento de la programación de la cirugía y alimentación ligera el día anterior a la intervención.

Es necesario considerar que la relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La relación médico-paciente (RPM) se define en ámbitos sanitarios como “la interacción que se produce entre un agente de salud (médico, equipo de médicos, auxiliares de atención, diagnóstico y tratamiento) y una o varias personas

(pacientes) con una necesidad de asistencia (enfermedad o situación que requiere orientación) con el objetivo de diagnosticar, curar o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad” (Dra. Bustabad, S., Hospital Universitario de Canarias).

La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea; puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento. En ella, el paciente debe tener confianza en la idoneidad de su médico y debe sentir que aquél puede ser su confidente.

Cuanto mejor sea la relación en términos de respeto mutuo, conocimiento, confianza, valores compartidos y perspectivas sobre enfermedades y la vida, y el tiempo disponible, mejor será la cantidad y calidad de la información sobre la enfermedad del paciente que se intercambiará en ambas direcciones, optimizando la precisión del diagnóstico, aumentando el conocimiento del paciente sobre la enfermedad o dolencia y logrando la adhesión de éste al tratamiento.

En este vínculo, el paciente tiene derecho a un trato digno y amable, a que se le explique su enfermedad y a la protección delicada de su intimidad corporal y personal.

3.2.4.4. Técnicas Quirúrgicas

En la conferencia de Consenso de los NIH de los EEUU en 1991, se consideraron dos tipos de técnicas quirúrgicas como las más adecuadas para tratar la obesidad severa: la derivación gástrica (bypass gástrico) con sus variantes y la gastroplastía vertical con sus variantes. En los últimos años, el surgimiento de la cirugía de invasión mínima ha permitido que se realicen estas técnicas por vía laparoscópica y que se introduzcan otras más.

La Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad A. C. considera que en el momento actual se pueden recomendar:

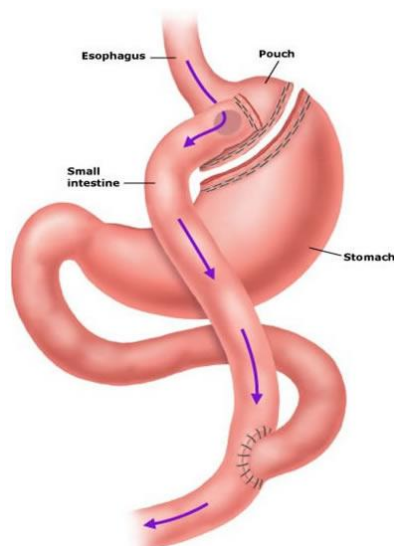
- Derivación Gástrica (Bypass Gástrico) tipo Mason: esta operación consiste en la creación de una pequeña bolsa gástrica, con capacidad de 25-30 ml, que se une al resto del aparato digestivo por medio de una Y de Roux. El yeyuno se secciona a 10-15cm. del ángulo de Treitz, se asciende por el espacio retrocólico

y se une por una gastro-yeyuno-anastomosis con una boca anastomotica no mayor de 1,2 cm.

El estómago residual, el duodeno y el yeyuno proximal se unen por medio de una yeyuno-yeyuno anastomosis término-lateral o látero-lateral, la cual se realiza a una distancia variable de entre 30 y 100cm del ángulo de Treitz.

Es importante preservar la circulación del estómago, tanto en la bolsa gástrica neoformada, como en el resto, de modo que continúe siendo anatómica y funcionalmente íntegro.

Figura N°2: Derivación Gástrica (Bypass Gástrico) tipo Mason Y de Roux (Braguinsky, 2007)



- Derivación Gástrica tipo Capella: el cirujano colombiano R. Capella diseñó una intervención quirúrgica que se lleva a cabo con grapadoras quirúrgicas, con las que forma un pequeño rectángulo del estómago de 20-30ml de capacidad. Realiza una sección del yeyuno cuya asa distal asciende en forma retrocólica hasta llegar al estómago, al cual se conecta con una sutura termino-terminal con objeto de mantener el diámetro de esta sutura sin que haya presión por exceso de alimento, se coloca una banda de silastic en la parte inferior del estómago.

- Desviación Gástrica Reforzada tipo Fobi: esta operación consiste en la creación de un neo-estómago de forma triangular no mayor de 25 ml, en la curvatura menor del estómago -en cierta forma semejante al neo-estómago de la

operación de Torres y Oca-, al cual se le une el yeyuno pero no término-terminal, sino ascendiéndolo hasta la cubra, como un parche seroso, la línea de sección gástrica.

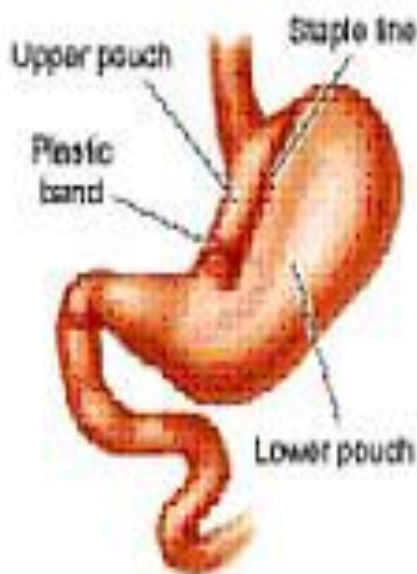
La unión del estómago y el yeyuno se hace en la porción inferior del neo-estómago en una anastomosis no mayor de 12mm, pero antes se deben colocar un anillo de silastic 2cm por arriba de la zona de anastomosis. La función de este anillo es la de disminuir la presión sobre la unión gastro-yeyunal. El resto de la operación se realiza como en las intervenciones anteriores.

Figura N°3: Desviación Gástrica Reforzada tipo Fobi (Braguinsky, 2007)



- Gastroplastia Vertical con Anillo tipo Laws: en esta operación se crea una pequeña bolsa gástrica vertical de no más de 12-20ml de capacidad, mediante la colocación de una cuádruple hilera de grapas de titanio en forma paralela a la curvatura menor del estómago. A continuación se coloca un segmento de silastic que forma un anillo en el extremo inferior de la zona engrapada, 1cm por arriba de la zona que tiene aun grapas. El tamaño del anillo de silastic tiene que ser evaluado individualmente, dado que el espesor de cada pared gástrica es diferente. En general, es preciso colocar un anillo de 4,5 a 6,5cm de longitud.

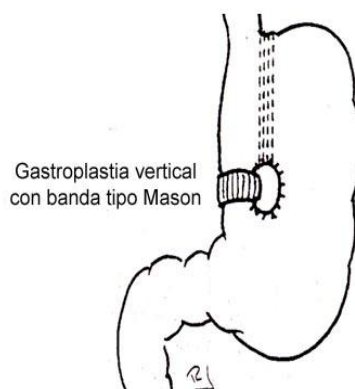
Figura N°4: Gastroplastia Vertical con Anillo tipo Laws (Braguinsky, 2007)



- Gastroplastia Vertical con Banda tipo Mason: en esta operación se forma primero una ventana en el estómago, a la altura de la incisura angular mediante un aparato de grape circular, que une la pared anterior, y posterior del estómago y extirpa un fragmento circular de ambas paredes. Acto seguido, se crea el neo-estómago de no más de 15-20ml por la colocación de una hilera cuádruple de grapas de titanio paralela a la curvatura menor del estómago.

Entre la curvatura menor del estómago y la ventana gástrica se coloca una banda de polipropileno o politetrafluoretileno de 1,5cm de ancho que envuelve ese segmento, y se cose con material absorbible.

Figura N°5: Gastroplastia Vertical con Banda tipo Mason (Braguinsky, 2007)



- Banda Gástrica Ajustable Laparoscopia Lap-Band tipo Belachew: consta de un anillo de silastic inflable, unido a un tubo alimentador y un reservorio semejante a los utilizados para quimioterapia percutánea.

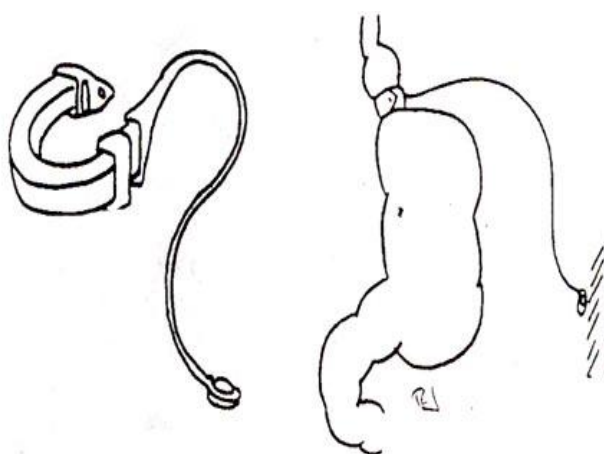
Se coloca en el fondo gástrico, muy cerca de la unión esófago gástrica, para formar un neo-estómago de 20ml.

La banda gástrica ajustable se puede colocar por laparotomía o por laparoscopia. Al colocarla por laparotomía, se hace en el abdomen una pequeña incisión vertical media supraumbilical, se disecciona la unión esófago gástrica y se coloca la banda, cerrándola, calibrándola y fijándola con puntos gastro-gástrico sin lesionarla.

Si la operación se hace por laparoscopia, se utilizan 5 o 6 trocares, se aborda la región esófago gástrica, se hace la disección de un pequeño túnel retrogástrico, se pasa la banda, se cierra y se calibra desde el exterior. Al terminar se coloca el reservorio en el fondo de la aponeurosis del recto anterior o del oblicuo.

La banda puede ser ajustada en los meses subsecuentes por la inyección o extracción de agua estéril de reservorio.

**Figura N°6: Banda Gástrica Ajustable Laparoscopia Lap-Band tipo Belachew.
(Braguinsky, 2007)**



Cirugía laporoscópica Lap-Band (R) tipo Belachew

- Banda Gástrica Ajustable Laparoscópica SAGB Quick Close: es también una banda inflable, no tiene memoria pero puede cerrarse con facilidad al unir sus extremos para que ajuste automáticamente.

La técnica de colocación es similar, ya sea por laparotomía, en donde a través de una pequeña incisión media supraumbilical se llega al estómago, se disecciona la unión esófago gástrica y se coloca y fija la banda, o por laparoscopia, en donde a través de 5 o 6 trocares se hace una disección cuidadosa de un túnel retrogástrico y se coloca la banda, se cierra y se fija con material absorbible, al igual que en la anterior.

El reservorio de esta banda se coloca por delante del esternón o en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. La misma puede ser ajustada en los meses subsiguientes por la inyección o extracción de agua estéril del reservorio.

- Derivación Biliopancreática con Switch Duodenal tipo Baltasar: en 1993 el cirujano canadiense Picard Marceau presentó una modificación de la técnica quirúrgica de derivación gástrica, y en 1995 el cirujano español Aniceto Baltasar publicó los primeros resultados en Obesity Surgery.

El objetivo de esta operación es asegurar al paciente una alimentación no excesiva restrictiva y combinar ésta con una absorción deficiente.

La técnica consiste en una gastrectomía longitudinal que deja una bolsa gástrica grande, de más de 400-500ml de capacidad. A continuación se corta la primera porción del duodeno y asciende la rama distal para unirla al estómago a nivel del píloro.

El duodeno (cerrado en su porción proximal) y el intestino delgado se unen al asa intestinal a distancia variable entre 100 y 200cm. El objeto de conectar el duodeno y el yeyuno muy abajo en el tracto intestinal es disminuir en forma importante la absorción de alimento.

- Derivación Gástrica, Gastroplastia Vertical, Switch Duodenal y Manga Gástrica realizados por vía laparoscopia: estas operaciones son similares a las descritas líneas arriba y se realizan con técnica laparoscópica gracias al desarrollo de grapadoras quirúrgicas especiales para laparoscopia.

Es indudable que la aparición de la cirugía laparoscópica cambió para siempre la forma de operar, pero en el caso de la cirugía de la obesidad esto es más importante, porque el paciente obeso tiene una respiración abdominal, que

quedaba muy restringida con las grandes incisiones de la pared abdominal que se realizaron antes de que aparecieran las técnicas de invasión mínima.

Esto permite que la evolución postoperatoria de los pacientes sea mejor y su tiempo de hospitalización sea más breve (unas cuantas horas). En la actualidad, todos los centros de cirugías de obesidad en el mundo están capacitando a sus cirujanos para la realización de todas las técnicas quirúrgicas por vía laparoscópica.

Figura N°7: Gastrectomía en Manga (Braguinsky, 2007)



Se puede dividir a las técnicas quirúrgicas en base a dos principios fundamentales, que son la limitación de la ingesta, por la reducción del tamaño gástrico, y la hipoabsorción, derivada del retraso en la mezcla de los alimentos con las secreciones biliopancreáticas.

Clasificando a las técnicas quirúrgicas en “Malabsortivas” por ejemplo el By Pass Yeyuno-ileal, el cual no se emplea por su aumentada morbilidad; “Restrictivas” que son técnicas que producen una restricción al paso del alimento consiguiendo una saciedad postprandial temprana entre las que se incluyen Banda Gástrica Ajustable, la Gastroplastia Tubular o Gastrectomía Vertical, la Gastrectomía Vertical con Banda todas ellas se encuentran actualmente en desuso y por último la Gastrectomía en Manga; “Mixtas”, las cuales asocian una técnica restrictiva con una técnica malabsortiva como el By Pass Gástrico, la Derivación

Biliopancreática y el Cruce Duodenal; y por último la “Cirugía de Revisión o Secundaria” indicada en pacientes que ya están intervenidos de Cirugía Bariátrica y que padecen pérdida ponderal inadecuadas o secuelas graves relacionadas con su intervención.

La selección de las técnicas debe realizarse teniendo en cuenta el patrón de ingesta, la elección y las características del paciente, los riesgos de las enfermedades concomitantes y la experiencia del equipo quirúrgico.

3.2.4.5. Manejo Postoperatorio

El manejo postoperatorio del paciente obeso no difiere fundamentalmente del que se indica para todo paciente operado, pero hay que tener presentes varios puntos para prevenir problemas:

1. Ventilación: el enfermo obeso tiene limitada su ventilación, y puede tener bronco espasmo al terminar la anestesia. Es prudente vigilar en forma continua su ventilación y actuar en consecuencia; además, su respiración es predominantemente abdominal, por eso no es conveniente que se coloquen vendas abdominales.

2. Anticoagulación: el enfermo obeso tiene tendencia a la hipercoagulabilidad, por lo que debe recibir heparina o glucosaminoglicano de heparina en dosis farmacológicas.

3. Movilización: uno de los factores determinantes de la evolución del paciente operado es la movilización temprana, que debe iniciarse el día mismo de la operación.

4. El resto de órdenes: hidratación, antibioticoterapia, analgesia, son similares a las indicadas en todas las intervenciones quirúrgicas.

5. A las 24 horas, antes de iniciar la hidratación por vía oral, es necesario hacer un estudio radiográfico con material de contraste para verificar que la operación es anatómica y funcionalmente correcta.

6. La alimentación oral se inicia con pequeñas cantidades de líquido cada 5 o 10 minutos, para hidratar al enfermo adecuadamente y poder suspender

la hidratación endovenosa. A la semana, se añadirán purés o papillas y, a las cuatro o cinco semanas, se indicarán tres alimentos al día.

7. Parte importante de la recuperación es la actividad física. Un enfermo operado debe caminar por lo menos una hora al día y, después de tres semanas, hacer ejercicio físico aeróbico por 45-60 minutos diariamente.

3.2.4.6. Seguimiento a mediano y largo plazo

El manejo integral del enfermo obeso requiere la vigilancia continua y el seguimiento de por vida del paciente. En este sentido, el enfermo debe ser visto por el cirujano al menos una vez por mes en el primer año, después cada 3 o 4 meses por dos años, y cada 6 u 8 meses en los años subsiguientes.

En estas visitas, es necesario conocer además del descenso de peso, la baja del IMC y del porcentaje de grasa corporal, las condiciones clínicas del enfermo, las modificaciones de los parámetros químicos alterados por la obesidad, sus nuevos hábitos alimentarios, su tolerancia al ejercicio físico.

En los individuos operados de restricción gástrica o sus variantes se puede presentar, a mediano y largo plazo, anemia ferropénica, que afecta al 5%-10% de los enfermos y requiere la administración oral de hierro. En ocasiones, con frecuencia del 1%-2%, puede presentarse úlcera de la boca anatómica que necesite tratamiento médico y, en raras ocasiones, cirugías. Los enfermos operados pueden tener niveles séricos bajos de algunas vitaminas, por lo que a partir del segundo mes, se administraran en forma intermitente complementos vitamínicos por vía oral. La hernia de la pared abdominal se presenta entre el 1%-5% de los pacientes operados y requiere corrección quirúrgica una vez que el paciente ha perdido peso y la tensión sobre la pared abdominal a disminuido.

Dieta de Progresión para el Paciente en Postoperatorio

Para que la dieta del paciente en el postoperatorio funcione adecuadamente se realizan las siguientes recomendaciones generales:

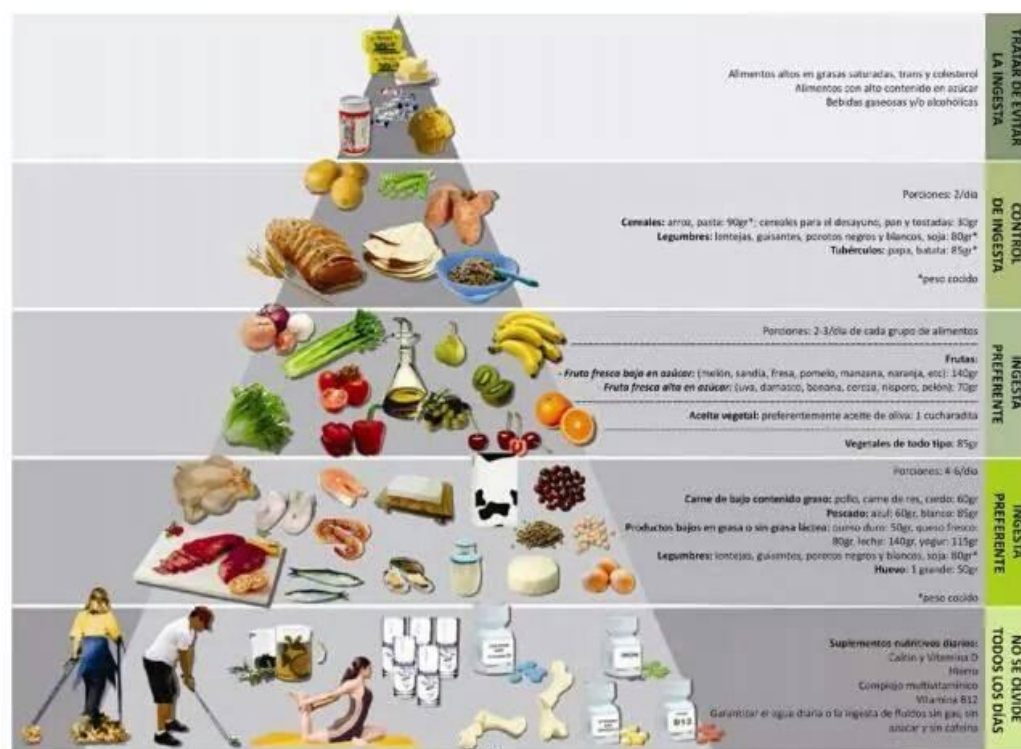
- Tomar cantidades inferiores a los 60 cc/hora.

- No tomar líquidos con las comidas.
- Comer despacio, masticando bien, invirtiendo un tiempo no inferior a 30 minutos en cada comida, bien sentado y con la espalda recta.
 - Repartir las comidas en 6-7 tomas al día.
 - Mantener un horario regular de comidas.
 - Dejar pasar 2 ó 3 horas entre comidas.
 - Tomar, al menos, 2 litros de líquidos al día.
 - Evitar bebidas alcohólicas, gaseosas y excitantes como el café o el tabaco.
- La leche y los yogures deben ser desnatados y los quesos, frescos.
- Evitar las carnes grasas, los pescados en conserva de aceite, dulces, mantequilla, margarina y alimentos muy grasos como tocino o embutidos y consumir el aceite con moderación, así como los frutos secos, por su alto contenido en grasa.
 - En caso de hipertensión, evitar la sal, los productos en salazón, las sopas de sobre y las conservas, en general.
 - Evitar el picoteo.
 - Practicar a diario algún ejercicio físico, al menos durante 30 minutos.
 - La incorporación de alimentos nuevos debe ser de uno en uno, para poder identificar fácilmente los que no son tolerados. Si no se tolera algún alimento, dejar pasar unos días antes de probarlo de nuevo.
 - No forzar nunca la ingesta.
 - Durante el primer mes, el objetivo es conseguir una progresión alimentaria adecuada, con pequeñas ingestas repartidas a lo largo del día, para evitar fallos en la sutura, grapado gástrico u obstrucciones. La alimentación será líquida (caldos, zumos e infusiones) durante el postoperatorio inmediato y dieta líquida completa al alta y durante el primer mes.
 - En el segundo mes se inicia una dieta triturada a base de purés de verduras, patatas, legumbres y hortalizas acompañadas de alimentos proteicos (carne, pescado o huevos); todo ello hervido y pasado por el pasapurés, no batidora. Se recomienda tomar las frutas sin piel, trituradas, en zumo o compota sin azúcar. Los lácteos y derivados deberá tomarlos igual que en la fase anterior.

- A partir del tercer mes se van incorporando alimentos enteros, según tolerancia. Puede empezar tomando patatas hervidas, fruta madura, jamón cocido, panes, etc. Los lácteos y derivados los tomarán igual que en la fase anterior.

Existe un patrón general de alimentación para los pacientes tratados mediante cirugía Bariátrica a través de una Pirámide Alimentaria en Cirugía Bariátrica elaborada por la Unidad Funcional de Obesidad del Hospital Clínic de Barcelona, la cual asegura la ingesta de proteínas de la dieta minimizando el aporte calórico.

Figura N°8: Pirámide Alimentaria en Cirugía Bariátrica elaborada por la Unidad Funcional de Obesidad del Hospital Clínic de Barcelona



Fuente: Adaptado de Moize, Violeta. 20

3.2.4.7. Importancia del Concepto de Cuidado Integral del Paciente

Los estudios a largo plazo de la evolución de los pacientes confirman que la situación de quienes sufren sobrepeso condiciona la tendencia a volver a las prácticas poco saludables de mala alimentación y sedentarismo.

Esto ha llevado a la creación del concepto “cuidado integral del paciente” que supone que son tan importantes la intervención quirúrgica como el apoyo del grupo de nutricionistas, psicólogos, preparadores físicos, etc. para que el resultado final sea satisfactorio.

Por que el objetivo de estas operaciones no es el descenso de peso de los pacientes, sino su cambio en el estilo de vida poco saludable por uno saludable, lo cual inevitablemente conlleva el descenso de peso corporal, la disminución del porcentaje de grasa corporal y la disminución de la severidad o eliminación de las comorbilidades asociadas con la obesidad.

En todo el mundo, las clínicas o grupos de trabajo con mejores resultados son los que adoptan el concepto de cuidado integral del paciente, y los especialistas que participan unen sus esfuerzos para ofrecer lo mejor a cada individuo operado.

3.2.4.8. Evaluación del Resultado de la Cirugía

Uno de los puntos fundamentales de la cirugía de la obesidad es la valoración del resultado a corto y largo plazo. Y para esto hay diversas formas de valorar los resultados de las intervenciones quirúrgicas. En términos generales, se acepta que las mismas tienen una morbilidad menor del 5% y una mortalidad menor de 0,5%, para la obesidad severa.

Para estimar los resultados de la cirugía de la obesidad, es preciso tener en cuenta que no existe relación entre la magnitud del peso perdido y el bienestar del paciente, dado que hay quienes no han perdido más del 25% de su exceso de peso y se sienten satisfechos, en tanto que puede haber otro que ha perdido casi el 100% y no tiene satisfacción por ello.

