



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, PERSONALIDAD Y MOTIVOS PARA LA
REALIZACION DE UNA CIRUGIA BARIATRICA EN PACIENTES OBESOS

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en
Psicología Clínica, que presenta la Bachiller:

PAMELA STEFANI DONGO VALDÉS

LOURDES RUDA SANTELICES
ASESORA

LIMA - 2012

Agradecimientos

A Lourdes Ruda, por todo el apoyo brindado en este año de trabajo conjunto. Por los conocimientos que compartió conmigo, el tiempo que dedicó a esta investigación, los consejos en relación a las nuevas tomas de decisión que surgieron en el camino y por haberme animado a realizar un giro al proyecto inicial, que me permitió enfocar mi tema desde una perspectiva más integradora.

A Doris Miranda, por su asesoría estadística y por su interés mostrado en mi estudio.

A la Clínica Avendaño, lugar donde tuve la oportunidad de aprender muchos aspectos ligados a la obesidad a lo largo de este tiempo. A todos los miembros de la clínica que me apoyaron en la validación de mis inventarios, tanto médicos cirujanos, como enfermeras, nutricionistas y a las psicólogas y psiquiatras de otras instituciones.

A mi madre por su preocupación y apoyo constante.

A Karen, por su apoyo en los momentos de crisis, por su amistad y ayuda incondicional.

A Nicolás, por siempre impulsarme a seguir mis metas y por darme ánimos en el camino hacia ellas.

Y a todos los participantes de este estudio, que me dieron la oportunidad de acercarme a su realidad y aprender sobre una enfermedad compleja.

Resumen

Adherencia al tratamiento, personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica en pacientes obesos

La presente investigación tiene como objetivo central estudiar la adherencia al tratamiento como un fenómeno ligado al éxito de la cirugía bariátrica, y su relación con las características de personalidad y los motivos para la realización de dicha cirugía; además de estudiar la relación de las tres variables antes mencionadas con las variables socio demográficas y de tratamiento.

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 20 pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica en un centro privado de Lima, a quienes se les aplicó el NEO PI R y un inventario de motivos antes de la realización de la cirugía bariátrica. Luego de 14 meses, resolvieron un inventario de adherencia al tratamiento.

También se encontró que las áreas más respetadas por los pacientes en relación a la adherencia al tratamiento, son la relación con el equipo multidisciplinario y el seguimiento post operatorio.

Se encontró que el motivo tomado en mayor consideración para realizarse una cirugía bariátrica es el de preocupación por la salud.

Finalmente, se halló que determinadas características de personalidad estarían asociadas a la adherencia al tratamiento. Entre ellas se encontraron las facetas Impulsividad, Búsqueda de sensaciones, Orden y Autodisciplina.

Palabras clave: obesidad, adherencia al tratamiento y personalidad

Abstract

Adherence to treatment, personality and reasons for undergoing bariatric surgery in obese patients

This research has the main objective of studying the adherence to treatment, as a phenomenon associated with the outcomes of bariatric surgery, as well as its relationship with personality characteristics and the reasons for undergoing a bariatric surgery, the connection between them, the socio demographic and treatment data.

The sample was composed by 20 obese candidates to bariatric surgery in a private health center in Lima. They solved the NEO Personality Inventory and an inventory that explored reasons to undergo bariatric surgery. After 14 months, they solved as well, an adherence to treatment inventory.

It was founded that the areas more respected by the sample in relation to adherence, were relation with the multidisciplinary team and post surgery follow up.

It was also established that the major reason why obese patients choose to go through bariatric surgery is due to health concern.

The Five factor personality model demonstrated that specific facets were associated with adherence to treatment. Some of them were Impulsiveness, Excitement seeking, Order and Self – discipline.

Key words: adherence to treatment, obesity and personality

Tabla de contenidos

Introducción.....	2
Método.....	13
Participantes.....	13
Medición.....	15
Inventario de adherencia al tratamiento.....	15
Inventario de Personalidad NEO PI – R	16
Inventario de motivos.....	17
Procedimiento.....	18
Resultados.....	21
Disusión.....	25
Referencias.....	33
Anexos.....	39

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida, considerada como una enfermedad que involucra un exceso en la cantidad de grasa corporal, es un problema de salud pública que presenta tasas aceleradas de crecimiento en los últimos años (Luckie, 2011).

Además del riesgo que implica presentar estas condiciones de salud, la obesidad ha alcanzado proporciones elevadas que convierten esta enfermedad en una epidemia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2008), mueren al año como mínimo en todo el mundo, 2,6 millones de personas a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso. El pronóstico de esta entidad sugiere que para el año 2015 habría aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones de adultos con obesidad.

En términos de los criterios tomados en consideración para hablar de esta enfermedad, los médicos básicamente se refieren al índice de masa corporal (IMC), como un índice que depende del peso corporal y la altura, y se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la altura en metros. De este modo, la mayoría de autores (Adair & Pleatman, 2008; Fadakar, 2005; Devlin, 2003) clasifica la obesidad de acuerdo a tres diferentes rangos: sobrepeso (IMC entre 25 y 29), obesidad (IMC entre 30 y 40) y obesidad mórbida (IMC mayor a 40). Si bien esta clasificación es la actualmente empleada para seleccionar a los candidatos para cirugías de obesidad, es importante mencionar que otros autores emplean el porcentaje de tejido adiposo para clasificarla. En estos términos, se ha llegado al acuerdo de que un hombre con más de 25% de grasa corporal y una mujer con más de 30% son considerados obesos (Adair & Pleatman, 2008).

Diversos autores (Adair & Pleatman, 2008; Mitchell & Courcoulas, 2005; Moore & Martin, 2004) coinciden en que existe una relación directa entre la obesidad y un número significativo de condiciones médicas y ello hace que su estudio sea más relevante aún, pues supone no solo la consideración de la obesidad misma como un problema, sino la prevención en relación a otro tipo de enfermedades, que con frecuencia acompañan a esta condición. Entre las principales comorbilidades se encuentran la hipertensión, diabetes mellitus, infertilidad, enfermedad coronaria, apnea del sueño, algunos tipos de cáncer, accidente cerebrovascular y complicaciones en el embarazo. Estos datos coinciden con los cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de salud pública, pues la tasa de mortalidad para las enfermedades crónicas

no transmisibles está superando a la tasa de mortalidad para enfermedades transmisibles. Esto se debe entre otras cosas, a que en la población adulta y adulta mayor, las comorbilidades anteriormente mencionadas se encuentran asociadas a la obesidad (Rosas, Lama, Llanos – Zavalaga, & Dunston, 2002).

En términos de las tasas con que esta problemática se presenta en los países en vía de desarrollo, la OPS (2004) señala en su informe que existe una tendencia al aumento de la obesidad en países que emergen de la pobreza, especialmente en zonas urbanas. Ahora bien, si se trata de explicar el aumento de estas cifras se dice que los cambios dietéticos y el incremento de la inactividad, son considerados como factores que explican esta elevación. Otros factores adicionales son la falta de una dieta equilibrada (específicamente debido a un elevado consumo de hidratos de carbono y grasas), así como un bajo nivel educativo, menor acceso a instituciones médicas y el acceso directo a una alimentación de bajo costo (Peña & Bacallao, 2005).

Como se puede apreciar, la problemática de la obesidad es compleja, pues se trata de una enfermedad crónica, que se relaciona de manera directa con los hábitos y los estilos de vida, y en este sentido, debe de ser comprendida desde una perspectiva biopsicosocial, ya que tanto su etiología como su mantenimiento tienen que ver con factores biológicos, psicológicos y sociales

. La Comisión de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Asociación Argentina (2010) da énfasis en tratar a esta problemática como una condición compleja, afirmando que la obesidad es

“una condición epidémica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con frecuentes comorbilidades” (Braguinsky, pp. 276 – 277).

Ya que la obesidad y sus consecuencias se han convertido en un riesgo para la salud pública, múltiples estudios han buscado determinar cuál tratamiento es el más exitoso para controlarla y prevenir la aparición de sus diversas comorbilidades. Estos han concluido que, mientras que los tratamientos no quirúrgicos, tales como las dietas, tratamientos farmacológicos y ejercicio físico, son útiles para perder peso, la cirugía bariátrica ofrece una pérdida de peso durable, disminuye la mortalidad así como los costos en salud (Tejirian, Jensen, Lewis, Dutson, & Mehran, 2008).

Así, la cirugía de la obesidad lleva el nombre de “cirugía bariátrica”, que significa “la ciencia médica para la prevención y el control de la obesidad” (Moore & Martin, 2004), y es un tratamiento instaurado desde hace más de cuarenta años a nivel

mundial. En la última década, el tratamiento quirúrgico de la obesidad se ha visto beneficiado por la incorporación de todas las técnicas de la cirugía laparoscópica, la cual consiste en un procedimiento mínimamente invasivo. En este sentido, la cirugía bariátrica laparoscópica se ha convertido en una importante alternativa y se emplea para aquellos pacientes con un IMC mayor a 35kg/m² o un IMC mayor a 30kg/m² que presentan comorbilidades tales como diabetes tipo II, hipertensión o dislipidemias (Mitchell & Courcoulas, 2005).

Es importante mencionar que dentro del campo de la cirugía bariátrica, existen diversos procedimientos quirúrgicos tales como el bypass gástrico laparoscópico, la banda gástrica ajustable, el cruce duodenal, entre otros (Chacon, Salas, Benítez, García, & Arias, 2009). Dentro de este amplio campo, la gastrectomía en manga es una cirugía que corresponde a las operaciones bariátricas restrictivas, pues tiene como objetivo restringir la cantidad de alimento que ingiere el paciente, al recortar la capacidad del estómago en un 80%, bajo la técnica laparoscópica y es una de la más utilizada por los equipos quirúrgicos en el medio peruano. Es por estos motivos, que fue el procedimiento elegido para realizar el presente estudio en población obesa.

Dentro de las ventajas de la gastrectomía en manga, se encuentran la corta permanencia en el centro médico, un rápido retorno a las actividades laborales y un menor dolor en comparación a una operación de corte abierto (Zwaan, 2005). Por su parte, las desventajas consisten en que la cirugía es un proceso no reversible, pues el estómago es cortado y no puede ser reemplazado. Además, para los pacientes que presenten un alto IMC, será necesaria una futura operación como el bypass gástrico, en caso la pérdida de peso no sea suficiente (Zwaan, 2005).

Ante el aumento de los índices de obesidad y sobrepeso en el mundo, se han realizado diversas investigaciones que han tenido como finalidad describir al adulto obeso con fines preventivos por un lado, y tipificarlo por otro, con el propósito de crear modelos de intervención y estrategias en relación a la adherencia al tratamiento de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos para lograr una reducción de su exceso de peso (Gerbrand, 2005). En relación a la adherencia, ésta es concebida como la cooperación hacia el seguimiento de las indicaciones médicas, así como al vínculo con los profesionales de la salud, que incorpora acciones como seguimiento de dietas, ingesta del tratamiento farmacológico, realización de ejercicio, entre otros (Marquez & Casado, 2001; Peralta & Carbajal, 2009; Libertad, 2011).

A pesar de la importancia de la adherencia al tratamiento, la revisión de

literatura sobre el tema ha evidenciado que existen escasos trabajos de tipo prospectivo en población con obesidad, específicamente (Pickren, 2011; De Panfilis et al., 2007). Esto resulta importante de considerar, pues siendo la obesidad una enfermedad crónica, la OMS (2006), señala que existen consecuencias negativas, tanto clínicas como económicas en torno a la falta de adherencia, sobre todo, en las enfermedades crónicas.

No se ha podido definir un perfil típico de las personas con obesidad pero sí establecer la existencia de características comunes en esta población, tales como patologías y ciertos rasgos de personalidad que no llegan a configurarse como cuadros patológicos (Van Hout et al., 2009; Kalarchian & Marcus, 2007). De este modo, se considera de importancia abordar la temática de la obesidad abarcando su complejidad y haciendo énfasis también en los aspectos psicológicos. Dentro de éstos, se encuentran las características de personalidad, tales como el neuroticismo, la impulsividad y la ansiedad social (Ryden et al., 2003; Fadakar, 2005; Pickren, 2011), cuya relevancia recae en brindar información necesaria para determinar si un paciente es candidato a cirugía bariátrica en la etapa pre quirúrgica y comprender la adherencia al tratamiento en la etapa post quirúrgica. Estudios han demostrado que las características de personalidad pueden brindar información valiosa sobre la adherencia al tratamiento, el éxito del mismo y las complicaciones postquirúrgicas (Gerbrand, 2005). En este sentido, el grupo de psicólogos en cirugía de la obesidad (GPCO) de Argentina, publicó el año pasado una guía clínica donde se le da especial importancia al vínculo de las variables que pueden asociarse con la adherencia al tratamiento (Hsu, L., 1998; Soggs, 2004).

Ahora bien, aparte de las características de personalidad concebidas como parte de los aspectos psicológicos en relación a la obesidad, se encuentra también la presencia de psicopatología. En cuanto a esta última, diversos estudios coinciden en que la obesidad se encuentra vinculada con trastornos alimenticios, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad (Sullivan, 2007; Tsushima, 2004; Fadakar, 2005).

