



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ABORDAJE PSICOLÓGICO A PACIENTE CON
OBESIDAD TIPO 1 CANDIDATA A CIRUGÍA
BARIÁTRICA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO
DE LIMA.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

CAROLINA SALAZAR ZENDER

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

Presidente

Mg. Brigitte Ana Lucia Aguilar Salcedo

Vocal

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Dr. Carlos Alberto López Villavicencio

DEDICATORIA

A mi hijo Vasco, quien fue mi motivo principal durante todo el tiempo.

A Gino Franco, quien me sostuvo con mucho amor, compañerismo
y paciencia mientras debía cumplir con todas mis responsabilidades.

A mamá y papá, porque sin la oportunidad que me brindaron,
no estaría inmersa en lo que hoy es mi pasión: La bariatría.

A Steph, Mariale y Cami, por acompañarme en la vida con su ejemplo
y el amor más auténtico y sincero.

A Sole y Betty, que me guiaron con mucha ternura y firmeza para
conseguir aquello que merezco.

AGRADECIMIENTOS

Por siempre y para siempre a cada uno de mis pacientes. Quienes me otorgaron la oportunidad de conocer de cerca sobre sus experiencias alrededor de la relación con su alimentación y la cirugía bariátrica. Cada atención fue sumamente valiosa.

A Mari, quien me sostuvo a lo largo de todo mi trabajo. Por su paciencia, dedicación y contención en el proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO 3

1.1. Descripción del centro especializado..... 3

1.2. Puesto, perfil y funciones 6

1.3. Delimitación del área de trabajo 10

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... 12

2.1. Sustento teórico de la problemática y de las variables abordadas 12

2.2. Investigaciones 25

2.2.1. Nacionales..... 25

2.2.2. Internacionales 27

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 30

3.1. Contextualización del problema 30

3.1.1. Problema de estudio..... 30

3.1.2. Estrategias de evaluación y medición de la problemática 31

3.1.3. Procedimiento de la evaluación 32

3.1.4. Diagnóstico del problema 33

3.2. Intervención 34

3.2.1. Problema delimitado 34

3.2.2. Objetivos de la intervención 34

3.2.3. Técnicas	35
3.2.4. Selección y sustento de técnicas empleadas	35
3.2.5. Ejecución	40
3.2.6. Indicadores de logro.....	41
3.2.7. Monitoreo y evaluación de la intervención.....	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	45
4.1. Resultados.....	45
4.1.1. Análisis de los resultados.....	47
4.2. Reflexión de la experiencia.....	49
4.2.1. Limitaciones	49
4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados.....	49
4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto	50
4.2.4. Demandas profesionales requeridas.....	51
4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional	51
RECOMENDACIONES	53
CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS	55
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. FODA del centro especializado	4
Tabla 2. Cronograma de actividades	9
Tabla 3. Cronograma de trabajo	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama del centro especializado

7

RESUMEN

El presente trabajo refirió a un análisis de caso de una usuaria con obesidad tipo 1 que fue candidata a un procedimiento bariátrico, la intervención psicológica tuvo por objetivo evaluar e intervenir en los aspectos psicológicos asociados a conductas alimenticias. Para ello, se empleó la escala de depresión de Zung, la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de Calidad de Vida. La intervención constó de 8 sesiones necesarias para identificar las emociones y pensamientos en relación a la pérdida de control alimenticio, el manejo de las mismas y la adaptación psicoemocional de la paciente previo y posterior al procedimiento quirúrgico a través de la aplicación de técnicas cognitivas, emotivas, conductuales y de otros enfoques. Los resultados iniciales mostraron la ausencia de depresión (31 puntos) y ansiedad (07 puntos). Sin embargo, en base a la calidad de vida registró inseguridad, vulnerabilidad y afectación de los comentarios emitidos por la sociedad con respecto a su imagen corporal. Posterior a la intervención psicológica, la escala de depresión mantuvo el puntaje y la escala de ansiedad disminuyó en el aspecto somático (05 puntos). La calidad de vida mejoró considerablemente tras la satisfacción de la paciente con los resultados obtenidos, el aumento de la confianza en sí misma, seguridad y autopercepción. En conclusión, el acompañamiento psicológico debe formar parte del abordaje multidisciplinario del paciente bariátrico, determinando en gran parte el éxito del tratamiento y el mantenimiento de hábitos saludables en el tiempo.

Palabras claves: Abordaje psicológico, depresión, ansiedad, calidad de vida.

ABSTRACT

The present analysis has been made to an individual with type 1 obesity who was a candidate for a bariatric procedure, the psychological intervention aimed to evaluate and intervene in the psychological aspects associated with eating behaviors. For the diagnosis, the Zung depression scale, the Hamilton anxiety scale and the Quality of Life scale have been used. The intervention consists of 8 sessions that are needed to identify the emotions and thoughts in relation to the loss of eating control, the management and the psycho-emotional adaptation of the patient mentioned above, after the surgical procedure through the application of cognitive, emotional, behavioral and other approaches. The initial results show the absence of depression (31 points) and anxiety (07 points). However, based on the quality of life, the patient registers insecurity, vulnerability and is affected by the comments issued by society regarding her body image. After bariatric surgery, the depression scale maintains the score and the anxiety scale decreases in the somatic aspect (05 points). The quality of life, self-confidence, security and self-perception improves considerably due to the patient's satisfaction with the results obtained. In conclusion, psychological support should be part of the multidisciplinary approach to the bariatric patient, largely determining the success of the treatment and the maintenance of healthy habits over time.

Keywords: Psychological approach, depression, anxiety, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la obesidad es considerada una problemática en el área de la salud por el notable incremento de la enfermedad, el aumento de hábitos alimenticios nocivos y la vida sedentaria en los individuos. En base a esto, las intervenciones bariátricas representan una solución a corto plazo, siendo una terapéutica esperanzadora tras el logro de la reducción de peso corporal (Alfonzo, 2017).

Si bien la obesidad trae como consecuencia el desencadenamiento de otras patologías y limitaciones en actividades cotidianas, también involucra aspectos psicológicos que influyen notablemente en la calidad de vida, siendo prevalentes la depresión y ansiedad en pacientes obesos (Arriagada, 2017).

El manejo quirúrgico de la enfermedad debe acompañarse de intervenciones psicológicas que permitan el diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos, la identificación de las emociones y pensamientos actuales, el manejo de las mismas ante la obesidad y la cirugía, el abordaje de una alimentación consciente y saludable y la adaptación del paciente previo y posterior al procedimiento quirúrgico, donde se pueden desencadenar mejorías tras la pérdida de peso ideal o recaídas a causa de la frustración e incumplimiento de expectativas.

La estrecha relación entre la obesidad y la psicología aumenta el interés de los profesionales de la salud en incluir ambas disciplinas médicas antes, durante y después de las intervenciones bariátricas (Sahili y Mendoza, 2021). Es por ello, que se realiza el presente trabajo de suficiencia profesional con el objetivo de evaluar e intervenir en los aspectos psicológicos asociados a conductas alimenticias.

El estudio de caso inicia con el capítulo I, involucrando la descripción del centro especializado, el puesto profesional que se desempeña y la delimitación del área de trabajo. En el capítulo II, se muestra el sustento teórico de la problemática, diversas conceptualizaciones relacionadas y los antecedentes nacionales e internacionales. El capítulo III, detalla la contextualización del problema, las estrategias de evaluación y medición, el procedimiento realizado y su posterior diagnóstico. Asimismo, describe la intervención del caso, tomando en cuenta los objetivos, las técnicas empleadas y el sustento de las mismas, la ejecución, los indicadores de logro y el monitoreo de la paciente. Por último, el capítulo IV evidencia los resultados y la reflexión de la experiencia durante las prácticas pre profesionales.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO

1.1. Descripción del centro especializado

El caso a ser presentado ha sido intervenido en un centro especializado en cirugía de obesidad con 16 años de experiencia que ha atendido a más de 3,000 usuarios aproximadamente. Está ubicado en Lima Metropolitana.

El centro especializado sanitario cuenta con tecnología avanzada y alianzas con entes líderes a nivel nacional e internacional, ofreciendo cirugías bariátricas, asesorías nutricionales, evaluación psicológica y endocrinológica. Mantiene un equipo de profesionales calificados de diversas disciplinas de la salud como médicos generales y especialistas, psicólogos, nutricionistas, personal de enfermería, entre otros, con experiencia en el diagnóstico y tratamiento integral del sobrepeso, la obesidad y patologías asociadas.

La visión, misión, objetivos y valores del centro especializado han sido obtenidos del plan de desarrollo.

Visión: Ser un centro reconocido como una organización líder en el tratamiento de la obesidad y cirugía bariátrica en toda América Latina. Brindar a los pacientes la máxima satisfacción y seguridad en relación a sus servicios.

Misión: Proporcionar servicios quirúrgicos y endoscópicos a los pacientes diagnosticados con sobrepeso u obesidad para satisfacer sus necesidades de recuperar la salud y calidad de vida mediante un servicio con enfoque multidisciplinario y atención de excelencia, siendo un centro de referencia en toda América Latina.