Las formas más comunes de valorar los resultados son:

- Tomando en cuenta el porcentaje de exceso de peso perdido:

Excelente	100%-75%	exceso de peso perdido
Bueno	74%-50%	exceso de peso perdido
Regular	49%-25%	exceso de peso perdido
Malo	25%-0%	exceso de eso perdido

- Edgard E. Mason señala simplemente que un buen éxito es la pérdida del 25% o más del exceso de peso a cinco años, sin reoperaciones.

3.3. Imagen Corporal

Los ideales de belleza establecidos por la sociedad marcan ciertos patrones físicos y de Imagen Corporal, los cuales suponen una alta presión sobre toda la población.

Quienes poseen las características del modelo, tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que los que se apartan de él, suelen tener una baja autoestima.

En la sociedad actual la delgadez es signo de salud, belleza y aceptación social, un gran número de mujeres son producto de una cultura en la que se afirma la delgadez como lo mejor y no se encuentran satisfechas con su figura porque sobrevaloran sus dimensiones al tratar de conformarse a la imagen de femineidad que presentan los mensajes publicitarios.

Así surge una conflictividad entre el sujeto y su apariencia externa haciéndose presente la fantasía de adelgazamiento que viene dada cuando el peso actual es mayor al deseado. Sin embargo un estado de salud equilibrado no se debe medir por una gran talla, ni un peso perfecto sino se lo valorará en función del bienestar físico, mental y social de la persona.

Definición

García Guevara; García Orellana; Maldonado López (2011) citan a Pruzinsky; Cash (1990), proponen que existen varias definiciones de imagen corporal interrelacionadas:

- Una Imagen Perceptual, refiriéndose a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental incluyendo información sobre el tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.

- Una Imagen Cognitiva que incluye pensamientos, auto mensaje, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una Imagen Emocional que incluye sentimientos sobre “el grado de satisfacción” con nuestra figura y con la experiencia que nos proporciona nuestro cuerpo.

Slade (1994). Este autor define a la Imagen Corporal como una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y su tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo.

Para Torresani; Somoza (2005). La imagen Corporal es definida a través de dos puntos de vista:

- Neurológico: como el esquema o la imagen mental del propio cuerpo en la conciencia,
- Psicológico: como las actitudes y sentimientos que el propio cuerpo genera.

Esta imagen o fotografía mental abarca figura, dimensiones, postura y sentimientos.

La imagen corporal se observa a través de dos percepciones: Perceptual y Afectiva o emocional.

Normalmente la imagen corporal coincide con la realidad, lo cual significa que uno se ve tal como es.

Figura Corporal

Zukerfeld, R (1986-1992). Comprende todas las percepciones conscientes de las dimensiones, posturas, movimientos y superficie corporal, asequibles a los órganos de los sentidos.

3.3.1. Factores que influyen en la formación de la Imagen Corporal

La formación de la Imagen Corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera a los demás. A lo largo de la vida la Imagen puede ir modificándose hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo. El resultado de esto dependerá de la interacción de los siguientes factores:

- ✓ El propio cuerpo refiriéndose a todos los datos objetivos posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos.
- ✓ La percepción del cuerpo en cuanto a la formación de la imagen corporal, tienen relevancia los aspectos a los que se presta especial atención y los que se omiten.
- ✓ Pensamientos sobre el cuerpo haciendo referencias a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo.
- ✓ Sentimientos en relación con el cuerpo haciendo referencia al resultado de una emoción a través del cual el consciente tiene acceso al estado anímico con relación a su apariencia física corporal.
- ✓ Comportamientos con relación al cuerpo. Si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su figura evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esto refuerza la imagen que se tiene de uno mismo.

3.3.2. Distorsión de la imagen corporal

Existe una distorsión de ambas percepciones:

- ✓ Perceptual: hay un grado de inexactitud de la imagen corporal.
- ✓ Afectiva o emocional: hay un grado de insatisfacción con el propio cuerpo.

Se produce una distorsión entre lo que se piensa que es y lo que realmente es.

Capítulo 4:

Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio Descriptivo, ya que se encargó de describir variables en un momento determinado.

Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio; 1999, expresan que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”.

En este estudio se describieron el estado nutricional, las conductas alimentarias y la satisfacción corporal en pacientes sometidos a Cirugías Bariátrica en Tucumán.

También es estudio Correlacional porque tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio; 1999).

4.2. Hipótesis de investigación

1. Al cabo de los seis meses de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

2. Al cabo de un año de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

3. Entre los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica existe relación entre la satisfacción corporal y el estado nutricional antropométrico.

4. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica no están satisfechos con su figura corporal actual.

5. En el grupo de pacientes con Cirugía Bariátrica predomina el deseo de adelgazar.

6. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de lácteos.

7. El consumo de hortalizas aumentó en los pacientes con Cirugía Bariátrica.

8. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de dulces, azúcares y mermeladas.

9. Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la Cirugía.

4.3. Definición de variables

Variable N°1: Estado nutricional antropométrico

Definición conceptual: “conjunto de mediciones que permiten apreciar los diferentes grados de nutrición del individuo. Con estas mediciones se obtienen parámetros comparables con tablas de medición normal, e índices antropométricos de la composición corporal derivados de una medición o de una combinación de mediciones”.

Definición operativa: el estado nutricional antropométrico se ponderará a partir de la determinación del IMC. La toma del mismo se realizó empleando los criterios de medición propuestos por Girolami, D. (2003) se registraron: *Peso* y *Talla*. Con estos datos se aplicó la fórmula: $\text{Peso}/\text{Talla}^2$ y a partir del resultado se categorizó la variable.

Categorías de la variable:

- Normal: 18,5-24,9
- Sobrepeso: 25-29,9
- Obesidad: >30
- Obesidad Clase I: 30-34,9
- Obesidad Clase II: 35-39,9
- Obesidad Clase III: >40

Variable N°2: Estado nutricional antropométrico actual

Definición conceptual: “conjunto de mediciones que permiten apreciar los diferentes grados de nutrición del individuo, que se registran en el momento en que se realiza el diagnóstico. Con estas mediciones se obtienen parámetros comparables con tablas de medición normal, e índices antropométricos de la composición corporal derivados de una medición o de una combinación de mediciones”.

Definición operativa: el estado nutricional antropométrico se ponderará a partir de la determinación del IMC. La toma del mismo se realizó empleando los criterios de medición propuestos por Girolami, D. (2003) se registraron: *Peso* y *Talla*. Con estos datos se aplicó la fórmula: Peso/Talla^2 y a partir del resultado se categorizó la variable.

Categorías de la variable:

- Normal: 18,5-24,9
- Sobrepeso: 25-29,9
- Obesidad: >30
- Obesidad Clase I: 30-34,9
- Obesidad Clase II: 35-39,9
- Obesidad Clase III: >40

Variable N°3: Tiempo de intervención

Definición conceptual: es el tiempo que transcurrió desde la cirugía hasta el momento actual”.

Definición operativa: el tiempo de intervención fue extraído de la historia clínica de los pacientes.

Categorías de la variable:

- Seis meses
- Un año.

Variable N°4: Satisfacción con la Figura corporal actual (FCA)

Definición conceptual: “Estructura corpórea que un sujeto anhela tener e identificar como propia. Es la forma exterior del cuerpo humano que un individuo pretende poseer”.

Definición operacional: La satisfacción con la figura corporal actual fue ponderada con el Test de las Siluetas (ver anexo N°4) elaborado por Cruz Sáez y Maganto (2002); se basó en la identificación a partir de una escala de ocho siluetas de la figura que el sujeto aspira a poseer e identifica como propia. Del análisis de las diferencias entre estas figuras se determinó la:

- Ausencia de satisfacción: cuando la respuesta de la persona no concuerda con su imagen corporal actual, (la misma se ve más delgada o con una imagen corporal mayor a la que realmente tiene).
- Presencia de Satisfacción: cuando la respuesta de la persona concuerda con su imagen corporal actual.

Variable N°5: Satisfacción Corporal

Definición conceptual: sentimientos de conformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño).

Definición operativa: la satisfacción corporal fue valorada con los criterios propuestos por el Inventario para la evaluación de conductas Alimentarias (ICA). La prueba se constituyó de 91 ítems, correspondiendo los siguientes ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62 para valorar la satisfacción corporal a los cuales se pudo responder con las siguientes cuatro posibilidades: Siempre (o casi siempre), generalmente, algunas veces y nunca (o casi nunca). La persona evaluada debió hacer una cruz en el casillero correspondiente a una de las cuatro respuestas. (Ver anexo N° 5).

Categorías de la variable:

- Presenta satisfacción corporal: cuando las dimensiones de las conductas alimentarias indican valores de percentiles iguales o inferiores a 50%.
- No presenta satisfacción corporal: cuando las dimensiones de las conductas alimentarias indican valores de percentiles superiores a 50%.

Variable N°6: Deseos de Adelgazar

Definición conceptual: consiste en la “necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a ser gordo”. Se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso”.

Definición operativa: los deseos de adelgazar fueron valorados con los criterios propuestos por el Inventario para la evaluación de conductas Alimentarias (ICA). La prueba se constituyó de 91 ítems, correspondiendo los siguientes ítems 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 para valorar los deseos de adelgazar a los cuales se pudo responder con las siguientes cuatro posibilidades: Siempre (o casi siempre), generalmente, algunas veces y nunca (o casi nunca). La persona evaluada debió hacer una cruz en el casillero correspondiente a una de las cuatro respuestas. (Ver anexo N° 5).

Categorías de la variable:

- Presenta deseos de adelgazar: cuando las dimensiones de las conductas alimentarias indican valores de percentiles superiores a 50%
- No presenta deseos de adelgazar: cuando las dimensiones de las conductas alimentarias indican valores de percentiles iguales o inferiores a 50%.
-

Variable N°7: Consumo de lácteos

*Definición conceptual: “consumo deriva del latín *consumere* que significa tomar entera y conjuntamente. Es la acción y efecto de consumir alimentos en las cantidades diarias recomendadas admisibles para que el organismo pueda realizar sus funciones biológicas”.*

Definición operativa: el consumo de lácteos se evaluó a partir de la aplicación de un Cuestionario de Tolerancia-Preferencia (ver anexo 3)

Categorías de la variable:

- Disminuyó: cuando el consumo de lácteos es mayor antes que después de la cirugía.
- Mantuvo: cuando el consumo de lácteos es igual antes y después de la cirugía.

- Aumentó: cuando el consumo de lácteos es menor antes que después de la cirugía.

Variable N°8: Consumo de hortalizas

Definición conceptual: “consumo deriva del latín *consumere* que significa tomar entera y conjuntamente. Es la acción y efecto de consumir alimentos en las cantidades diarias recomendadas admisibles para que el organismo pueda realizar sus funciones biológicas”.

Definición operativa: el consumo de hortalizas se evaluó a partir de la aplicación de un Cuestionario de Tolerancia-Preferencia (Ver anexo 3)

Categoría de la variable:

- Disminuyó: cuando el consumo de hortalizas es mayor antes que después de la cirugía.
- Mantuvo: cuando el consumo de hortalizas es igual antes y después de la cirugía.
- Aumentó: cuando el consumo de hortalizas es menor antes que después de la cirugía.

Variable N°9: Dulces, azúcares y mermeladas

Definición conceptual: “consumo deriva del latín *consumere* que significa tomar entera y conjuntamente. Es la acción y efecto de consumir alimentos en las cantidades diarias recomendadas admisibles para que el organismo pueda realizar sus funciones biológicas.”

Definición operativa: el consumo de dulces, azúcares y mermeladas se evaluó a partir de la aplicación de un Cuestionario de Tolerancia-Preferencia (Ver anexo 3)

Categorías de la variable:

- Disminuyó: cuando el consumo de dulces, azúcares y mermeladas es mayor antes que después de la cirugía.

- Mantuvo: cuando el consumo de dulces, azúcares y mermeladas es igual antes y después de la cirugía.
- Aumentó: cuando el consumo de dulces, azúcares y mermeladas es menor antes que después de la cirugía.

Variable N°10: Procedimientos de elaboración de los Alimentos

Definición conceptual: “son todas aquellas operaciones mediante las cuales los alimentos crudos pasan a ser adecuados para su consumo, preparación o almacenamiento”.

Definición operativa: los procedimientos de elaboración de los alimentos se evaluaron a partir de la aplicación de un Cuestionario de Tolerancia-Preferencia (Ver anexo3)

Categorías de la variable:

- Disminuyó: cuando el número de procedimientos de elaboración de alimentos es mayor antes que después de la cirugía.
- Mantuvo: cuando el número de procedimientos de elaboración de alimentos es igual antes y después de la cirugía.
- Aumentó: cuando número de procedimientos de elaboración de alimentos es menor antes que después de la cirugía.

5.4. Diseño de investigación

No experimental, longitudinal se analizaron cambios a través del tiempo en determinadas variables o en las relaciones entre éstas; los cuales permitieron recolectar datos a través del tiempo en puntos o períodos especificados, para hacer referencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias (Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio; 1999).

5.5. Población y Método de Muestreo

Población: Todas las personas sometidas a Cirugías Bariátrica, en San Miguel de Tucumán, 2014.

Muestra: 40 personas (25 mujeres y 15 varones) sometidas a Cirugía Bariátrica entre los seis meses, un año o más de transcurrida la intervención, entre 20 y 60 años de edad, residentes en San Miguel de Tucumán, 2014.

Criterios de exclusión:

- *Personas con problemas de lectoescritura*
- *Personas postradas o amputadas*
- *Protocolos dudosos o incompletos,*
- *Personas que no brinden su consentimiento informado.*

Método de muestreo: no probabilístico, en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con bases en fórmulas probabilísticas, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupos de personas, y desde luego, las muestras seleccionadas por decisiones subjetivas tienden a estar sesgadas.

Este tipo de muestras, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitraria. La muestra dirigida selecciona sujetos típicos con la vaga esperanza de que fuesen casos representativos de una población determinada.

La ventaja es que su utilidad para determinado diseño de estudio requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Consideraciones éticas:

Los criterios éticos de este estudio se plantearon atendiendo a lo propuesto por las normas CIOMS en su artículo 5, que expresan:

- que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria;
- que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho;
- cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina;
- qué beneficios se espera de la investigación para la comunidad o sociedad en general, o su contribución al conocimiento científico.

Para el desarrollo de este estudio se brindó un consentimiento informado (Ver anexo N° 1) y una carta de aceptación a los participantes, así como también se garantizó el anonimato de los mismos (Ver anexo N°2).

4.6. Presentación de instrumentos

Para la recolección de datos de este trabajo se utilizó una encuesta que recabará:

- Datos personales: tales como edad, sexo, estado civil, tipo de cirugía, fecha en que se realizó la cirugía
- Datos antropométricos: peso actual, peso preoperatorio, peso a los 6 meses de la intervención, peso al año de la intervención, índice de masa corporal, talla, circunferencia de cintura, circunferencia de muñeca, circunferencia de cuello.
- Datos alimentarios: qué alimentos come, cómo los elabora, cuales alimentos no tolera, come fuera de horarios.

→ Test de siluetas (Cruz Sáez y Maganto 2002): que consiste en 8 figuras femeninas y masculinas que incrementan progresivamente su figura corporal con relación al aumento de peso. Se les hicieron diversas preguntas sobre las figuras, por ejemplo: ¿Qué figura representa tu peso actual? y ¿Qué figura representa tu peso ideal? o ¿Cómo te gustaría ser?.

→ Inventario para la evaluación de Conductas Alimentarias (ICA) (Cassullo, Pérez, 1997), el cual se propuso evaluar la presencia de síntomas asociados a tales trastornos.

4.7. Plan de Análisis de los datos:

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Mediante la aplicación de Estadística Descriptiva para la realización de tablas y gráficos.

Para la comprobación de hipótesis se usó la prueba de χ^2 , para una y dos variables.

Capítulo 5:

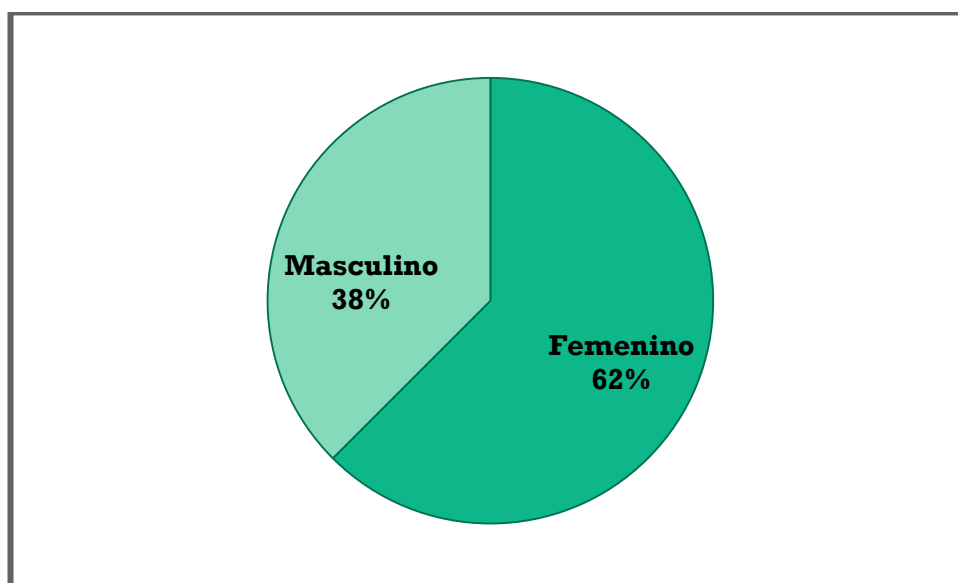
Resultados

La presente investigación se propuso indagar sobre el impacto de la Cirugía Bariátrica en relación al estado nutricional, las conductas alimentarias riesgosas y la satisfacción corporal, encuestando a un total de 40 pacientes Bariátricos. Se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1. Características de la muestra

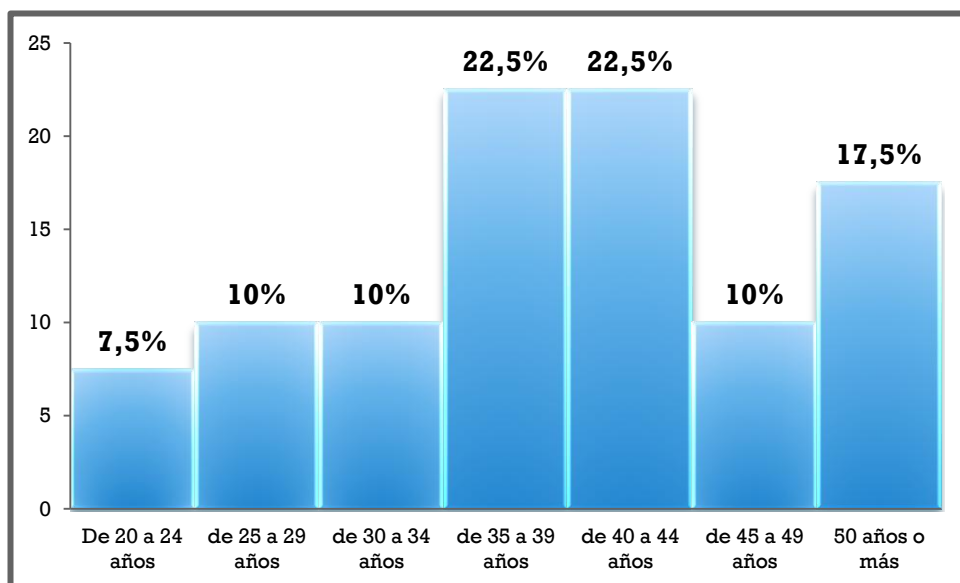
Teniendo en cuenta el sexo de los participantes tal como revela el gráfico n°1, se puede observar que es mayor el número de mujeres operadas (25 mujeres), contra sólo 15 hombres que recurrieron a la Cirugía.

Grafico N°1: Distribución de la muestra según sexo (n=40)



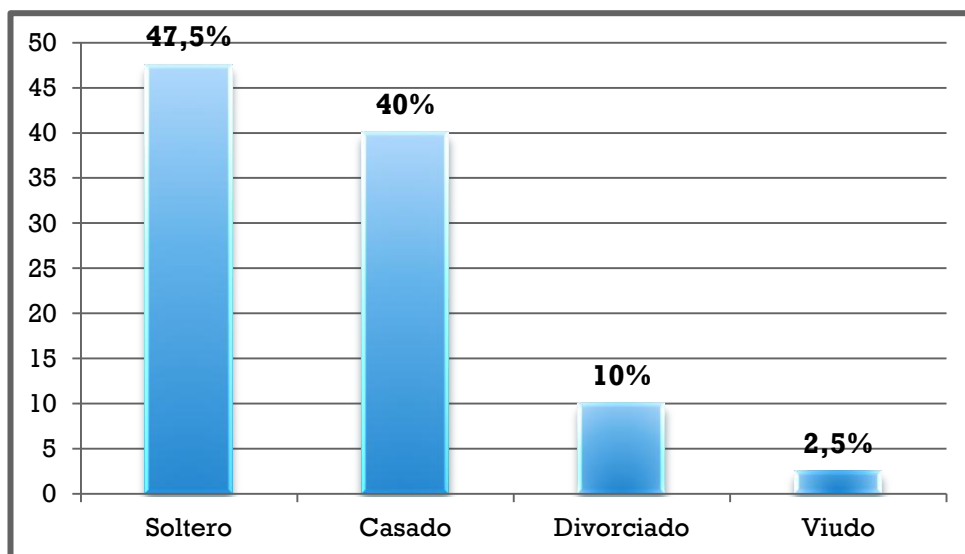
La edad promedio de los pacientes Bariátricos es de 36 años. Del total de participantes, el 45% tiene edades comprendidas entre 35 y 44 años, el 10% tiene entre 45 y 49 años; el 17,5% son personas de 50 años o más y el 27,5% restante tiene menos de 35 años.

Grafico N° 2: Distribución de la muestra según la edad (n=40)



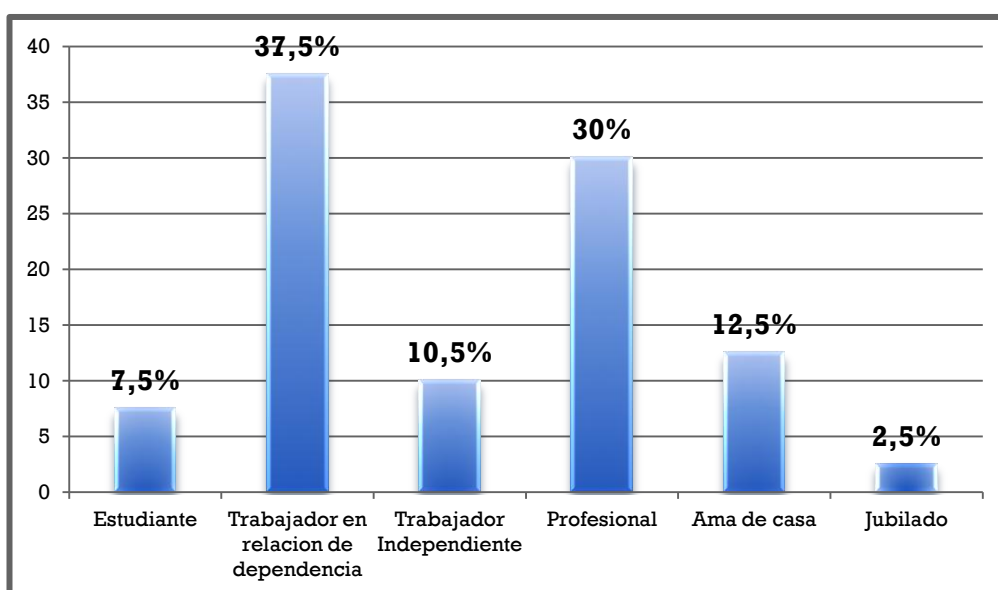
En cuanto a la distribución del estado civil un 47,5% de los pacientes encuestados son solteros, el 40%, casados y solo 12,5% son divorciados y viudos.