En esta misma línea, un número creciente de investigaciones en los Estados Unidos sugiere que la obesidad aumenta el riesgo de psicopatología en general (Kosuke, 2007; Kasen et al., 2008). Asimismo, algunos autores agregan que los individuos que buscan tratamiento para la obesidad presentan una mayor prevalencia de psicopatología, en comparación de las personas obesas que no demandan tratamiento psicológico (Ryden, 2003; Kalarchian & Marcus, 2005). En esta misma

línea, los resultados de dos encuestas realizadas en los Estados Unidos sugieren vínculos entre la obesidad y el funcionamiento psicológico, donde se observa que las personas con un IMC mayor a 30 reportaron una salud mental menos favorable que aquellos con un IMC menor a 30, a través de la valoración de la encuesta EDQ – Eating Disorder Questionnaire (Kalarchian & Marcus, 2005).

Debido a las crecientes cifras de esta enfermedad crónica, resulta de importancia y utilidad un estudio longitudinal, que incluya una historia clínica completa de los pacientes obesos, como herramienta para terminar de comprender el tipo de vínculo existente entre la psicopatología y la obesidad. A pesar de que no existen investigaciones con las características antes mencionadas, algunos autores han podido llegar a ciertas conclusiones a partir de estudios realizados a los candidatos a cirugía bariátrica (Gerbrand, 2005; Kosuke, 2007; Rovira, 2008). Uno de ellos fue realizado en Argentina, el cual llegó a la conclusión de que se producen dos diferentes tipos de manifestaciones psicopatológicas en el paciente obeso. La primera de ella se trata de la obesidad como una enfermedad en la que el aumento de la ingesta alimenticia es secundaria a un malestar emocional, por lo que se incluye un componente psicógeno manifiesto. Por otra parte, la obesidad es concebida como una alteración reactiva, que desarrollan los pacientes obesos frente a su entorno. Asimismo, este estudio determinó que existen manifestaciones emocionales que favorecen una mayor ingesta de alimentos en los pacientes obesos, tales como los cuadros neuróticos, que se caracterizan por la presencia de ansiedad y angustia. En este sentido, se puede observar que la obesidad se encuentra vinculada con psicopatología en general (Rovira, 2008).

En cuanto a los trastornos alimenticios específicamente, se sabe que los pacientes obesos tienen hábitos alimenticios irregulares, tales como la sobre ingesta compulsiva nocturna y en otros casos, un patrón alimenticio tipo picoteo a lo largo del día (Baltasar, 2006); sin embargo, en muchos casos también cumplen con los criterios diagnósticos para algún desorden de la conducta alimenticia. En relación a estos trastornos, la literatura reporta que el binge eating en particular es un trastorno frecuentemente asociado a la obesidad. De hecho, un estudio realizado en Chile, reportó que entre el 19% y el 33% de los pacientes candidatos a cirugías bariátricas presentaban el binge eating como trastorno (Bustamante et al., 2006).

Otras investigaciones en Estados Unidos reportan que los pacientes que perdían menos del 50% de su exceso de peso, presentaban una elevación significativa en las

escalas de histeria, paranoia y preocupación por la salud, en comparación de aquellos que perdían más del 50% del exceso de peso (Tsushima, Bridenstine, Balfour, 2004).

De forma similar, otro estudio realizado también en Estados Unidos con 1027 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, halló que las escalas de hipocondría, depresión, histeria y psicastenia se encontraban elevadas. Estos resultados indicaron que el 45% de los pacientes experimentan niveles significativos de ansiedad y depresión (Arbisi & Butcher, 2004), en términos de psicopatología.

Como puede verse hasta este punto, existen estudios centrados en comprender la relación entre la obesidad y la psicopatología así como la obesidad y las características de personalidad, que si bien aportan información valiosa en términos de la asociación entre estas variables, no todos dan a conocer específicamente el vínculo de ellas con los resultados de la reducción de peso a largo plazo.

Por eso, otras investigaciones han centrado su búsqueda en la relación entre la psicopatología y el éxito o el fracaso de los tratamientos quirúrgicos de pérdida de peso, conceptualizando la adherencia al tratamiento como un indicador de dicho éxito (Pickren, 2011; Miller et al., 2006). Así, un estudio prospectivo longitudinal a 4 años en Alemania, basado en 250 pacientes no quirúrgicos, 153 pacientes quirúrgicos y 128 pacientes del grupo control, indicó que la presencia de trastornos ansiosos y depresivos presenta correlación con una pérdida de peso insuficiente en el tratamiento (Legenbauer, 2011). Del mismo modo, pareciera existir un mayor riesgo de abandono del tratamiento en los pacientes que presentan un historial de problemas psiquiátricos, caracterizados por cuadros de ansiedad (Mitchell & Courcoulas, 2005).

Ahora bien, algunos estudios no coinciden en que se presente una relación entre la presencia de psicopatología y la adherencia al tratamiento ó la pérdida esperada del exceso de peso. Por ejemplo, los mismos autores que asociaron la pérdida insuficiente de peso con cuadros ansiosos, Mitchell & Courcoulas (2005), encontraron que la presencia de depresión antes de la cirugía de bypass gástrico, no predecía la pérdida de peso después de la operación. En este sentido, pareciera no existir un acuerdo claro sobre la capacidad de predicción del éxito de las cirugías bariátricas a través del estudio de la psicopatología, pero si sobre ciertas características de personalidad, tales como la impulsividad y la ansiedad, que jugarían como factores negativos hacia la pérdida de peso (Martikainen, 2004; Fadakar, 2005).

Asimismo, un estudio que tenía el objetivo realizar una recopilación de variables predictoras de éxito en cirugía bariátrica (Gerbrand, 2005), halló que los factores que

están asociados al fracaso terapéutico, concebido como la pérdida insuficiente de peso, eran: variables socio demográficas como sexo y edad, IMC iniciales menores a 35, motivación relacionada a complicaciones de salud y características de personalidad, tales como el neuroticismo y los bajos niveles de rigidez. En este sentido, haciendo énfasis en las características de personalidad, el estudio sugiere que pacientes con mayor apertura, tendrían mejores resultados post quirúrgicos en cuanto a descenso de peso y mejoras en la calidad de vida.

Ahora bien, los resultados de los estudios presentados coinciden en la necesidad de favorecer un abordaje pre operatorio multidisciplinario con una adecuada selección de pacientes, pues se puede pensar que pacientes con ciertos antecedentes podrían tener menos pérdida de peso, re ganancia del mismo, complicaciones y agravamiento de su condición psiquiátrica previa (Gerbrand, 2005).

Aparte de las variables anteriormente mencionadas, como son la psicopatología, la personalidad y ciertas características socio demográficas, existe otra variable que se encuentra asociada al éxito o fracaso del tratamiento quirúrgico de la obesidad. Esta, hace referencia a los motivos o las razones para someterse a un programa de pérdida de exceso de peso, los cuales también son considerados como un factor fundamental dentro de los programas de cirugía bariátrica.

Entendiendo los motivos como estados internos que dirigen el comportamiento hacia objetivos concretos (Larsen & Buss, 2002), el modelo de Prochaska y Diclemente (1983) es de utilidad para comprender que la motivación es necesaria para realizar un proceso de cambio. Es por esta razón, que resulta de utilidad tomar en consideración los motivos para bajar de peso en los pacientes obesos, pues éstos serán los que dirijan su comportamiento en la línea de realizar cambios en sus estilos de vida. Estudios anteriores sugieren que la preocupación por la salud, apariencia y competitividad son algunos de los principales motivos de los pacientes obesos para operarse. (Libeton, Dixon, Laurie, O'Brien, 2004).

A pesar de que la mayoría de pacientes reportan un alto número de motivos internos para bajar de peso, tales como las limitaciones físicas y la preocupación por la apariencia, un pequeño número de pacientes consideran también importantes los motivos externos para someterse a una cirugía bariátrica, tales como los deseos de los padres o esposos (Mitchell & Courcoulas, 2005) para reducir el exceso de peso. Así pues, pareciera que los motivos internos son los más comunes en los programas de pérdida de peso, por lo que el comportamiento dirigido a un estilo de vida saludable, se

encontraría basado en condiciones propias del paciente que desea reducir su exceso de peso, más allá de intereses de otros referentes.

Si bien no se han llevado a cabo estudios en nuestro medio que abarquen las razones por las que los pacientes se sometan a una cirugía bariátrica, los resultados de un estudio realizado a 177 participantes (candidatos a cirugía bariátrica) en Australia, reportó que dentro de los principales motivos para realizarse una cirugía bariátrica se encontraban mejorar la apariencia, sentimientos de vergüenza, mala condición médica, salud física y limitaciones físicas (Dixon, 2007); siendo todos motivos internos.

Ahora bien, es importante añadir que otro estudio sugirió diferencias en los motivos según género, el cual señala que las mujeres establecieron la apariencia como el motivo más importante, mientras que los hombres, la condición médica (Libeton et al., 2004).

Además, existe cierta evidencia de que los factores comportamentales participan en los resultados de los programas, así como la motivación, la autodeterminación y la autoeficacia juegan un rol importante como factores que predicen el éxito del tratamiento para la obesidad. Este es un factor clave dentro de los programas, ya que como ha sido anteriormente mencionado, el mayor porcentaje de fracaso de los tratamientos, ocurre por un patrón alimenticio inadecuado, el cual a su vez produce complicaciones postquirúrgicas. En este sentido, el estudio demostró que la preocupación por la apariencia presente antes de las cirugías bariátricas, está asociada con mejores resultados de la intervención. Así, el mejorar la apariencia es vista por los pacientes como el motivo principal para someterse a una cirugía bariátrica (Dixon et al., 2007).

A pesar de que existen diferentes motivos para reducir el exceso de peso, el punto central se encuentra en comprender que los motivos sirven como un patrón de guía que va a dirigir el comportamiento del paciente obeso hacia un cambio de su estilo de vida. En este sentido, el cambio que realice la persona en su estilo de vida, dependerá de variables psicológicas propias que lo impulsen a realizar este proceso (Libeton et al., 2004; Dixon, 2007) Una de ellas es la personalidad como ha sido anteriormente mencionado, variable que resulta difícil de ser separada de la patología, pues existe una tendencia clara en las investigaciones de estudiar al paciente obeso desde una mirada más vinculada a los trastornos psicológicos.

La personalidad de estos individuos resulta de importancia para los profesionales y los equipos multidisciplinarios en cirugía bariátrica, pues brindan datos

sobre el posible comportamiento de los pacientes durante el tratamiento, la adherencia al tratamiento, entendida como el éxito o fracaso del mismo y el cumplimiento de los requisitos para someterse a una cirugía bariátrica (Gerbrand, 2005). Para los fines del presente estudio, se hará uso del modelo de los cinco grandes factores, el cual analiza la composición de la personalidad en cinco dimensiones: *neuroticismo*, *extraversión*, *apertura*, *agradabilidad* y *conciencia*. A partir de este modelo, es posible realizar un acercamiento a las características de personalidad de los pacientes obesos, desde una perspectiva no patológica.

Estudios que han empleado el NEO PI R muestran que dentro del factor *neuroticismo*, las facetas de ansiedad y depresión se encuentran elevadas para los pacientes obesos, mientras que las pertenecientes al factor *extraversión*, tales como *búsqueda de sensaciones* y *emociones positivas*, resultan disminuidas (Fadakar, 2005). Por su parte, la *autodisciplina* y el *orden* resultan también con niveles bajos. Estos resultados parecieran coincidir con un estudio realizado en 1956 con 300 pacientes obesos, el cual clasifica la personalidad en cuatro factores: internalizadores, externalizadores, esquizoides (Sullivan, Cloninger, Przybeck, & Klein, 2007).

Aún no existe un acuerdo claro acerca de la presencia de determinados rasgos de la personalidad como predictores del éxito de las cirugías bariátricas, entendiéndolo el éxito como una respuesta psicológica positiva del individuo hacia las exigencias de la operación, así como su adherencia al tratamiento. No obstante, algunos estudios han dado un primer acercamiento a ciertas características de personalidad, tales como la alta autoestima y la baja rigidez, como predictores de una mayor cantidad de pérdida de peso y a su vez, una mayor adherencia al tratamiento (Pickren et al., 2011, Van Hout et al., 2009). Sin embargo, otros estudios han sugerido que la personalidad no es un factor con un valor predictivo para el curso postoperatorio (Herpertz, 2004 en Van Hout et al., 2009).

De esta forma, se puede observar que en general, las investigaciones presentan información diversa, pues algunos autores sostienen que existen características de personalidad y psicopatologías que pueden ser consideradas como factores predictores del éxito de la cirugía, mientras otros no. En este sentido, es de importancia seguir investigando tanto las características de personalidad del paciente obeso y profundizar en la temática con estudios que centren su mirada en brindar utilidad en la intervención psicológica de esta población. El interés en realizar esta investigación se encuentra en aportar información en el tema al medio peruano, y particularmente en la línea de

características de personalidad, los motivos y la adherencia al tratamiento. Ésta última, es concebida para fines del presente estudio como el cumplimiento de las indicaciones nutricionales y de actividad física en el post operatorio, así como el control de riesgos para la salud y la relación con el equipo multidisciplinario.