Objetivos: El centro especializado establece como objetivos el aumento de la eficacia y efectividad de los servicios médico – quirúrgicos, las mejoras en la atención al cliente o paciente y el mantenimiento de la comunicación constante con el individuo y su familia.

Valores: Destacan la vocación de servicio, el compromiso, la integridad, el respeto, la comunicación permanente, el trabajo en equipo y la escucha activa.

Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA): Con los datos obtenidos del centro se realizó el FODA del mismo, dispuesto en la Tabla 1.

Tabla 1

FODA del centro especializado

Fortalezas	Oportunidades
- Institución prestigiosa a nivel nacional en lo que concierne a cirugía bariátrica y metabólica.	- Incremento de la incidencia del sobrepeso y obesidad en la población de adultos.
- Reconocida por la IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity).	- Incremento de la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad.
- Personal altamente capacitado y especializado.	- Información de procedimientos bariátricos en los medios de comunicación.
- Instalaciones modernas y equipos de avanzada tecnología.	

-
- Pacientes satisfechos por la atención obtenida y logros alcanzados.
 - Importancia de la población de adultos jóvenes por la estética y figura corporal.
 - Pacientes satisfechos que difunden y solicitan atención con las personas interesadas.
 - Con 16 años de experiencia y más de 3,000 procedimientos bariátricos realizados.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de planificación y control de las citas de los pacientes. - Horarios limitados en las diferentes unidades. - Sólo cuentan con salas para la realización de procedimientos ambulatorios. - Falta de claridad en los procesos de atención, lo que hace que se extiendan y se genere mayor cantidad de gastos y recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de otras instituciones como la competencia. - Competencia de instituciones de calidad a menor costo. - Incremento de precios de insumos importados, que hacen que el costo de los procedimientos pueda variar. - Pacientes que abandonan o no programan sus exámenes, controles, chequeos y consultas. - Incremento del costo de vida y la poca estabilidad económica del país. - Tecnologías en constante cambio.

1.2. Puesto, perfil y funciones

Nombre del puesto: Practicante de psicología en la unidad de psicología del centro sanitario especializado en el período 2018 – 2019, durante doce meses.

Principales funciones:

- a. Realizar la evaluación psicológica de la especialidad a los pacientes bajo la supervisión de la psicóloga responsable.
- b. Tras los resultados de la evaluación psicológica en conjunto con el equipo bariátrico multidisciplinario, determinar si los pacientes son candidatos al procedimiento.
- c. Tras la evaluación psicológica, informar sobre los posibles trastornos de conducta de los pacientes al equipo bariátrico multidisciplinario.
- d. Evaluar hábitos alimenticios y conductas asociadas de los pacientes en situaciones cotidianas.
- e. Psicoeducar al paciente sobre los aspectos básicos de las intervenciones bariátricas y los procesos psicológicos inmersos en éstos.
- f. Brindar apoyo psicológico al paciente antes, durante y después de la intervención bariátrica.
- g. Aplicar técnicas psicológicas en la paciente para que logre el manejo de sus emociones en relación a la alimentación y la cirugía bariátrica.
- h. Brindar apoyo durante la adaptación psicoemocional del paciente antes, durante y después de la intervención bariátrica.

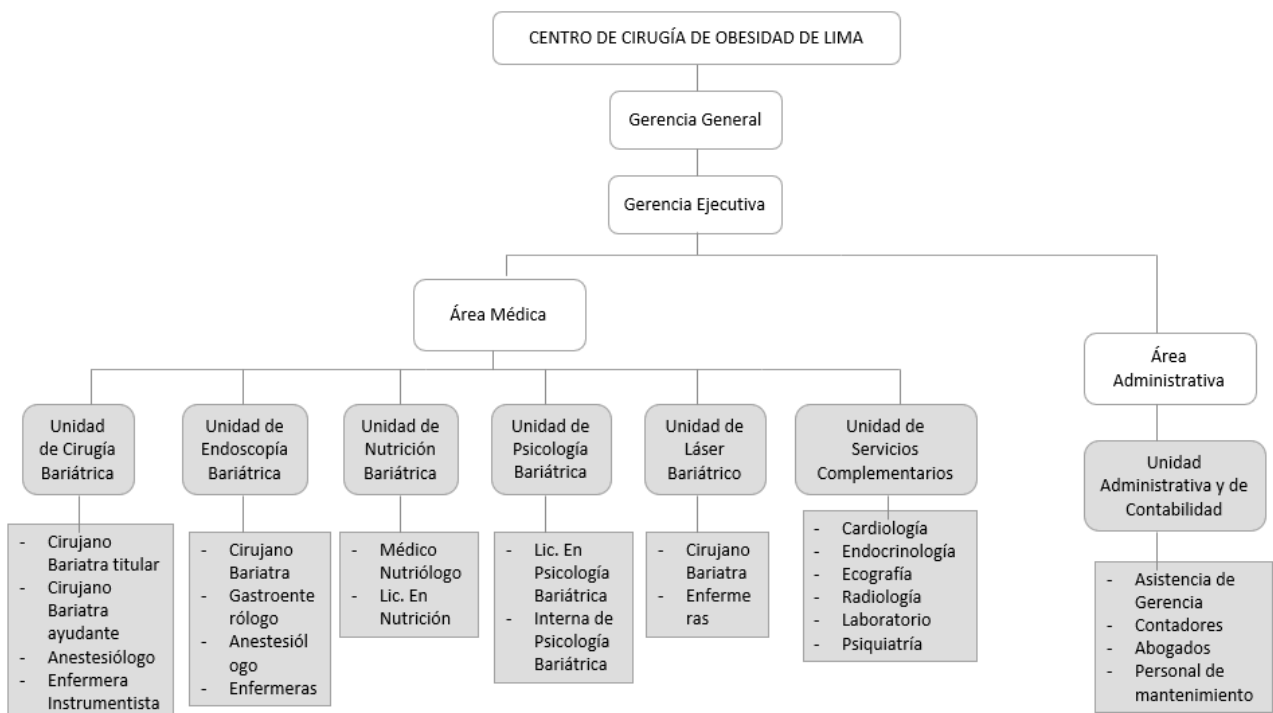
- i. Realizar talleres psicoeducativos para la red de apoyo y/o familiares de los pacientes con el objetivo de explicar y desmitificar ciertos aspectos de la cirugía bariátrica, logrando ser un buen soporte para el mismo.
- j. Monitorear al paciente posterior a la intervención para prevenir recaídas.

Jefe inmediato: Psicóloga clínica colegiada y especializada en psicología bariátrica perteneciente al equipo multidisciplinario del centro.

Organigrama: El centro cuenta con una gerencia general y una ejecutiva que, a su vez, posee dos áreas. La unidad de psicología pertenece a la unidad médica.

Figura 1

Organigrama del centro especializado



Plan de trabajo: El programa de internado de psicología abarca diversas actividades, incluyendo la evaluación integral del paciente de manera previa y posterior a la intervención quirúrgica, la proporción de conocimientos nuevos en el

área, el acompañamiento psicológico, la aplicación de instrumentos y técnicas que influyan en el bienestar del paciente, la modificación de hábitos nocivos y el registro en el centro especializado para la estadística institucional. Entre las mismas se puede apreciar:

- a. Evaluación psicológica inicial a paciente candidata a intervención bariátrica.
- b. Aplicación de las pruebas psicométricas para la obtención de resultados.
- c. Revisión, calificación e interpretación de las pruebas psicométricas.
- d. Obtención de resultados y discusión con la psicóloga responsable.
- e. Elaboración de informes psicológicos.
- f. Acompañamiento psicológico antes, durante y después de la intervención bariátrica.
- g. Intervención y seguimiento psicológico.
- h. Evaluación psicológica posterior a la intervención bariátrica.
- i. Registro del caso de estudio en el centro especializado para la estadística institucional.
- j. Capacitación en el proceso de atención al paciente por parte de la psicóloga responsable a la interna.
- k. Capacitación en la aplicación de técnicas cognitivas, emotivas, conductuales y de otros enfoques por parte de la psicóloga responsable a la interna.
- l. Proporción de conocimientos en relación a los alimentos saludables, la actividad física y el procedimiento de alimentación consciente por parte de la psicóloga interna a los pacientes.

- m. Promoción de hábitos alimenticios saludables por parte de la psicóloga interna a los pacientes.
- n. Participación de la psicóloga interna en seminarios de actualización realizados en el centro especializado.

Descripción del área de trabajo: La unidad de psicología perteneciente al Centro Especializado de Cirugía de Obesidad de Lima corresponde a un cubículo amplio que posee la inmobiliaria, recursos materiales y equipos avanzados necesarios para la evaluación de la especialidad del paciente. Asimismo, cuenta con un psicólogo y un interno encargados de la proporción de servicios de calidad.