Grafico N° 3: Distribución de la muestra según el estado civil (n=40)



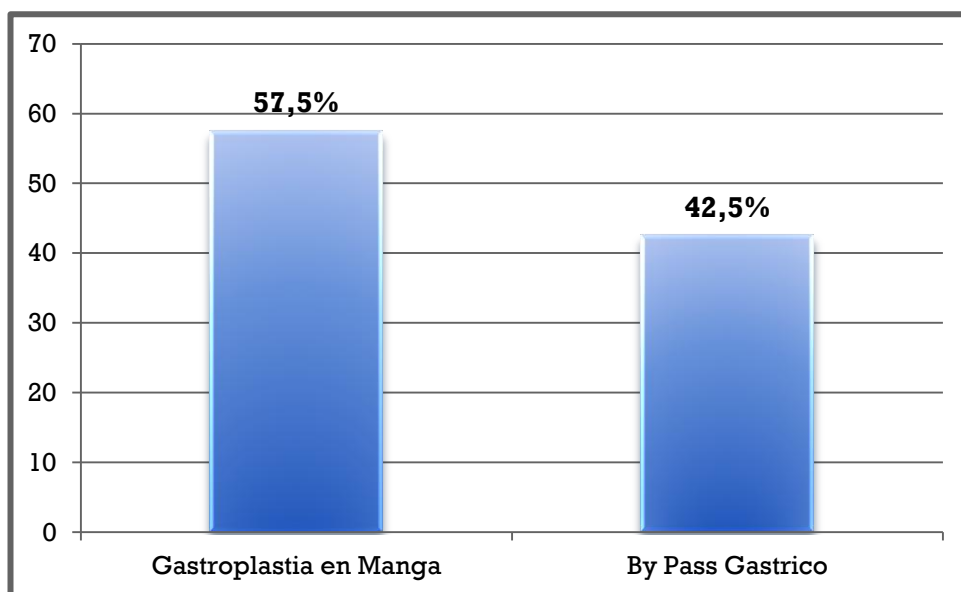
Según ocupación se observa que un 37,5% de los pacientes operados trabajan en relación de dependencia, tan solo un 30% son profesionales, un 10,5% son trabajadores independientes, un 7,5 son estudiantes, el 12,5% amas de casa y el 2,5% jubilados.

Grafico N°4: Distribución de la muestra según la ocupación (n=40)



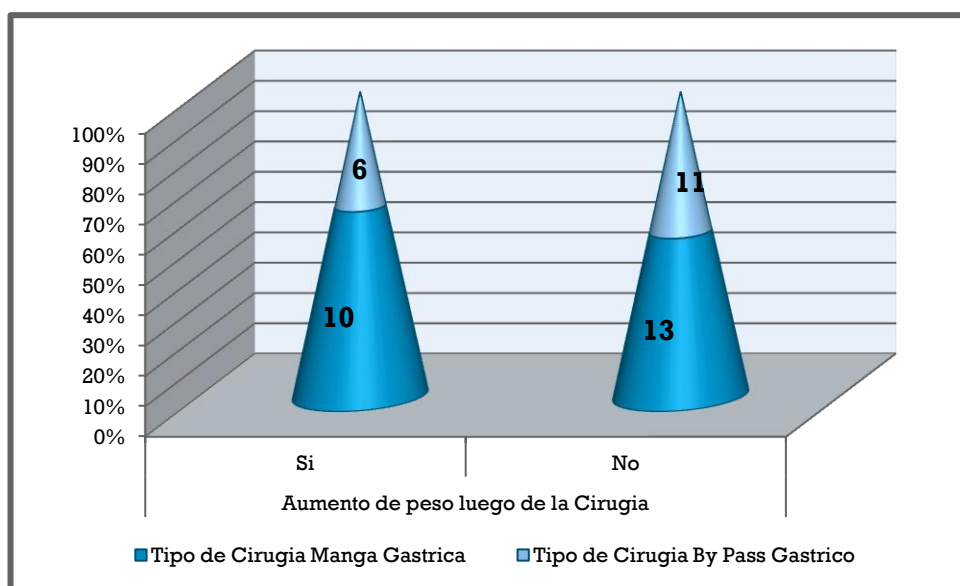
De la muestra estudiada cabe resaltar que un 57,5% fueron operados mediante la técnica de Manga Gástrica y un 42,5% con la técnica de By Pass Gástrico.

Grafico N° 5: Distribución de la muestra según el tipo de cirugía (n=40)



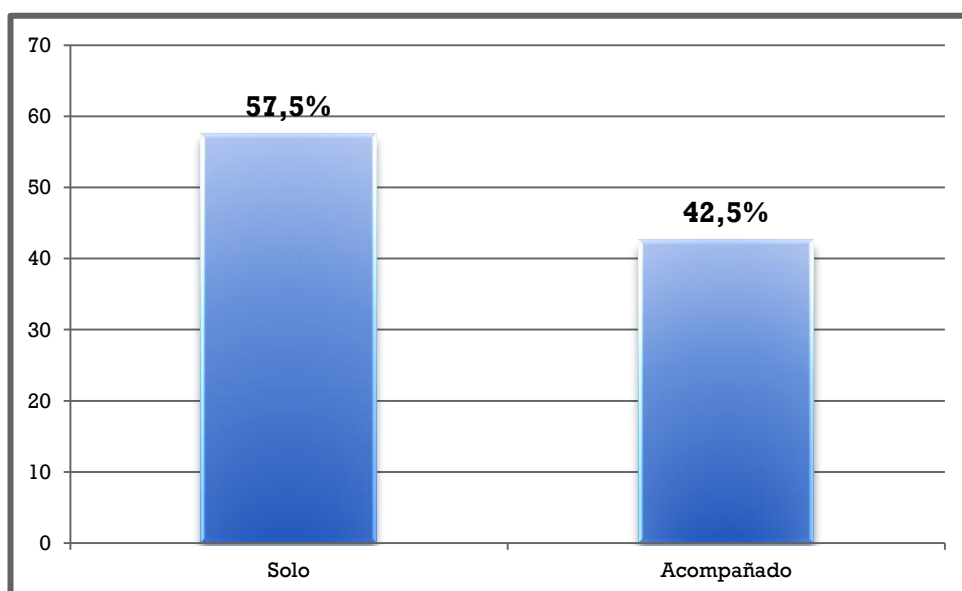
Se puede observar que de 23 pacientes con Manga Gástrica, 10 aumentaron de peso y de 17 con la técnica de By Pass Gástrico, 6 subieron de peso. Como conclusión se puede decir que es mayor el número de pacientes que aumentó de peso con la técnica de Manga Gástrica.

Grafico N°6: Distribución de la muestra según el tipo de cirugía con aumento de peso luego de la Cirugía (n=40)



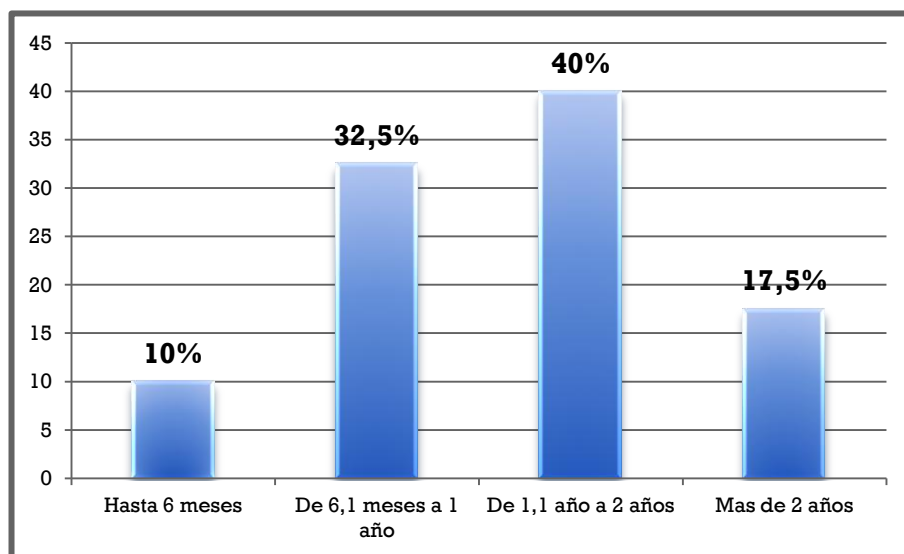
Del total de la muestra se observa un predominio de pacientes Bariátricos que viven solos (57,5%) con respecto a un 42,5% que viven acompañados.

Grafico N° 7: Distribución de la muestra según con quien vive (n=40)



Según el tiempo de intervención se evalúa que hay un 40% pacientes operados desde hace 1 a 2 años. Un 32,5% con cirugía desde hace 6 meses a un año; el 17,5% fue intervenido hace 2 años o más y solo un 10% hace 6 meses que se sometió a la cirugía.

Grafico N° 8: Distribución de la muestra según tiempo de intervención (n=40)

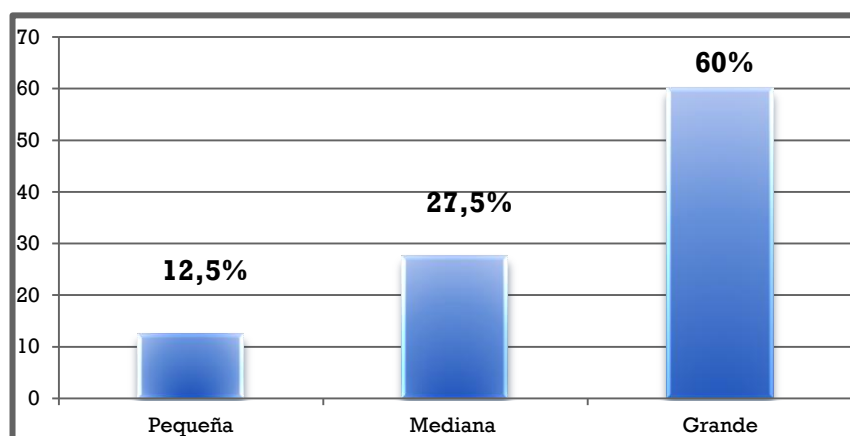


5.2. Estado Nutricional del paciente Bariátrico

5.2.1 Análisis descriptivo del estado nutricional antropométrico

De los 40 pacientes operados, cabe resaltar que sólo el 12,5% presentan una contextura actual pequeña contra uno 60% de pacientes operados que presentan contextura grande.

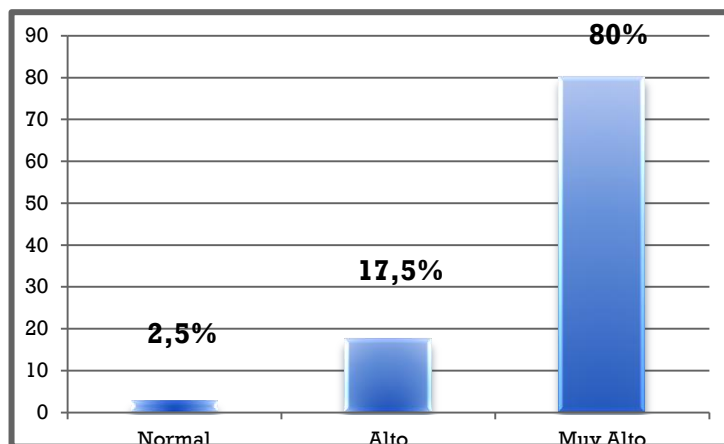
Grafico N° 9: Distribución de la muestra según contextura (n=40)



De los resultados obtenidos es importante destacar que solo el 2,5% de los pacientes operados obtuvo una circunferencia de cintura actual normal.

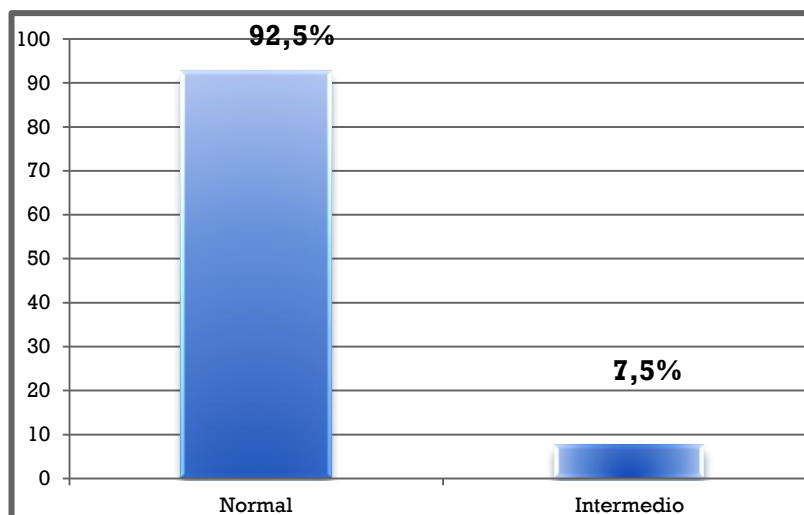
El 80% una circunferencia de cintura muy alta relacionándose con riesgo aumentado de sufrir enfermedad cardiovascular.

Grafico N° 10: Distribución de la muestra según circunferencia de cintura actual (n=40)



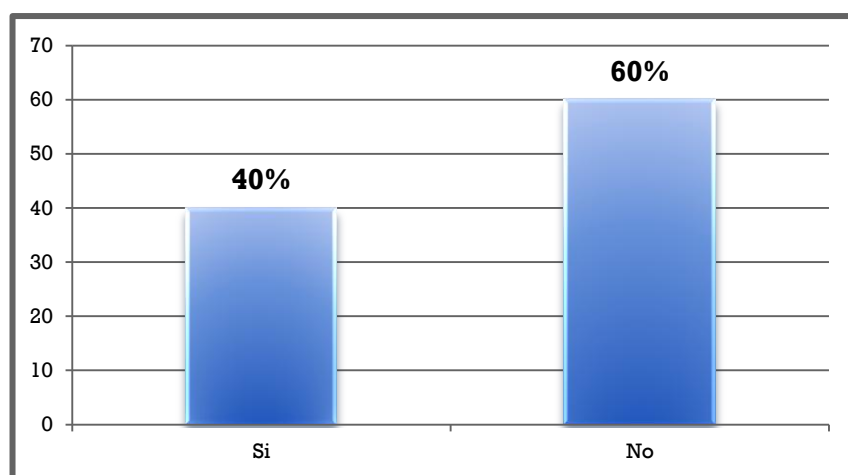
El grafico revela que el 7,5% de pacientes operados presenta una circunferencia de cuello intermedia lo que lleva aparejado un riesgo intermedio de padecer apnea de sueño. El resto de los pacientes encuestados 92,55% presentan una circunferencia de cuello normal.

Grafico N° 11: Distribución de la muestra según circunferencia de cuello actual (n=40)



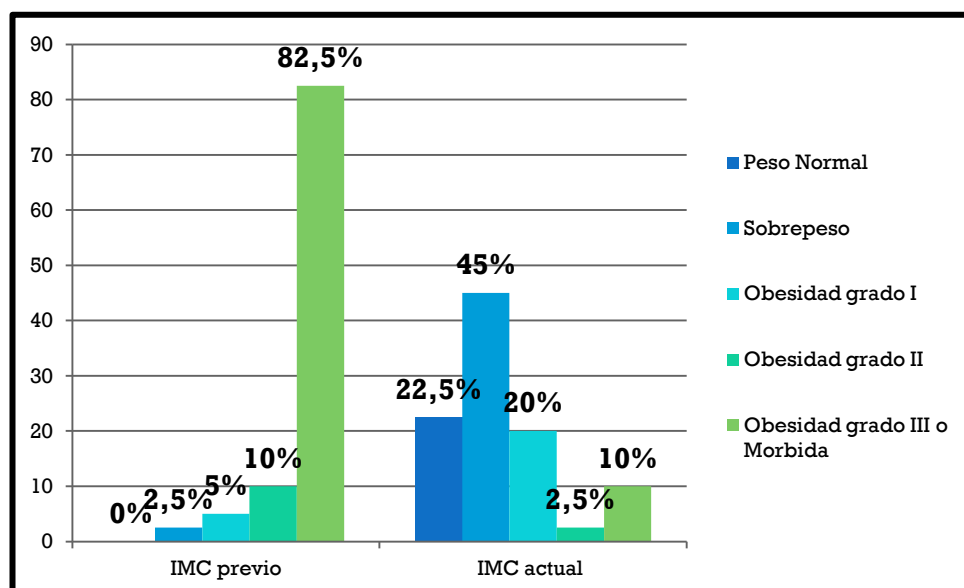
Es importante resaltar que un 40% de los pacientes Bariátricos aumentó de peso luego de la cirugía.

Grafico N° 12: Distribución de la muestra según aumento de peso posterior a la cirugía (n=40)



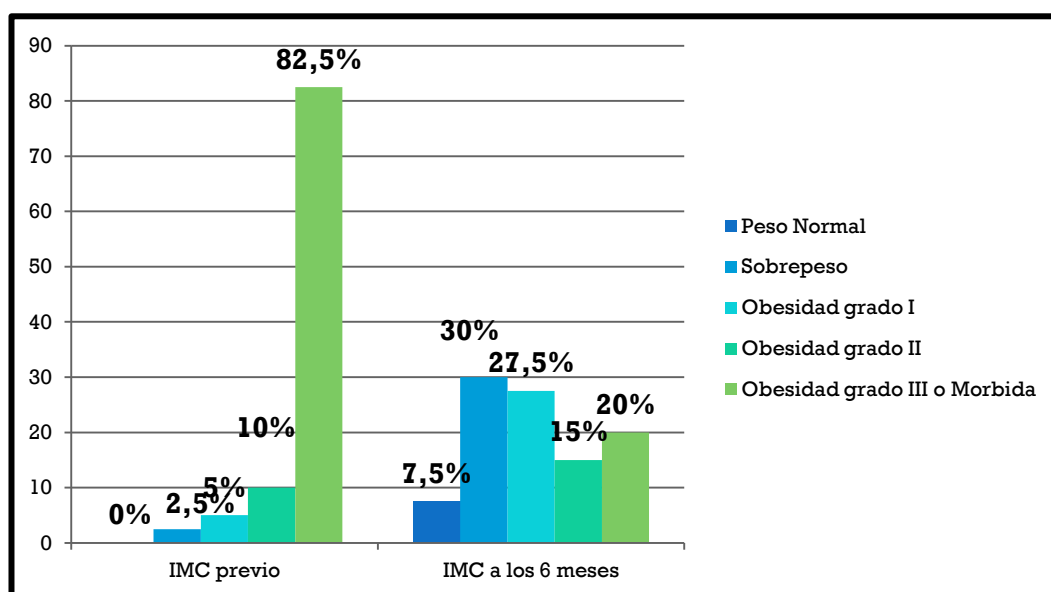
Según el IMC previo a la cirugía se observa que un 82,5% de los pacientes operados presentaba Obesidad Mórbida, en relación, al IMC actual donde el 45% de los pacientes tiene Sobrepeso. Y solo un 10% se mantuvo con Obesidad Mórbida luego de la cirugía.

Grafico N° 13: Distribución de la muestra según IMC previo y actual (n=40)



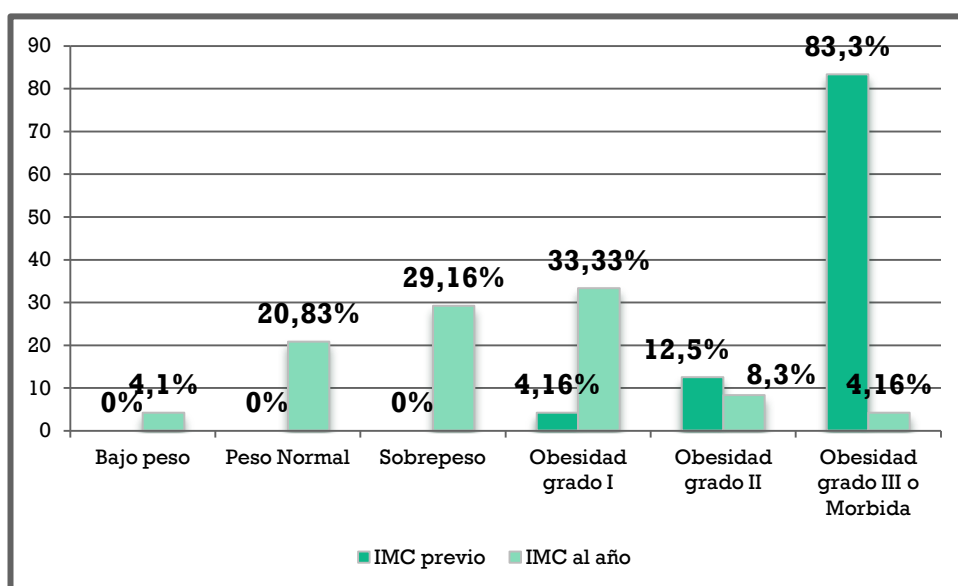
Del total de la muestra se puede observar que un 82,5% de los pacientes presentaba Obesidad Mórbida antes de la cirugía: en comparación al 30% que presenta Sobrepeso a los 6 meses de la intervención, apreciando que un 20% presenta Obesidad Mórbida transcurrido los 6 meses de la operación.

Grafico N° 14: Distribución de la muestra según IMC previo y a los 6 meses de la cirugía (n=40)



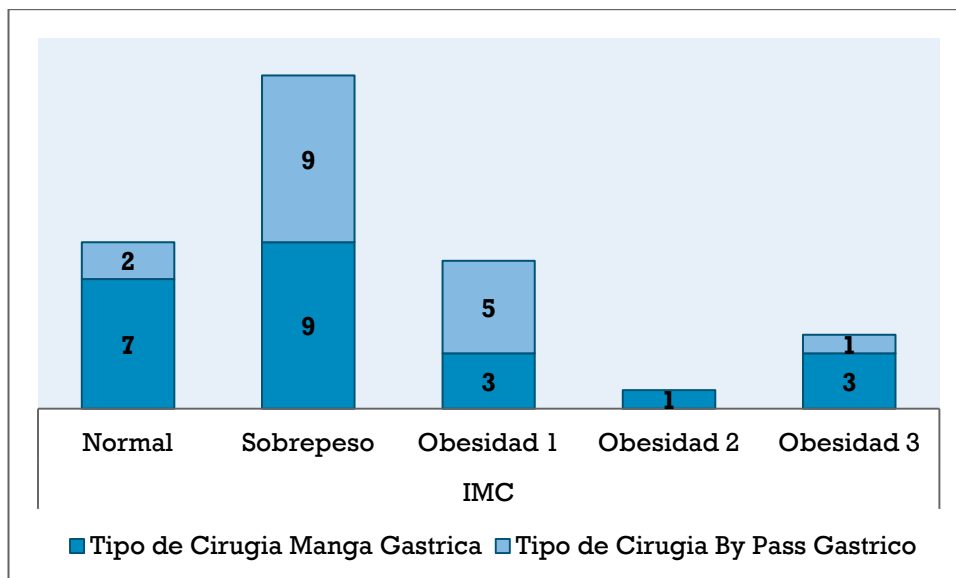
Del total de pacientes estudiados (40), solo 24 cumplieron el año. Apreciando que un 83,33% de esos pacientes presenta Obesidad Mórbida previa a la cirugía con respecto al 4,16% que presenta Obesidad Mórbida al año de la cirugía. Se puede notar que al año de la intervención el 20,33% de los pacientes logró un Peso Normal.