Ya que no existe información suficiente sobre el tema en nuestro medio es importante realizar una investigación cuya finalidad principal sea abrir camino para empezar a entender la relación entre las características de personalidad y los motivos de los pacientes obesos para realizarse la cirugía bariátrica, así como la relación de estas dos variables con la adherencia al tratamiento, con el objetivo de poder discriminar a los candidatos idóneos para las cirugías bariátricas y realizar programas de intervención post quirúrgica que contemplen factores que aumenten su adherencia al tratamiento.





MÉTODO

En base al objetivo planteado, se generó un estudio que considerara la evaluación de un grupo de pacientes obesos en dos momentos; previo a la realización de una cirugía bariátrica y luego de 14 meses de la misma. En el primer encuentro se evaluó la personalidad y se recogió información sobre los motivos por los que dichos pacientes tomaron la decisión de someterse a este tratamiento. La valoración de la adherencia fue establecida a partir de dos fuentes de información luego de 14 meses: los datos de seguimiento médico de la historia clínica y la aplicación de un inventario de adherencia a los propios pacientes.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 20 pacientes obesos reclutados en una clínica privada de Lima Metropolitana, especializada en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, a quienes se les explicó que su participación era voluntaria y que su decisión no afectaría sus cuidados posteriores. Se tomaron en consideración aspectos éticos dentro del proceso de recolección de datos, para lo que se utilizó una hoja de información sobre el presente estudio (Ver Anexo A) y un formato de consentimiento informado (Ver Anexo B). Este cumplió con la finalidad de resguardar la confidencialidad de la información brindada, así como la protección de la identidad de los participantes.

Los criterios de inclusión del presente estudio son: IMC (35 o 30 con presencia de comorbilidades) antes de la cirugía y edad (mayor de 18 años). El número de candidatos reclutados para el estudio resultó ser reducido, en la medida en que no sólo debían de presentar la motivación de someterse a una intervención bariátrica, sino que también, debían de haber sido considerados aptos para la misma y estar programados en los días cercanos posteriores a su decisión.

A continuación, se describen las características del grupo de estudio, las cuales fueron recogidas a través de una ficha sociodemográfica (Ver Anexo C) y una ficha de enfermedad y tratamiento (Ver Anexo D). La edad de los participantes osciló entre los 18 y 54 años y presentó una media de 31, 80 (D.E=9,29). Asimismo, se pueden apreciar las demás características en la siguiente tabla, donde se observa que existió una cantidad proporcional de hombres y mujeres. En el caso de las variables estado civil y ocupación, la muestra estuvo constituida predominantemente por casados y personas que trabajan, respectivamente.

Tabla 1
Características Socio demográficas de la muestra

		f	%
Sexo	Masculino	10	50
	Femenino	10	50
Estado Civil	Soltero	6	30
	Casado	14	70
Ocupación	Trabajan	16	80
	Estudian	4	20
N=20			

En cuanto a las características de enfermedad y tratamiento de la muestra, el IMC estuvo entre 32.80 y 55.20, con un promedio de 38.38 (D.E.=6.26). Las demás características se aprecian en la siguiente tabla (Tabla 2), donde se observa que en relación a las comorbilidades, son frecuentes los problemas cardiacos y las alteraciones de sueño, aunque casi la tercera parte de la muestra no presenta ninguna enfermedad asociada. También se puede observar que la mayoría de pacientes ha presentado historia del trastorno de binge eating y que casi la totalidad de los pacientes sí presenta familiares con obesidad. En cuanto a lo que tratamientos se refiere, más de la mitad de la muestra no ha tenido éxito en relación a los tratamientos empleados para lograr una pérdida de peso. Finalmente, se aprecia que un porcentaje menor de pacientes son los que han asistido al psicólogo alguna vez.

Tabla 2
Características de enfermedad y tratamiento

		F	%
Comorbilidades	Cardíaco	7	35
	Alteración de sueño	5	25
	Cardíaco y alteración de sueño	1	5
	Cardíaco y Diabetes	1	5
	No presenta problema de salud	6	30
Historia de binge eating	Si	15	75
	No	5	25
Presencia de obesidad en familia	Si	15	75
	No	5	25
Tratamientos efectivos previos	Si	6	30
	No	14	70
Asistencia al psicólogo	Si	7	35
	No	13	65
N=20			

Medición

Las variables del presente estudio fueron tres: adherencia al tratamiento, características de personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica. A continuación se describen los instrumentos para la medición de cada una de ellas, así como para la recolección de las características de la muestra. Es importante mencionar que también se empleó una ficha de datos socio demográficas (Ver Anexo C) y una ficha de datos de enfermedad (Ver Anexo D), la cual tomó en consideración problemas de salud, el trastorno de binge eating, el IMC, entre otros. Luego de 14 meses, se completaron datos de la historia clínica de cada paciente, como una fuente para obtener datos de seguimiento del paciente operado, tales como el nuevo IMC, el % de IMC perdido y la realización de actividad física.

Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se define en nuestra muestra como el cumplimiento de las indicaciones nutricionales y de actividad física en la etapa post quirúrgica, así como el control de los riesgos para la salud y la relación con el equipo multidisciplinario. Para ello se utilizó un inventario que fue creado para fines de la presente investigación. Tiene como objetivo realizar un acercamiento a la adherencia de los pacientes al tratamiento, luego de haberse realizado la cirugía bariátrica. Cabe resaltar que no sólo considera la evaluación del seguimiento post operatorio del plan nutricional y del cumplimiento de actividad física como elementos centrales en la adherencia al tratamiento, sino también, algunos elementos que podrían actuar como factores que de acuerdo a la literatura, favorecen la adherencia al tratamiento en términos de ejercicio y alimentación. En esta línea, está conformado por siete áreas (Ver Anexo E): Apoyo familiar - AF (ítems 1, 8, 15 y 23), Actividad física - ACF (ítems 2, 13 y 20), Seguimiento post operatorio -SP (ítems 12 y 21), Plan nutricional - PN (ítems 3, 7,11, 14 y 22), Conciencia de enfermedad -CE (ítems 4, 9, 18 y 25), Control de riesgos para la salud - CR (ítems 5, 16, 10 y 19) y Relación con el equipo multidisciplinario - RE (ítems 6, 17 y 24). De este modo, el inventario presenta 25 ítems con una escala Likert de 5= "Totalmente de acuerdo", 4= "De acuerdo", 3= "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", 2="En desacuerdo" y 1= "Totalmente en desacuerdo" (Ver Anexo F).

Dicho inventario presenta validez de contenido por criterio de jueces. Fue revisado por diez profesionales de la salud, entre psicólogos, nutricionistas, médicos cirujanos, un nutriólogo y una enfermera especialista en bariatría. El 100% de los jueces

mostró acuerdo con la correspondencia entre los ítems y sus respectivas áreas. En cuanto a la confiabilidad de la prueba total, presenta un alfa de Cronbach de 0.80. También se valoró la consistencia interna de cada área, presentando los siguientes valores: *apoyo familiar* ($\alpha=0.67$), *actividad física* ($\alpha=0.94$), *seguimiento post operatorio* ($\alpha=0.64$), *plan nutricional* ($\alpha=0.93$), *conciencia de enfermedad* ($\alpha=0.60$), *control de riesgos para la salud* ($\alpha=0.77$) y *relación con el equipo multidisciplinario* ($\alpha=0.56$).

Posteriormente, se realizó un análisis correlacional de Spearman entre el puntaje de adherencia total y por áreas con el % de IMC perdido, con la finalidad de determinar si existía asociación entre estas variables, haciendo uso del criterio de Cohen para medir la intensidad de la relación. Los resultados se observan en la siguiente tabla:

Tabla 3: Correlación entre adherencia y % de IMC perdido

		AF	ACF	SP	PN	CE	CR	RE	ADH TOTAL
% IMC PERDIDO	Correlación de Spearman	0.27	0.31	0.27	0.55	0.42	0.53	0.03	0.55
	Sig. (Bilateral)	0.25	0.19	0.24	0.01	0.68	0.01	0.89	0.01

N=20

Se determinó que existe una correlación alta entre la pérdida del exceso de peso y la adherencia global. En cuanto a las áreas del inventario, se puede observar que plan nutricional y control de riesgos para la salud, son las que presentan una asociación con el indicador de pérdida de peso, y que ésta es alta.

Rasgos y facetas de personalidad

La medición de la personalidad se realizó utilizando el NEO PI – R, prueba creada en el año 1992 por Paul T. Costa y Robert R. McCrae y es una actualización del NEO-PI, realizada por los mismos autores en 1985. Recoge la estructura de cinco factores principales de personalidad: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura (O), Agradabilidad (A) y Conciencia (C). Asimismo, cada factor se divide en seis facetas, las cuales permiten la obtención de treinta y cinco puntuaciones diferentes, que resultan de la valoración de 240 ítems, que se miden en una escala likert de 5, que va desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”.

Las facetas del factor *neuroticismo* son: ansiedad (n1), hostilidad (n2), depresión

(n3), ansiedad social (n4), impulsividad (n5) y vulnerabilidad (n6). El factor *extraversión* (e), se divide en calidez (e1), gregarismo (e2), asertividad (e3), actividad (e4), sensaciones (e5) y emociones positivas (e6). En cuanto al factor *apertura* (o), se divide en fantasía (o1), estética (o2), sentimientos (o3), acciones (o4), ideas (o5) y valores (o6). Por su parte, el factor *agradabilidad* (a) se divide en confianza (a1), franqueza (a2), altruísmo (a3), complacencia (a4), modestia (a5) y benevolencia (a6). Finalmente, el factor *conciencia* (c), se divide en competencia (c1), orden (c2), sentido del deber (c3), necesidad de logro (c4), autodisciplina (c5) y reflexión (c6).

En cuanto al funcionamiento psicométrico del instrumento original en el Perú, la consistencia interna para los cinco factores oscila entre 0.86 a 0.95. Por su parte, las treinta facetas oscilan entre 0.56 a 0.90 de confiabilidad. En cuanto a su validez, los coeficientes de congruencia para cada una de las escalas son: 0.95 para neuroticismo, 0.98 para extraversión, 0.94 para apertura, 0.97 para agradabilidad y 0.98 para conciencia (Cassaretto, 1999). Para el caso de este estudio se empleó la versión de Cassaretto, quien realizó la adaptación peruana en el año 1999, en una muestra de 439 estudiantes universitarios entre 17 y 21 años en Lima Metropolitana, que tuvo resultados válidos y confiables.

En dicha versión de la prueba, que es la más ampliamente empleada en nuestro medio, los valores del alfa de Cronbach para los cinco factores estuvieron entre 0.84 y 0.89, siendo estos valores muy similares a los de la prueba original. En la presente investigación, se evaluó la confiabilidad por consistencia interna, obteniéndose índices de alfa de Cronbach que oscilan entre 0.80 y 0.93 para los cinco factores. Solo seis de las treinta facetas presentan valores de alfa menores de 0.65, siendo éstas 04 Acciones, 06 Valores, A6 Benevolencia, C1 Competencia, C3 Sentido del deber y C4 Aspiraciones de logro (Ver Anexo H).

Motivos para realizarse la cirugía

Por su parte, el inventario de motivos fue creado para fines de la presente investigación y tiene como finalidad alcanzar un acercamiento a las principales razones por las cuales los pacientes obesos deciden someterse a cirugía bariátrica, tomando como referencia la información reportada por la literatura y el contacto con dos especialistas australianos, quienes crearon un inventario de motivos que tomaba en consideración siete razones para la realización de un procedimiento de manga gástrica (Dixon, 2007). En este sentido, se consideró agregar tres áreas más, es decir, diez

áreas en total, con dos ítems para cada una de ellas (Ver Anexo G): cuidado de la apariencia física (1 y 8), mejora de la condición médica (15 y 19), mejora de la condición física (2 y 20), preocupación por la salud (3 y 6), sentimientos de vergüenza (5 y 9), aviso de otros (4 y 11), limitación laboral (7 y 12), mejora de la autoestima (13 y 17), mejora de la relaciones interpersonales (14 y 16) e mejora en la intimidad (10 y 18). El inventario presenta 20 ítems con una escala Likert de 0= nada, 1=poco, 2= regular, 3=mucho, 4=bastante (Ver Anexo H). En este sentido, el inventario reporta como resultado las áreas predominantes que escogen los pacientes como motivos para someterse a la cirugía.