El psicólogo responsable es una profesional con experiencia y estudios especializados. Además, la interna de psicología es una estudiante de psicología que está en ejecución de las prácticas pre profesionales durante un año.

Tabla 2

Cronograma de actividades

Actividades	Período de prácticas pre profesionales													
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	
Reestructuración sobre Plan de Intervención	X	X	X											
Revisión de Pruebas Psicométricas	X	X	X	X	X	X								
Reestructuración de Informes Psicológicos y Resultados	X	X	X	X										

Entrevista de Evaluación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicación de Pruebas Psicométricas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión, Calificación e Interpretación de Pruebas Psicométricas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración de Informes Psicológicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comunicación de Resultados de Informes Psicológicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervención y Seguimiento mediante Atención y Consejería	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervención y Seguimiento Psicoterapéutico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1.3. Delimitación del área de trabajo

El caso de estudio se delimita a la unidad de psicología que forma parte del Centro Especializado de Cirugía de Obesidad, ubicado en Lima Metropolitana. Asimismo, está dirigido a una paciente con obesidad tipo 1 candidata a intervención bariátrica.

Línea de investigación: El presente trabajo se delimita a la línea de investigación de salud mental y bienestar psicológico, ya que la psicología enfocada en pacientes bariátricos se encarga de trabajar sobre las creencias, percepciones y conductas del paciente obeso ayudándolo a regular su estado psicoemocional, mejorando sus relaciones intra e interpersonales y desarrollando y manteniendo

hábitos sanos a lo largo del tiempo, razón por la que podrá tener una mejor integración dentro de la sociedad mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Sustento teórico de la problemática y de las variables abordadas

2.1.1. Cirugía Bariátrica

2.1.1.1. Definición

Es uno de los tratamientos médicos empleados en pacientes obesos que tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad asociada a la obesidad, la comorbilidad asociada y aumentar la calidad de vida mediante la pérdida de peso con escasas complicaciones y la manutención de los hábitos alimenticios saludables (Sainz, 2017). No obstante, para que la pérdida de peso se mantenga en el tiempo es imprescindible la adherencia post cirugía por parte de los pacientes, donde intervienen otros factores como: cambios en estilos de vida, apoyo familiar y psicológico, entre otros.

2.1.1.2. Tipos de procedimientos bariátricos

Sainz (2017) ha señalado diferentes tipos de procedimientos bariátricos:

- a. Procedimientos restrictivos: Corresponden a un tipo de cirugía bariátrica que, generalmente, reducen el estómago limitando la cantidad de alimentos. Entre ellos se encuentran: Manga gástrica, banda gástrica y balón gástrico.
- b. Técnicas malabsortivas o combinadas: Este tipo de intervención radica en la aplicación de diversas técnicas para una menor absorción de nutrientes por parte de los alimentos ingeridos. Entre ellas se

encuentran: Bypass gástrico, mini-bypass gástrico y cruce duodenal clásico.

2.1.1.3. Obesidad

a. Definición

La obesidad es el exceso de tejido adiposo o grasa corporal necesaria cuyas causas son diversas e incluyen factores ambientales, genéticos, psicosociales, entre otros. Además, se asocia con la ausencia de voluntad y autocontrol. Asimismo, la obesidad tipo 1 refiere a una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de grasa corporal en estadios de menor severidad (Jolanta, 2019).

Para reconocer la obesidad básicamente se hace referencia al índice de masa corporal (IMC), como un índice que incluye la altura y el peso corporal. Es así, como la obesidad se puede clasificar en tres rangos: sobrepeso (IMC entre 25 y 29), obesidad (IMC entre 30 y 40) y obesidad mórbida (IMC mayor a 40) (Sahili y Mendoza, 2021).

Actualmente, el tratamiento más efectivo para la obesidad es la cirugía bariátrica; sin embargo, al menos un 20% de estas intervenciones fracasan por motivos psicológicos (Jolanta, 2019).

b. Factores Asociados

Para Mardones, Arnaiz y Barja (2018) los factores asociados a la obesidad son los siguientes:

a. Factores predisponentes:

a.1. Susceptibilidad genética: Desempeñan un papel de gran importancia en el desarrollo de la obesidad.

a.2. Factores ambientales: Involucra el cambio de la cultura dietética, actividad física reducida, estilo de vida sedentaria, incremento de horas de exposición frente al televisor, condiciones del transporte, uso excesivo de computadoras, entre otros.

a.3. Factores psicológicos: Influyen en los hábitos alimenticios, ya que actúan como respuesta a emociones negativas como el aburrimiento, el cólera o la tristeza.

b. Factores precipitantes:

Durán, Ruiz y Gonzáles (2017) indican que los más importantes son:

b.1. Ansiedad por la comida: Es un estado motivacional en el que se manifiesta una búsqueda excesiva y deseo de alimentos en específico, generalmente altos en azúcar o carbohidratos, que ha sido experimentado por adultos jóvenes en su mayoría.

Se diferencia del hambre debido a que no siempre hay una necesidad calórica o déficit por suplir. Por otro lado, el deseo se genera por un alimento en específico, a diferencia del hambre fisiológica.

b.2. Cultura de la imagen: En este punto, toma importancia la influencia cultural y el estereotipo de imagen corporal, siendo las mujeres las más afectadas por las demandas estéticas de la sociedad. Es así, como se promueve una figura

estética inalcanzable, alejado de la realidad y extremadamente delgado, logrando mayor inconformidad en el género femenino.

2.1.2. Tratamiento psicológico en cirugía bariátrica

2.1.2.1. Definición

El tratamiento psicológico en cirugía bariátrica se encarga del estudio de las creencias, los pensamientos, las percepciones, las sensaciones y el comportamiento de los individuos, generalmente con sobrepeso y obesidad, relacionados con la enfermedad y la pérdida de peso previo y posterior al tratamiento reductor de estómago. Aborda el manejo emocional del paciente, las dificultades durante el proceso, el mantenimiento de los hábitos alimenticios saludables, la evolución del paciente, la adaptación psicoemocional al tratamiento y el seguimiento para evitar recaídas y trastornos de la conducta.

La psicología forma parte del manejo multidisciplinario de los pacientes con obesidad sometidos a alguna terapéutica por la gran incidencia de factores psicológicos y/o trastornos inmersos en él (Beltrán, 2017).

2.1.2.2. Abordaje Psicológico

a. Evaluación Psicológica

La evaluación psicológica, también denominada valoración psicológica, corresponde a un procedimiento que tiene como finalidad analizar integralmente al ser humano, su conducta, sentimientos, emociones y pensamientos con respecto a las demandas diarias a través de la aplicación de instrumentos y mediciones

psicológicas, determinando la presencia de patologías y proporcionando la orientación necesaria para mantener un estilo de vida positivo y sano.

Este amplio concepto abarca el psicodiagnóstico mental y la evaluación conductual del individuo mediante una aproximación multimetódica, que generalmente se basa en dificultades personales, sociales, ambientales e institucionales. Sin embargo, la evaluación psicológica se considera una disciplina necesaria en el pre y post tratamiento, requiriendo estimaciones, juicios valorativos y cuestiones éticas deontológicamente consideradas.

Actualmente, la evaluación psicológica exitosa y eficaz en el campo quirúrgico es imprescindible previo a una cirugía bariátrica no sólo para el reconocimiento y aporte de datos relevantes del paciente, sino también para una mejor planeación de la intervención con los subsecuentes beneficios para el mismo (Sahili y Mendoza, 2021).

a.1. Entrevista clínica psicológica

La entrevista clínica psicológica refiere a una serie de preguntas psicosociales y semiestructuradas realizadas por un psicólogo clínico, psiquiatra o profesional de la salud con experiencia en el área quirúrgica – bariátrica que, por lo general, consta de dos sesiones evaluativas previas a la cirugía como mínimo. En ella, se evalúan aspectos determinantes para el diagnóstico psicológico del individuo, entre ellos: El motivo de asistencia a la consulta, historias previas de pérdida de peso, la motivación al cambio, las expectativas presentes en relación a la cirugía bariátrica, los antecedentes y los aspectos asociados a la enfermedad, el afrontamiento a situaciones desencadenantes de la obesidad, la percepción propia y

social sobre el aspecto físico, los indicadores de ansiedad, así como también, el consumo de sustancias psicotrópicas, los hábitos alimenticios, el estilo de vida, la frecuencia de actividad física, el control de los impulsos con respecto a los alimentos y la red de apoyo constituida por familiares y amigos. Posterior a la ejecución de la entrevista, el especialista percibe, analiza e interpreta la actitud y conducta del paciente, obteniendo resultados acertados en conjunto con la aplicación de pruebas psicométricas.