**Grafico N° 15: Distribución de la muestra según IMC previo y al año de la cirugía
(n=40)**



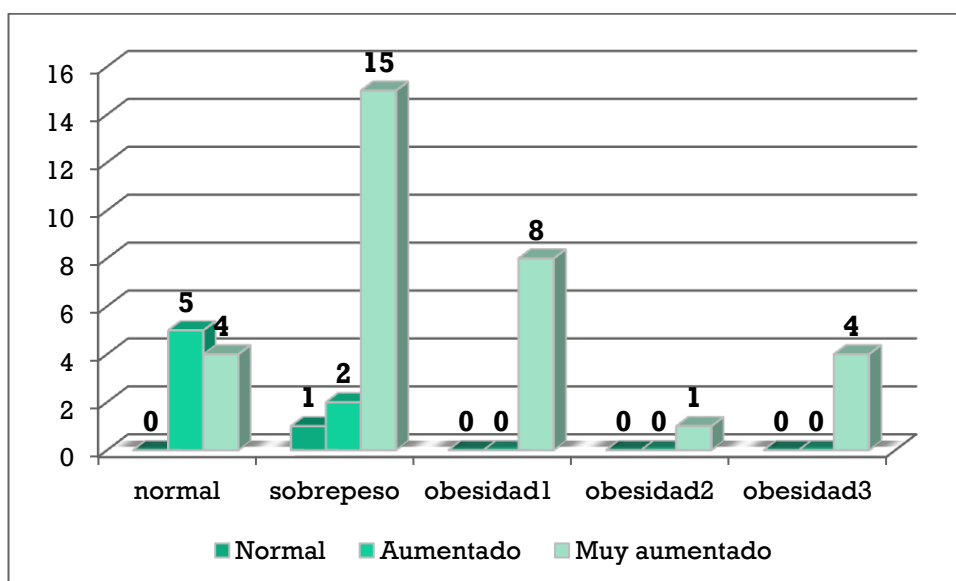
- De 9 pacientes que alcanzaron un IMC normal, 7 fueron sometidos a Cirugía Bariátrica utilizando la técnica de Manga Gástrica y en 2 se empleó el By Pass Gástrico.
- De 18 pacientes que llegaron a tener sobrepeso al 50% se le practicó la técnica de Manga Gástrica y al otro 50% la técnica de By Pass Gástrico.
- Los pacientes que completan la muestra con IMC en los distintos grados de obesidad no presentan diferencias significativas entre los resultados alcanzados por la aplicación de ambas técnicas.

Gráfico N°16: Distribución de la muestra según Tipo de Cirugía e IMC actual



Se revela que los pacientes operados tienen sobrepeso con una circunferencia de cintura muy aumentada, en cambio, en aquellos pacientes que llegaron a su peso normal predomina una aumentada circunferencia de cintura.

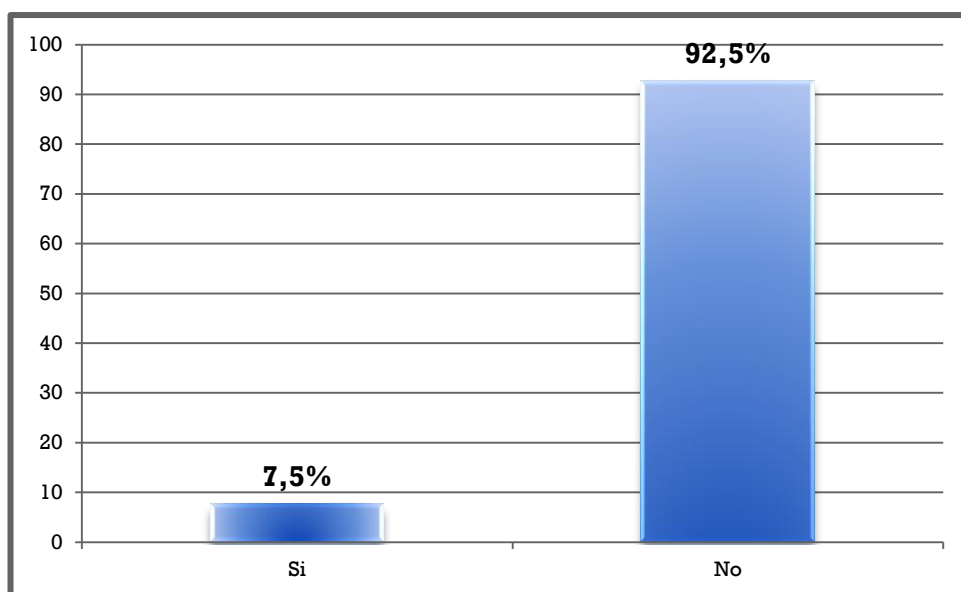
Grafico N° 17: Distribución de la muestra según IMC y circunferencia de cintura actual (n=40)



5.2.2. Análisis descriptivo de la ingesta, hábitos y satisfacción alimentaria

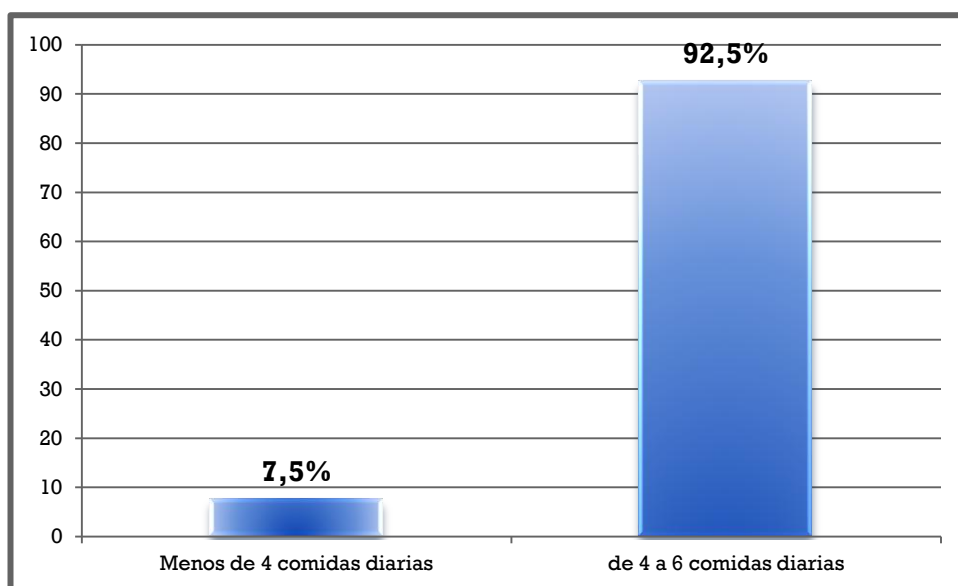
Del 100% de los participantes del estudio, el 7,5% padece de alergias alimentarias (mariscos y nueces) mientras que el 92,5% restante no presenta.

Grafico N° 18: Distribución de la muestra según alergias alimentarias (n=40)



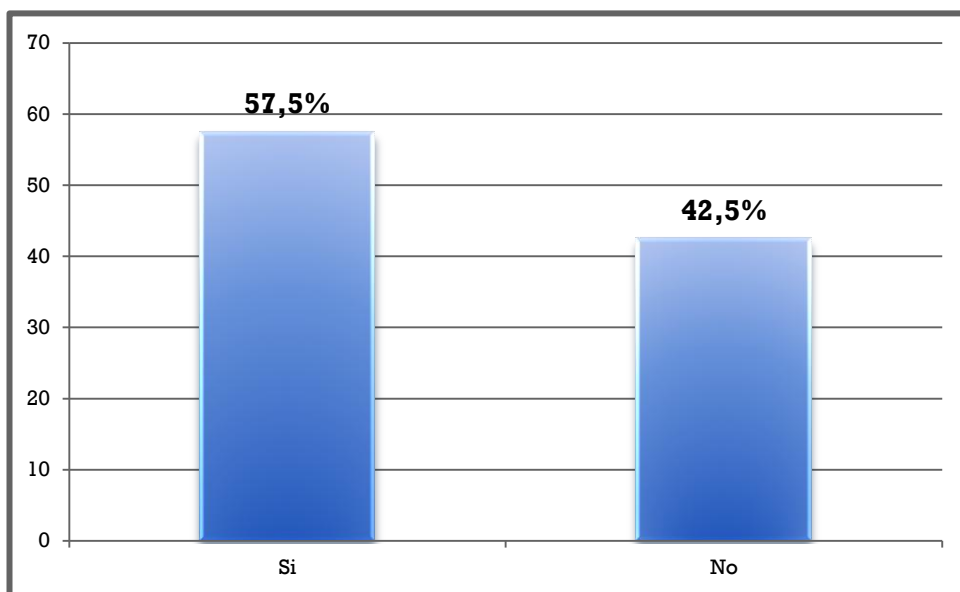
El 92,5% de los pacientes reveló hacer entre 4 y 6 comidas diarias, cumpliendo así, con el número de ingestas establecidas para sostener una alimentación saludable. El 7,5% manifiesta que realiza menos de 4 comidas al día expresando que la alimentación no es lo más importante para ellos.

Grafico N° 19: Distribución de la muestra según el número de comidas que realiza en el día (n=40)



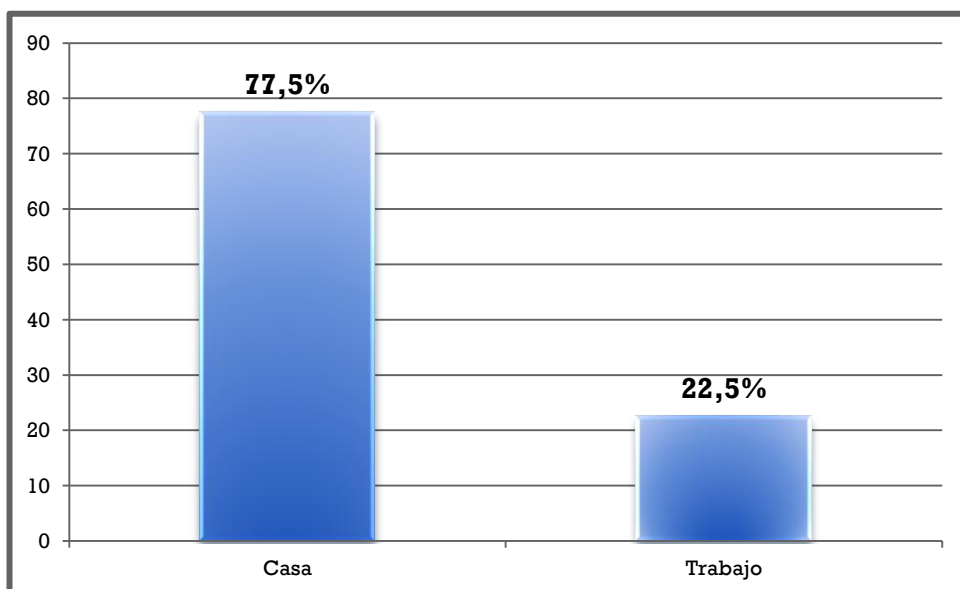
El siguiente grafico evidencia que un 57,5% de los pacientes encuestados realiza picoteos entre comidas (chocolates, choco arroz, barritas, golosinas , galletas dulces o saladas, quesos, tortillas, facturas, postres, panes, gaseosas comunes, y “todo aquello que encuentran en la heladera”) en contraposición al resto de la muestra, que no lo hace por temor a aumentar de peso.

Grafico N° 20: Distribución de la muestra según presencia de picoteo (n=40)



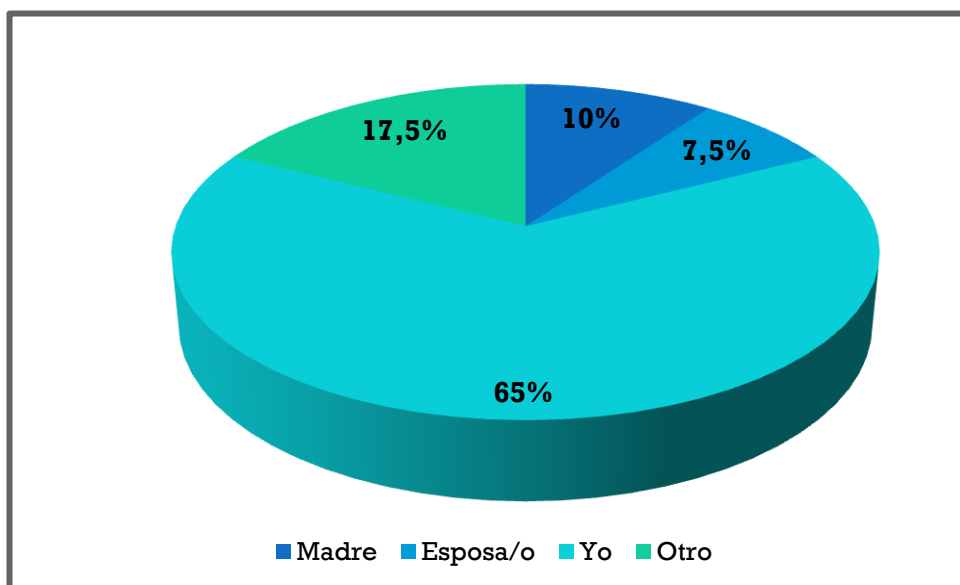
Se puede apreciar que un 77,5% de la muestra considerada prefiere realizar sus comidas en su domicilio y el 22,5% lo hace en su lugar de trabajo.

Grafico N° 21: Distribución de la muestra según lugar de las comidas (n=40)



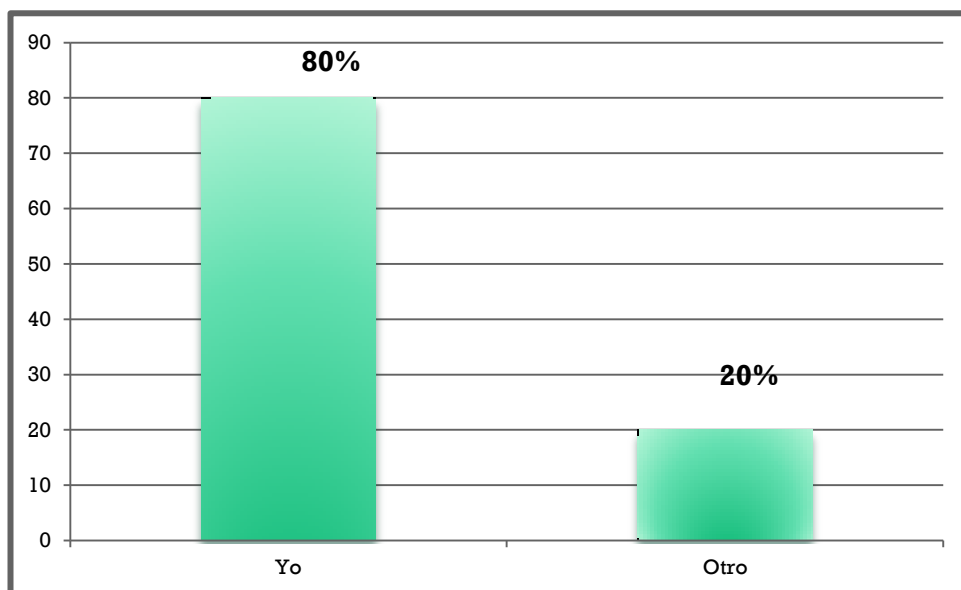
Este grafico muestra que el 65% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se prepara su propia alimentación, el 17,5% consume comidas de delivery, restaurantes, etc.; el 10% manifiesta que la madre es la responsable de la cocina en el hogar y el 7,5% último constituido solo por varones expresa que la esposa elabora los alimentos.

Grafico N° 22: Distribución de la muestra según responsable a cargo de la alimentación (n=40)



El 80% de los integrantes de la muestra objeto de estudio se responsabiliza de la compra de sus alimentos mientras que el 20% restante delega a terceros esa obligación.

Grafico N° 23: Distribución de la muestra según responsable a cargo de la compra de alimentos (n=40)

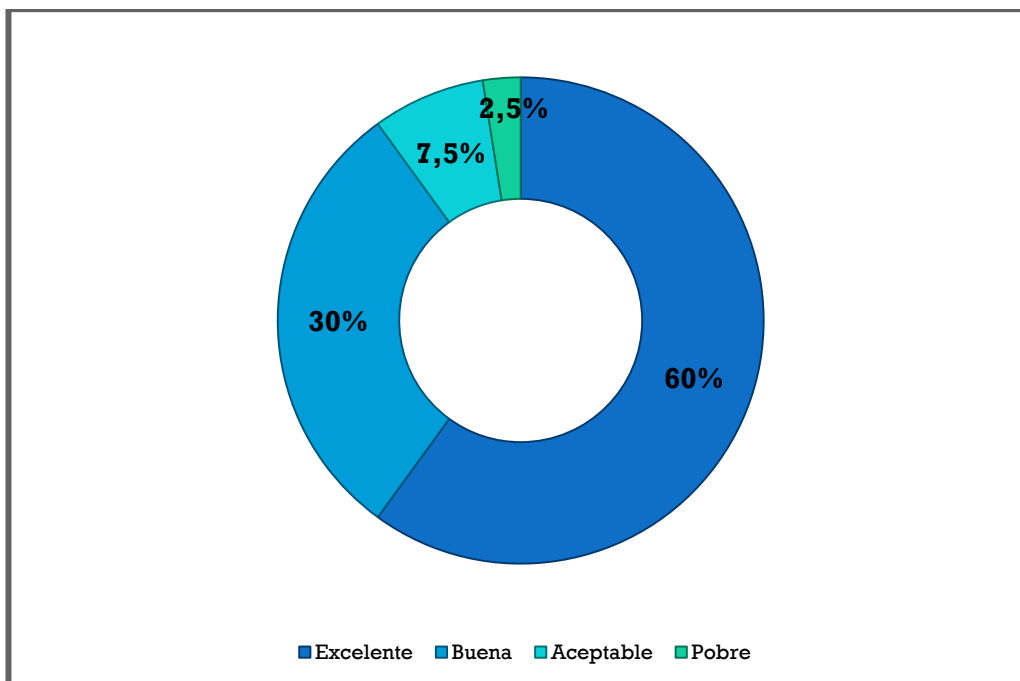


La valoración de la satisfacción del paciente con respecto a su alimentación luego de la cirugía, señala que el 60% y el 30% tienen una satisfacción excelente y buena respectivamente porque pueden comer de todo en cantidades controladas y sin sentir molestias.

El 7,5% cuenta que siente una satisfacción aceptable pues considera que: tiene límite para comer, come solo porque tiene que alimentarse y tiene miedo de recuperar el peso perdido.

Solo el 2,5% de los pacientes revela que no siente hambre por lo que tiene una pobre satisfacción.

Grafico N° 24: Distribución de la muestra según satisfacción al comer (n=40)



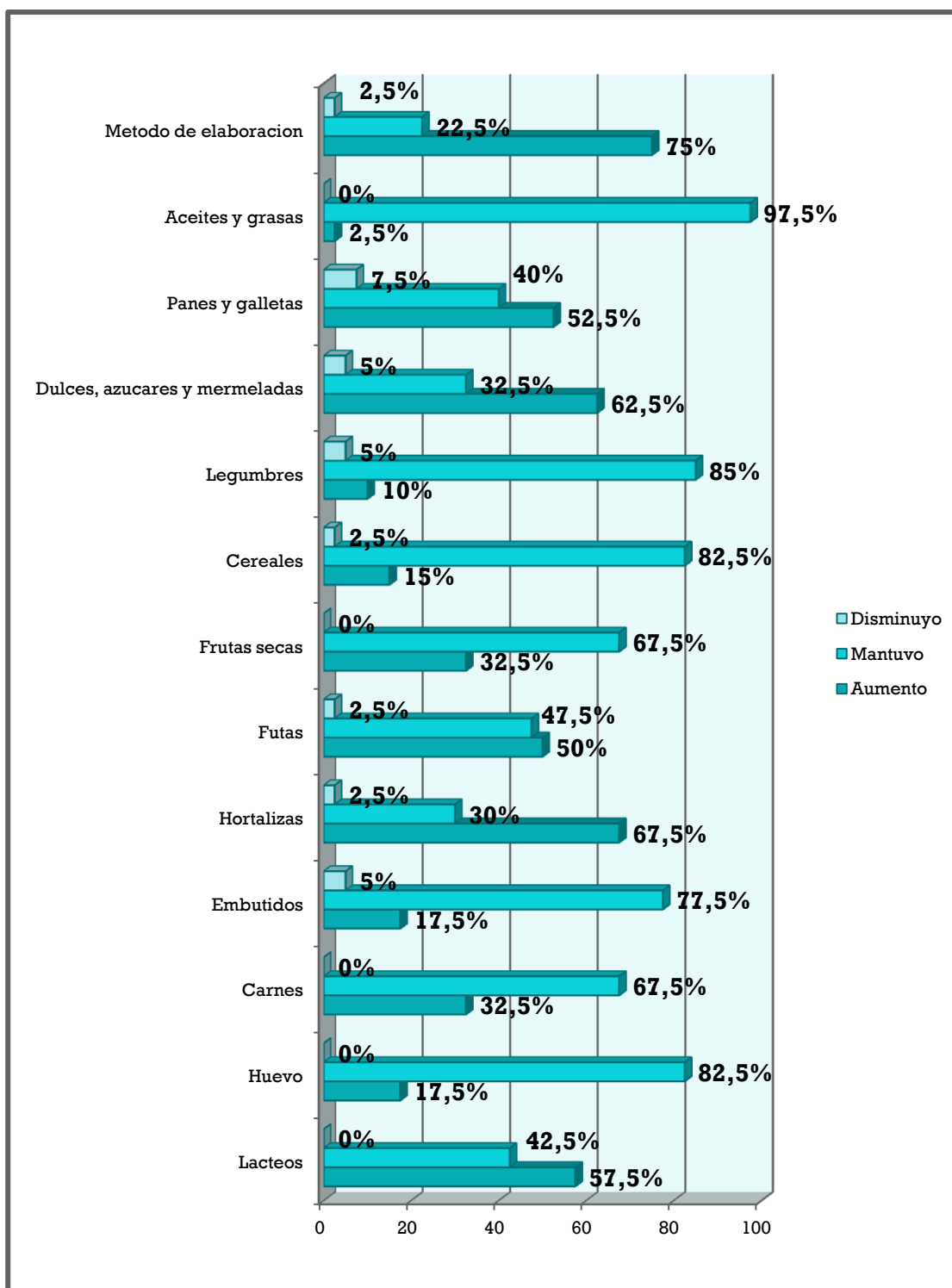
Del 100% de los encuestados se desprende que luego de practicarse la Cirugía Bariátrica aumento el consumo y la variedad en los siguientes rubros alimentarios:

- ✚ Lácteos: 57,5%
- ✚ Huevos: 17,5%
- ✚ Carnes: 32,5%
- ✚ Embutidos: 17,5%
- ✚ Hortalizas: 67,5%
- ✚ Frutas: 50%
- ✚ Frutas secas: 32,5%
- ✚ Cereales: 15%
- ✚ Dulces, azúcares y mermeladas: 62,5%
- ✚ Panes y galletas: 52,5%
- ✚ Aceites y grasas: 2,5%.

También se observa un importante aumento en la utilización de diferentes métodos de elaboración (75%): frituras, cocido al vapor, hervido, a la plancha, al horno, asado, crudos, batidos, etc.

Los porcentajes restantes en cada caso indican que se mantuvo o disminuyó el consumo y variedad de alimentos y técnicas de elaboración.

Grafico N° 25: Distribución de la muestra según variedad y consumo en la alimentación (n=40)



En cuanto a la tolerancia alimentaria, el 45% dice que no tolera alimentos como carnes rojas, arroz, verduras crudas y bebidas gasificadas. El 55% que queda tiene buena tolerancia a todos los alimentos.