Presenta validez de contenido por criterio de jueces. En este sentido, fue revisado por diez profesionales de la salud, entre cirujanos, psicólogos, nutricionistas, una enfermera bariátrica y un psiquiatra, quienes trabajan con pacientes con problemas alimenticios. El 100% de los jueces mostraron acuerdo con la correspondencia entre los ítems y sus respectivas áreas. En cuanto a su confiabilidad, se valoró la consistencia interna de cada tipo de motivo, presentando los siguientes valores de alfa de Cronbach: Apariencia física ($\alpha=0.43$), Condición médica ($\alpha=0.85$), Condición física ($\alpha=0.56$), Preocupación por la salud ($\alpha=0.62$), Vergüenza ($\alpha=0.82$), Aviso de otros ($\alpha=0.87$), Limitación laboral ($\alpha=0.37$), Autoestima ($\alpha=0.79$), Relaciones interpersonales ($\alpha=0.67$) e Intimidad ($\alpha=0.80$).

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados de forma individual a los 20 pacientes obesos que integran la muestra, en dos diferentes momentos. El primero, días previos a la realización de la cirugía bariátrica y el segundo, 14 meses después de dicho procedimiento. En el primer caso, el orden para la aplicación de los instrumentos fue el consentimiento informado y la ficha de información, para luego pasar al Inventario de motivos y finalmente al Inventario de personalidad neo revisado (NEO PI R). El tiempo que se empleó para la aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 60 minutos en total. En el segundo caso, se aplicó el inventario de adherencia al tratamiento, el cual fue completado en 8 minutos aproximadamente. Asimismo, se realizó una revisión de las historias clínicas de la muestra, la cual fue llevada a cabo por la misma investigadora.

La institución brindó la autorización para llevar a cabo la aplicación de las pruebas, tanto en la etapa pre quirúrgica como en la post, así como la revisión de las

historias clínicas de cada paciente. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado de cada paciente en ambas etapas de la aplicación de instrumentos.

Luego de la fase de recolección de datos, se realizó el proceso de calificación y procesamiento de la data a través del SPSS, versión 18. Los procedimientos iniciales tuvieron la finalidad de valorar la confiabilidad de las pruebas empleadas en el estudio (alfa de Cronbach). Además, se llevaron a cabo pruebas de normalidad para determinar la realización de pruebas paramétricas o no paramétricas. Dado que esos análisis mostraron que no había normalidad, se hicieron análisis correlacionales (coeficiente de correlación de Spearman), empleando el criterio de Cohen para diferenciar la intensidad de las correlaciones, considerándose una correlación de intensidad media entre 0.3 y 0.5 y de intensidad alta entre 0.5 y 1.





RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos en relación a las tres variables del presente estudio: adherencia al tratamiento, características de personalidad y motivos para la realización de una cirugía bariátrica.

Adherencia al tratamiento y características de personalidad

Se realizó un análisis descriptivo para comprender el comportamiento de la muestra en relación a su adherencia por áreas. Fue necesario realizar una conversión de puntajes brutos a ponderados, pues las áreas del inventario presentan diferente número de ítems. A continuación, se presentan los resultados en orden descendente.

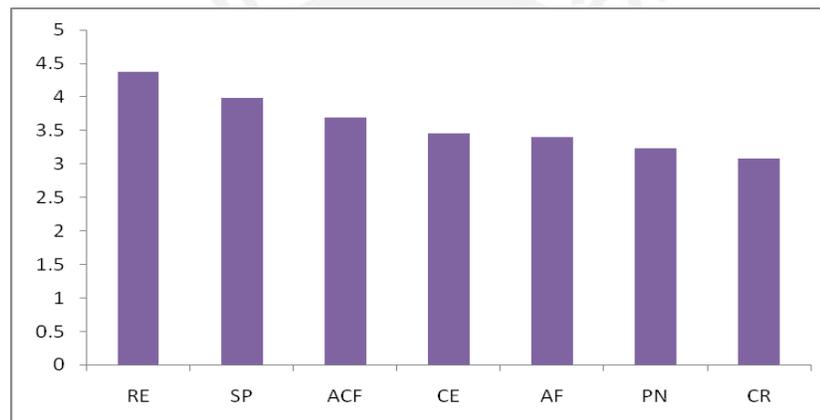


Gráfico 2: Puntajes de áreas del inventario de adherencia

Como se puede observar, el área que obtuvo un mayor puntaje, así como menor dispersión, fue la de relación con el equipo multidisciplinario ($M=4.37$; $DE= 0.32$). A continuación, se encontró el seguimiento post operatorio ($M=3.98$; $DE= 0.72$), actividad física ($M=3.70$; $DE= 1.08$), conciencia de enfermedad ($M=3.45$; $DE= 0.70$), apoyo familiar ($M=3.40$; $DE= 0.95$), plan nutricional ($M=3.23$; $DE= 1.02$) y control de riesgos para la salud ($M=3.08$; $DE= 0.80$).

Además, se planteó como objetivo buscar correlaciones entre las áreas del inventario de adherencia al tratamiento y el NEO PI R. A continuación se presentan las correlaciones significativas.

Tabla 4
Correlación entre áreas de adherencia y facetas del NEO PI R (N=20)

	AF	ACF	SP	PN	CE	CR	RE	Total ADH
N5 Impulsividad			-0.52*	-0.49*				
E5 Búsqueda Sensaciones				0.51*				
A2 Franqueza			-0.50*	-0.48*				-0.48*
A4 Complacencia			0.65	0.60	0.46			0.50
C2 Orden			0.47*	0.62*	0.68***			0.60**
C4 Autodisciplina							-0.46*	
C5 Reflexión			-0.48*				-0.49*	-0.47*

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

En primer lugar, se puede observar que algunas características de personalidad de los pacientes obesos se asocian con diferentes aspectos implicados en la adherencia al tratamiento.

En el caso de la adherencia como medida global, se observan dos relaciones inversas de intensidad media con las facetas a2 y a5 y dos relaciones directas de intensidad media y alta con las facetas a4 y c2. Como se puede observar el área seguimiento post operatorio (SP) presenta relaciones inversas de intensidad media y alta con la faceta n5, a2 y c5, por lo que a mayores niveles en las características de personalidad, se dan menores puntuaciones en el área Seguimiento postoperatorio. Asimismo, se observan relaciones directas de intensidad media y alta con las facetas a4 y c2. Por su parte, en el área plan nutricional, se pueden observar dos relaciones inversas de intensidad media con las facetas n5 y a2; y tres relaciones directas de intensidad media y alta con las facetas e5, a4 y c2. En cuanto al área conciencia de enfermedad, se observan dos relaciones directas de intensidad media y alta con las facetas a4 y c2, respectivamente. Finalmente, se pueden apreciar dos relaciones inversas de intensidad media entre el área control de riesgos para la salud (CR) y las facetas c4 y c5.

Se puede decir entonces, que en cuanto a las dimensiones que se consideraron para la adherencia al tratamiento, se observa que el seguimiento postoperatorio y el plan nutricional serían los aspectos que se vinculan en mayor medida con la personalidad, a juzgar por el coeficiente de "r" y su intensidad.

Adherencia y motivos para la realización de una cirugía bariátrica

Se consideró de importancia analizar los motivos que llevaban a los pacientes

obesos a realizarse una cirugía bariátrica. Como se puede observar en el cuadro 3, el motivo preocupación por la salud es el más frecuente en la muestra ($M=6.70$; $DE=1.55$), seguido por el de condición física ($M=5.15$; $DE=1.05$), aviso de otros, apariencia física y condición médica ($M=4.35$; $DE=1.15$), que presentan el mismo valor de sus medias ($M=4.35$; $DE=1.65$), respectivamente. Los de menor frecuencia fueron autoestima ($M=3.80$; $DE=0.37$), intimidad ($M=3.45$; $DE=1.08$), vergüenza ($M=3.10$; $DE=0.68$), limitación Laboral ($M=2.85$; $DE=1.01$) y relaciones interpersonales ($M=2.85$; $DE=0.72$). Los resultados se pueden observar en el siguiente gráfico:

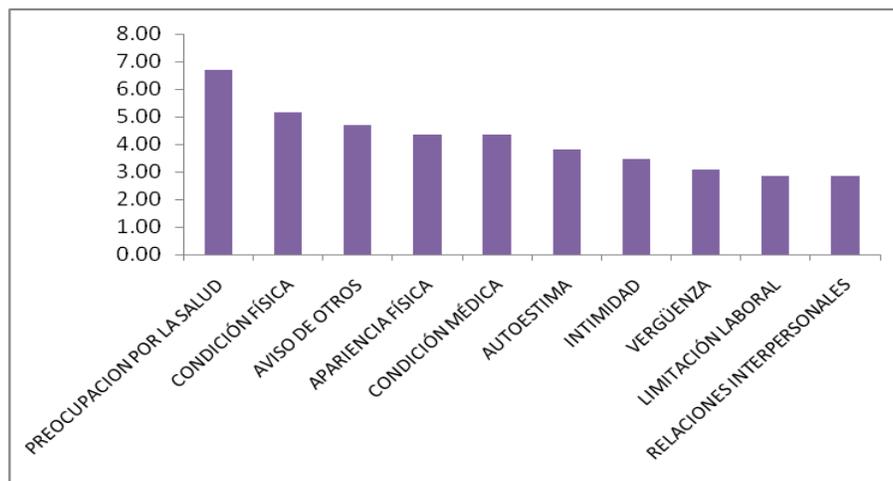


Gráfico 3: Motivos para la realización de una Cirugía Bariátrica

Como segundo objetivo, se planteó buscar relaciones entre la variable adherencia al tratamiento y la variable motivos para la realización de la cirugía bariátrica. Sin embargo, no se hallaron correlaciones.

En cuanto al último objetivo en relación a los motivos para la realización de la cirugía bariátrica, se realizó un análisis de correlación y de contraste entre los motivos y las variables socio demográficas, de enfermedad y tratamiento, valoradas en el estudio. En cuanto a las variables socio demográficas, se encontró una correlación inversa de intensidad media entre la variable edad y el motivo autoestima auto-reportado por el paciente ($r=-0.49$; $sig=0.03$). Esto significa entonces que, a mayor edad, los participantes toman menos en cuenta realizarse la cirugía bariátrica para sentirse mejor consigo-mismo.

En cuanto a las variables de enfermedad y tratamiento, en lo referente al IMC inicial, es posible observar una correlación directa de intensidad mediana ($r=0.49$;

sig=0.04), entre esta variable y el motivo Condición Física.

Motivos y personalidad

Se planteó determinar si existía una relación entre los motivos para la realización de una cirugía bariátrica y las características de personalidad. Sin embargo, no se encontraron correlaciones.

Adherencia y variables socio demográficas

Se buscaron diferencias significativas entre la variable adherencia al tratamiento y las variables del mismo. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad e IMC final. A continuación, se presentaran dichos resultados.

Tabla 5
Correlación entre la adherencia y variables socio demográficas y de tratamiento

	Edad	IMC Final
AF		
ACF		
SP	-0.47*	
PN	-0.48*	-0.47*
CE		
CR		
RE		
Total		
ADH	-0.55**	

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

En primer lugar, se observan tres relaciones inversas de intensidad mediana y alta con las áreas seguimiento post operatorio (SP), plan nutricional (PN) y total de adherencia. Por ende, a mayor edad del paciente, menores son las puntuaciones de estas áreas.

Con respecto al IMC final, se encontró una relación inversa de intensidad mediana con el área plan nutricional (PN), donde a mayor IMC final, existe menor adherencia al plan nutricional.

DISCUSIÓN

Ante el dramático aumento de las cifras de la obesidad y su concepción como una epidemia mundial, la investigación de esta enfermedad desde el campo de la psicología es relevante pues sirve como punto de referencia para lograr intervenciones fundamentadas y complementarias a las realizadas desde el área médica, en la línea de prevención tanto en la población en general, como en la ya afectada por dicha enfermedad. En este sentido, se planteó como propósito identificar si existe una relación de los aspectos que podrían afectar el éxito de la cirugía bariátrica, entre ellos, la adherencia al tratamiento, las características de personalidad y los motivos que impulsan a los pacientes a someterse a dicha intervención quirúrgica.

El éxito de este procedimiento quirúrgico está definido por ciertos indicadores médicos, tales como el bajo riesgo de morbilidad post operatoria, menos del 2% de re intervenciones quirúrgicas, pérdida de al menos 50% del exceso de peso y por otro lado, cambios en el estilo de vida que supongan una ingesta correcta de alimentos y la incorporación de la actividad física como un hábito saludable (Larrad, 2010). Un resultado óptimo de la cirugía bariátrica, que haya obtenido estos indicadores en su totalidad depende también en gran medida de características individuales del paciente y su capacidad para cumplir las pautas post quirúrgicas, las cuales implican la asistencia a las citas de control, el cumplimiento del plan nutricional y la rutina de ejercicios.