Al ser la cirugía bariátrica una terapéutica irreversible, resulta necesario determinar si la causa de la obesidad es netamente metabólica o involucra trastornos psicológicos, siendo el principal objetivo de la entrevista clínica. Además, facilita la explicación de las ventajas y desventajas de la intervención y la orientación psicoemocional necesaria para aumentar la calidad de vida previo y posterior al acto quirúrgico (Álvarez, 2014).

a.2. Aplicación de pruebas psicométricas

Las pruebas psicológicas o mental test son empleadas desde 1870 por el precursor James McKeen como herramientas necesarias para identificar y evaluar los aspectos emocionales, intelectuales, conductuales y axiológicos de los individuos. Es así, como se concluye que el diagnóstico psicológico acertado también requiere de la administración de pruebas psicométricas e interpretación de los resultados, siendo definidas como instrumentos encargados de medir semblantes psicológicos del ser humano de forma cuantitativa o cualitativa (Zanatta, 2017).

Estos test corresponden a una medida secuencial, organizada y objetiva que permite hacer descripciones del paciente bariátrico frente a diversos momentos

cotidianos, facilitando el diagnóstico por parte del profesional de la salud, el cual considera la aplicación de la prueba en dependencia de la naturaleza y de lo que se desee evaluar.

Existen diversas pruebas psicométricas con objetivos diferentes, entre ellos aquellos que evalúan los rasgos de la personalidad, los factores proyectivos, los impulsos ansiosos o depresivos, el estilo de vida, la autopercepción, el estado emocional e intelectual, entre otros.

Corresponde a un punto de gran importancia durante la evaluación psicológica del paciente obeso candidato a una intervención bariátrica debido a que, en función de los resultados, se provee la orientación necesaria para el manejo psicológico y conductual antes, durante y después de la cirugía (Weaver, 2018).

a.3. Depresión

Es un trastorno caracterizado por un estado de ánimo triste y persistente, pérdida de interés en actividades cotidianas e incapacidad para realizar las tareas. Además, suele presentar síntomas como el aislamiento personal, la pérdida de energía, disminución de la concentración, desesperanza, inquietud, modificación de hábitos alimenticios y de descanso, inutilidad y pensamientos suicidas (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En los pacientes bariátricos, la depresión es una comorbilidad muy frecuente relacionada tanto con la obesidad como con la intervención quirúrgica. Si un episodio depresivo no es diagnosticado y tratado antes de la cirugía, el mismo interfiere de forma considerable en la percepción de la imagen corporal, las expectativas del tratamiento y las metas con respecto a la pérdida de peso. Incluso

diversos estudios muestran que se han presenciado episodios depresivos postquirúrgicos por sentimientos de fracaso e impotencia por los objetivos irreales propuestos. Sin duda alguna, es una enfermedad asociada a la ganancia o pérdida de peso corporal.

Entre los tipos de depresión se han descrito los siguientes: Trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno ansioso – depresivo, depresión atípica, trastorno afectivo emocional, trastorno bipolar y ciclotimia. Asimismo, el diagnóstico corresponde a la evaluación física, psicológica y psiquiátrica, y la aplicación de test como la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), entre otros (Olguín, Carvajal y Fuentes, 2015).

a.4. Ansiedad

El trastorno de ansiedad es definido como la presencia de miedos y preocupaciones de forma constante, excesiva y persistente, aún en situaciones cotidianas realizadas previamente con naturalidad. Se caracteriza por la sensación de agitación, tensión, nerviosismo, pánico, la evidencia de situaciones como peligrosas, la hiperventilación, sudoración excesiva, sensación de cansancio, disminución de la concentración, problemas gastrointestinales y evitación de situaciones que generan miedo y temor. Los episodios de ansiedad repetidos pueden desencadenar ataques de pánico.

En los pacientes bariátricos se ha determinado que los síntomas ansiosos se presentan, en su mayoría, previos a la intervención quirúrgica por el temor al procedimiento, las posibles complicaciones, las expectativas de la imagen corporal

deseada y el posterior mantenimiento de hábitos saludables. Asimismo, éstos disminuyen en los seguimientos realizados luego a la cirugía, a diferencia de la depresión (Olguín, Carvajal y Fuentes, 2015).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) ha clasificado la ansiedad en: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia específica, agorafobia, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de ansiedad por separación. Su detección requiere la evaluación integral física, psicológica y psiquiátrica, así como también, la aplicación de test como el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), la Escala de Ansiedad de Hamilton, entre otros.

a.5. Calidad de vida

La calidad de vida refiere a un conjunto de dimensiones psicológicas, físicas, sociales y económicas que permiten el bienestar del individuo y su correcto funcionamiento en las actividades diarias.

Los pacientes con obesidad se ven afectados en diferentes ambientes (laboral, escolar, social) por la emisión de comentarios o percepciones con respecto a su imagen corporal, el rechazo de otras personas, las burlas del físico y la limitación de actividades que produce el aumento de peso corporal, afectando negativamente la salud mental y, por ende, la calidad de vida. Numerosos estudios han determinado que previo a la intervención bariátrica la calidad de vida es pobre, la cual mejora sustancialmente posterior a la misma por la reducción del peso y la mejora en los hábitos alimenticios. Es importante la evaluación psicológica a largo plazo por la recuperación de peso o el desarrollo de patrones alimentarios. El

diagnóstico involucra la aplicación de instrumentos como la Escala de Calidad de Vida (SF-36), entre otros (Román, 2015, p. 163).

b. Intervención Psicológica

b.1. Técnicas Psicológicas

a. Cognitivas (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017):

a.1. Modelo ABC: El modelo ABC es una teoría planteada por el psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis (1913-2007), el cual trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias. Estas creencias son un pilar fundamental a la hora de comprender la visión de la persona y sus decisiones para enfrentar las demandas actuales.

a.2. Diario de emociones: La importancia de esta técnica recae en la identificación de las emociones. Greenberg (2002) recomienda un abanico de técnicas, entre ellas: el nombramiento de la emoción por parte del paciente, la experimentación de sensaciones que produce, la focalización en ella, el reconocimiento de los pensamientos y la realización de un diario de emociones que permita registrar las mismas.

a.3. Role playing: El role playing es una técnica psicoterapéutica practicada en grupo donde se simula una situación de la vida diaria y donde cada participante representa el papel del personaje concreto que le corresponde.

a.4. Psicoeducación: Medio de reestructuración cognitiva para diferentes problemáticas, adecuando sus contenidos a cada una de ellas. Se refiere a

contenidos teóricos o teórico prácticos de psicología que se ponen a disposición de la persona que acude en busca de ayuda en un momento determinado y que incluye información diversificada en cada intervención.

b. Emotivas (Baile y González, 2013):

b.1. Escucha activa: Refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está intentando expresar.

b.2. Imaginación: Está incluida dentro de las técnicas de desensibilización sistemática (DS). En ella se imagina una escena agradable, que causa esa misma sensación, siendo esta respuesta incompatible con un estado de ansiedad. Por tanto, la técnica de imaginación emotiva tiene el objetivo de reducir la ansiedad que provocan ciertas situaciones o estímulos y así poder afrontar su vida de la mejor forma posible.

b.3. Humor: Incluye las técnicas usadas por los terapeutas tanto de forma espontánea como intencional, que conducen a la mejora de la autocomprensión y la conducta de los clientes y que incluyen desde los chistes, hasta la identificación de lo absurdo de las situaciones, el parafraseo, ejemplos de pensamientos ilógicos y las exageraciones.

c. Conductuales (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017):

c.1. Exposición (Shame attack): Empleadas especialmente en los casos de fobias y trastornos de ansiedad y control de los impulsos. Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que pueda aprender a gestionar su conducta ante él a la vez que a nivel

cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación.

c.2. Modelamiento: Es una técnica basada en la teoría del aprendizaje social. Consiste en que el sujeto observe la conducta de un modelo y la imite para: Adquirir nuevos patrones de respuesta (efecto de adquisición). Fortalecer o debilitar respuestas (efectos inhibitorios o desinhibitorios). Facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio conductual del sujeto (efecto de facilitación de respuestas).

d. De otros enfoques (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017):

d.1. Meditaciones: Meditar es un estado acrítico de autoobservación. En el proceso se evidencian los sentimientos y pensamientos, así como también, contenidos sensoriales, emocionales, fisiológicos, cognoscitivos o conductuales sin la involucración total del individuo y de forma pasiva.

d.2. Trabajos de respiración: El objetivo es favorecer el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor ansiedad o estrés. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes para proporcionarle a todo el cuerpo humano el oxígeno necesario.

2.1.2.3. Aspectos Psicológicos

a. Afrontamiento o coping: Corresponde a uno de los aspectos principales relacionados con pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica y el éxito del tratamiento, debido a que refiere la forma de enfrentamiento del individuo frente a la condición de obesidad, involucrando las necesidades, limitaciones, cambios en los hábitos, adaptación psicosocial y manejo

emocional. Son las estrategias adoptadas por los seres humanos para la adaptación a situaciones estresantes, desagradables o negativas. Además, se define como un conglomerado de esfuerzos de comportamiento, cognitivos y emocionales para hacer frente a las demandas actuales.

Las estrategias de afrontamiento pueden radicar en el problema (por ejemplo, modificación de hábitos alimenticios) o la emoción generada por el mismo (por ejemplo, sentimientos y emociones relacionadas con la obesidad y la intervención quirúrgica) (Mensorio y Costa, 2017).