Figura N°8: Distintos cortes de Carnes Rojas



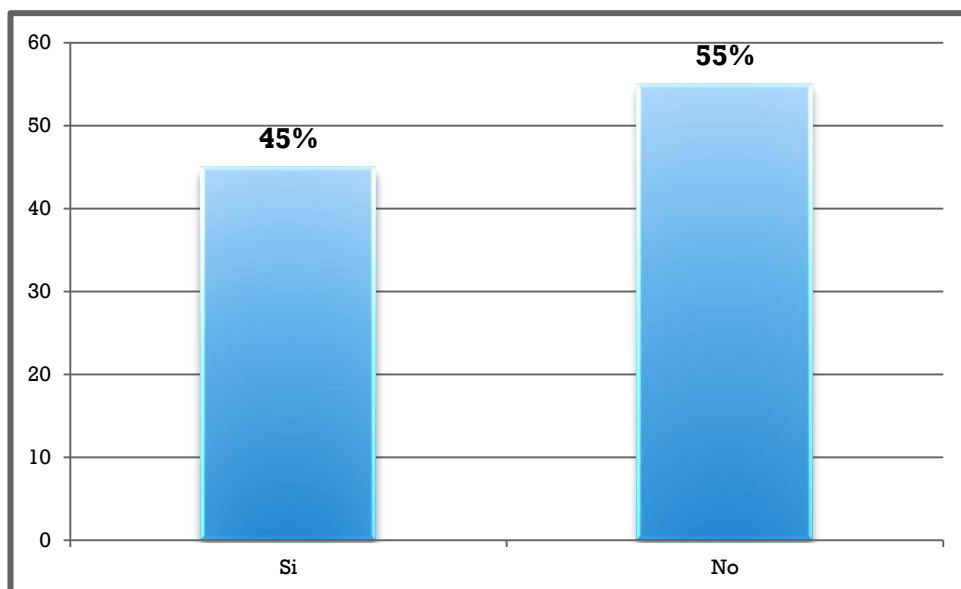
Figura N°9: Variedades de arroz



Figura N°10: Verduras crudas.



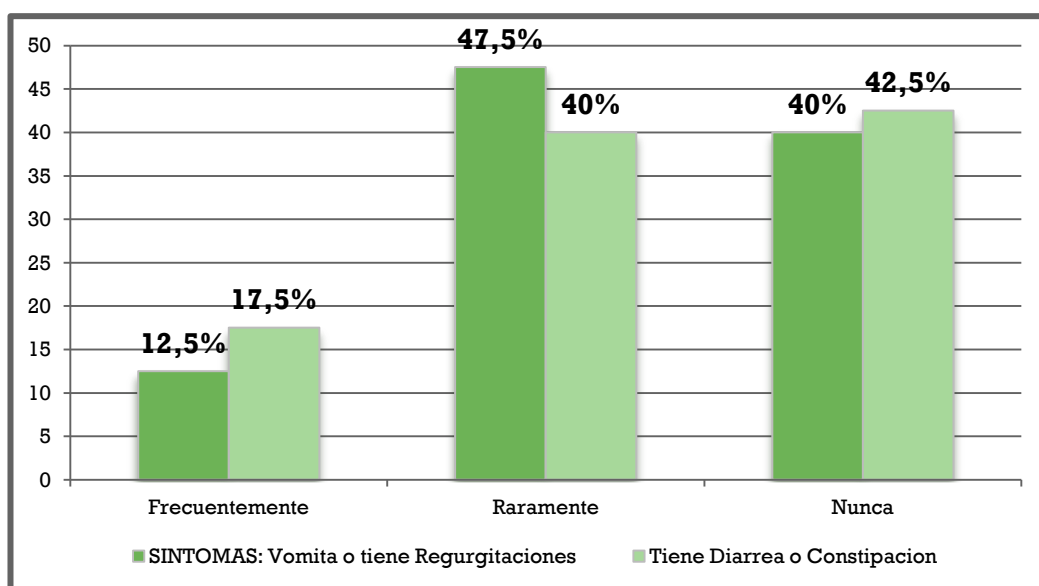
Grafico N° 26: Distribución de la muestra según tolerancia a los alimentos (n=40)



La presencia de vómitos o regurgitaciones se observa con frecuencia en el 12,5%, raramente en el 47,5% y nunca en el 40% de los pacientes encuestados.

Del total de la muestra el 17,5% padece con frecuencia de diarreas o constipación, raramente el 40% y nunca el 42,5% de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica en estudio.

Grafico N° 27: Distribución de la muestra según síntomas (n=40)



5.2.3 Análisis descriptivo de las conductas alimentarias

Del análisis de las Conductas Alimentarias Riesgosas (ICA) se concluye que del 100% de los pacientes de la muestra:

✚ El 80% presenta Deseos de Adelgazar que consiste en la “necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a ser gordo”. Se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso”.

✚ El 35% exterioriza conductas de riesgo relacionadas con la Bulimia definida como la “tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva”.

✚ El 67,5% tiene Insatisfacción Corporal: “sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la imagen corporal”.

✚ El 42,5% evidencia Ineficacia. Se trata de la “presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la vida propia. Se vincula con baja autoestima o pobre auto-concepto incluyendo además referencias a sentimientos de vacío y soledad”.

✚ El 47,5% revela conductas Perfeccionistas.

“Perfeccionismo: presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto solo conductas exitosas”.

✚ El 35% muestra actitudes de Desconfianza.

Definición: “existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas”.

✚ El 55% padece Alexitimia; “presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales”.

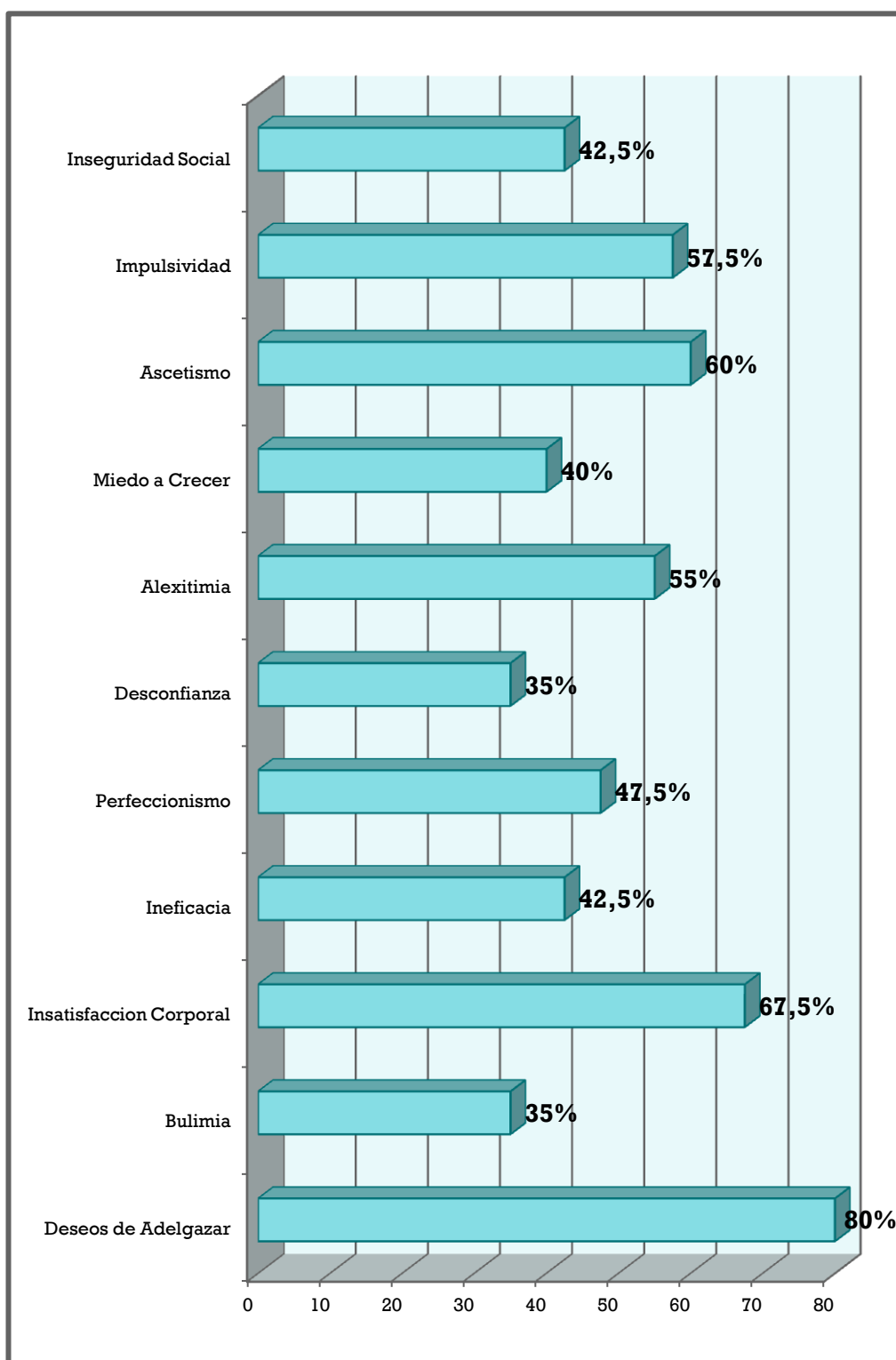
✚ El 40% tiene Miedo a Crecer que “hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto”.

✚ El 60% exhibe Ascetismo, se refiere a la “tendencia a comportarse de manera *Virtuosa* a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el auto-rechazo y el autocontrol”.

✚ El 57,5% manifiesta comportamientos de Impulsividad. “Impulsividad: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de *Personalidad Borderline y Psicopática*”.

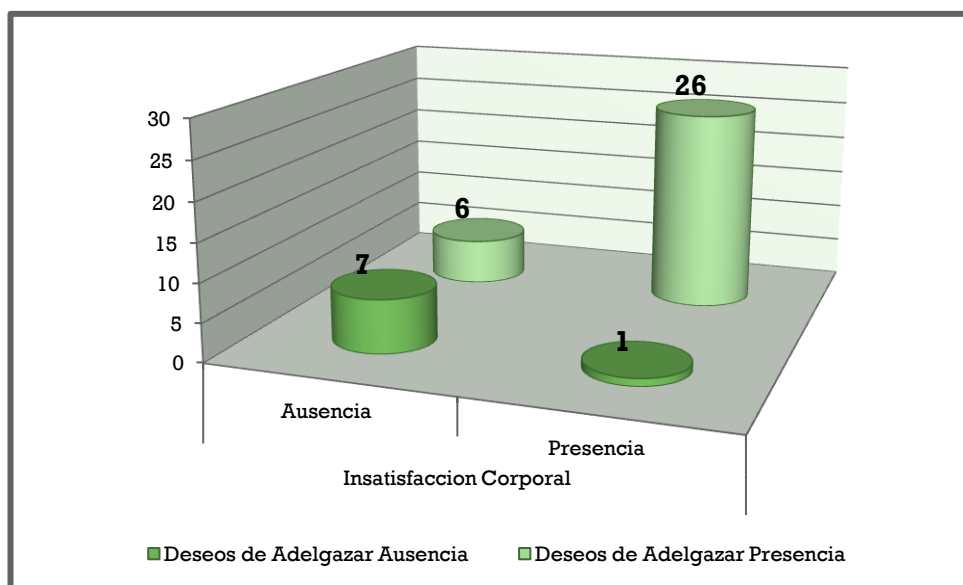
✚ El 42,5% posee Inseguridad Social. Tiene que ver con “creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad”.

Grafico N° 28: Distribución de la muestra según conductas alimentarias riesgosas (ICA)
(n=40)



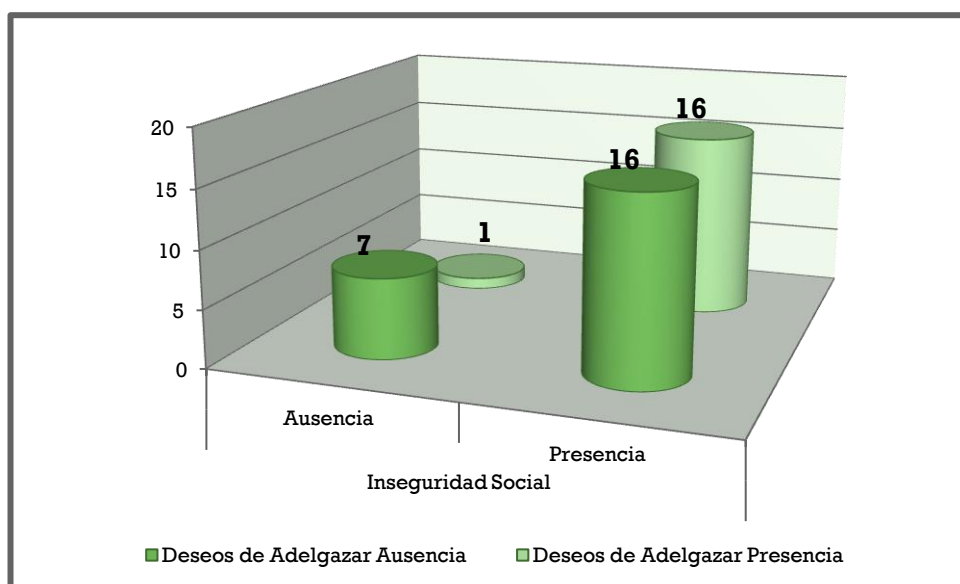
De 27 personas encuestadas, 26 presentan disconformidad con determinadas partes del cuerpo y un alto temor a seguir siendo gordos.

Grafico N°29: Distribución de la muestra según deseo de adelgazar con insatisfacción corporal (n=40)



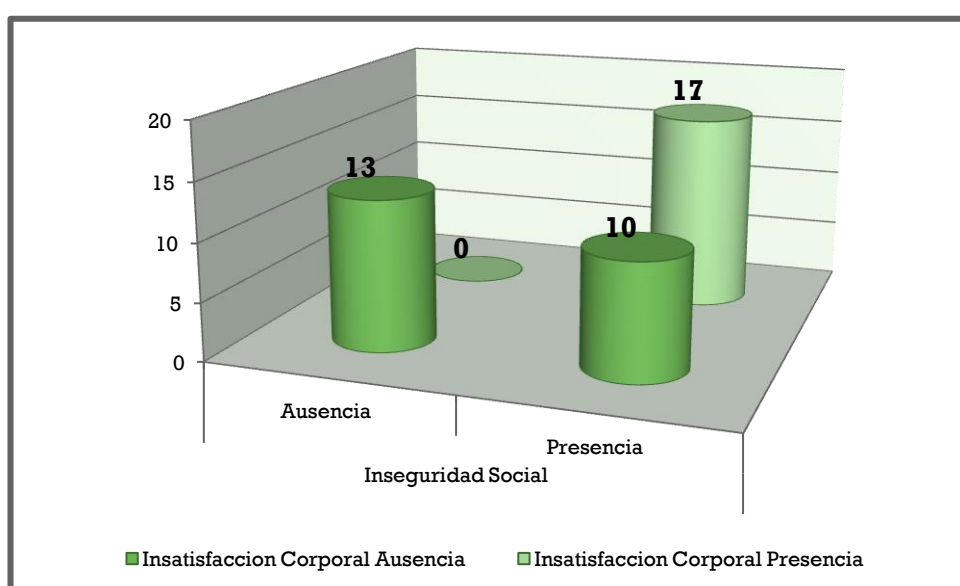
De 32 personas consultadas, el 50% evidencia Inseguridad Social sin deseos de adelgazar y el otro 50% manifiesta inseguridad social y deseos de adelgazar. En las 8 personas que quedan existe predominio de ausencia de inseguridad social y de deseos de adelgazar.

Grafico N°30: Distribución de la muestra según deseo de adelgazar e inseguridad social (n=40)



Del total de los pacientes estudiados, 27 presentan inseguridad social de los que se desprenden 17 con insatisfacción corporal. Los 13 sobrantes se sienten seguros socialmente y satisfechos con su cuerpo.

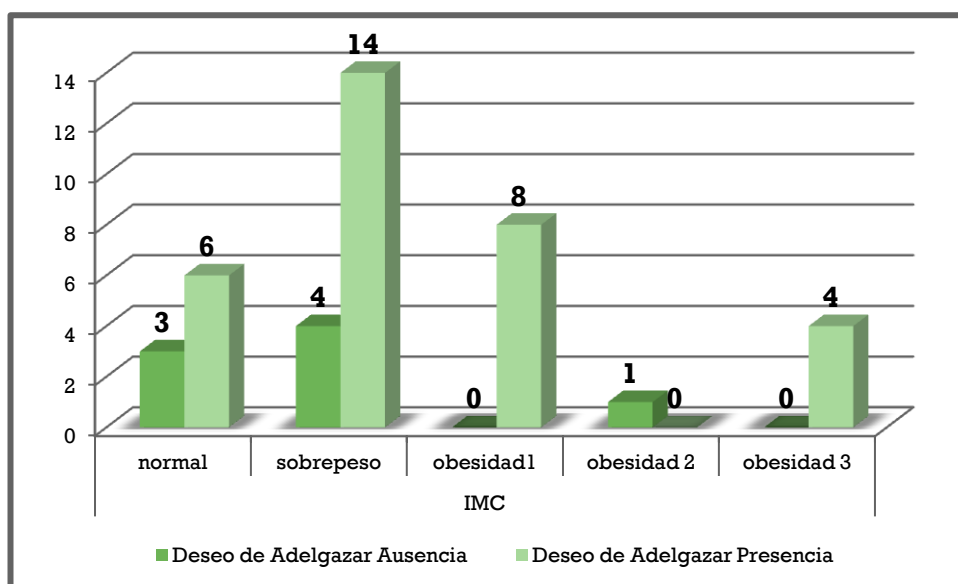
Grafico N°31: Distribución de la muestra según inseguridad social con insatisfacción corporal (n=40)



5.3. Relaciones entre estado nutricional y conductas alimentarias

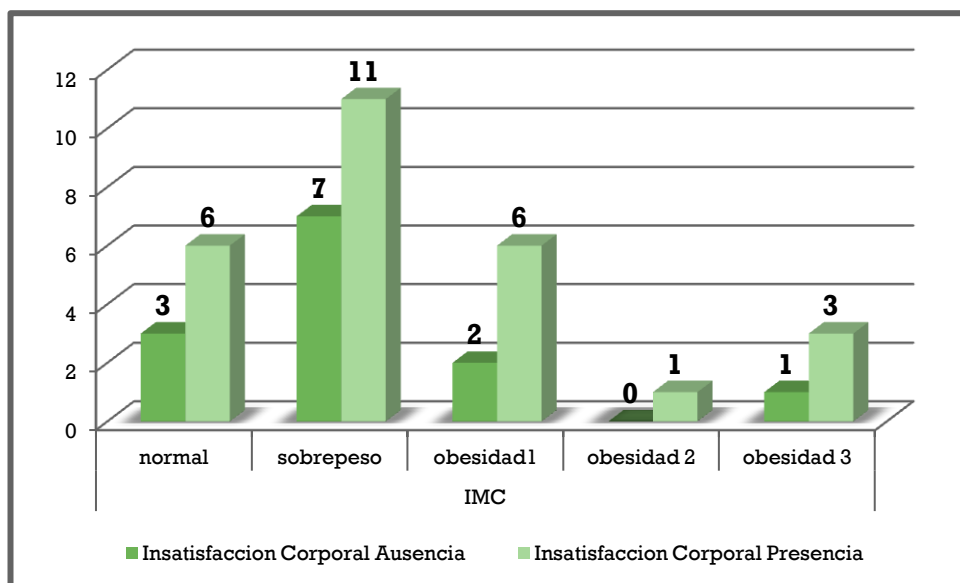
Relacionando el IMC con los Deseos de Adelgazar se advierte que sobre un total de 9 pacientes encuestados con peso normal, 6 manifiestan deseos de adelgazar y de 18 personas con sobrepeso, 14 quieren bajar de peso. Generalizando, los demás pacientes con diferentes grados de obesidad presentan deseos de adelgazar.

Grafico N°32: Distribución de la muestra según Deseos de Adelgazar e IMC (n=40)



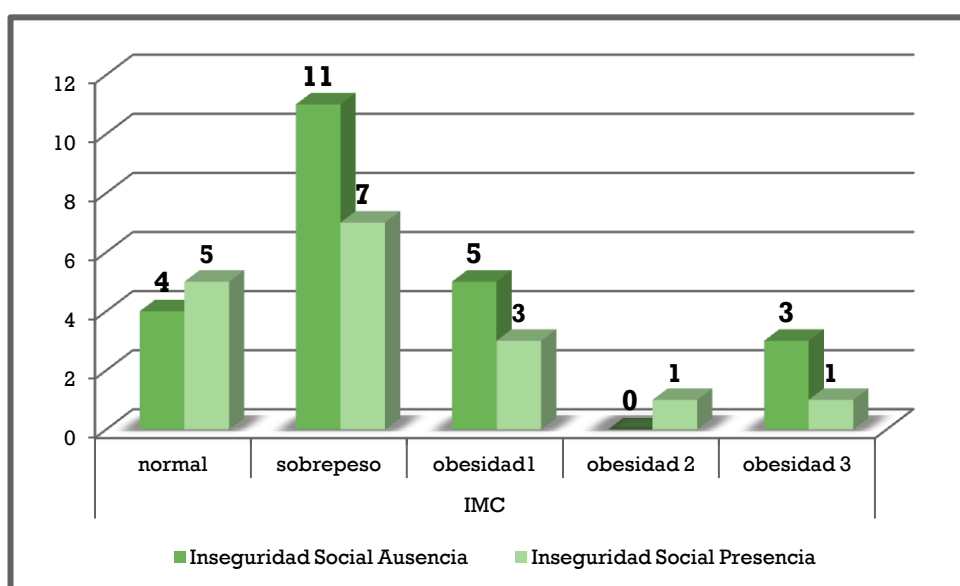
Considerando la asociación entre la Insatisfacción corporal y el IMC se infiere que de 9 pacientes de la muestra con peso normal, 6 tienen insatisfacción corporal y de 18 pacientes con sobrepeso, 11 se sienten insatisfechos con su imagen. En general, todos los pacientes con distintos grados de obesidad no están conformes con su cuerpo.

Grafico N°33: Distribución de la muestra según Insatisfacción Corporal e IMC (n=40)



De la relación entre la Inseguridad Social y el IMC se desprende que de 9 personas con peso normal, 5 de ellas consideran que sus relaciones sociales son de baja calidad; mientras que los encuestados que tienen sobrepeso o distintos grados de obesidad, y que completan la muestra se sienten seguros frente a sus relaciones sociales.