Se consideró fundamental comprender la adherencia al tratamiento como un fenómeno ligado al éxito o fracaso de la cirugía bariátrica, así como los elementos que la conforman. En este sentido, se planteó como objetivo, determinar el comportamiento de la población obesa en relación a esta variable para de este modo, entender cuáles de las áreas de la adherencia eran las más respetadas por los pacientes. Se observó que los pacientes obesos se mostraron “más adheridos” al equipo interdisciplinario y al seguimiento post operatorio del centro donde se operaron. De forma específica, el área relación con el equipo multidisciplinario hace alusión a la relación de confianza y comunicación entre el equipo multidisciplinario y el paciente, mientras que la segunda, se refiere al cumplimiento de los controles post operatorios, así como con las endoscopías de control. En relación a lo anterior, un estudio realizado con pacientes con diabetes mellitus tipo I de un centro hospitalario de Argentina (Granados & Escalante, 2010), que buscó explorar los principales elementos de la adherencia al tratamiento, mostró que la interacción médico – paciente podía influenciar tanto de

forma positiva como negativa en los resultados del tratamiento y que era considerada por los pacientes como el principal factor de adherencia. Así, la comunicación y el grado de comprensión de las indicaciones médicas, resultaron ser los factores a los cuales se mostraron más apegados los pacientes. De este modo, al parecer se produjo un comportamiento similar en el presente estudio, lo que demuestra que la relación con el quipo multidisciplinario es un elemento importante dentro del programa de intervención post quirúrgica. Estudios similares en población con enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, VIH, tuberculosis e hipertensión arterial, señalan que el vínculo entre el médico tratante y los pacientes es un factor crucial que se relaciona de forma directa con la adherencia al tratamiento (Marquez & Casado, 2001; Merino & Palop, 2003; Peralta & Carbajal, 2009).

Por otro lado, en cuanto al seguimiento post operatorio, esta área mostró ser la segunda indicación más respetada por los paciente, definiéndose como la asistencia a los controles regulares post operatorios y la realización de endoscopías de control al tercer y sexto mes y un año después de la cirugía bariátrica. Esto podría explicarse en términos del tipo de cirugía realizada, que en este caso, al ser una gastrectomía en manga, incluye una cicatriz interna extensa y que tiene posibles complicaciones como deshidratación, fístulas, desnutrición, entre otras, si no se realizan los cuidados post operatorios necesarios (Tejirian, 2008). Es obligación del médico cirujano tratante y del resto del equipo multidisciplinario, informarle esto al paciente, y en este sentido, sería de importancia indagar si el paciente percibe la información brindada con la misma importancia que la concibe el equipo multidisciplinario.

Por su parte, el área que mostró ser la que menos respetaron los pacientes fue la de control de riesgos para la salud, la cual incorporaba la ausencia de hábitos como el consumo de alcohol y cigarrillos, así como un patrón de sueño estable. Por un lado, este resultado es alarmante en cuanto la población le atribuyó menor importancia, y por otro, puede ser explicado por la etapa en la cual se administró el inventario (14 meses después de la realización de la cirugía), en la cual ya no se encontraban restringidos el consumo de alcohol y cigarrillos y la recuperación del paciente en términos de la cirugía estaba dada al cien por ciento.

Luego de alcanzar la comprensión del comportamiento del grupo de pacientes obesos en relación a la adherencia al tratamiento, se buscó identificar determinados rasgos de personalidad que podrían estar asociados en primer lugar, con variables de tratamiento posteriores a la cirugía bariátrica, para luego pasar a la relación de las

características de personalidad con los indicadores de éxito de la misma cirugía.

Ahora bien, al analizar las relaciones entre las variables de personalidad y las variables de tratamiento posteriores a la realización de una cirugía bariátrica, también se encuentra que diversas características de personalidad pueden estar asociadas a indicadores de la obesidad, como es el índice de masa corporal. Utilizando el modelo de los cinco grandes factores, diversos autores han encontrado que pacientes obesos se caracterizan por bajos niveles de extraversión (Fadakar, 2005). Los resultados del presente estudio parecen corroborar esta afirmación, pero además agregan que los bajos niveles de las características de personalidad representadas por este factor, como son actividad, búsqueda de sensaciones y estética, serían de manera específica los que más se relacionan en el curso desfavorable y resultado del tratamiento no exitoso, al encontrar que menores niveles de estas características se asociarían a mayores IMCs al finalizar el tratamiento. Entendiendo las dos facetas antes mencionadas como el despliegue de mucha energía y la búsqueda de excitación, sería esperable que individuos con baja puntuación en estas escalas lleven un estilo de vida sedentario, con bajos niveles de actividad física, lo que a su vez, podría potenciar el aumento de peso.

Por su parte, la faceta de estética, la cual hace alusión a la apreciación de la belleza, también resultó estar disminuida en los pacientes que presentaron mayores índices de masa corporal luego de la cirugía. Esto podría explicarse entendiendo la estética como una valoración de los parámetros de la belleza actual, que se vinculan con imágenes corporales muy delgadas idealizadas (Zusman, 2009), totalmente opuestas a la imagen desvalorizada que presentan los pacientes obesos.

Continuando con los objetivos de la presente investigación, se buscó estudiar la posible relación entre las características de personalidad y los indicadores de éxito de la cirugía bariátrica. Para lograr dicho fin, se conceptualizó la adherencia al tratamiento como parte de dichos indicadores. De este modo, se halló que determinadas facetas se encontraban asociadas a ciertas áreas de la adherencia al tratamiento. En este sentido, se halló que mayores niveles de Impulsividad, estaban asociados con menores niveles de seguimiento postoperatorio y de adherencia al plan nutricional. Este hallazgo, se puede explicar en términos de la caracterización de la población obesa, específicamente por la conducta compulsiva de consumir importantes cantidades de alimentos (Bustamante et al., 2006). De este modo, resultaría comprensible la relación entre la ruptura del plan alimenticio y los pacientes obesos con mayores niveles de impulsividad.

En cuanto a la relación entre la mayor impulsividad y el menor apego al cumplimiento de los controles post operatorios, se podría hipotetizar que la persona impulsiva no programaría sus citas, es decir, presentaría un comportamiento opuesto al de la faceta de Orden.

Asimismo, se encontró que mayores niveles de búsqueda de sensaciones, estaban asociados a mayores niveles de adherencia al plan nutricional. Este resultado podría considerarse contradictorio, al ser la obesidad una enfermedad que admite un tipo de vínculo con la comida que puede ser considerado como adictivo. Esta característica denominada novelty-seeking, sensation seeking, búsqueda de novedades, o búsqueda de sensaciones ha sido asociada en diversos estudios con los trastornos de adicciones, especialmente con la adicción a sustancias psicoactivas (Nadal,2008). No obstante, resulta necesario aclarar que es una hipótesis que debería seguirse estudiando, pues la obesidad implica otros factores adicionales al vínculo adictivo con la comida, tales como los factores genéticos, emocionales y de estilo de vida. Este resultado también podría ser explicado desde otra perspectiva, en tanto la cirugía bariátrica y especialmente la gastrectomía en manga, involucra un diferente tipo de vínculo con el cuerpo, así como diferentes sensaciones debido a cambios a nivel restrictivo. Así, los especialistas en esta área, sostienen que el paciente operado de una cirugía bariátrica, adquiere una diferente vinculación con su cuerpo, al experimentar sensaciones nuevas en el momento de su alimentación, así como en el proceso del hambre y saciedad (Yanovski, 2003 en Kalarchian & Marcus, 2005). Esto podría implicar un mayor interés por comprender los cambios y del mismo modo, ser más cuidadosos en su restricción alimenticia.

Por otro lado, se encontró que mayores niveles de complacencia y orden estaban asociados a mayores niveles adherencia global, específicamente a las áreas de seguimiento post operatorio, adherencia al plan nutricional, conciencia de enfermedad y adherencia total. Entendiendo la complacencia como la preferencia por cooperar y agradar, podría suponerse que el deseo de cooperación del paciente, influye de manera positiva en el seguimiento de las pautas post quirúrgicas. De la misma manera, conceptualizando el orden como la buena organización del individuo, se podría hipotetizar que dicha organización supone un elemento positivo en relación a adherencia al tratamiento del paciente, pues se sabe que el seguimiento post operatorio implica controles seguidos con diferentes especialidades por un periodo mínimo de un año y medio, que para ser cumplidos, necesitan de un planeamiento y orden. Esto hace

alusión a la autodisciplina, la cual se encuentra vinculada a la adecuada dirección de las conductas (Larsen & Buss, 2002), que en este caso, sería el organizarse y cumplir con las citas de acuerdo a lo planeado.

Por lo tanto, lo anteriormente mencionado da a conocer la existencia de una relación importante entre características de personalidad y la adherencia al tratamiento, pudiéndose observar que la relación entre ambas variables no se da con factores globales de personalidad, sino mas bien, con características más específicas, y que afectan con mayor fuerza las áreas de seguimiento post operatorio y plan nutricional, llegando a tener impacto en la adherencia global. Esto resulta valioso pues podría ser utilizado en la valoración del candidato bariátrico antes de la realización del procedimiento quirúrgico, en tanto la información hallada podría ser de utilidad para detectar tanto factores protectores como de riesgo.

Dicha relación también es valiosa en el sentido que brinda información para trabajar a nivel de intervención post operatoria, con el propósito de valorar el éxito del tratamiento, entendiendo que la adherencia es un elemento valorado durante un periodo significativo de tiempo, en tanto los resultados de éxito de este tipo de cirugía son a largo plazo. Sin embargo, resulta de importancia señalar que se encontraron algunas asociaciones significativas entre las características de personalidad y adherencia al tratamiento que no tienen respaldo en la literatura y su aparición podría deberse al tamaño reducido de la muestra, por lo que deben de ser tomadas de forma cuidadosa y ser investigadas en futuros estudios. Entre ellas, se encontró la relación directa entre Franqueza y mayores niveles de seguimiento postoperatorio, adherencia al plan nutricional y total de adherencia. Además, se encontró que mayores niveles de Reflexión estaban asociados a menores niveles de seguimiento postoperatorio y adherencia total. En este punto, se hubiera considerado justamente lo contrario, es decir, que los pacientes que se caracterizan por pensar de forma cuidadosa antes de ejecutar sus acciones, serían los más apegados a las indicaciones médicas. Como última relación que no puede ser discutida a la luz de la teoría, se encuentra la asociación entre mayores niveles de autodisciplina y mejor percepción de la relación con el equipo interdisciplinario, donde podría hipotetizarse que por motivos de deseabilidad social, los pacientes se muestran confiados con el equipo bariátrico. No obstante, en este punto se hubiera esperado que esta faceta se encontrara vinculada con otras áreas del inventario tales como seguimiento del plan nutricional y rutina de ejercicios.

Ahora bien, como otro objetivo de la presente investigación se consideró importante conocer los motivos de los pacientes a realizarse una cirugía bariátrica y su relación con la adherencia al tratamiento. Inicialmente, se encontró que los principales motivos para la realización de una cirugía bariátrica eran la preocupación por la salud, la condición física, el aviso de otros, la apariencia física y la condición médica. Dichos resultados van de la mano con lo que se encuentra en la literatura, que afirma que los motivos tomados en mayor consideración son los internos (Mitchell & Corcoulas, 2005), siendo los principales vinculados con la salud, tales como preocupación por la salud y condición física (Dixon, 2007). No obstante, no se encontraron relaciones entre los motivos y la adherencia al tratamiento, a pesar de que existe evidencia en la literatura que afirma que la motivación ligada a los problemas de salud, es la que ejerce una mayor fuerza predictora del éxito post quirúrgico (Gerbrand et al., 2005).

Al analizar cuáles podrían ser otras características individuales que podrían influir en el éxito de las intervenciones quirúrgicas bariátricas, se encontró que variables socio demográficas y de enfermedad podrían ser indicadoras de dicha adherencia. De hecho, se encontró que la edad podría asociarse con la motivación del paciente, indicando que pacientes más jóvenes tomarían más en cuenta la autoestima y la necesidad de sentirse mejor consigo mismos al tomar la decisión de someterse a una cirugía bariátrica. En este sentido, se debe considerar la construcción de la identidad y de la autoestima en base a la imagen corporal en etapas más tempranas del desarrollo, como es la adolescencia. Así, pacientes obesos jóvenes con una imagen corporal desvalorizada, pueden sentirse motivados a la realización de una cirugía bariátrica para mejorar dicha imagen corporal, y por ende su autoestima. Es importante añadir que la insatisfacción con la imagen corporal se encuentra vinculada con menor valoración propia en los pacientes obesos, y se presenta particularmente en los pacientes adultos con trastornos de ingesta compulsiva y con antecedentes de variación en su peso corporal; todas características del paciente con obesidad (Zukerfeld, 2011).

En cuanto a la relación de los motivos con variables ligadas a la enfermedad y el tratamiento, se encontró que los motivos relacionados a la preocupación por la condición física, estarían más asociados con mayores índices de masa corporal. La condición física incluye la falta de movilidad, flexibilidad y resistencia al realizar actividades cotidianas como caminar, que se ve afectada directamente por la cantidad del exceso de peso, razón por la cual resultaría posible que los pacientes con mayores índices de masa corporal, y por ende, mayor peso, se preocupen por su condición

física. Asimismo, un estudio realizado con 190 pacientes candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida, que tuvo el objetivo de medir la calidad de vida de los mismos, dio como resultado una alteración en el funcionamiento normal del desplazamiento (Poves, 2005), área que corresponde a la condición física, medida a través del inventario de motivos.