- b. Imagen corporal: Es definida como un constructo psicológico que depende de múltiples dimensiones y que, en la sociedad actual, la idealización se relaciona con la pérdida de peso. La insatisfacción con la percepción del cuerpo corresponde a una comorbilidad importante psicológicamente, ya que se asocia con la depresión, baja autoestima, calidad de vida pobre, aislamiento personal, mal funcionamiento sexual y problemas ocupacionales.

Tras la aplicación de diversos estudios, se ha determinado que los indicadores psicológicos se manifiestan de forma importante en la predicción de la insatisfacción corporal, siendo los más relevantes la depresión, la autoestima y el perfeccionismo, predominando notablemente en el género femenino (Román, 2012, p. 162).

- c. Personalidad: Con respecto a los factores de personalidad, el más asociado en pacientes bariátricos refiere a la impulsividad, siendo un comportamiento multifactorial que permite la ejecución de conductas espontáneas, de forma rápida e imprevista, sin tomar en cuenta las consecuencias generadas. La impulsividad se relaciona con el componente afectivo negativo, pudiendo

desarrollar neuroticismo, donde el individuo recurre a un abuso excesivo de alimentos como respuesta a un estado de malestar emocional.

Los pacientes con trastornos de personalidad manifiestan más dificultades en la adaptación a las demandas del control alimentario que requiere cualquier intervención bariátrica (Román, 2012, p. 164).

- d. Motivación por el cambio: El modelo del cambio de comportamiento establecido por Prochaska (1988) establece que, el mismo se da en cinco etapas, entre ellas: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento para así lograr los objetivos trazados, donde la motivación es un factor importante que brinda las herramientas para avanzar en cada etapa, evidenciar los cambios, celebrar los pequeños logros y evitar las recaídas. Por supuesto, el cambio refiere a un conjunto de actividades para modificar conductas problemáticas que también depende de la voluntad del individuo, la confianza, la auto-eficacia y un correcto acompañamiento psicológico (Arriagada, 2017, p. 21).

2.2. Investigaciones

2.2.1. Nacionales

Ramos (2019) tiene como objetivo identificar los aspectos psicológicos pre y post quirúrgicos en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica en un centro privado de la ciudad de Arequipa. Es un estudio descriptivo, no experimental y cuantitativo que toma como muestra a 27 pacientes de ambos géneros. Emplea como pruebas el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE) y una ficha de recolección de datos, antes y

después de la cirugía. Los resultados muestran que, el estado de ansiedad ($Z = -3.968$, $p < .001$) y la depresión ($Z = -4.256$, $p < .001$) disminuyen considerablemente luego de la cirugía bariátrica, así como también, evidencia una mejora con respecto a otras comorbilidades médicas. Concluye que, el acompañamiento psicológico es de gran importancia en pacientes obesos que, generalmente, manifiestan ansiedad, depresión y baja autoestima.

Mensorio y Costa (2017) tienen como objetivo evaluar e intervenir psicológicamente a pacientes candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de la región. Es un estudio cuasiexperimental que toma como muestra a 40 pacientes en total. Emplea como instrumentos de recolección de datos un cuestionario sociodemográfico, una entrevista elaborada específicamente para el estudio, la escala de modos de afrontamiento de problemas y el inventario de ansiedad de Beck. Los resultados muestran que, los individuos priorizan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema ($p = 0.32$) seguido del afrontamiento religioso o fantasioso ($p = 0.04$). Asimismo, evidencian mejoras en los niveles de ansiedad en comparación al período previo y posterior a la intervención bariátrica. En conclusión, la obesidad es una patología que abarca aspectos psicológicos como diferentes grados de ansiedad y dificultades en el afrontamiento personal, social y ambiental cotidiano. Es por ello, que el abordaje psicológico y multidisciplinario favorece la transición del individuo durante la preparación quirúrgica.

Meneses (2017) tiene como objetivo analizar la relación entre los factores del mindfulness y ansia por la comida en sus distintas manifestaciones. La muestra está conformada por 405 estudiantes, tomando en cuenta la edad, curso académico,

altura, peso y su respectivo IMC, hábitos alimenticios, frecuencia de consumo y presencia de vicios. A partir de las variables de estudio, realiza la medición empleando el “Trait Food Cravings Questionnaire” (FCQ-T) en su versión en español, constituido por 39 ítems. Los resultados demuestran que factores como la ausencia de juicio (5.88), descontrol (8.65) y actuación a conciencia (4.37) se relacionan de forma consistente con el ansia por comer, así como también, que a mayor nivel de mindfulness se manifiestan menores índices de ansia. En conclusión, los hallazgos presentados sugieren que programas basados en el mindfulness benefician a aquellos individuos que suelen alimentarse bajo un estado de ansia.

2.2.2. Internacionales

Cruz, Díaz, Leiva et al. (2020) plantean como objetivo abordar psicológicamente a un paciente sometido a cirugía bariátrica, tomando en cuenta aspectos como la calidad de vida, ansiedad, depresión, trastornos de atracones, entre otros. Es un estudio descriptivo que emplea como metodología la revisión bibliográfica de múltiples artículos científicos y la aplicación de instrumentos de recolección de datos propios elaborados para la investigación. Los resultados demuestran que, la evaluación clínica psicológica bariátrica es indispensable para el diagnóstico o descarte de patologías previas, permitiendo definir la orientación y tratamiento necesario para la adherencia de la cirugía de la obesidad. Asimismo, recalcan la importancia de la valoración individualizada que depende de la edad y necesidades del individuo. En conclusión, es necesaria la inclusión y actualización de protocolos de evaluación psicológica antes, durante y después de la cirugía bariátrica como herramienta que garantiza el éxito de la terapéutica.

Arriagada (2017) toma como objetivo evaluar psicopatológicamente la obesidad y el período postquirúrgico en pacientes bariátricos, tras el análisis de factores asociados como la calidad de vida, la motivación por el cambio, la depresión y ansiedad y los trastornos alimenticios. Es un estudio de tipo descriptivo que toma como muestra a pacientes candidatos a intervención bariátrica con diferentes grados de obesidad, género y edad. Como técnica de recolección de datos utilizan las entrevistas semi – estructuradas, el cuestionario de 90 síntomas, el inventario de ansiedad, estado y rasgo, el inventario de depresión de Beck y el instrumento de trastornos alimenticios. Los resultados manifiestan que, el 17.1% de la muestra evidencia la presencia de un trastorno psiquiátrico, siendo los más prevalentes la ansiedad (n = 4) y la depresión (n = 3). Asimismo, denota una disminución de los valores previamente mencionados en relación al período postquirúrgico. En las escalas elaboradas, percibe que un 57.5% se relaciona con actitudes de impulsividad. En cuanto a la calidad de vida, refleja mejoras en las limitaciones que antes poseían los pacientes, un enfrentamiento positivo a la cotidianidad, aumento de la valoración propia y una correcta adherencia psicológica al tratamiento. En conclusión, existe una importante evidencia clínica de depresión en pacientes obesos en comparación con pacientes operados, siendo necesario la orientación y apoyo psicoemocional.

Aznar (2017) mantiene como objetivo determinar las características psicológicas y el correcto abordaje de un paciente obeso sometido a cirugía bariátrica. Para ello, emplean una muestra de 15 profesionales de la salud para confirmar los aspectos mayormente evidenciados y la terapéutica empleada. Es un estudio cualitativo que emplea como instrumento de recolección de datos una entrevista elaborada específicamente para el estudio. Los resultados muestran que,

la ansiedad, depresión y trastornos alimenticios son las características de mayor prevalencia en pacientes obesos, resaltando la importancia de su tratamiento previo a la cirugía. Además, manifiestan el rechazo de la imagen corporal, la baja autoestima, el agotamiento físico y el aislamiento social como factores que acompañan el curso de la enfermedad. Concluye que, el individuo debe someterse a un tratamiento integral donde el ámbito psicológico en relación a la obesidad sea cubierto, determinando si es apto o no para la intervención quirúrgica y evitando futuros fracasos.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Contextualización del problema

3.1.1. Problema de estudio

Usuaría femenina de 44 años de edad procedente de Lima, Perú con un nivel de instrucción superior completo, actualmente ama de casa. De estado civil casado, tiene dos hijas de 15 y 4 años de edad.

Acude a la unidad de psicología referida por el departamento de cirugía, específicamente por el médico cirujano, para su evaluación, diagnóstico y calificación psicológica como candidata para intervención bariátrica.

Dentro de los antecedentes familiares, se identifica: abuela materna con diabetes tipo II, madre con hipertensión arterial e hija con patología pulmonar, de la cual no ofrece más detalles. En los antecedentes personales, presenta obesidad tipo 1, de manera que manifiesta incomodidad y vergüenza con respecto a su imagen corporal, afectándole los comentarios ajenos emitidos por lo cual evita exponerse ante la sociedad y ocultar su aspecto tras el uso de prendas de ropa anchas. Mantiene una alimentación básica saludable, consumiendo de 3 a 5 comidas diarias. Sin embargo, frente a situaciones de estrés, ansiedad, incertidumbre y preocupación pierde el control de los alimentos, aumentando la frecuencia de ingesta, las cantidades y el consumo excesivo de dulces y bebidas azucaradas.