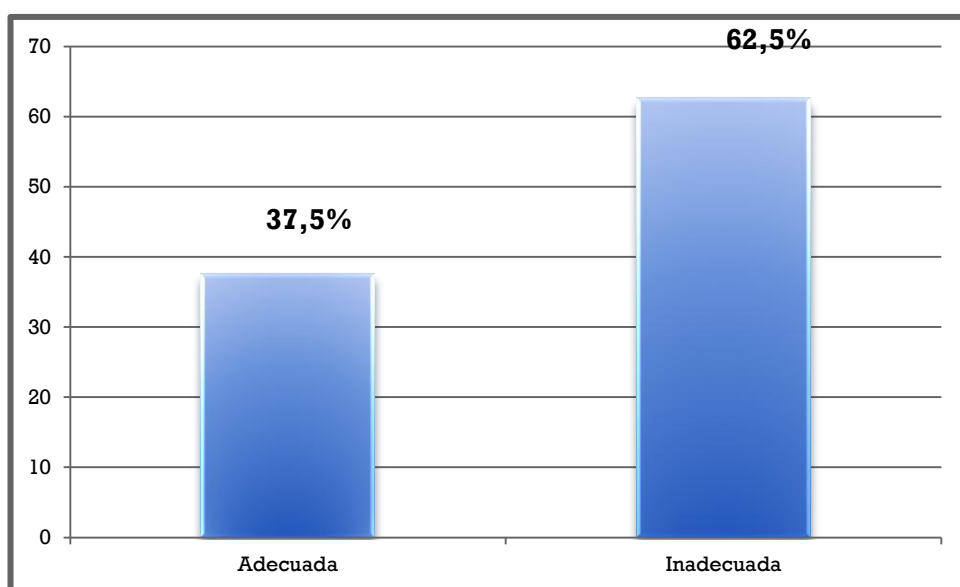
Grafico N°34: Distribución de la muestra según Inseguridad Social con IMC (n=40)



5.4. Análisis descriptivo de la figura corporal

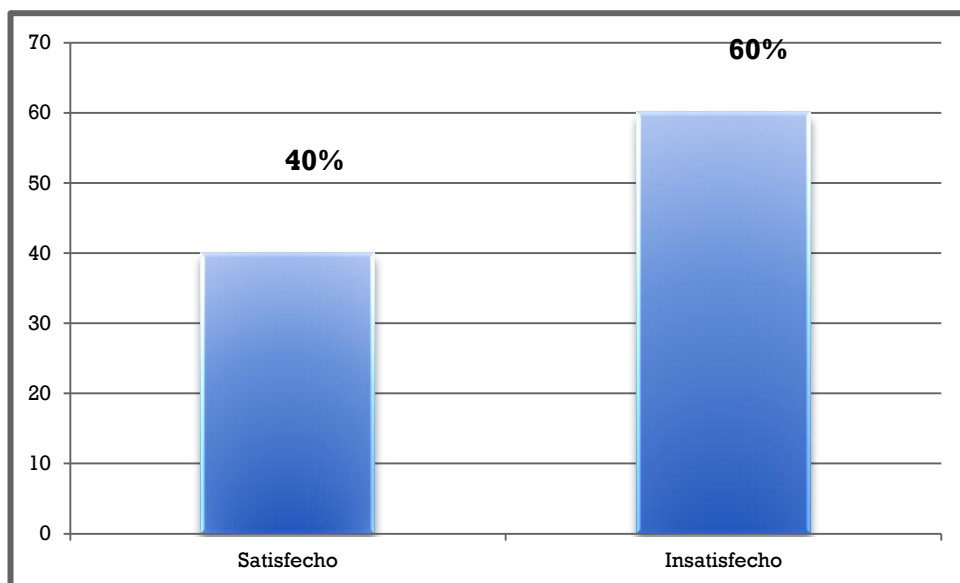
Examinando la percepción corporal de los pacientes que fueron sometidos a Cirugía Bariátrica se puede decir que un 62,5% tiene una inadecuada apreciación de su cuerpo por no coincidir con lo que indica su IMC actual. El 37,5% revela una adecuada impresión de su figura por corresponderse con su IMC actual.

Grafico N° 35: Distribución de la muestra según la percepción corporal (n=40)



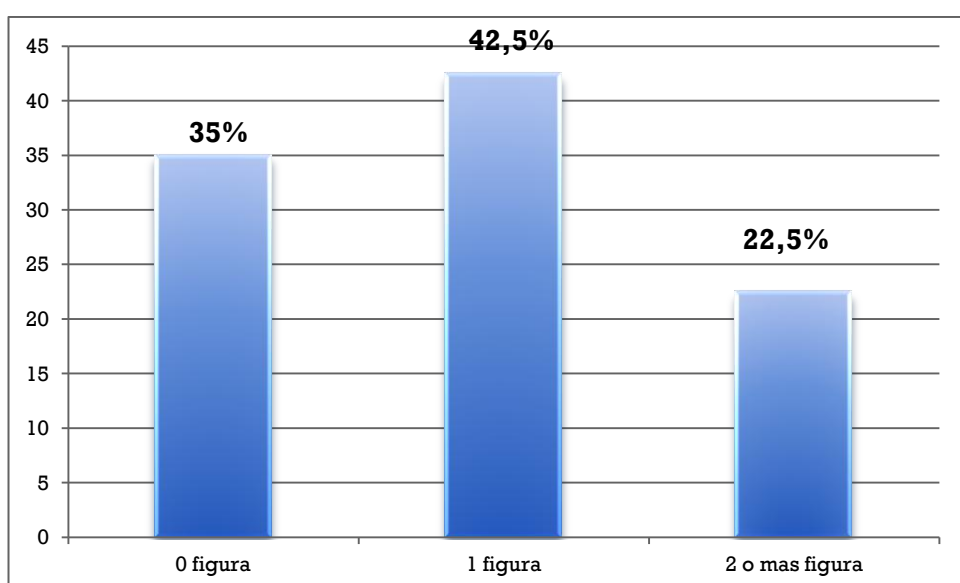
Poniendo en consideración la satisfacción corporal a partir del análisis de los interrogantes antes expuestos con los resultados obtenidos acerca de las Cirugías Bariátricas se encontró que el 60% de los participantes está insatisfecho puesto que la imagen que tienen de sí mismos no coincide con la imagen que les gustaría tener y en contrapartida, el 40% que resta se encuentra satisfecho ya que la imagen que le muestra el espejo concuerda con la que le agradecería poseer.

Grafico N°36: Distribución de la muestra según la satisfacción corporal (n=40)



En el grafico que sigue se puede notar que el 22,5% de los pacientes presenta brechas de 2 o más figuras entre su figura corporal actual y la que desea, el 42,5%, de 1 figura; y en el 35% restante coincide su figura corporal con la que le gustaría tener.

Grafico N°37: Distribución de la muestra según brechas en la figura corporal deseada (n=40)



5.5. Comprobación de hipótesis

Hipótesis 1 (H₁): Al cabo de los seis meses de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

Hipótesis de Nulidad (H₀): Al cabo de los seis meses de intervención quirúrgica, no existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto al estado nutricional antropométrico previo.

Tabla N°3: Estado nutricional antropométrico según Tiempo de intervención (n=40)

Estado nutricional antropométrico	Tiempo de intervención		
	previo	6 meses	Total
Peso Normal o Bajo Peso	0	3	3
Sobrepeso	1	12	3
Obesidad	39	25	4
Total	40	40	80

Tabla N°4: Comprobación de Hipótesis para H₁

Categorías ¹	Observados	Esperado	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
PN Pre	0	1,5	-1,5	2,2	1,5
PN Pos	3	1,5	1,5	2,2	1,5
SP Pre	1	6,5	-5,5	30,2	4,6
SP Pos	12	6,5	5,5	30,2	4,6
OB Pre	39	32	7	49	1,5
OB Pos	25	32	-7	49	1,5
Total	80	80			15,3

Para la verificación de la H₁, se aplicó la prueba de Chi² para dos variables. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%.

¹ PNPre: peso normal previo, PNPos: peso normal posterior, SPPre: sobrepeso previo, SPPos: sobrepeso posterior, OBPre: obesidad previo, OBPos: obesidad porsterior.

Con estos parámetros el valor teórico de χ^2 fue de 5,991.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de χ^2 de 15,37. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H_0 , aceptándose la H_1 .

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que al cabo de los seis meses de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

Hipótesis 2 (H₂): Al cabo de un año de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

Hipótesis de Nulidad (H₀): Al cabo de un año de la intervención quirúrgica, no existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

Tabla N°5: Estado nutricional antropométrico según Tiempo de intervención (n=24)

Estado nutricional antropométrico	tiempo de intervención			Total
	categorias	previo	al año	
	Peso Normal o Bajo Peso	0	6	6
	Sobrepeso	0	7	7
	Obesidad	24	1	35
Total		24	24	48

Tabla N°6: Comprobación de Hipótesis para H₂

Categorías ²	Observados	Esperado	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
PN Pre	0	3	-3	9	3
PN Pos	6	3	3	9	3
SP Pre	0	3,5	-3,5	12,2	3,5
SP Pos	7	3,5	3,5	12,2	3,5
OB Pre	24	17,5	6,5	42,2	2,4
OB Pos	11	17,5	-6,5	42,2	2,4
Total	48	48		Chi obtenido	17,8

Para la verificación de la H₂, se aplicó la prueba de Chi² para dos variables. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%. Con estos parámetros el valor teórico de Chi² fue de 5,991.

² PNPre: peso normal previo, PNPos: peso normal posterior, SPPre: sobrepeso previo, SPPos: sobrepeso posterior, OBPre: obesidad previo, OBPos: obesidad porsterior.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de χ^2 de 17,8. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H_0 , comprobándose la H_1 .

Por lo tanto es posible afirmar con un 95% de confianza que al cabo de un año de la intervención quirúrgica, existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica respecto del estado nutricional antropométrico previo.

Hipótesis 3 (H₃): Entre los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica existe relación entre la insatisfacción corporal y el estado nutricional actual.

Hipótesis de Nulidad (H₀): Entre los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, no existen diferencias significativas entre la insatisfacción corporal y el estado nutricional actual.

Tabla N°7: Insatisfacción corporal y estado nutricional actual (n=40)

IMC	Categorías	Insatisfacción Corporal		Total
		Ausencia	Presencia	
	Peso normal o Bajo peso	3	6	9
	Sobrepeso	7	11	18
	Obesidad	3	10	13
	Total	13	27	40

Tabla N°8: Comprobación de Hipótesis para H₃

Categorías ³	Observados	Esperado	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
PN SAT	6	2,9	3,07	9,4	3,2
PN INS	3	6	-3,07	9,4	1,5
SP SAT	11	5,8	5,1	26,5	4,5
SP INS	7	12,1	-5,1	26,5	2,1
OB SAT	10	4,2	5,7	33,3	7,8
OB INS	3	8,7	-5,7	33,3	3,8
Total	40	40			23,2

Para la comprobación de la H₃ se aplicó la prueba de Chi² para dos variables. Se trabajó con 2 GL, un α de 0,05 y un IC del 95%, obteniendo un Chi² teórico de 5,991.

El valor de Chi² fue igual a 23,2. Siendo el mismo superior al teórico, se rechaza la Hipótesis de nulidad, aceptándose la Hipótesis de investigación.

³ PN SAT: peso normal satisfecho, PN INS: peso normal insatisfecho, SP SAT: sobrepeso satisfecho, SP INS: sobrepeso insatisfecho, OB SAT: obesidad satisfecho, OB INS: obesidad insatisfecho

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que en la muestra estudiada existe relación entre la insatisfacción corporal y el estado nutricional actual.

Hipótesis 4 (H_4): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica no están satisfechos con su figura corporal actual.

Hipótesis de Nulidad (H_0): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica están satisfechos con su figura corporal actual.

Tabla N°9: Comprobación de Hipótesis para H_4

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Satisfecho	13	20	-7	49	2,45
Insatisfecho	27	20	7	49	2,45
Total	40	40			4,9

Para la verificación de la H_4 , se aplicó la prueba de Chi^2 para una variable. Se trabajó con 1 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%.

Con estos parámetros el valor teórico de Chi^2 fue de 3,841.

La aplicación de la fórmula determinó el valor de Chi^2 de 4,9. Siendo el mismo superior al Chi^2 teórico, se rechaza la H_0 , se confirma la H_4 .

En consecuencia es posible afirmar con un 95% de confianza que los pacientes sometidos Cirugía Bariátrica no están satisfechos con su figura corporal actual.

Hipótesis 5 (H₅): En el grupo de pacientes con Cirugía Bariátrica predomina el deseo de adelgazar.

Hipótesis de Nulidad (H₀): En el grupo de pacientes con Cirugía Bariátrica no predomina el deseo de adelgazar.

Tabla N°10: Comprobación de Hipótesis para H₅

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Ausencia	8	20	-12	144	7,2
Presencia	32	20	12	144	7,2
Total	40	40			14,4

Para confirmar la H₅, se aplicó la prueba de Chi² para una variable. Se trabajó con 1 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%, obteniendo un valor teórico de Chi² de 3,841.

El valor para Chi² fue de 14,4. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H₀, admitiéndose la H₅.

Por lo tanto es posible afirmar con un 95% de confianza que en los pacientes con Cirugía Bariátrica predomina el deseo de adelgazar.

Hipótesis 6 (H_6): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de lácteos.

Hipótesis de Nulidad (H_0): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica no aumentaron el consumo de lácteos.

Tabla N°11: Comprobación de Hipótesis para H_6

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Disminuyo	0	13,3	-13,3	177,6	13,3
Mantuvo	7	13,3	3,6	13,46	1,01
Aumento	23	13,3	9,6	93,5	7,01
Total	40	40			21,35

Para la verificación de la H_6 , se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%.

Con estos parámetros el valor teórico de χ^2 obtenido es de 5,991.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de χ^2 de 21,35. Siendo el mismo superior al teórico, y comprobándose una diferencia significativa entre ambos, se refuta la H_0 , y se confirma la H_6 .

Por lo tanto es posible afirmar con un 95% de confianza que los pacientes que se sometieron a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de lácteos.

Hipótesis 7 (H₇): El consumo de hortalizas aumentó en los pacientes con Cirugía Bariátrica.

Hipótesis de Nulidad (H₀): El consumo de hortalizas no aumentó en los pacientes con Cirugía Bariátrica.

Tabla N°12: Comprobación de Hipótesis para H₇

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Disminuyo	1	13,33	-12,3	152,02	11,4
Mantuvo	12	13,33	-1,3	1,7	0,13
Aumento	27	13,33	13,6	186,8	14,01
Total	40	40			25,55

Para la confirmación de la Hipótesis de investigación, se aplicó la prueba de Chi² para una variable. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%. Con estos datos el valor teórico de Chi² obtenido es de 5,991.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de Chi² de 25,55. Siendo el mismo mayor al teórico, se rechaza la H₀, y se acepta la Hipótesis de investigación.

En consecuencia es posible afirmar con un 95% de confianza que el consumo de hortalizas aumentó en los pacientes con Cirugía Bariátrica.

Hipótesis 8 (H₈): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de dulces, azúcares y mermeladas.

Hipótesis de Nulidad (H₀): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica no aumentaron el consumo de dulces, azúcares y mermeladas.

Tabla N°13: Comprobación de Hipótesis para H₈

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Disminuyo	2	13,33	-11,33	128,3	9,6
Mantuvo	13	13,33	-0,33	0,108	0,0081
Aumento	25	13,33	11,67	136,1	10,2
Total	40	40			19,85

Para la verificación de la H₈, se aplicó la prueba de Chi² para una variable. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%. Con estos parámetros el valor teórico de Chi² es de 5,991.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de Chi² de 19,85. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H₀, y se acepta la H₈.

Por lo tanto es posible afirmar con un 95% de confianza que los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de dulces, azúcares y mermeladas.

Hipótesis 9 (H₉): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la Cirugía.

Hipótesis de Nulidad (H₀): Los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica, no aumentaron los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la Cirugía.

Tabla N°14: Comprobación de Hipótesis para H₉

Categoría	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Disminuyo	1	13,33	-12,33	152,02	11,4
Mantuvo	9	13,33	-4,33	18,7	1,4
Aumento	30	13,33	16,67	277,8	20,8
Total	40	40			33,65

Para la confirmación de la H₉, se aplicó la prueba de Chi² para una variable. Se trabajó con 2 GL, con un valor de α de 0,05 y un IC del 95%, obteniéndose un valor teórico de Chi² de 5,991.

La aplicación de la fórmula determinó un valor de Chi² de 33,65. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H₀, confirmándose la H₉.

Por lo tanto es posible afirmar con un 95% de confianza que los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica aumentaron los procedimientos de elaboración de alimentos luego de la Cirugía.

Capítulo 6:

Discusión, conclusión y propuestas

6.1 Discusión y Conclusión

La preocupación por la salud del paciente obeso que realizó insatisfactoriamente diferentes dietas y tratamientos convencionales trajo como consecuencia la necesidad de reducir esta pandemia de carácter global. El recurso implementado en estos casos es la Cirugía Bariátrica a través de diferentes procedimientos.

Si bien estas cirugías han producido un descenso importante en el peso, el interés se centra también en el monitoreo permanente de diferentes aspectos relacionados con la alimentación como: estado nutricional, conductas alimentarias de riesgo, preferencias por algunos alimentos, la vida social y la aceptación de la nueva figura entre otras, que hacen a la calidad de vida de la persona con exceso de peso.

Para la realización de este estudio, el trabajo de campo se llevó a cabo en el Instituto de Cirugía y Obesidad del Norte de San Miguel de Tucumán. Se encuestaron 40 pacientes de los cuales 25 eran mujeres y 15 varones, de entre 20 y 60 años de edad, con un peso promedio de 135,145 kg sometidos a Cirugía Bariátrica con las técnicas de By Pass y de Manga Gástrica.

A partir de los resultados encontrados se arribó a las conclusiones que se presentan a continuación:

El estado nutricional expresa el grado por el cual las necesidades fisiológicas de nutrientes están siendo satisfechas. Los cambios ambientales y socioculturales de las últimas décadas tienen un rol importante en la producción de obesidad por lo que resulta de interés conocer el estado nutricional antropométrico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

En este estudio se encontró que el 87,5% de los pacientes presentó peso normal, sobrepeso y obesidad grado I; mientras que el 12,5% restante se distribuyó entre obesidad grado II y obesidad mórbida. Los resultados de esta investigación se asemejan a los obtenidos por distintos investigadores que estudiaron el *IMC* en pacientes Bariátricos con descensos satisfactorios del mismo equivalente al 85% de personas con normopeso, sobrepeso y obesidad leve y el 15% con obesidad

moderada y mórbida (Dr. Álvarez Cordero, R & Cols. 2003; Ocon Bretar, J & Cols. 2005; Rico Hernandez, M. A & Cols. 2009 y Saffar, M.N. 2012).

Trejo Ortiz & Cols (2010) estudiaron la presencia de insatisfacción con el propio cuerpo asociado al IMC encontrando que los pacientes que tenían bajo peso y peso normal estaban satisfechos con su imagen mientras que los que tenían sobrepeso y obesidad refirieron niveles muy altos de insatisfacción. En contraposición con la presente investigación en la que los pacientes con Cirugía Bariátrica e *IMC normal, sobrepeso y obesidad I* manifestaron elevados niveles de *insatisfacción con su cuerpo*. La falta de aceptación del aspecto físico está ligada a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, inadecuadas interacciones sociales que llevan al individuo a una “perturbación de su imagen corporal”.

Distintas investigaciones en Europa, Latinoamérica y Argentina coincidieron que los factores socioculturales que influyen tanto en el origen como en el mantenimiento de trastornos alimentarios son un elemento importante en la priorización de un cuerpo delgado. Por lo general, son las mujeres quienes están obligadas a bajar de peso para responder al mandato social: “una figura delgada y esbelta es muy aceptada socialmente” Tanto la insatisfacción corporal como el impulso o anhelo de adelgazar se basan en una importante influencia genética y se vinculan a desordenes de pautas alimentarias, depresión, mala salud y ser dueño de un cuerpo voluminoso (Toro, J. 2009, Bermudez, B. y Hernandez Rodriguez, F. S. 2012; Lacunza, B., Caballero, B., Cordero, L., Sal, J., Salazar Burgos, R. y Filgueira, J. 2010; Torresani, M. E. 2003).

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación reportaron la existencia de un 96,2% de pacientes Bariátricos *insatisfechos con su cuerpo* y con *deseos de adelgazar* al igual que los obtenidos en las investigaciones consultadas donde predominaron pacientes que se sentían insatisfechos con su aspecto físico y con impulso de adelgazar.

Con respecto al objetivo de evaluar si los pacientes operados de Cirugía Bariátrica aumentaron el consumo de diferentes *grupos alimentarios*, esta investigación encontró que el 57,5% de los pacientes aumentó el *consumo de lácteos*, diferenciándose de lo expuesto por el estudio de referencia el cual no observó diferencias respecto al consumo de lácteos (Hellin Gil, M. D. 2009-2011). La leche y sus derivados son fuente importante de proteínas pues estas facilitan la cicatrización rápida de las heridas y ayudan a preservar la masa magra; los productos lácteos también aportan calcio y vitamina D, aconsejándose su consumo para evitar su déficit debido al síndrome de mala absorción como consecuencia de la exclusión del duodeno evitando de esta manera el desarrollo de la enfermedad ósea (Rubio, M & Cols, 2005).

En el caso de *la ingesta de huevos*, en este estudio pudo observarse que sólo el 17,5% de los pacientes aumentó su consumo de huevos al igual que los resultados obtenidos en la tesis más arriba mencionada, su consumo queda ubicado por debajo del consumo de carnes.

Es necesario enfocar la atención en el *consumo de carnes*, muchas veces disminuido por la falta de tolerancia (generalmente carnes rojas) luego de la cirugía, que aporta al organismo vitaminas, minerales, proteínas y grasas. Al indagar acerca del consumo de carnes, el 32,5% lo acrecentó, resultados que no se condicen con los aportados por el estudio de referencia que pone de manifiesto una disminución en la frecuencia del consumo diario de alimentos cárnicos.

Respecto a los *embutidos* se observó que el 17,5% de los pacientes aumentaron su consumo y el 5% lo disminuyó. En su composición se puede encontrar un elevado porcentaje de proteínas, lípidos, agua y sodio y en menor escala calcio, hierro, fósforo y vitaminas B1, B2 y Niacina. Cabe señalar que no se encontraron estudios acerca de las preferencias por consumir estos productos.

A través de este estudio se pudo indagar que el 67,5% incrementó el *consumo de hortalizas* luego de la Cirugía Bariátrica. Se observó una aproximación de estos resultados a los obtenidos por Hellin Gil, M. D. (2009-2011) en relación al

mismo grupo de alimentos. Con respecto al *grupo de frutas*, el gráfico no evidencia diferencias en relación a si se mantuvo o aumentó su consumo. En cuanto al consumo de hortalizas y verduras cabe recordar que la recomendación establecida por Organismos Nacionales e Internacionales expresa que para una alimentación balanceada se incluya para el consumo diario como mínimo entre 500 y 600 gramos de estos alimentos.

Aunque los *frutos secos* presentan un elevado contenido en grasas, desde el punto de vista nutricional tienen una equilibrada composición; por lo que se recomienda una ingesta de alrededor de 25 gramos al día, y unas 5 veces a la semana, de cualquier variedad de frutos secos, siendo esta la cantidad de referencia y la óptima para potenciar los beneficios que nos proporcionan estos tipos de alimentos (Kraus & Cols 2000). En relación a su consumo, el 32,5% de los pacientes participantes lo incrementó y el 67,5% lo mantuvo mientras que el estudio de Hellin Gi, M. D. (2009-2011) destaca una negación a su consumo diario después de la Cirugía.

Al comparar resultados entre *consumo de cereales y de legumbres* se produjeron datos parecidos, en oposición a lo observado en el trabajo de investigación anteriormente citado, del que se interpretaría un cierto rechazo hacia la ingesta de estos alimentos en los pacientes operados. Aunque estos productos pueden ser poco tolerados en principio por los pacientes Bariátricos es aconsejable su incorporación en la dieta por su aporte en proteínas, hierro, fibras solubles e insolubles, vitaminas y minerales.

En el grupo investigado se produjo un incremento en la *ingesta de dulces, azúcares y mermeladas* diferenciándose de lo que ocurrió en el estudio de Hellin Gil, M. D. (2009-2011) donde se manifiesta una negación al consumo de estos alimentos. Estos productos contienen hidratos de carbono simple en un porcentaje mayoritario en su composición, por ello se aconseja una incorporación moderada puesto que su consumo en exceso podría acarrear aumento de peso.

Más del 50% de los pacientes operados de la muestra aumentaron el *consumo de panes y galletas* a diferencia del estudio que se tomó como referente en el que los pacientes manifestaron una disminución en el consumo diario de estos artículos. En los amasados aparece el gluten que tiene una membrana impermeable y hace permanecer mayor tiempo el alimento en el estómago. Para facilitar su desmoronamiento gástrico, se le extrae la humedad, laminándolo finamente y desecándolo a horno bajo y abierto. De esta forma se facilita su tolerancia y digestión.

Las galletitas tipo agua de fino espesor son buenos sustitutos del pan desecado porque también tienen el almidón dextrinizado pero su desventaja es que salvo excepciones, contienen alta cuantía de grasas (10% o más) generalmente de pobre calidad. (Longo, E., Navarro, E. 2001).