Se puede concluir que el éxito de la cirugía bariátrica se encuentra asociado a diversos factores, de los cuales muchos se vinculan con características propias de cada individuo, tales como la personalidad, las características socio demográficas y de la misma enfermedad.

Otro resultado significativo fue el acercamiento a las áreas más respetadas por los pacientes en relación a la adherencia al tratamiento, pues los resultados son de utilidad para justamente, trabajar de manera más adecuada, las áreas que no son tan respetadas. Sin duda, el resultado que mayor implicancia presenta, es la presencia de un posible vínculo entre características de personalidad y adherencia al tratamiento, sobre todo en las áreas de seguimiento post operatorio y plan nutricional.

En este sentido, se puede afirmar que las intervenciones quirúrgicas en población obesa pueden mejorar su protocolo de evaluación previo, considerando las variables utilizadas en el presente estudio como un criterio que brinda información valiosa sobre la adherencia al tratamiento, y en este sentido el éxito del mismo. Asimismo, deben ser planteadas sobre la base de la existencia de un equipo interdisciplinario, que incluya profesionales tales como psicólogos, nutricionistas, psiquiatras y entrenadores físicos, que puedan evaluar dichas características previamente, y en función a dicha valoración, elaborar el plan de intervención pre y post quirúrgico. En este sentido, la integración de la información recogida por cada especialista brindaría información muy relevante acerca del desarrollo del paciente luego de la cirugía, y así de su adherencia al tratamiento.

Ahora bien, resulta necesario dar a conocer las limitaciones del presente estudio, junto con las recomendaciones para futuras investigaciones en la misma área, pues su posterior réplica, desarrollo y evolución podrían ser un gran aporte para un futuro protocolo de evaluación pre quirúrgica e intervención post quirúrgica de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica.

Como primera limitación se encuentra el tamaño de la muestra, en cuanto se pudo acceder solamente a 20 pacientes. Definitivamente es una población de difícil acceso pues los pacientes deben de reunir una serie de condiciones para ser

intervenidos. Entre ellas, se encuentran las médicas, las contraindicaciones psicológicas, las limitantes de edad y de IMC, así como los costos elevados de dicha intervención. En este sentido, sería de gran utilidad poder acceder a los principales centros de Lima que realicen intervenciones quirúrgicas bariátricas y de este modo, poder valorar también los instrumentos, realizando análisis factoriales que permitan confirmar las áreas de los inventarios, por ejemplo. Asimismo, el tamaño reducido de la muestra limita el tipo de análisis estadístico, pues para intentar realizar predicciones es necesario realizar un análisis de regresión.

En segundo lugar, el seguimiento de los pacientes fue basado en una evaluación única, 14 meses posterior a la intervención quirúrgica, y sería más provechoso realizar un seguimiento más continuo de la adherencia, por un periodo más largo de tiempo y que incluya mediciones antes de los 14 meses. De este modo, se podrían completar los criterios clínicos para medir si el tratamiento es considerado un éxito, así como la sostenibilidad del vínculo entre adherencia y éxito. Por otro lado, en lo que respecta a los instrumentos utilizados en la presente investigación, si bien presentaron un adecuado funcionamiento a pesar de la muestra reducida, podría valorarse la posibilidad de seguir estudiando los mismos, evaluando la posibilidad de modificar la estructura del inventario de motivos, en cuanto se observó que la cantidad de tipos de motivos fue elevada.

Finalmente, sería conveniente analizar si existen otras variables distintas a las tomadas en consideración en este estudio, que ejerzan influencia en la adherencia al tratamiento. Al conocer la definición de la obesidad como una enfermedad crónica, que tiene una etiología biopsicosocial, sería interesante analizar si otros factores psicológicos y sociales, que presumiblemente juegan un rol importante en el desarrollo de la obesidad y afectan también el curso post quirúrgico. En este sentido, podría ser de utilidad hacer una evaluación de creencias sobre salud, autoimagen, autoestima, estilo de vida y conciencia de enfermedad.

Referencias

- Adair, J., Pleatman, M. (2008). En Nguyen, N., De Maria, E., Ikramudin, S., Hutter, M. The SAGES Manual. *A Practical Guide to Bariatric Surgery*. EEUU: Springer
- Alcántara, N (2009). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH: PUCP
- Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J.M., Gallart, S (2008). *Boletín de Psicología*, nº 92, 7 – 25.
- Anónimo (2006). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de:
<http://www.whp.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Baltasar, A., Serra, C., Pérez, N., Bou, R., Bengochea, M., Ferri, L. (2006). Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. A multi – purpose bariatric operation. Investigation for Clínica San Jorge y Alcoy Hospital. Spain, 2 -12.
- Blackstone, R. The SAGES Manual. *A Practical Guide to Bariatric Surgery* (pp. 81 – 100). EEUU: Springer
- Bultitude, M., Tiptaft, R., Dasgupta, P., Glass, J (2004). Treatment of Urolithiasis in the Morbidly Obese. *Obesity Surgery*, 14 (3): 300 – 304.
- Braguinsky, Jorge (2010). La obesidad hoy. Develando ciertos enigmas, revelando otros. Buenos Aires – Argentina, pp. 276 – 277. Recuperado de:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/braguins.pdf>
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la Cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de cirugía*, 58 (6):481 - 485
- Carvajal, J., García, M., Oliart, S., Camuñas, J., Peña, L., Fernández, I., Gómez, P., Prieto, A., Viso, S (2007). Bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida y la superobesidad: estudio comparativo. *Nutrición Hospitalaria*, 22(5): 607 – 611.
- Casarretto, M (1999). Adaptación del instrumento NEO Revisado (NEO P – R) Forma S en un grupo de estudiantes universitarios: PUCP
- Chacon, H., Salas, J., Benítez, G., García, V., Arias, D. (2009). Gastrectomía en manga laparoscópica para el tratamiento de la obesidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32 (3): 158 – 165.
- Costa, P., Mc Crae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI – R) and NEO Five Factor Inventory (NEO – FFI) *Professional Manual*. Odessa, Florida:

- Psychological Assessment Resources, Inc.
- Dhahri, A., Qassemyar, Q., Verhaeghe, P., Desailoud-Godard, R., Badaoui, R., Regimbeau, JM. (2009). Bariatric surgery in the treatment of severe obesity. Francia. Recuperado de base de datos PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961069>
- Dixon, J., Laurie, J., Anderson, C., Hayder, M., Dixon, M., O'Brien, P. (2007). Motivation, readiness to change and weight loss. *Obesity* 17 (2): 698 – 705.
- De Panfilis, C., Cero, Sarah., Elisabetta A., Salvatore, P., Torre, M. Psychopathological predictor of compliance and outcome in weight – loss obesity treatment. *Acta Biomed*; 78: 22 - 28
- Fadakar, Pamela (2005). Gender differences in body image in obesity surgery candidates. Tesis para optar el doctorado en Psicología: Universidad de Hartford. Recuperado de: <http://gradworks.umi.com/31/78/3178850.html>
- Felitti, V., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V (1998). Relationships of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (3): 245 – 258. En: Kalarchian, M., Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta Ed). México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: *Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ta Ed.) México: Mc Graw-Hill
- Kosuke, N., Murata, T., Takahashi, T., Hamada, T (2007). The association between anger – related personality trait and cardiac autonomic response. *European Archives of Psychiatric*. New York, Vol. 257, (6): p.325
- Larsen, R., Buss, D (2005). *Personality domain of knowledge about human nature*. Mexico: Mc Graw – Hill.
- Forman – Hoffman, V., Yankey, J., Hillis, L.,Wallace, R (2007). Weight and depressive Symptoms in older adults: Direction of influence. *The Journal of Gerontology*, 62B (S43).
- Friedman, M., Brownell, K (1995). Psychological correlatos of obesity: moving to the next research generation, 17, (pp. 3 – 20). En: Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., Must, A (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*, 32 (2): 558 – 566.
- Furia, A., Lee, R., Strother, M., Huang, T. (2009). College Students' Motivation to

- achieve and maintain a healthy weight. *American Journal of Health Behavior*, 33 (3), 256 – 263.
- Gerbrand, C., Saskia, K., Verschure, L., Guus, L (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity surgery*, 15 (3): 552 - 560
- Glinski, J., Wetzler, S., Goodman, S (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*; 11, 581-588. doi: 09608920160557057
- Granados, E., Escalante, E (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liber*, 16 (2): 203 – 216.
- Grupo de Psicólogos en cirugía de la obesidad (2011). Guía consensuada de psicología en cirugía bariátrica. Consenso de Cartagena, pp. 1 – 16.
- Hsu, L., Benotti, P., Dwyer, J., Roberts, S., Shikora, S., Rolls, B., Rand, W (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*, 60 (3): 336 – 346.
- Kalarchian, M., Marcus, M (2005). Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals (pp. 54 - 76). New York: Routledge
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., Must, A (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International Journal of Obesity*, 32 (2): 558 – 566. doi: 10.1038
- Larrad, A., Sánchez - Cabezudo, C (2010). Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Unidad de Cirugía Endocrinometabólica. Clínica Ruber*, 75 (3): 301 –04. Madrid. España
- Larsen, J., Geenen, R., Van Ramshorst, B., Brand, N., De Wit, P., Stroebe, W., Van Doorden (2003). Psychosocial Functioning Before and After Laparoscopic Adjustable Banding: a Cross Sectional Study. *Obesity Surgery*, 13 (1): 629 – 636. doi:101381/096089203322190871
- Libeton, M., Dixon, J., Laurie, C., O'Brien, P. (2004). Patient motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and impact on outcomes. *Obesity Surgery*, 14 (2): 392 – 398. doi: 101381/096089204322917936
- Libertad, M (2011). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública*, 30 (4):1 -7
- Luckie, A (2011). Transcendencia y repercusión medico – social. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4):191-201
- Marcus, M (2005). Bariatric Surgery.A Guide for Mental Health Professionals (pp. 54 - 76). New York: Routledge

- Martikainen, T (2004). Long – Term Results, Late Complications and Quality of life in a series of adjustable Gastric Banding. *Obesity Surgery*, 14 (5): 648-654.doi: 10.1381/096089204323093435
- Marquez, C., Casado, M (2001). El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin*; 116 (2): 46 -51
- Martin, L (2004). *Obesity Surgery. Why should obesity be treated?* EEUU: Routledge
- Martinez, M., López, R. Procesos psicológicos y Adicciones – Procesos de cambio. Proceso terapéutico de cambio. *El modelo de Prochaska y Diclemente*. C.S.V. Valencia: pp. 8 - 45
- Melntyre, R., Zkonarsla, J., Wilkins, K., Soczynska, J., Kennedy, S. (2006) Obesity in Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32 (3): 274 – 281.
- Merino, S., Palop, L (2003). El incumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades. *International Marketing Communications*: 9 - 13
- Miller, J., Schmidt, A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7 (1): 69-78.
- Moore, J., Martin, L (2004). *Obesity Surgery* (pp. 1 – 14). EEUU: Mc Graw Hill
- Mitchell, James., Courcoulas, A. (2005). *Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals*: (pp. 1 – 11). New York: Routledge
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index>.
- Pagoto, S., Spring, B., Cook, J., McChargue, D., Schneider, K (2006). High BMI and reduced engagement and enjoyment of pleasant events. *Pers Individ Dif* 40, (pp. 1421 – 1431). En: *Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study*. *International Journal of Obesity*, 32 (2): 558 – 566. doi: 10.1038/sj.jo.0803736
- Peralta, M., Carbajal, P (2008). Adherencia al tratamiento. *Rev. Cent Dermatol Pascua*. Vol 17, N°3
- Peña, Manuel., Bacallao, Jorge (2005). La obesidad en la pobreza: un problema emergente de las Américas. Organización panamericana de la salud. *Publicación Científica* n°. 576

- Pickren, M., Omiso, M., Mehl – Madrona (2011). Personality and Obese Max Index. The New School Psychology Bulletin, Vol. 9, N°1.
- Poves, P., Macías, G., Cabrera, M., Fraga, L., Ballesta, C (2005). Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Rev. Esp.enferm,dig* 97(3): 187 – 195. doi: 10.4321/S1130-0108200500300007
- Rosas, A., Lama, G., Llanos- Zavalaga, F., Dunston, J. (2002). Prevalencia de obesidad e hipercolesterolemia en trabajadores en una institución estatal de Lima – Perú. *Revista peruana de Medicina experimental y salud pública*, 19 (2), 87 – 92.
- Sanz, L (2012). Psicología evolutiva y de la educación. *Cede*, 2 (10): 27 – 35
- Sogg, S., Mori, D. (2004). The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of surgical candidates. *Obesity Surgery*, 14, 370 – 380. doi: 10.1381/096089204322917909
- Sullivan, S., Cloninger, C., Pryzbeck, T., Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with succesful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31, 669 – 674. doi: 10.1038/sj.jo.0803464
- Tejirian, T., Jensen, C., Lewis, C., Dutson, E., Mehran, A. (2008). Laparoscopic Gastric Bypass at a large academic medical center. *The American Surgeon*, 74(10): 962 -966.
- Tsushima, W., Bridenstine, M., Balfour, J. (2004). MMPI – 2 Scores in the outcome prediction of Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*, 14 (3), 528 – 532. doi: 10.1381/0960892043230113550
- Van Hout, G., Hagendoren, C., Verschure, S., Van Heck, G (2009). Psychosocial Predictors of Success after Vertical Banded Gastroplasty. *Obesity Surgery* 19 (3): 701 – 707. doi: 10.1381/0960892053723484
- Yanovski, S (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating disorders*, 30, 401 – 412. En: Kalarchian, M., Marcus, M (2005). *Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals* (pp. 54 - 76). New York: Routledge
- Zukerfeld, R (2011). *Psicoterapia en la obesidad. Clínica grupal en obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Zusman, L (2009). *Los desórdenes de la conducta alimentaria*. Fondo Editorial PUCP: Lima - Perú

Zwaan, M. (2005). *Bariatric Surgery. A Guide for Mental Health Professionals* (pp. 77 – 96). New York: Routledge





Anexos

ANEXO A

INFORMACION PARA PARTICIPANTES

Primera etapa:

La presente investigación tiene como objetivo conocer las características de personalidad y los motivos de los pacientes para la realización de una cirugía bariátrica. Para lograr dicho fin, se le presentarán al participante tres instrumentos cuyo desarrollo le tomará un máximo de 40 minutos en su totalidad. Los resultados que se obtengan en este estudio serán de gran utilidad para alcanzar la comprensión de las razones que motivan a los pacientes a someterse a un tratamiento quirúrgico, así como conocer algunas de sus principales características de personalidad.