Posterior a la consulta con el médico cirujano, se asocia la obesidad tipo 1 a la pérdida de control alimenticio como consecuencia del mantenimiento constante de estrés, incertidumbre y preocupación, generado por la patología pulmonar de su

hija. La usuaria resultó apta psicológicamente para la intervención bariátrica, cuya fecha de procedimiento corresponde a septiembre del 2018.

3.1.2. Estrategias de evaluación y medición de la problemática

Durante la entrevista se han obtenido datos referentes a la salud mental. Se aplican las pruebas psicométricas, las cuales corresponden a herramientas estandarizadas constituidas por ítems, concebidas para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables (Zanatta, 2017, p. 32). Dentro de las escalas a evaluar se tienen:

- a. Escala de Depresión de Zung: La Escala de Depresión de Zung (ZDS) se centra en los síntomas somáticos y los cognitivos, también permite identificar síntomas de depresión, pero no la intensidad de estos. Esta cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión que están divididos en dos partes: la mitad formuladas en negativo y la otra mitad en positivo. Cada enunciado está puntuado en una escala del 1- 4, la cual se corresponde de la siguiente manera: 1- muy pocas veces, 2 - algunas veces, 3 - muchas veces y 4 - casi siempre. El rango de los resultados puede oscilar en una puntuación entre 20-80 puntos y los resultados pueden indicar lo siguiente: Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión), entre 28 - 41 puntos (depresión leve), entre 42 - 53 puntos (depresión moderada) y mayor o igual a 53 (depresión grave).

La validez del instrumento se refleja mediante el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, totalizando en 0.887, siendo válida su aplicación en pacientes bariátricos.

- b. Escala de Ansiedad de Hamilton: Evalúa la severidad de la ansiedad en aquellos pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems, donde el rango va de 0 a 56 puntos.

La validez del instrumento compete al coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.82, siendo estadísticamente alta (Lobo, 2002).

- c. Escala de Calidad de Vida (SF – 36): La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales y psicológicos de su vida, en la medida en que estos se afectan o se ven afectados por su salud. El cuestionario en salud SF-36, que a partir de 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) y 36 ítems, mide tanto estados positivos como negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y psíquica. A través del cuestionario se determina las puntuaciones resúmenes de salud física y de salud mental mediante la combinación de las dimensiones.

La validez del instrumento referente al coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach supera la medida de 0.7, siendo adecuado e importante para la aplicación clínica – psicológica bariátrica (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo y Permanyer, 2005).

3.1.3. Procedimiento de la evaluación

El procedimiento de evaluación es realizado de forma presencial en su totalidad donde, tras el llenado de la historia clínica psicológica bariátrica, se aplican las pruebas psicométricas. Inicialmente, se ejecuta la Escala de Depresión de Zung, donde la psicóloga lee de forma detallada los 20 enunciados correspondientes demarcando lo respondido por la usuaria y, a su vez, resolviendo las dudas surgidas. Seguidamente, se emplea la Escala de Ansiedad de Hamilton, siguiendo el mismo procedimiento y totalizando en 14 enunciados respondidos. Por último, se aplica la Escala de Calidad de Vida, tomando en cuenta las respuestas de la paciente en las 8 dimensiones y 36 ítems dispuestos. Posterior a ello, se realiza el conteo de puntos para cada escala obteniendo el diagnóstico psicológico individual.

El procedimiento de evaluación concluye con una duración de tres sesiones, dos de ellas para la aplicación de las pruebas psicométricas y una para la revisión, calificación e interpretación de los test.

3.1.4. Diagnóstico del problema

Los resultados permiten evidenciar un puntaje de 31 sobre 100 en la escala de depresión de Zung, resultando en la ausencia de la patología. En cuanto a la escala de ansiedad de Hamilton, obtiene una puntuación de 07 sobre 56, especificando 04 puntos a la ansiedad psíquica y 03 puntos a la ansiedad somática. Por último, la escala de calidad de vida muestra que la paciente manifiesta inseguridad y vulnerabilidad en relación a su imagen corporal y cansancio y dolor físico como consecuencia de la obesidad, limitando ciertas funciones cotidianas y evitando el contacto con la sociedad por la afectación de comentarios nocivos.

La presunción diagnóstica concluye en la ausencia de patologías psicológicas y atribuye la obesidad tipo 1 con la pérdida de control alimentario como respuesta a situaciones de estrés, preocupación e incertidumbre, específicamente la patología de madre e hija.

3.2. Intervención

3.2.1. Problema delimitado

Tras la realización de la entrevista clínica, la evaluación conductual, la administración de la escala de depresión de Zung, escala de ansiedad de Hamilton, la escala de calidad de vida (SF-36) y el desarrollo de cada sesión, el problema se delimita a la pérdida de control alimenticio en situaciones de estrés, preocupación e incertidumbre manifestándolo con el aumento de la frecuencia y porciones de alimento, un exceso de dulces y bebidas azucaradas aún cuando no presenta hambre fisiológico real. También manifiesta tristeza, vergüenza, inseguridad, vulnerabilidad e inconformidad en relación a su imagen corporal, y temor y angustia frente a la intervención bariátrica.

3.2.2. Objetivos de la intervención

General:

G.1. Evaluar e intervenir en los aspectos psicológicos asociados a conductas alimenticias en una paciente con obesidad tipo 1 candidata a cirugía bariátrica.

Específicos:

E.1. Favorecer la adaptación psicoemocional a la intervención bariátrica en una paciente con obesidad tipo 1.

E.2. Gestionar las emociones asociadas a la pérdida de control alimenticio en situaciones de estrés e incertidumbre en una paciente con obesidad tipo 1.

E.3. Reestructurar el sistema de creencias respecto a la imagen corporal en una paciente con obesidad tipo 1.

E.4. Analizar los hábitos alimenticios para modificarlos y hacerlos sostenibles en el tiempo en una paciente con obesidad tipo 1.

3.2.3. Técnicas

- a. Cognitivas: Modelo ABC, diario de emociones, role playing, psicoeducación.
- b. Emotivas: Escucha activa, imaginería, humor.
- c. Conductuales: Exposición (shame attack), modelamiento.
- d. De otros enfoques: Meditaciones, trabajos de respiración.

3.2.4. Selección y sustento de técnicas empleadas

- a. Cognitivas:

a.1. Modelo ABC: Diversos estudios demuestran que el modelo ABC resulta importante en pacientes obesos para tomar consciencia del problema emocional y observar la responsabilidad de los mismos en su solución (Montagud, 2019). El propósito de la aplicación de esta técnica es el reconocimiento por parte de la usuaria del padecimiento de obesidad tipo 1 y sus repercusiones físicas,

psicológicas y emocionales. Como respuesta al evento manifiesta vulnerabilidad y cansancio, observando la intervención bariátrica como una solución a la problemática. El modelo ABC se emplea para identificar el acontecimiento activador y las consecuencias emocionales (tristeza, inseguridad e inconformidad).

a.2. Diario de emociones: Los factores psicológicos, emocionales y conductuales son aspectos relevantes en individuos con obesidad sometidos a intervenciones quirúrgicas, por ello, la aplicación del diario de emociones permite el nombramiento de las mismas, su posterior aceptación y manejo adecuado para lograr el bienestar mental y un afrontamiento positivo (Greenberg, 2002). Se emplea con el propósito de lograr la identificación de las diferentes capas de emociones y las sensaciones que generan en el cuerpo, donde la paciente resalta el disgusto y la vergüenza a mostrarse con respecto a su imagen corporal y la percepción social, así como también, la angustia y el temor en relación a la intervención bariátrica, sus complicaciones y posibles recaídas.

a.3. Role playing: Es una técnica psicoterapéutica utilizada en los pacientes bariátricos para experimentar las diversas posibilidades de tratamiento y encontrar, a partir de esta estrategia, la resolución a los problemas y las más óptimas tras una evaluación médica previa (Baile y Gonzáles, 2014). El propósito radica en aflorar la toma de decisiones de la usuaria, aumentar la confianza en sí misma y desarrollar la comprensión en situaciones ajenas.

a.4. Psicoeducación: Diversos estudios han demostrado que la psicoeducación es una herramienta útil para impartir contenidos teóricos y teórico prácticos en relación a una temática, específicamente en la obesidad y el manejo psicológico de la enfermedad y del tratamiento (Ruiz, 2017). El propósito de su

aplicación considera las modificaciones conductuales en relación a la alimentación en momentos de estrés e incertidumbre, los beneficios de la actividad física y el cambio en el estilo de vida y el éxito del mantenimiento de la cirugía bariátrica a través de medios visuales, didácticos y explicativos.

b. Emotivas:

b.1. Escucha activa: Su uso es importante en todos los individuos que acuden al psicólogo, permitiéndole la expresión directa de sentimientos, ideas o pensamientos subyacentes, eliminando la escucha de manera pasiva por parte del profesional (Arriagada, 2017). Se utiliza con el propósito de escuchar y comprender los sentimientos de tristeza y desmotivación de la paciente con respecto a su imagen corporal y calidad de vida. Asimismo, a través de ello se puede conocer la dificultad que presenta la usuaria para controlar la alimentación durante situaciones de estrés y preocupación.