Referente al *consumo de aceites y grasas* no hubo diferencias antes y después de la cirugía, el 97,5% mantuvo el consumo en esas dos etapas al igual que en el estudio de Hellin Gil, M. D. (2009-2011).

Los aceites se seleccionan en general puros de acuerdo con su calidad de ácidos grasos, y se trata de utilizarlos crudos ya que la aplicación de calor en las grasas hace variar las condiciones de tolerancia y digestibilidad, a la vez que modifica las características naturales del aceite. (Longo, E., Navarro, E. 2001).

Para finalizar, los pacientes con cirugía Bariátrica incrementaron los *procedimientos o métodos de elaboración* con el propósito de incorporar a la dieta mayor variedad de alimentos y probar su tolerancia según el método de cocción empleado; no encontrándose estudios referentes a la utilización de diferentes procedimientos de elaboración de alimentos.

En la encuesta, los pacientes expresaron el aumento de preferencias por los grupos alimentarios y los métodos de elaboración puestos en discusión pues consideran que pueden comer todo lo que deseen en pequeñas cantidades sin preocuparse por el tipo de alimento que consumen y sin aumentar de peso.

A modo de conclusión, las estrategias de Educación Nutricional para adquirir hábitos alimentarios saludables deben tener como base la realidad social, cultural, costumbres y preferencias del sujeto.

En cuanto a las Conductas Alimentarias las dimensiones que registraron valores más altos fueron: *sintomatología Bulímica* en un 35% de pacientes.

Es la “tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva”.

El 42,5% reveló “sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre los sentimientos de la propia vida, que se vinculan con baja autoestima o pobre auto-concepto, incluyendo además referencia a sentimientos de vacío y soledad”.

Un 47,5% reveló “presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto solo conductas exitosas”.

El 55% de los pacientes tiene “*Alexitimia*: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales”.

Un 60% de pacientes con “*Ascetismo*, que es la tendencia a comportarse de manera virtuosa a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el auto-rechazo y el autocontrol”.

57,5% de personas que tienen “*Impulsividad*: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Cabe recordar que esta dimensión está relacionada con características de *personalidad borderline o psicopática*”.

42,5% de pacientes con “*Inseguridad Social* que son creencias de la persona respecto a su relaciones sociales, las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general de baja calidad”. (Casullo, M. N.; Perez, M., 1997-ICA).

Contrastando los resultados obtenidos con los de otros estudios como los de (Fernandez de Monteyrin & Cols 2011; Ruiz Prieto y Cols 2010; Rojas, C y Cols 2011) se confirmó la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en grupos de

personas con Cirugía Bariátrica y en grupos de adolescentes. En este estudio se revelaron porcentajes más elevados de pacientes con alteraciones en las diferentes dimensiones psicológicas que abarcan las Conductas Alimentarias de Riesgo.

A modo de cierre cabe mencionar que los pacientes que participaron de este trabajo, y cuyos IMC disminuyeron significativamente después de la cirugía alcanzando las categorías de peso normal y sobrepeso evidenciaron prevalencia de estos rasgos psicológicos.

Del estudio sobre aumento de peso en pacientes con Cirugía Bariátrica se observó que tanto los que fueron operados con la técnica de By Pass como con la de Manga Gástrica han recuperado peso transcurrido un tiempo de la intervención.

De la revisión de la información aportada por los pacientes que se practicaron Cirugía Bariátrica, el 43,47% aumentó de peso luego de la intervención con la técnica de Manga Gástrica y el 14,11% aumentó de peso luego de la intervención con el procedimiento de By Pass Gástrico.

El aumento de peso posterior a la Cirugía Bariátrica se pone de manifiesto a partir de los 2 años de seguimiento. Se ha reportado desde 20 a 87% de pacientes con re-ganancia de peso. La magnitud de la ganancia de peso es en promedio 10 kg con rango de 0,5 kg hasta 60 kg. El aumento de peso se produce entre los 3 y 6 años después de la cirugía. La re-ganancia de peso perdido previamente como efecto de la Cirugía Bariátrica se consideró como un criterio para realizar cirugía revisional que no solo deberá ser practicada para prevenir la re-ganancia de peso, sino también, para liberar adherencias secundarias a la primera operación y restituir el tránsito adecuadamente (Braghetto, I & Cols, 2006; Papapietro, K 2012).

6.2 Propuestas

A partir de que las Cirugía Bariátrica se han convertido en la forma de tratamiento de la obesidad hoy en día, y del interrogante sobre cuáles eran los cambios que se daban en los pacientes operados surge el interés en realizar esta investigación. Por lo hallado en este estudio se está en condiciones de afirmar que con el mismo se ha generado conocimiento científico de gran relevancia social que puede ser aprovechado por la comunidad en general.

Los resultados obtenidos brindan conocimientos científicos actualizados referidos a conductas alimentarias del paciente sometido a Cirugía Bariátrica en la provincia de Tucumán. Estos hallazgos tienen un gran valor social ya que en primera instancia constituyen un antecedente inédito dado que no hay registro en la provincia de investigaciones que aborden esta temática; y también porque pueden ser aprovechados en ámbitos académicos y de investigación, particularmente por aquellos que son parte de las áreas de salud y de Ciencias de la Salud como: médicos cirujanos, médicos especialistas en Cirugía Bariátrica, Bioquímicos, Licenciados en Nutrición, Psicólogos, Psiquiatras y Profesores de Educación Física.

Estos podrán encontrar en este estudio líneas de trabajo que les permitan mejorar sus prácticas y la calidad de vida de sus pacientes.

De acuerdo a los resultados vertidos por esta investigación y por su formación, el Licenciado en Nutrición está capacitado para:

- Evaluar la situación nutricional y desarrollar un plan alimentario que se ajuste a la progresión alimentaria que el paciente operado requiere.
- Ser parte integrante de equipos interdisciplinarios para supervisar y evaluar la evolución de los pacientes.
- Participar de grupos de autoayuda realizando actividades educativas sobre alimentación.
- Diseñar, poner en práctica y evaluar estudios e investigaciones tendientes a profundizar el conocimiento acerca de las conductas alimentarias de los pacientes operados.

- Participar en la formulación de políticas, planes y programas acerca del tipo de alimentación que debe recibir el paciente que esta transitando los primeros meses de la cirugía.
- Diseñar y dar a conocer estrategias de Educación Nutricional que permitan adquirir hábitos alimentarios saludables en base a la realidad social, cultural, costumbres y preferencias del paciente.

Entre las limitantes de este estudio se pueden mencionar la recolección de datos. Se empleó mucho tiempo para alcanzar el tamaño muestral. Esto se vinculaba a aspectos específicos del estudio ya que se requerían pacientes en los que hubiera transcurrido entre 6 meses y un año de la intervención. Cabe destacar además que la Cirugía Bariátrica esta instaurada en la Provincia desde el año 2004 e incorporada a las Obras Sociales desde el 13 de agosto del 2008, fecha en que se aprobó la “Ley de Obesidad” y su ingreso al P.M.O (Plan Medico Obligatorio) de la obesidad como enfermedad, y, consecuentemente se concedió la cobertura social de los tratamientos e intervenciones quirúrgicas principalmente la Cirugía Bariátrica. Es importante señalar que existen escasos lugares públicos y privados donde se practican estas cirugías por lo que resultó sumamente difícil conseguir la muestra objeto de estudio.

Debido al contacto generado por el investigador con un Centro especializado en Cirugía Bariátrica de la Provincia y que cuenta con un equipo interdisciplinario, del que ya se hizo mención anteriormente, se facilitó el acceso a los registros de los pacientes.

Vinculado a los participantes en el estudio es necesario aclarar que hubo que excluir personas pues no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Por otra parte, algunos pacientes se reusaron a participar mientras que otros fueron excluidos por falta de comprensión de los ítems del instrumento, por ser este muy complejo.

Si bien inicialmente se disponía de 70 pacientes, se obtuvo una muestra definitiva de 40 que cumplieron con los criterios de inclusión especificados.

Este estudio no culmina en los aspectos tratados, por el contrario ofrece la posibilidad de abrir un abanico de propuestas sobre nuevas líneas de investigación y sobre esa base plantear interesantes estrategias que permitan enriquecer y

mejorar la práctica profesional y la salud de los pacientes por lo que los resultados obtenidos se pueden utilizar para:

- Diseñar futuros estudios que permitan distinguir comportamientos alimentarios según el sexo, nivel socio económico y tipo de Cirugía. Surge esta propuesta debido a que la muestra estudiada estaba conformada en su mayoría por mujeres.

- Ejecutar investigaciones sobre el tipo de alimentación y su tolerancia en función de la ubicación geográfica y de la época del año. Del estudio surge que hay un 45% de pacientes que no toleran carnes rojas, arroz y verduras crudas.

- Planificar investigaciones para conocer el estado de salud general entre un grupo de pacientes operados que practica actividad física y otro que no lo hace, complementándolas con análisis de laboratorio.

- Ya que en este estudio el rango etario fue de 20 a 60 años se propone: Proyectar un trabajo que permita comparar las conductas alimentarias que se presentan luego de la Cirugía Bariátrica en personas adultas y más jóvenes.

- Estudiar mediante un trabajo interdisciplinario aspectos de la salud y el ambiente que determinan una mejor calidad de vida en los pacientes.

- Proponer una investigación que aborde de manera multidisciplinaria el tratamiento del paciente operado.

- Realizar trabajos para evaluar el grado de deficiencia de vitaminas y minerales luego de la cirugía y analizar posibles consecuencias futuras.

- Diseñar investigaciones tendientes a profundizar el conocimiento acerca de las conductas alimentarias de los pacientes.

- Investigar en pacientes con By Pass Gástrico que consumen alimentos ricos en hierro la capacidad de absorción de este mineral y observar si su déficit en el organismo influye en la vida cotidiana de aquellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco Cortes, L., Gabaldón Coronado, J., García Vila, A., Giménez Sierra, A., Gimeno Giménez, V., Martínez Costa, C., Martínez Valls, J. F., Mesejo Arizmendi, A., Oliver Morera, V., Peña Aldea, A., Tordera Baviera, A. (2000). Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietoterapia. (1ª ed.). Hospital Clínico Universitario de Valencia. Fecha de acceso: 19/08/11. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com>
2. Bleger, J (1975) Psicología de la Conducta, Capitulo 3. Fecha de acceso: 23/08/11
3. Bleger, Jose. 2007. Psicología de la Conducta. Editorial Paidós. Buenos aires
4. *Braghettom, I; Ibarra, O; Rojas, J; OWEN Korn, O y Valladar, H.* Reoperaciones por fracaso tardío de la cirugía bariátrica. Reporte de 5 casos clínicos. *Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 - Nº 6, Diciembre 2006; págs. 456-463.*
5. Braguinsky, J. (2007). Obesidad: Saberes y Conflictos. Un tratado de obesidad. Editorial Medica A.W.W.E. Capitulo 44. Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso: 26/08/11
6. Bustamante, F., Williams D., C., Vega P., E., Prieto D., B. (2006). Aspectos Psiquiátricos relacionados con las Cirugías Bariátrica. Santiago de Chile. Fecha de acceso: 19/08/11. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000600016&script=sci_arttext
 - a. Centro de trabajo: (1) Departamento de Investigación de FUDEN
7. Crespo Rosales, M.L., Ruiz Cala, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. Universidad Javeriana. Bogota, Colombia. Fecha de acceso: 19/08/11. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co>
8. DSM IV. <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v46n6/22563a1.gif>
Fecha de acceso: 01/009/11
 - a. El muestreo en la investigación. Autor: Mª Cristina Martín-Crespo Blanco (1), Ana Belén Salamanca Castro (1)
9. Fernández de Moisteyrin T, García-Camba E, Mancha A. (2011) Psiquiatria.com – ISSN: 1137-3148©. Universitario de la Princesa en Madrid. Evaluación Psicológica en pacientes con obesidad mórbida incluidos en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital. <http://hdl.handle.net/10401/4798>

10. Ficha de estudio, materia teoría y técnica de exploración y diagnóstico psicológico Mod II, Lic. María Martines Casullo- Marcelo Pérez, facultad de psicología UBA. (1997).

11. Gracia Lorda, P y Colaboradores. Seguimiento postoperatorio de la obesidad mórbida: aspectos quirúrgicos y nutricionales. Fecha de acceso: 10/08/11 Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v75n05a13061110pdf001.pdf>

12. Guangioli, M. J. L. Cirugías Malabsortivas. Interpretación de sus Mecanismo Fisiopatológico. (2004). Posgrado Universitario a Distancia en Obesidad. Facultad Favaloro. Neuquén, Argentina. Fecha de acceso: 10/08/11. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com>

13. *Guías para una cirugía bariátrica segura*. Reunión de Consenso Nacional. Asociación Argentina de Cirugía. Buenos Aires. Septiembre de 2009.

14. H. de Girolami, D. (2003). Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal. Editorial El Ateneo. (ed 1º). Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso: 26/08/11

15. H. de Girolami, D. (2008). Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto. Editorial El Ateneo (ed. 1º). Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso: 26/08/11

a. http://bibliocomunidad.com/web/libros/FMetodologica_27.pdf.

16. IV Congreso Internacional de Actualización en Cirugía Bariátrica y Metabólica: Enfoque Quirúrgico y Multidisciplinario.(2010). Mendoza, Argentina. Fecha de acceso: 10/08/11 Disponible en: <http://www.encuentrobariatrico.com>

17. Lacunza, A (2003). Cátedra Psicología en Nutrición. (UNSTA). Ficha de Cátedra: Conductas Alimentarias y Nutricionales.

18. Leiva, M. J. y col. (2009). Calidad de vida en pacientes operadas de *bypass* gástrico hace más de un año: Influencia del nivel socioeconómico. Revista médica de Chile: Rev. méd. Chile v.137 n.5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500005&lang=es. Fecha de acceso: 10/08/11

19. Longo, E; Navarro, E (2001). Técnica Dietoterapica. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

20. Moizé VL, Pi-Sunyer X, Mochari H, & Vidal J. Nutritional Pyramid for Postgastric Bypass Patients. *Obesity Surgery*, 2010; 20 (8), 1133-41.
21. Moizé VL. Reeducción alimentaria tras cirugía de la obesidad: desde una perspectiva Dietético-Nutricional. *Actividad Dietética*, 2005.27:24-30.
22. Nure Investigación, nº 27, Marzo-Abril 0 7
23. *Papapietro V, K. Reganancia de peso después de la cirugía Bariátrica.* Rev Chil Cir vol.64 no.1 Santiago feb. 2012 versión On-line ISSN 0718-4026. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000100015>
24. Pérez Hornero, J. y Gastalñaduy Tilve, M. J. (2005). Papeles del Psicólogo: Valoración psicológica y Psiquiátrica de los candidatos a cirugías Bariátrica. Esta indicado: volumen 26, numero 090, de la página 12 a la 13. Fecha de acceso: 19/08/11. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/77809002.pdf>
25. Revista Argentina de cardiología (2006). La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social? .Rev. argent. cardiol. v.74 n.5 Ciudad Autónoma de Buenos Aires sept./oct. 2006. Fecha de acceso: 10/08/11. Disponible en: L:\TESIS\Revista argentina de cardiología - La epidemia de obesidad ¿resolución individual o social .htm
26. Rico Hernández, M.^a y Colaboradores. (2009). Comparación a 5 años de dos técnicas de cirugía Bariátrica en pacientes con obesidad mórbida seguidos en consulta médica. 1Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España. Nutr Hosp. 2009;24(6):667-675 ISSN 0212-1611 • CODEN NUH0EQ S.V.R. 318 FIVE-YEAR COMPARISON OF TWO. Fecha de acceso: 10/08/11 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n6/original3.pdf>
27. Rincon, L. S. (2002). Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad. Disponible en: <file:///L:/TESIS/Tratamiento%20Quir%C3%BArgico%20de%20la%20Obesidad.htm>.
Fecha de acceso:
28. Rojas, C; Brante, M (2011). Rev Med Chile 2011; 139: 571-578.Descripción de manifestacionesansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica

29. Rubio A, Moreno C. Implicaciones nutricionales de la cirugía bariátrica
30. Rubio Herrera, M.A. *Manual de Obesidad Mórbida*. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana; 2005;p.210.
31. Rubio M.A., Salas-Salvadó J., Barbany M., Moreno B., Aranceta J., Bellido D., et. al, Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes*, 2007. 7-48.
32. Rubio, Mi A; Rico, C y Moreno, C. (2005). *Madrid, España*. Nutrición y cirugía Bariátrica
33. Ruíz Prieto, I; Santiago Fernández, MJ; Bolaños Ríos, P y Jáuregui Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad
34. Salaberria, K., Rodriguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepcion de la imagen corporal. *Osasunaz*. Sobre el tracto gastrointestinal. *Nutr Hosp*, 2007. 22 (Supl 2): 124-34.
35. Tesis de graduación para la Licenciatura en Nutrición. Urueña, M. P. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estado Nutricional en alumnas del nivel polimodal de la escuela Técnica N° 5 de San Miguel de Tucumán. Fecha de acceso: 19/08/11
36. Torresani, Casós, Español, García, Salaberri, & Spirito. (2009). Comparación del grado de satisfacción de la figura corporal según género en adolescentes del colegio ILSE - UBA. *DIAETA*
37. Torresani, María E.; Somoza, María I (2005). Lineamientos para el cuidado nutricional. Editorial Eudeba. Buenos aires
38. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía Bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/6%20Trastornos%20de%20la%20conducta.pdf> Fecha de acceso: 01/009/11
39. Vismara, M.P. (2010) Tesis de Graduación de la Licenciatura en Nutrición. Impacto de la Cirugía Bariátrica sobre el IMC, Glucemia y perfil Lipidico. Universidad del norte santo tomas de Aquino, Tucumán.
40. Zukerfeld, R. Acto Bulimico, cuerpo y tercera tónica. Unidad IV. Editorial: Paidós Iberica.

Anexos

Anexo N°1: Consentimiento informado

Notificación

El presente trabajo de tesis de la Licenciatura titulado “Estado Nutricional, Conductas Alimentarias y Satisfacción Corporal en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica en Tucumán”, elaborado por la Srta. Italia María Carolini, estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias De La Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

- Determinar el estado nutricional antropométrico en pacientes sometidos a Cirugías Bariátrica al cabo de un año de intervención.
- Caracterizar como se presenta el cambio de peso en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica a los seis meses y al año de intervención.
- Identificar y caracterizar conductas alimentarias de riesgo (CAR).
- Determinar la satisfacción de la figura corporal actual (FCA) que presentan los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

La participación de este trabajo de investigación es extractamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usara para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener dudas al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene derecho de hacérselo saber a la Srta., o directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

Firma:.....

Apellido y Nombre del responsable del trabajo de Tesis

Anexo N°2: Carta de aceptación

-----ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este Trabajo de Investigación, conducido por la alumna Italia María Carolini. He sido informada/o que los fines del trabajo son:

- Determinar el estado nutricional antropométrico en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica al cabo de un año de intervención.
- Caracterizar cómo se presenta el cambio de peso en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica a los seis meses y al año de intervención.
- Identificar y caracterizar conductas alimentarias de riesgo (CAR).
- Determinar la satisfacción de la figura corporal actual (FCA) que presentan los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.

----- Reconozco que la investigación que Yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y Exclusivo para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informada/o que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srta. Italia María Carolini en los siguientes N° de teléfonos: 0381-4224718 y 0381-155942107.

Apellido y Nombre del Participante:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Anexo N°3: Encuesta

1. DATOS PERSONALES

Fecha: Edad: Sexo: F M Estado civil: soltero- casado- divorciado-
Ocupación: estudiante- trabajador en relación de dependencia- trabajador independiente- profesional-
Tipo de cirugía aplicada: Gastroplastia en Manga.....By Pass Gástrico.....Balón Gástrico..... Derivación
Biliopancreatica.....
¿Con quién vive? Solo..... Acompañado. SI..... ¿Con alguien?..... NO.....
Departamento..... Provincia..... País.....

2. DATOS ANTROPOMETRICOS

Fecha de intervención:.....
Peso previo a la intervención..... Peso actual..... Peso a los 6 meses de transcurrida la
intervención.....
Peso al año de transcurrida la intervención:.....
Estatura:.....Circunferencia de muñeca:.....Circunferencia de Cintura:.....circunferencia de
cuello: ...
¿Subió de peso luego de la cirugía?..... ¿Cuántos Kilogramos?.....

3. DATOS ALIMENTARIOS

¿Presenta alergias a algunos alimentos? NO..... SI.....
¿Cuál/es?.....

Actualmente, ¿Cómo clasificaría globalmente su satisfacción al comer?

Excelente.....

Buena.....

Aceptable.....

Pobre.....

Muy pobre.....

¿Por

qué?.....

.....

.....

.....

¿Cuántas comidas realiza en el día? Desayuno..... Almuerzo..... Merienda..... Cena.....

Colaciones.....Todas.....

¿Realiza picoteo? No..... Si..... ¿Qué alimentos?

¿Donde come? En casa..... Trabajo..... Otro..... ¿Cual?.....

¿Quién cocina?.....

¿Puede comer de todo? NO..... SI..... ¿Porque?.....

¿Hay algún alimento que usted no tolera?.....

En el siguiente cuadro encontraras una lista de alimentos, en la tercera columna deberás escribir la cantidad que consumes habitualmente y en la columna 4 y 5 deberás marcar con una cruz si toleras o no cada alimento. En la columna 6, 7 y 8 marcaras tus preferencias de alimentos antes de la cirugía a los 6 meses y a los 12 meses o más de la cirugía.

RUBROS	ALIMENTOS	CANTIDAD	TOLERA	NO TOLERA	PREFERENCIAS ANTES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 6 MESES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 12 MESES O MAS DE LA CIRUGIA
LÁCTEOS	LECHE ENTERA						
	LECHE DESCREMADA						
	YOGURT ENTERO						
	YOGURT DESCREMADO						
	QUESO UNTABLE ENTERO						
	QUESO UNTABLE DESCREMADO						
	QUESOS CUARTIROLO						
	RICOTA ENTERA						
	RICOTA DESCREMADA						
	OTROS:						
HUEVO	ENTERO						
	CLARA						
	YEMA						
CARNE	PESCADO						
	VACUNA						
	POLLO O AVE						
	OTROS						
EMBUTIDOS Y FIAMBRES	SALCHICHA TIPO VIENA						
	CHORIZO						
	SALAME						
	MORTADELA						
HORTALIZAS	JAMON COCIDO						
	LECHUGA						
	TOMATE						
	BERENJENAS						
	BROCOLI						
	COLIFLOR						
	ACELGA						
	ESPINACA						
	ZAPALLITOS						
	CEBOLLA						
	CHAUCHAS						
	REMOLACHAS						
	ZANAHORIA						
	ZAPALLO						

**Estado Nutricional, Conductas Alimentarias y satisfacción corporal en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica
S. M. de Tucumán-2014**

RUBROS	ALIMENTOS	CANTIDAD	TOLERA	NO TOLERA	PREFERENCIAS ANTES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 6 MESES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 12 MESES O MAS DE LA CIRUGIA
	PAPA						
	CHOCLO						
FRUTAS	MANZANA						
	PERA						
	BANANA						
	DURAZNO						
	NARANJA						
	UVA						
	MANDARINA						
	OTROS						
FRUTAS SECAS	NUECES						
	ALMENDRAS						
	MANI						
CEREALES	ARROZ BLANCO O INTEGRAL						
	POLENTA						
	FIDEOS						
LEGUMBRES	LENTEJA						
	POROTO						
	GARBANZO						
PANES	FLAUTA, MIÑON, FRANCES						
	TIPO LACTAL						
	DE SALVADO						
GALLETAS	DULCES						
	SALADAS						
AZÚCAR	ENDULCORANTE						
DULCES	MEMBRILLO						
	BATATA						
	ZAPALLO						
	CAYOTE						
	DULCE DE LECHE						
MERMELADAS	FRUTILLA						
	DURAZNO						
	MIEL						
CUERPOS GRASOS	ACEITES						
	MAYONESA						
	MANTECA						

FORMA DE ELABORACION DE LOS ALIMENTOS	TOLERA	NO TOLERA	PREFERENCIAS ANTES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 6 MESES DE LA CIRUGIA	PREFERENCIAS A LOS 12 MESES O MAS DE LA CIRUGIA
FRITURA					
VAPOR					
HERVIDO					
A LA PLANCHA					
AL HORNO					
ASADO					
CRUDOS					
BATIDOS					

¿Vomita o tiene regurgitaciones? Frecuentemente (más de 2 veces por semana).....
Raramente.....
Nunca.....