Si tiene alguna pregunta, no dude en plantearse a la investigadora que se ha presentado ante Usted.

Muchas gracias por su colaboración y participación en este estudio.

Segunda etapa (luego de 14 meses de la CB):

La presente investigación tiene como finalidad conocer la adherencia al tratamiento, razón por la cual se le ha vuelto a contactar luego de un año y dos meses después de la realización de su cirugía bariátrica.

Se le presentará un inventario de adherencia creado para los fines del presente estudio, cuyo desarrollo le tomará un máximo de 10 minutos. Los resultados que se obtengan en esta investigación serán de gran utilidad para alcanzar la comprensión de las principales áreas que componen la adherencia y la importancia de ésta en el logro de los objetivos en cuanto a la pérdida de peso.

Si tiene alguna pregunta, no dude en plantearse a la investigadora que se ha presentado ante Usted.

Muchas gracias por su colaboración y participación en este estudio.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos del participante) _____

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Pamela Dongo Valdés

- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera
 2. Sin tener que dar explicaciones
 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: _____ Firma del participante: _____

ANEXO C

FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA

Datos Generales

1. Código:
2. Sexo: (M)=0 ____ (F)=1 ____
3. Fecha de nacimiento:
4. Edad:
5. Lugar de nacimiento
6. Estado Civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Conviviente
 - d. Divorciado
 - e. Viudo
7. Vive con:
 - a. Solo
 - b. Esposo/a
 - c. Esposo/a e hijos
 - d. Hijos
 - e. Pareja
 - f. Pareja e hijos

ANEXO D

FICHA DE ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

Historia de peso

1. Peso actual: ___ ___ kg
2. Altura actual: ___ m ___ cm
3. Índice de masa corporal (IMC): ___
4. Peso ideal: ___ ___ kg
5. Mayor peso alcanzado desde los 18 años: ___ ___ kg
6. En promedio, ¿cada cuánto tiempo se pesa?
 - (1) Nunca ___
 - (2) Una vez al mes ___
 - (3) Semanalmente ___
 - (4) Varias veces en la semana ___
 - (5) Diariamente ___
 - (6) 2/3 veces al día ___
7. ¿Presenta alguno de éstos problemas de salud?
 - (1) Hipertensión arterial ___
 - (2) Enfermedad Coronaria ___
 - (3) Diabetes Mellitus ___
 - (4) Apnea ___
 - (5) Cáncer ___

8. Comportamiento de "Binge Eating"

Alguna vez ha tenido algún episodio de binge eating caracterizado por:

- comer durante cortos periodos de tiempo un monto de comida que excede a lo que la mayoría de personas comería

(1) Sí ___ (2) No ___

- una sensación de no poder controlar qué ni cuánto está comiendo

(1) Sí ___ (2) No ___

9. Tratamientos previos para reducir el exceso de peso

¿Ha intentado reducir su exceso de peso con alguno de los siguientes tratamientos?

10. ¿Cuáles de los tratamientos previos lograron una pérdida significativa de peso?

- (1) Dietas
- (2) Ejercicio físico
- (3) Tratamiento farmacológico
- (4) Cirugía Bariátrica

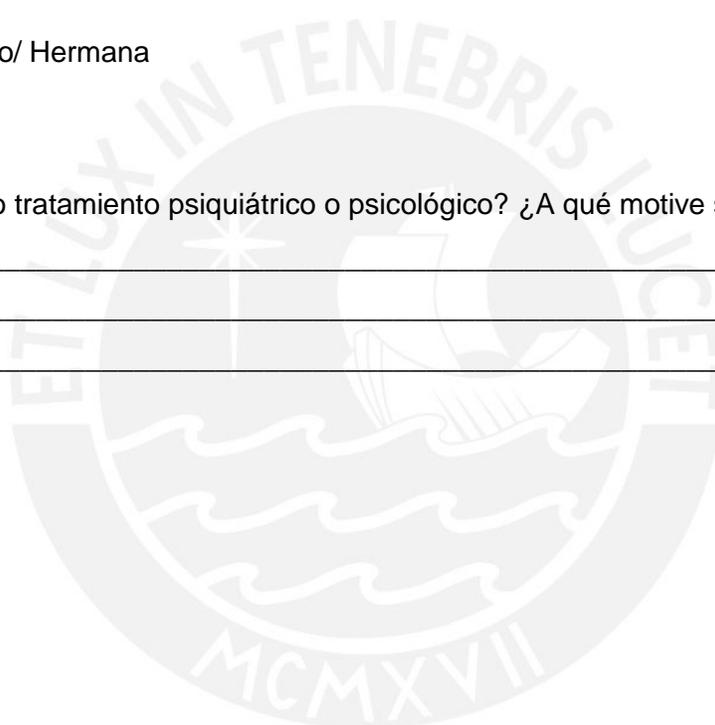
11. ¿Realiza actividad física actualmente?

- (1) Si
- (2) No

12. ¿Algún miembro de su familia presenta su misma condición?

- (1) Padre
- (2) Madre
- (3) Hermano/ Hermana
- (4) Hijo/a
- (5) Primo/a

13. ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico? ¿A qué motivo se debió?



ANEXO E

DEFINICIÓN DE AREAS DEL INVENTARIO DE ADHERENCIA

Áreas: Apoyo familiar (AF), actividad física (ACF), seguimiento post operatorio (SP), plan nutricional (PN), conciencia de enfermedad (CE), control de riesgos para la salud (CR), relación con el equipo interdisciplinario (RE)

AF: Apoyo Familiar: apoyo brindado por los familiares cercanos al paciente, que incluye desde la decisión de realizarse la cirugía hasta el cumplimiento del plan nutricional.

ACF: Actividad Física: cumplimiento de rutina de movimientos corporales, que incluye caminatas de por lo menos 3 veces por semana, en un espacio del día dedicado de forma exclusiva a la realización de la rutina.

SP: Seguimiento post operatorio: cumplimiento de las indicaciones post quirúrgicas, que aseguran un mayor control de las posibles complicaciones luego de la cirugía. Incluye los controles endoscópicos al tercer mes, sexto mes y al año después de la cirugía, así como los controles al tercer día, séptimo día y al mes.

PN: Plan Nutricional: cumplimiento de las indicaciones brindadas por el nutricionista/nutriólogo, las cuales consiste en un proceso transitorio de dieta líquida a dieta sólida, pasando por los estadios de dieta semi líquida y semi sólida. Además, se controla la cantidad de líquido consumido por el paciente así como el tamaño de las porciones.

CE: Conciencia de enfermedad: reconocimiento del paciente de los riesgos de la obesidad como enfermedad crónica y la necesidad de un tratamiento permanente que incorpore dieta y ejercicios como indicaciones imprescindibles.

CR: Control de riesgos para la salud: ausencia de hábitos que contribuyan al deterioro de la calidad de vida, tales como el consumo de cigarrillos, alcohol y un patrón de sueño inadecuado.

RE: Relación con el equipo interdisciplinario: comunicación, accesibilidad y confianza con los profesionales, que propicien un espacio de resolución de dudas, así como la participación activa del paciente en este diálogo conjunto.

ANEXO F

**INVENTARIO DE ADHERENCIA PARA PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA
BARIATRICA**

A continuación se le presentarán una serie de enunciados que buscan dar cuenta de cuan fácil le está siendo seguir las indicaciones médicas para el control de su peso. En función de lo que Ud. cree o experimenta, debe indicar en cada caso, en qué medida la afirmación que se plantea se ajusta a su situación, en una escala que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”.

Como podrá imaginar, no hay respuestas correctas ni incorrectas, pero es importante que sea lo más sincero posible para que podamos seguir ayudándolo en su tratamiento. Debe optar sólo por una respuesta en cada enunciado.

1. Mi familia está de acuerdo con la realización de la cirugía bariátrica como opción para controlar mi obesidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

2. Soy consciente que para perder peso es indispensable que realice actividad física.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

3. He cumplido formalmente con el plan nutricional establecido para la cirugía bariátrica.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

4. Pienso que la obesidad es una enfermedad crónica, que exige que me cuide a lo largo de toda mi vida.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

5. Es muy complicado para mí dejar de consumir alcohol después de la cirugía.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

6. Los profesionales del equipo interdisciplinario me brindan el tiempo suficiente para resolver mis inquietudes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

7. He iniciado formalmente el consumo de alimentos sólidos en el periodo establecido por mi nutricionista.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

8. Mi familia me incentiva a realizar actividad física.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

9. Pienso que la obesidad se asocia con otras enfermedades.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

10. Me preocupo por mantener mi patrón de sueño equilibrado.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

11. Cumplo formalmente con las porciones de alimento establecidas por mi nutricionista.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

12. He asistido periódicamente a mis controles clínicos post operatorios de acuerdo a lo programado.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

13. Reservo un espacio exclusivo para realizar mi rutina de ejercicios.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

14. Consumo la cantidad de líquido recomendado por mi nutricionista.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

15. Mi familia es consciente de los riesgos de la obesidad.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

16. Me ha costado dejar de consumir cigarrillos en la etapa pre y post quirúrgica.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

17. Los profesionales del equipo interdisciplinario me explican de forma clara las razones por las que toman decisiones en mi tratamiento.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

18. Pienso que a pesar de que no realizo actividad física, la cirugía junto al seguimiento estricto de la dieta pueden ser la solución para mi sobrepeso.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

19. Me es difícil imaginar que no volveré a tener un atracón de comida

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

20. Realizo actividad física por lo menos 3 veces por semana.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

21. He cumplido con la realización de mis endoscopias de control.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

22. Consumo las porciones de alimento indicadas por mi nutricionista con la frecuencia adecuada (5 veces al día).

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

23. Mi entorno familiar me apoya a cumplir con mi plan nutricional.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

24. Si presento alguna molestia, consulto con alguno de los profesionales que me atienden.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

25. Pienso que comer un chocolate una vez a la semana no es tan grave si sigo el resto de mi dieta rigurosamente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

ANEXO G

DEFINICIONES OPERACIONALES DEL INVENTARIO DE MOTIVOS

El inventario se encuentra dividido en 10 áreas, que corresponden a cada motivo. Cada una presenta 2 ítems:

- **Condición médica (ítem 15 y 19):** conjunto de problemas médicos vinculados a la obesidad (comorbilidades), que deterioran la calidad de vida del paciente. Condición física (ítem 2 y 20): dolencias físicas que impiden al paciente moverse con normalidad y que afectan su resistencia al realizar actividad física.
- **Preocupación por la salud (ítem 3 y 6):** cuestionamiento del estado de salud actual que trae como consecuencia la preocupación por el acortamiento del tiempo de vida, así como la calidad de la misma.
- **Vergüenza (ítem 5 y 9):** sensación de disconformidad e incomodidad debido a la condición de obesidad, que implica un deterioro de las relaciones sociales.
- **Aviso de otros (ítem 4 y 11):** comunicación de otra persona, ya sea del núcleo familiar o ajeno al mismo que haya pasado por la experiencia de la cirugía bariátrica y la recomiende.
- **Limitación laboral (ítem 7 y 12):** percepción de la obesidad como una condición que impide el alcanzar metas laborales y obtener un nuevo puesto de trabajo.
- **Autoestima (13 y 17):** inadecuada valoración personal debido a la percepción de la obesidad como una condición desvalorizante.
- **Relaciones interpersonales (ítem 14 y 16):** deterioro de los vínculos sociales debido al alejamiento del paciente y falta de interés para participar en reuniones sociales.
- **Intimidad (ítem 10 y 18):** deterioro en las relaciones íntimas de pareja, que implica vergüenza frente a la posibilidad de mostrarse desnudo y mantener un vínculo cercano con la pareja.
- **Apariencia física (ítem 1 y 8):** disconformidad con la propia imagen corporal.
- **Condición física (ítem 2 y 20):** falta de movilidad, flexibilidad y resistencia física.