La escucha activa se realiza de manera satisfactoria en cada sesión psicológica, pudiendo captar lo enunciado por la misma, así como también, las inquietudes, interrogantes y sentimientos manifestados.

b.2. Imaginación: Está incluida dentro de las técnicas de desensibilización sistemática (DS), cuyo uso puede realizarse de forma aislada o como parte de terapias amplias como es el caso de la TREC (Terapia racional emotiva conductual) de Albert Ellis. Su función en pacientes bariátricos es disminuir las emociones y pensamientos negativos con un escenario agradable. La imaginación se utiliza de forma aislada durante la sesión con el propósito de desarrollar y aumentar pensamientos satisfactorios en relación a la cirugía bariátrica y al mantenimiento

de los hábitos alimenticios saludables de forma permanente. En esta técnica, el escenario agradable corresponde a los resultados posteriores a la intervención bariátrica, con la imagen corporal deseada por la usuaria, el mantenimiento de una alimentación consciente y el aumento de emociones positivas.

b.3. Humor: Dentro de la intervención psicológica produce una sensación de bienestar en el paciente, basado en el sustento de la teoría del humor como sanación y bienestar. Además, a través de las risas, el parafraseo y las anécdotas el individuo logra liberar potencialmente la energía nerviosa acumulada (Baile y Gonzáles, 2013). El humor se emplea con la finalidad de “romper hielo” con la usuaria, logrando un ambiente ameno y de confianza, lo cual favorece la comunicación y expresión de sentimientos de la misma.

c. Conductuales:

c.1. Exposición (Shame attack): La aplicación de esta técnica está sujeta al control de los impulsos, basado en la psicología del aprendizaje (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017). El propósito radica en el manejo del control alimenticio durante las situaciones de estrés y preocupación. Asimismo, se utiliza para confrontar un estímulo temido, en este caso constituido por la intervención bariátrica y sus posibles complicaciones.

c.2. Modelamiento: Diversos autores muestran los beneficios de esta técnica terapéutica en la adquisición de nuevos comportamientos basados en una figura modelo y su imitación. Funciona para reducir pensamientos negativos, eliminar miedos y aprender nuevas conductas (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017). Se emplea con la finalidad de observar los beneficios obtenidos de la cirugía bariátrica y del

mantenimiento de los hábitos alimenticios saludables en otros individuos. A partir de allí, la paciente muestra interés, visualiza el cambio de conducta e inicia la imitación siguiendo las recomendaciones y el protocolo médico – psicológico correspondiente.

d. De otros enfoques:

d.1. Meditaciones: Se concibe como una técnica o práctica para inducir la consciencia, logrando la atención y concentración durante el proceso. Es utilizado en pacientes bariátricos para manejar las sensaciones emocionales, psicológicas y fisiológicas y lograr un enfrentamiento positivo hacia la enfermedad y terapéutica (Díaz, Díaz y Ruiz, 2017). Otros autores también atribuyen su uso al relajamiento y la disminución de los niveles de estrés, aspecto característico en la usuaria del presente estudio (Sharma, 2014, p. 19). Esta técnica se emplea con el propósito de lograr satisfactoriamente un estado de consciencia meditativo, relajamiento profundo y eliminación de pensamientos persuasivos que le generan estrés y preocupación.

d.2. Trabajos de respiración: Se ha evidenciado que esta técnica ha tenido un aumento en su aplicación por la objetiva cantidad de beneficios ofrecidos, entre ellos el manejo y la reducción del estrés, el detenimiento cotidiano del individuo, la relajación del organismo, el aumento de la concentración e incluso mejoras en el sistema respiratorio y cardiovascular (Rodríguez, 2017). Los trabajos de respiración se realizan de forma consistente con la usuaria para obtener la calma y disminuir los niveles de estrés generados por la enfermedad de su madre e hija y el procedimiento quirúrgico. Además, se recomienda la realización de dichos

ejercicios fuera del horario de cada sesión y en cada momento donde prevalezcan las emociones negativas.

3.2.5. Ejecución

Las sesiones psicológicas se llevan a cabo previo acuerdo con la paciente, quien asiste de forma voluntaria al centro especializado en busca de una solución a la patología, acompañado de asistencia psicológica. La intervención es realizada en el período correspondiente entre agosto 2018 – agosto 2019, con un total de 8 sesiones de duración entre 40 a 60 minutos cada una.

La sesión modelo consta de tres fases: Inicial, desarrollo y final.

- a. Fase inicial de la sesión: Bienvenida a la paciente, espacio para comunicar los sentimientos y emociones actuales, breve explicación de la sesión, evaluación física, psicológica y emocional y valoración de las conductas alimenticias.
- b. Desarrollo de la sesión: Evaluación de las necesidades psicoafectivas en diversos ámbitos (familiar, social e intrasubjetivo), aplicación de los instrumentos e interpretación de los mismos, uso de las técnicas psicológicas, manejo emocional, proporción de conocimientos teóricos, intervención mediante atención y consejería o intervención psicoterapéutica.
- c. Fase final de la sesión: Discusión, conclusiones, aprendizajes obtenidos o dudas de la sesión, calificación de la experiencia y seguimiento psicoterapéutico.

Cada sesión se ejecuta basándose en las consideraciones éticas dispuestas en el Informe Belmont correspondientes al respeto a las personas, la beneficencia del paciente y la justicia. La información suministrada es protegida y utilizada únicamente con fines académicos, respetando la dignidad humana y los derechos individuales.

Tabla 3

Cronograma de trabajo

Sesión	Objetivos	Técnicas
1	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer al paciente. - Explorar su motivo de consulta. - Explorar conocimiento y entendimiento de su situación y la obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Humor. - Modelo ABC.
	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las conductas alimenticias. - Evaluar emociones, motivación al cambio y expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Diario de emociones.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar conocimientos teóricos sobre el procedimiento psicológico referente a la intervención bariátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación. - Modelamiento.
	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar niveles de ansiedad. - Evaluar niveles de depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de depresión de Zung. - Escala de ansiedad de Hamilton. - Exposición.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar calidad de vida. - Interpretación y obtención de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de calidad de vida.
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega del informe psicológico. - Establecer objetivos psicoterapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa.

5	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar en identificar emociones y pensamientos que desencadenan el descontrol alimenticio. - Gestionar el manejo de emociones y pensamientos a través de las técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diario de emociones. - Roleplaying. - Psicoeducación. - Meditaciones. - Trabajos de respiración.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructurar el sistema de creencias en relación a la imagen corporal y tratamiento bariátrico. - Favorecer la adaptación psicoemocional. - Continuar con la gestión del manejo de emociones y pensamientos. - Afianzar la importancia del manejo emocional y el mantenimiento de hábitos alimenticios saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imaginación. - Psicoeducación. - Meditaciones. - Trabajos de respiración.
7	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con la gestión del manejo de emociones y pensamientos. - Reconocer cumplimiento de objetivos. - Potenciar habilidades para el reconocimiento y la solución de 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación. - Meditaciones. - Trabajos de respiración.
8	<ul style="list-style-type: none"> - los problemas asociados a la sobre ingesta de alimentos. - Reconocer y valorar logros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Psicoeducación. - Modelo ABC.

3.2.6. Indicadores de logro

1. Identificar y manejar los aspectos psicológicos asociados a las conductas alimenticias.
2. Lograr la adaptación psicoemocional a la intervención bariátrica.
3. Manejar las emociones asociadas a la pérdida de control alimenticio en situaciones de estrés e incertidumbre.

4. Modificar positivamente el sistema de creencias respecto a la imagen corporal.
5. Obtener hábitos alimenticios saludables y mantenerlos en el tiempo.

3.2.7. Monitoreo y evaluación de la intervención

Cada 15 días se realizan sesiones de seguimiento ejecutadas por la practicante pre profesional en conjunto con el asesoramiento de la psicóloga responsable para valorar la evolución de las emociones de la paciente en relación a las conductas alimentarias en situaciones de estrés y su mejoría tras la aplicación de las diversas técnicas. Además, estas sesiones permiten evidenciar el cumplimiento de los objetivos planteados, aumentando la percepción positiva de la paciente con respecto a su imagen corporal y el mantenimiento de hábitos alimenticios saludables.