¿Presenta diarrea? Frecuentemente (más de 2 veces por semana).....
Raramente.....
Nunca.....

¿Quien realiza las compra de alimentos? YO..... OTRO.....

4. ENUNCIADOS

A continuación leerás una serie de ítems que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indica con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que vos sentís respecto de lo que dice. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sé sincero al responder y hazlo de acuerdo a lo que pienses o sientas, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	siempre	General mente	A veces	Nunca
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, pastas, etc) sin hacerme problema.				
2. Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande				
3. Me gustaría sentirme segura/como cuando era chica/o				
4. Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer				
5. Me lleno excesivamente de comida				
6. Me gustaría ser mas joven				
7. Pienso acerca de hacer dieta				
8. Me asusto cuando siento emociones muy fuertes				
9. Creo que mis muslos son demasiado grandes				
10. Siento que no sirvo para nada				
11. Me siento muy culpable cuando como demasiado				
12. Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal				
13. Para mi familia lo mas importante es ser primero en todo				
14. La infancia es la etapa más feliz de la vida				
15. Soy muy abierta/o con mis sentimientos				
16. Me aterroriza subir de peso				
17. Confío en los demás				
18. Me siento muy sola/o				
19. Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
20. En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
21. Me resulta difícil entender mis sentimientos				
22. Me gusta mas ser un/a adulto/a que un/a niño/a				
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás				
24. Desearía ser otra persona				
25. Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				
26. Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)				
27. Siento que no hago nada bien				
28. He llegado a comer y comer sin poder parar				
29. De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				
30. Tengo buenos vínculos afectivos				
31. Me gusta la forma de mis nalgas (cola)				
32. Quiero estar mas delgada/o				
33. No sé qué pasa dentro mío				
34. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35. Es muy difícil ser adulto/a				
36. Detesto cuando no soy la/el mejor en algo				
37. Me siento segura/o de mi misma/o				
38. Pienso mucho en comer				
39. Me alegra no ser mas una chica/o				
40. Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no				
41. Tengo una baja opinión de mi misma/o				
42. Creo que puedo lograr las metas que me propongo				
43. Mis padres esperan de mi un alto nivel de rendimiento				
44. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos				
45. Creo que mis caderas son demasiado grandes				

	siempre	General mente	A veces	Nunca
1. Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente cuando estoy sola/o				
2. Me siento llena/o después de una comida pequeña				
3. Creo que la niñez es la época más feliz de mi vida				
4. Si aumento de peso me preocupa seguir aumentando				
5. Siento que soy una persona valiosa				
6. Cuando me siento nerviosa/o, no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o				
7. Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
8. Pienso que si trato de vomitar podre bajar de peso				
9. Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mi)				
10. Creo que el tamaño de mi muslo es normal				
11. Me siento emocionalmente vacía/o				
12. Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales				
13. La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o				
14. Creo que mi cola (nalga) es demasiado grande				
15. Tengo sentimientos que no puedo explicar				
16. Como o bebo a escondidas				
17. Creo que mis caderas son de tamaño normal				
18. Me propongo metas sumamente elevadas				
19. Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer				
20. Las personas que mas me agradan terminan desilusionándome				
21. Me avergüenza ser una persona débil				
22. Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
23. Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
24. Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales				
25. Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento				
26. Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer				
27. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas				
28. Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente				
29. Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o				
30. Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
31. Los demás son capaces de entender mi problemas				
32. Me imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños				
33. Comer por placer es un signo de debilidad				
34. Suelo tener ataques de rabia				
35. Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				

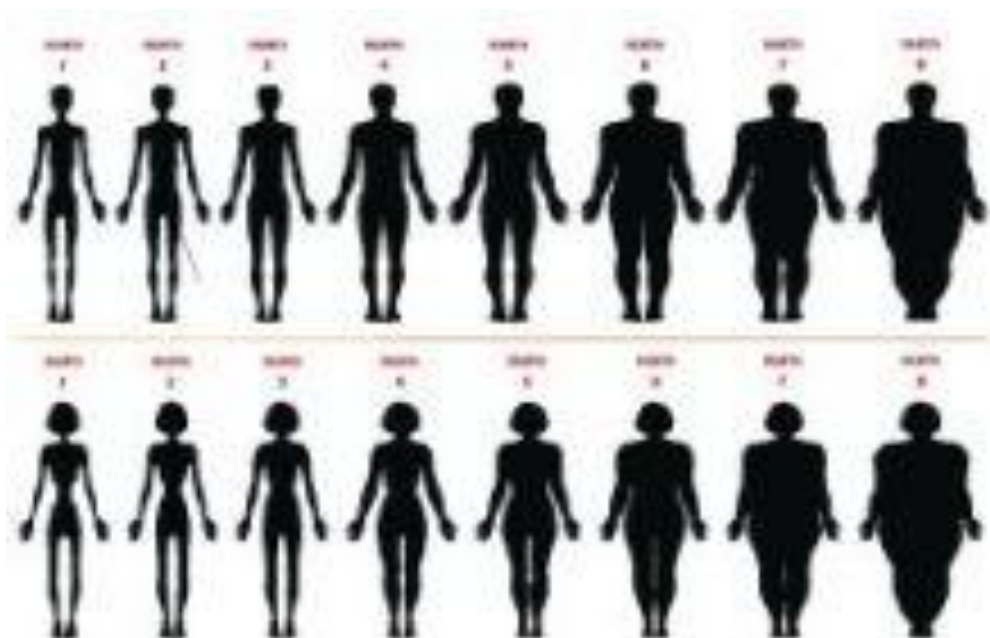
	Siempre	General mente	A veces	Nunca
46. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol				
47. Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				
48. Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				
49. Siento que todo me sale mal				
50. Cambio fácilmente el estado de ánimo				
51. Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
52. Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas				
53. El sufrimiento nos convierte en mejores personas				
54. Sé que la gente me quiere				
55. Siento la necesidad de causarme daño a mi misma/o o a otros				
56. Creo que me conozco bien a mi misma/o				

5. FIGURA CORPORAL ACTUAL

A continuación se presentan ocho figuras de ambos sexos con distinta complexión física. En la que corresponda a tu sexo, indicá por favor qué figura representa más fielmente tu peso actual?.



A continuación se presentan ocho figuras de ambos sexos con distinta complexión física. En la que corresponda a tu sexo, indicá por favor qué figura representa más fielmente tu peso ideal o deseado?



POR FAVOR CORROBORAR QUE NO QUEDEN ESPACIOS EN BLANCO.

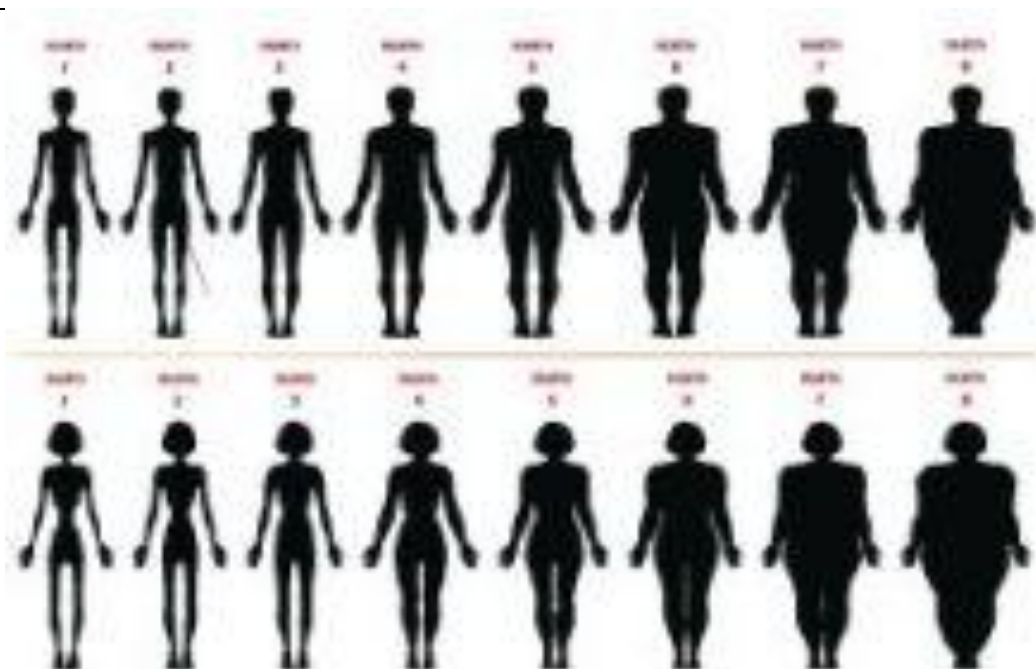
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

Anexo N° 4: Satisfacción por la figura corporal actual

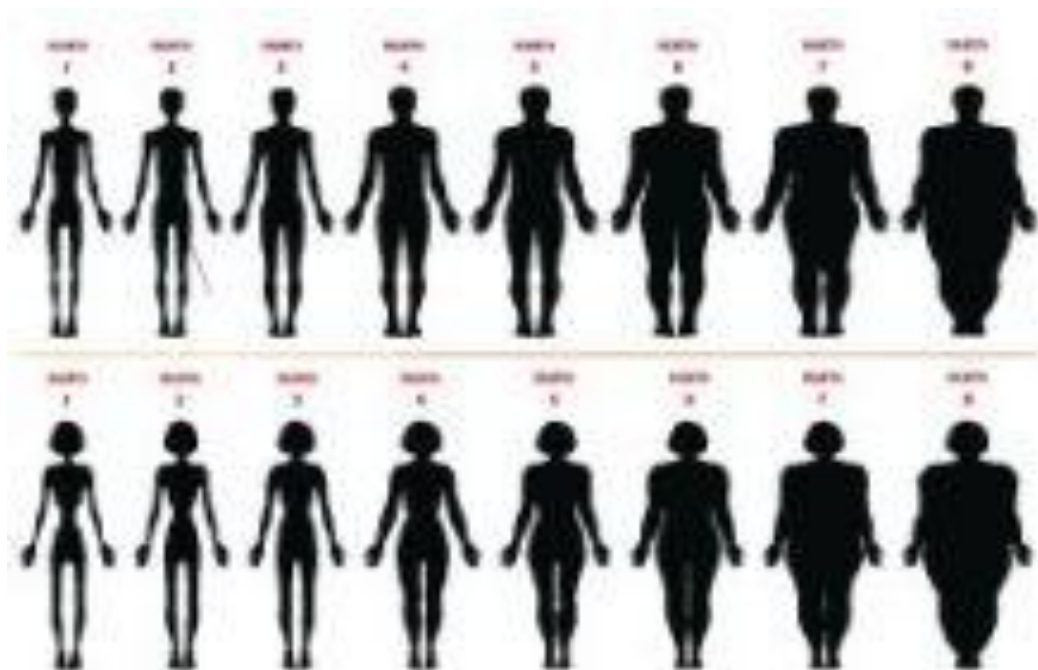
Test de Silueta (adaptado del test de Silueta de Bell, Kirkpatrick y Rinn, 1986) consiste en 8 figuras femeninas que incrementan progresivamente su figura corporal con relación al incremento de peso, y 8 figuras masculinas de similar condición. Se les hacen diversas preguntas sobre las figuras, pero las que interesan en el presente estudio son: ¿Qué figura representa su peso actual? Y ¿Qué figura representa su peso ideal? O ¿Cómo le gustaría ser?

La primera pregunta permite valorar la distorsión entre el peso real y el peso percibido, y que se denominó TS-Distorsión. La segunda pregunta valora la diferencia entre el peso percibido y el peso ideal, es decir la insatisfacción corporal y que se denominó TS-Insatisfacción. En ambos casos puntuaciones de cero o próximas a cero indicarían adecuación o satisfacción con la imagen corporal. Puntuaciones por debajo o sobre cero indicarían el grado en que se da la distorsión o insatisfacción corporal.

YO SOY



ME GUSTARIA SER:



Las figuras se valorarán de la siguiente manera:

- Las figuras 1 y 2 indican Bajo Peso
- Las figuras 3 y 4 indican Peso Normal
- La figura 5 indica Sobrepeso
- Las figuras 6, 7 y 8 indican Obesidad 1, Obesidad 2 y Obesidad 3 respectivamente.

Anexo N°5: Conducta alimentaria

Inventario sobre Conductas Alimentarias (ICA). A continuación leerás 91 ítems que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indica con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que opera lo a que vos te sucede respecto de lo que dice. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sé sincero al responder y hazlo de acuerdo a lo que pienses o sientas.

GUIA DE CORRECCION DEL INVENTARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS (ICA)

Corrección manual de las respuestas: el uso de la Hoja de Respuestas:

Para la corrección manual de esta prueba se utilizará la correspondiente hoja de evaluación. En ella se pueden observar 11 columnas cuyos títulos corresponden a las dimensiones que evalúa la técnica. Estas columnas, están a su vez divididas en otras 2: la primera, titulada "It", ya está completa con los números de los ítems, que, en algunos casos se encuentran enmarcados en un fondo oscuro (ítems 1, 12, 19, etc.).

Para completar la segunda columna de cada dimensión llamada "puntaje", se utilizaran algunas de las siguientes tablas dependiendo de si los ítems que se están puntuando tienen o no el fondo oscuro:

Si el fondo del número de ítem es claro:

Si Contestó...	El Puntaje es...
Siempre o casi siempre	3
Generalmente	2
Algunas veces	1
Nunca o casi nunca	0

Si el fondo del número de ítem es oscuro:

Si Contestó...	El Puntaje es...
Siempre o casi siempre	0
Generalmente	1
Algunas veces	2
Nunca o casi nunca	3

El puntaje bruto de cada dimensión se obtendrá como la suma de los valores de la columna Puntaje correspondiente y se anotará en la casilla Pb.

Transformación de los puntajes brutos en percentilos. Interpretación de los mismos:

Para completar la casilla del percentil correspondiente a esa escala, se utilizará la tabla Conversión de puntajes brutos a percentiles. Los datos normativos que en esta tabla se encuentran fueron obtenidos en población general de Buenos Aires, Argentina, y se han dividido por sexo.

Para obtener el percentil se ingresa por la columna que dice PB con el valor del puntaje bruto obtenido en cada escala, y se ubica horizontalmente la casilla correspondiente a la columna con el nombre de la escala buscada.

Con el percentil obtenido para cada escala se traza el perfil (diagramas de barras) que se anexa.

La lectura de los valores se realizará utilizando como guía las descripciones de las escalas hechas en el apartado “a)”, teniendo en cuenta que a mayor valor percentilar le corresponde mayor presencia de la dimensión descripta.

Nota: si quedó algún ítem sin contestar, el valor asignado mecánicamente en la corrección es cero.

Por ello, deberá tenerse en cuenta para la evaluación que las dimensiones a las que pertenecen dichos ítems pueden encontrarse disminuidas en su valor percentilar.

	siempre	General mente	A veces	Nunca
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, pastas, etc) sin hacerme problema.				
2. Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande				
3. Me gustaría sentirme segura/como cuando era chica/o				
4. Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer				
5. Me lleno excesivamente de comida				
6. Me gustaría ser mas joven				
7. Pienso acerca de hacer dieta				
8. Me asusto cuando siento emociones muy fuertes				
9. Creo que mis muslos son demasiado grandes				
10. Siento que no sirvo para nada				
11. Me siento muy culpable cuando como demasiado				
12. Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal				
13. Para mi familia lo más importante es ser primero en todo				
14. La infancia es la etapa más feliz de la vida				
15. Soy muy abierta/o con mis sentimientos				
16. Me aterroriza subir de peso				
17. Confío en los demás				
18. Me siento muy sola/o				
19. Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
20. En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
21. Me resulta difícil entender mis sentimientos				
22. Me gusta mas ser un/a adulto/a que un/a niño/a				
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás				
24. Desearía ser otra persona				
25. Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				
26. Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)				
27. Siento que no hago nada bien				
28. He llegado a comer y comer sin poder parar				
29. De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				
30. Tengo buenos vínculos afectivos				
31. Me gusta la forma de mis nalgas (cola)				
32. Quiero estar más delgada/o				
33. No sé qué pasa dentro mío				
34. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35. Es muy difícil ser adulto/a				
36. Detesto cuando no soy la/el mejor en algo				
37. Me siento segura/o de mi misma/o				
38. Pienso mucho en comer				
39. Me alegra no ser mas una chica/o				
40. Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no				
41. Tengo una baja opinión de mi misma/o				
42. Creo que puedo lograr las metas que me propongo				
43. Mis padres esperan de mi un alto nivel de rendimiento				
44. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos				
45. Creo que mis caderas son demasiado grandes				

	Siempre	General mente	A veces	Nunca
1. Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente cuando estoy sola/o				
2. Me siento llena/o después de una comida pequeña				
3. Creo que la niñez es la época más feliz de mi vida				
4. Si aumento de peso me preocupa seguir aumentando				
5. Siento que soy una persona valiosa				
6. Cuando me siento nerviosa/o, no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o				
7. Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
8. Pienso que si trato de vomitar podre bajar de peso				
9. Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mi)				
10. Creo que el tamaño de mi muslo es normal				
11. Me siento emocionalmente vacía/o				
12. Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales				
13. La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o				
14. Creo que mi cola (nalga) es demasiado grande				
15. Tengo sentimientos que no puedo explicar				
16. Como o bebo a escondidas				
17. Creo que mis caderas de tamaño normal				
18. Me propongo metas sumamente elevadas				
19. Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer				
20. Las personas que mas me agradan terminan desilusionándome				
21. Me avergüenza ser una persona débil				
22. Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
23. Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
24. Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales				
25. Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento				
26. Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer				
27. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas				
28. Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente				
29. Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o				
30. Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
31. Los demás son capaces de entender mi problemas				
32. Me imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños				
33. Comer por placer es un signo de debilidad				
34. Suelo tener ataques de rabia				
35. Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				

	Siempre	General mente	A veces	Nunca
1. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol				
2. Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				
3. Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				
4. Siento que todo me sale mal				
5. Cambio fácilmente el estado de ánimo				
6. Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
7. Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas				
8. El sufrimiento nos convierte en mejores personas				
9. Sé que la gente me quiere				
10. Siento la necesidad de causarme daño a mi misma/o o a otros				
11. Creo que me conozco bien a mi misma/o				

Hoja para la evaluación



Nombre: Edad: Sexo: Caso nro:

Educación: Ocupación: Lugar residencia:

Ítem	Desexo de adelgazar		Bulimia		Insatisfacción corporal		Ineficacia		Perfeccionismo		Desconfianza		Axiomatía		Miedo a crecer		Ascetismo		Impulsividad		Inseguridad social	
	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It	Puntaje	It
1		4	2	10	13	15	8	3	66	65	69											
7		5	9	18	29	17	21	6	68	67	73											
11		28	12	30	36	23	26	14	71	70	76											
16		38	19	24	43	30	33	22	75	72	80											
25		46	31	27	52	34	40	35	78	74	84											
32		53	45	37	63	54	44	39	82	77	87											
49		61	55	41		57	47	48	86	79	89											
			59	42			51	58	88	81	91											
			62	50			60			83												
				56			64			85												
										90												
Pb		Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb	Pb
%		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

ICA **Conversión de puntos de hábitos a niveles de satisfacción corporal, sexo femenino, Buenos Aires (1997-2010)**

PB	Deseos de adelgazar	Bulimia	Inatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza	Autoestima	Miedo a crecer	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social	PB
0	4	11	1	0	6	3	0	1	0	1	0	0
1	10	19	3	11	11	7	2	3	3	2	2	1
2	13	32	5	19	19	16	4	3	7	3	6	2
3	14	40	7	30	30	22	6	4	14	6	13	3
4	18	50	11	38	38	28	8	5	24	12	20	4
5	21	60	15	48	48	35	12	6	36	26	27	5
6	23	68	21	57	57	44	19	8	51	36	35	6
7	27	74	25	64	64	51	23	13	63	46	44	7
8	37	79	28	74	74	61	35	25	72	57	52	8
9	42	85	35	82	82	70	41	37	81	6	68	9
10	48	88	40	93	93	83	51	51	87	76	76	10
11	52	89	41	96	96	88	58	62	90	79	84	11
12	61	93	43	97	97	95	64	68	93	82	86	12
13	68	94	46	97	97	97	70	77	95	85	90	13
14	71	97	52	98	98	99	78	84	96	90	94	14
15	79	98	57	98	98	99	85	89	98	92	98	15
16	84	99	66	100	100	100	91	96	100	94	99	16
17	88	100	72	100	100	100	93	97	100	96	100	17
18	96	100	75	100	100	100	94	97	100	99	100	18
19	97	100	78	100	100	100	97	98	100	100	100	19
20	98	100	81	100	100	100	98	98	100	100	100	20
21	100	100	83	100	100	100	98	98	100	100	100	21
22	-	-	86	100	100	100	99	100	100	100	100	22
23	-	-	89	100	100	100	100	100	100	100	100	23
24	-	-	93	100	100	100	100	100	100	100	100	24
25	-	-	95	100	100	100	100	100	100	100	100	25
26	-	-	98	100	100	100	100	100	100	100	100	26
27	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	27
28	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	28
29+	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	29+

Edad: 18 años

Tabla 1. Conyestión de puntajes brutos a percentiles para población general sexo masculino. Buenos Aires (1997). N=120

PB	Deceos de adelgazar	Bulimia	Satisfacción corporal	Insuficiencia	Perfeccionismo	Desconfianza	Alexitimia	Miedo a crecer	Asceticismo	Impulsividad	Inseguridad social	PB
0	15	5	10	2	1	0	1	0	1	0	1	0
1	26	15	15	7	5	2	2	0	6	1	1	1
2	34	34	18	11	10	6	3	1	10	6	4	2
3	39	43	24	15	14	9	6	3	21	12	7	3
4	49	51	37	24	21	18	8	6	30	19	14	4
5	54	65	43	38	32	21	15	8	44	31	23	5
6	59	73	54	47	43	32	27	14	58	34	32	6
7	67	81	60	54	50	44	40	19	68	40	46	7
8	75	87	65	60	58	57	49	28	80	49	53	8
9	79	92	72	68	71	69	58	37	82	56	64	9
10	84	97	77	77	75	84	64	46	89	59	71	10
11	88	99	81	81	83	89	73	57	93	65	81	11
12	91	100	84	88	88	92	77	63	97	73	85	12
13	92	100	86	91	91	95	81	69	98	81	92	13
14	93	100	87	97	93	97	85	79	99	85	94	14
15	95	100	87	97	98	99	90	83	99	86	96	15
16	96	100	90	99	99	100	91	89	99	88	99	16
17	97	100	90	99	99	100	94	93	99	92	99	17
18	97	100	91	100	100	100	98	95	99	93	100	18
19	100	100	94	100	-	100	98	97	99	97	100	19
20	100	100	95	100	-	100	99	98	99	99	100	20
21	100	100	95	100	-	100	100	99	100	99	100	21
22	-	-	95	100	-	-	100	99	100	99	100	22
23	-	-	96	100	-	-	100	99	100	99	100	23
24	-	-	96	100	-	-	100	100	100	100	100	24
25	-	-	97	100	-	-	100	-	-	100	-	25
26	-	-	99	100	-	-	100	-	-	100	-	26
27	-	-	100	100	-	-	100	-	-	100	-	27
28	-	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	28
29+	-	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	29+

8