ANEXO H

INVENTARIO DE MOTIVOS PARA LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA BARIATRICA

Código:
Sexo: M F

Fecha:
Edad:

A continuación se le presentarán una serie de enunciados sobre sus motivos para someterse a una cirugía bariátrica. Según sea el caso, marque la casilla que considere es la más adecuada:

1. Estoy angustiado/a por cómo me veo.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

2. Deseo mejorar algunas condiciones físicas que padezco como consecuencia de mi obesidad.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

3. Soy consciente de que mi salud se va a deteriorar debido a mi obesidad.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

4. Otras personas me han dicho que mi exceso de peso puede tratarse con un tratamiento quirúrgico.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

5. Me avergüenza mi peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

6. Me preocupa que mi obesidad pueda acortar mi tiempo de vida.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

7. Soy conciente de que podría tener mejores oportunidades laborales si redujera mi exceso de peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

8. Pienso que necesito mejorar mi apariencia física.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

9. Me siento avergonzado/a por mi imagen corporal en situaciones sociales que son nuevas para mí.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

10. Tengo una menor cantidad de relaciones sexuales de las que me gustaría, debido a mi exceso de peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

11. Conozco personas que han logrado buenos resultados con el tratamiento quirúrgico para reducir el exceso de peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

12. Siento que mi exceso de peso constituye una limitación para conseguir y mantener un trabajo.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

13. Mi obesidad afecta mi autoestima.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

14. Mis relaciones interpersonales se ven afectadas por mi exceso de peso corporal.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

15. No tengo las condiciones médicas necesarias para llevar una vida activa.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

16. Soy consciente que me costaría menos trabajo formar lazos de amistad y relacionarme con los demás si redujera mi exceso de peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

17. Soy consciente que podría sentirme mejor conmigo mismo/a y valorarme más si bajara de peso.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

18. Mis relaciones sexuales son menos placenteras y satisfactorias debido a mi obesidad.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

19. Espero que con la reducción de mi exceso de peso corporal, mi presión sanguínea disminuya.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

20. Mis limitaciones físicas dificultan mi día a día.

Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
-------------	-------------	----------------	--------------	-----------------



Anexo I

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de los 5 factores del NEOPI R

Neuroticismo ($\alpha = 0.92$)		Extraversión ($\alpha = 0.93$)		Apertura ($\alpha = 0.80$)		Agradabilidad ($\alpha = 0.89$)		Conciencia ($\alpha = 0.88$)	
P1	-0.22	P2	0.00	P3	0.22	P4	0.44	P5	0.22
P6	0.32	P7	0.34	P8	0.46	P9	0.28	P10	0.00
P11	0.43	P12	0.38	P13	0.45	P14	0.43	P15	0.53
P16	0.09	P17	0.00	P18	0.00	P19	0.37	P20	0.51
P21	0.33	P22	0.66	P23	0.54	P24	0.27	P25	0.34
P26	0.69	P27	0.70	P28	-0.19	P29	0.26	P30	0.13
P31	0.64	P32	0.81	P33	0.68	P34	0.30	P35	0.41
P36	0.39	P37	0.39	P38	0.40	P39	0.50	P40	0.65
P41	0.80	P42	-0.06	P43	0.30	P44	0.34	P45	0.56
P46	0.43	P47	0.65	P48	0.00	P49	0.37	P50	-0.09
P51	0.18	P52	0.58	P53	0.52	P54	0.01	P55	0.61
P56	-0.16	P57	0.39	P58	0.01	P59	0.00	P60	0.59
P61	0.67	P62	0.48	P63	0.51	P64	0.14	P65	-0.18
P66	0.50	P67	0.37	P68	0.61	P69	0.56	P70	0.74
P71	0.86	P72	0.32	P73	0.40	P74	0.74	P75	0.55
P76	0.85	P77	0.26	P78	-0.32	P79	0.31	P80	0.47
P81	0.20	P82	0.59	P83	-0.04	P84	0.32	P85	0.56
P86	0.68	P87	0.66	P88	-0.23	P89	0.00	P90	0.77
P91	0.55	P92	0.29	P93	0.16	P94	0.42	P95	0.44
P96	0.43	P97	0.18	P98	0.43	P99	0.42	P100	0.54
P101	0.18	P102	0.51	P103	0.61	P104	0.67	P105	0.12
P106	0.57	P107	0.56	P108	0.36	P109	0.29	P110	0.31
P111	0.28	P112	-0.17	P113	0.55	P114	0.45	P115	0.67
P116	0.43	P117	0.59	P118	0.33	P119	0.36	P120	0.67
P121	0.10	P122	0.72	P123	0.71	P124	0.48	P125	0.42
P126	0.64	P127	0.33	P128	0.49	P129	0.17	P130	0.54
P131	0.61	P132	0.49	P133	0.60	P134	0.61	P135	0.49
P136	0.68	P137	0.64	P138	0.07	P139	0.39	P140	0.36
P141	0.55	P142	0.86	P143	0.30	P144	0.15	P145	0.11
P146	0.76	P147	0.75	P148	0.00	P149	0.15	P150	0.57
P151	0.12	P152	0.80	P153	-0.02	P154	0.58	P155	0.35
P156	0.40	P157	0.61	P158	0.23	P159	0.53	P160	-0.27
P161	0.82	P162	0.28	P163	0.28	P164	0.42	P165	0.08
P166	-0.14	P167	0.00	P168	0.43	P169	0.52	P170	-0.15
P171	0.21	P172	0.55	P173	0.24	P174	-0.03	P175	0.60
P176	0.53	P177	0.83	P178	-0.03	P179	0.10	P180	0.39
P181	0.42	P182	0.28	P183	0.13	P184	0.57	P185	0.39
P186	0.62	P187	0.76	P188	0.38	P189	0.67	P190	0.33
P191	0.49	P192	0.72	P193	0.46	P194	0.48	P195	-0.12
P196	0.19	P197	0.51	P198	0.01	P199	0.33	P200	0.25
P201	0.60	P202	0.54	P203	0.40	P204	0.28	P205	0.26
P206	0.58	P207	0.38	P208	-0.36	P209	0.75	P210	0.32
P211	-0.06	P212	0.31	P213	-0.06	P214	0.42	P215	0.33
P216	0.58	P217	0.49	P218	0.14	P219	0.41	P220	0.17
P221	0.80	P222	0.47	P223	0.33	P224	0.44	P225	0.46
P226	0.11	P227	0.60	P228	-0.10	P229	0.12	P230	0.38
P231	0.50	P232	0.26	P233	0.34	P234	0.45	P235	0.44
P236	0.51	P237	0.65	P238	0.24	P239	0.37	P240	-0.17

n = 20

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las 6 facetas del factor Neuroticismo del NEOPI R

N1 Ansiedad ($\alpha = 0.54$)		N2 H. Colérica ($\alpha = 0.84$)		N3 Depresión ($\alpha = 0.84$)	
P1	0.029	P6	0.25	P11	0.348
P31	0.394	P36	0.297	P41	0.717
P61	0.582	P66	0.427	P71	0.809
P91	0.4	P96	0.75	P101	0.204
P121	0.35	P126	0.716	P131	0.628
P151	0.445	P156	0.417	P161	0.78
P181	0.262	P186	0.5	P191	0.493
P211	-0.179	P216	0.744	P221	0.772

N4 Ansiedad S. ($\alpha = 0.67$)		N5 Impulsividad ($\alpha = 0.84$)		N6 Vulnerabilidad ($\alpha = 0.76$)	
P16	0.282	P21	0.43	P26	0.616
P46	0.477	P51	0.546	P56	-0.139
P76	0.682	P81	0.462	P86	0.623
P106	0.409	P111	0.655	P116	0.468
P136	0.613	P141	0.635	P146	0.633
P166	-0.07	P171	0.64	P176	0.551
P196	0.245	P201	0.727	P206	0.499
P226	0.246	P231	0.599	P236	0.424

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las 6 facetas del factor Extraversión del NEOPI- R

E1 Calidez ($\alpha = 0.80$)		E2 Gregarismo ($\alpha = 0.67$)		E3 Asertividad ($\alpha = 0.78$)	
P2	0.37	P7	0.23	P12	0.54
P32	0.55	P37	0.36	P42	0.41
P62	0.70	P67	0.34	P72	0.55
P92	0.59	P97	0.18	P102	0.45
P122	0.63	P127	0.25	P132	0.41
P152	0.68	P157	0.58	P162	0.54
P182	0.32	P187	0.59	P192	0.42
P212	0.42	P217	0.36	P222	0.66

E4 Actividad ($\alpha = 0.74$)		E5 Sensaciones ($\alpha = 0.70$)		E6 Emociones P. ($\alpha = 0.87$)	
P17	0.00	P22	0.51	P27	0.69
P47	0.71	P52	0.54	P57	0.29
P77	0.18	P82	0.64	P87	0.73
P107	0.44	P112	-0.29	P117	0.60
P137	0.48	P142	0.73	P147	0.81
P167	0.00	P172	0.53	P177	0.78
P197	0.70	P202	0.43	P207	0.37
P227	0.68	P232	0.47	P237	0.84

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las 6 facetas del factor Apertura

O1 Fantasía ($\alpha = 0.68$)		O2 Estética ($\alpha = 0.67$)		O3 Sentimientos ($\alpha = 0.73$)	
P3	0.36	P8	0.27	P13	0.14
P33	0.76	P38	0.10	P43	0.32
P63	0.39	P68	0.63	P73	0.22
P93	0.45	P98	0.46	P103	0.57
P123	0.71	P128	0.67	P133	0.71
P153	-0.01	P158	0.10	P163	0.54
P183	0.24	P188	0.48	P193	0.64
P213	0.23	P218	0.33	P223	0.38

O4 Acciones ($\alpha = 0.42$)		O5 Ideas ($\alpha = 0.67$)		O6 Valores ($\alpha = 0.20$)	
P18	0.00	P23	0.46	P28	-0.11
P48	0.00	P53	0.45	P58	0.55
P78	-0.17	P83	0.11	P88	-0.01
P108	0.30	P113	0.51	P118	0.43
P138	0.29	P143	0.22	P148	0.00
P168	-0.02	P173	0.45	P178	-0.28
P198	0.72	P203	0.34	P208	-0.01
P228	0.34	P233	0.44	P238	0.25

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las 6 facetas del factor Agradabilidad del NEOPI- R

A1 Confianza ($\alpha = 0.68$)		A2 Franqueza ($\alpha = 0.78$)		A3 Altruismo ($\alpha = 0.86$)	
P4	0.10	P9	0.32	P14	0.60
P34	0.35	P39	0.66	P44	0.37
P64	0.07	P69	0.59	P74	0.73
P94	0.48	P99	0.52	P104	0.87
P124	0.49	P129	-0.14	P134	0.65
P154	0.65	P159	0.74	P164	0.54
P184	0.65	P189	0.80	P194	0.49
P214	0.33	P219	0.39	P224	0.70

A4 Complacencia ($\alpha = 0.75$)		A5 Modestia ($\alpha = 0.68$)		A6 Benevolencia ($\alpha = 0.24$)	
P19	0.36	P24	0.50	P29	0.20
P49	0.22	P54	0.49	P59	0.00
P79	0.59	P84	0.64	P89	0.00
P109	0.47	P114	0.30	P119	0.17
P139	0.69	P144	0.24	P149	-0.25
P169	0.50	P174	-0.09	P179	0.00
P199	0.62	P204	0.56	P209	0.53
P229	0.21	P234	0.39	P239	0.17

Análisis de confiabilidad y consistencia interna de las 6 facetas del factor Conciencia

C1 Competencia ($\alpha = 0.32$)		C2 Orden ($\alpha = 0.71$)		C3 Sentido del deber ($\alpha = 0.54$)	
P5	-0.12	P10	0.00	P15	0.28
P35	0.26	P40	0.77	P45	0.54
P65	-0.34	P70	0.73	P75	0.51
P95	0.07	P100	0.76	P105	0.22
P125	0.40	P130	0.50	P135	0.47
P155	0.30	P160	-0.12	P165	0.01
P185	0.30	P190	0.66	P195	-0.14
P215		P220		P225	
	0.56		-0.10		0.28
C4 A.de logro ($\alpha = 0.39$)		C5 Autodisciplina ($\alpha = 0.77$)		C6 Reflexión ($\alpha = 0.71$)	
P20	0.29	P25	0.42	P30	0.18
P50	0.03	P55	0.60	P60	0.62
P80	0.00	P85	0.61	P90	0.74
P110	0.29	P115	0.61	P120	0.66
P140	0.23	P145	0.09	P150	0.56
P170	0.04	P175	0.66	P180	0.49
P200	0.19	P205	0.56	P210	0.02
P230	0.44	P235	0.27	P240	0.06