Los instrumentos de evaluación corresponden a la aplicación de la escala de depresión de Zung y la escala de ansiedad de Hamilton. Aunque la usuaria no manifiesta la presencia de patologías psicológicas, específicamente depresión y ansiedad, resulta necesaria la reevaluación por la incidencia de la cirugía bariátrica en estos aspectos, donde diversos estudios muestran que los niveles pueden disminuir por la aceptación de la persona tras la intervención o aumentar por la frustración derivada al incumplimiento de expectativas (Hornero, 2019). Además, se considera indispensable la aplicación de las pruebas psicométricas tras la sospecha de manifestaciones ansiosas e impulsivas con respecto a la rápida pérdida de peso corporal y sentimientos de tristeza e incertidumbre en caso de no lograr el objetivo planteado de forma futura. Asimismo, se emplea la escala de calidad de

vida para valorar uno de los indicadores más importantes a la hora de determinar el éxito o fracaso de la cirugía (Weiner, 2005).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

La paciente logró identificar y manejar los aspectos psicológicos asociados a las conductas alimenticias, específicamente en situaciones de estrés, preocupación e incertidumbre que manifestaba con frecuencia. Es así, donde reconoció la tristeza, inseguridad y vulnerabilidad que representaba la obesidad con respecto a su imagen corporal, transformando los sentimientos en motivos para lograr el cambio deseado a través del abordaje psicológico. Asimismo, evidenció la influencia de situaciones externas negativas sobre la alimentación inconsciente que desencadena un aumento excesivo de peso. Tras la evaluación psicológica, determinó las debilidades y fortalezas propias, empleadas para adoptar un nuevo estilo de vida saludable.

La adaptación psicoemocional a la intervención bariátrica se obtuvo a través de la aplicación de técnicas cognitivas, conductuales, emotivas y de otros enfoques, donde la usuaria examinó en primera instancia el padecimiento de la obesidad y las consecuencias que genera, manteniendo pensamientos realistas en relación al tratamiento bariátrico y denotando que el principal factor asociado al éxito de la terapéutica corresponde al manejo emocional que evita la pérdida del control alimenticio y el mantenimiento de hábitos saludables. El abordaje psicológico favoreció la adaptación psicoemocional a través de la concepción inicial del yo, la comprensión de valores, creencias y sentimientos que formaron una base concreta y específica para el enfrentamiento positivo a la cirugía bariátrica y al período de recuperación, caracterizado por su extendido plazo en el cual resultó importante el seguimiento psicológico.

Mediante las técnicas psicológicas de otros enfoques, específicamente las meditaciones y los trabajos de respiración, la paciente fue capaz de cumplir con el segundo objetivo específico del estudio referente a la gestión de emociones ligadas al descontrol alimentario en situaciones de estrés e incertidumbre, donde además comprendió que las emociones son capaces de generar acciones e instaurar sentimientos inconscientes que interfieren en los aspectos psicológicos en relación a la obesidad. Durante las sesiones, fueron reconocidas emociones como el miedo y la tristeza, aceptándolas como paso fundamental para manejarlas y, posteriormente, sustituyéndolas por otras positivas a través de la técnica psicológica de la imaginación, que permitió el mantenimiento de pensamientos satisfactorios con respecto a la intervención quirúrgica, la mejora en la calidad de vida y la alimentación sana y consciente. Demostró que cada emoción aparece con la finalidad de valorar una situación específica que la produce, facilitar la adaptación y superación por parte de la persona. La gestión emocional del paciente correspondió un paso determinante para la promoción de la modificación del entorno, el aumento del autocontrol conductual y el logro de los objetivos psicológicos planteados.

Asimismo, el sistema de creencias respecto a la imagen corporal fue reestructurado de forma positiva tras la evidencia inicial de sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad y rechazo a su aspecto físico. Posterior a la intervención bariátrica, estos aspectos se modificaron donde la paciente denotó satisfacción con los resultados obtenidos y con su imagen corporal, aumentando la confianza y seguridad en sí misma. Además, a través de las diversas sesiones se pudo comprobar el favorecimiento de la autopercepción tras el cambio de la vestimenta de prendas anchas que ocultaban su cuerpo a prendas acordes a su talla y peso. La paciente

logró comprender que la imagen corporal no refiere a una silueta esbelta y con características definidas por la sociedad, transformando ese pensamiento intrusivo hasta visualizar el cuerpo como una composición funcional, reconociendo sus partes e integrándolas de forma consciente. Finalmente, obtuvo una conducta adaptada a la realidad que mostró un efecto motivacional importante e incrementó el ámbito personal y social de la misma.

Por último, la usuaria resultó capaz de identificar los hábitos alimenticios insanos, siendo competente en modificarlos y mantenerlos a través del tiempo como garante del éxito del tratamiento bariátrico. Este objetivo se cumplió mediante la aplicación de técnicas indispensables como la psicoeducación continua, recalcando la importancia de una alimentación saludable y de la incorporación de la actividad física. Mediante el abordaje psicológico, se valoró el cumplimiento de las normas de alimentación, la progresiva tolerancia y la transformación de las dificultades en el cumplimiento de pautas alimenticias flexibles que logren el objetivo corporal planteado (Álvarez, 2014).

4.1.1. Análisis de los resultados

A pesar de que la paciente no manifestó ansiedad ni depresión, la evaluación de estas patologías a través de las escalas previamente utilizadas resultó importante debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad, siendo en un 40% a 47% (Hornero, 2019). Asimismo, la reevaluación posterior a la intervención bariátrica se debe ejecutar para evidenciar cambios significativos en los valores, donde estudios demuestran que los pacientes al no conseguir el peso ideal desarrollan trastornos depresivos y/o ansiosos. Sin embargo, la literatura no

es uniforme y también señala que los individuos con una baja de peso superior al 25% remiten la sintomatología (Burgmer, 2014).

Los resultados de la investigación han evidenciado la relevancia de la intervención en los aspectos psicológicos relacionados a las conductas alimenticias, involucrando el descarte de patologías psicológicas, la percepción del paciente, las emociones o situaciones que desencadenan la pérdida del control y su correcta gestión, logrando el objetivo general planteado.

Asimismo, diversos estudios han justificado que la adaptación psicoemocional del paciente antes, durante y después de la intervención bariátrica se logra mediante el acompañamiento psicológico y el uso constante de técnicas aprobadas, facilitando la adherencia a la terapéutica y el enfrentamiento positivo de las situaciones adversas (Mensorio y Costa, 2017).

La identificación de las emociones y su gestión permitieron la aceptación de la usuaria, la vivencia de las mismas y su transformación positiva en aspectos que motivan al cambio. El manejo de las emociones provee el ánimo para encaminar a la persona al logro de objetivos planteados, así como también, fortalece las habilidades psicoemocionales, incidiendo de forma significativa en la calidad de vida (Cano y Zea, 2012, pp. 58 – 67).

En relación al tercer objetivo específico planteado se tiene que, el apoyo psicológico favoreció la reestructuración de creencias respecto a la imagen corporal, siendo necesario para el abandono de pensamientos intrusivos que impactan en la baja autoestima y el aislamiento social. Este corresponde a uno de

los principales aspectos que confiere el abordaje psicológico del paciente bariátrico (Mensorio y Costa, 2017).

Por último, el éxito de la cirugía bariátrica depende en gran parte de la modificación de hábitos alimenticios y el mantenimiento de los mismos en el tiempo, evitando las dietas restrictivas que únicamente frustran el período postoperatorio y aumentan las probabilidades de recaídas, así como también, el desarrollo de trastornos alimenticios. Es por ello que, a través de las técnicas psicológicas y la orientación necesaria se debe inculcar una relación con los alimentos sana, sin necesidad de excluir alguno de ellos por temor a la ganancia de peso (Hornero, 2019).

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones

- a. Discontinuidad de las sesiones.
- b. Número de sesiones psicológicas reducido.
- c. Escasa disponibilidad horaria por parte del paciente.
- d. Escasos recursos didácticos para la aplicación de la psicoeducación.

4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados

Los resultados obtenidos en la intervención permitieron demostrar la baja incidencia de pacientes con obesidad que no presentan trastornos psicológicos en la institución, totalizando tan sólo en un 3% de los individuos atendidos. Es así, como gran parte de los usuarios manifiestan depresión y ansiedad en niveles severos

con un 79%, mientras que, el porcentaje restante no considera relevante el acompañamiento psicológico y abandonan el mismo tras la cirugía bariátrica. Sin embargo, la ausencia de trastornos psicológicos no es motivo para excluir la atención en el área del abordaje multidisciplinario. Por el contrario, se define necesaria la evaluación previa para descartar patologías psicológicas que incidan de forma negativa en la cirugía bariátrica, aumentando el enfrentamiento positivo a la intervención quirúrgica, así como también, en el período posterior para evitar futuras recaídas.

Al ampliar teorías y conocimientos en la institución, se realizó un reporte con el estudio de caso y los resultados obtenidos.

4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto

En el área psicológica: El trabajo de estudio aportó notablemente en el área de psicología determinando que, los individuos con obesidad tipo 1 generalmente manifiestan aspectos psicológicos leves tras no percibir un aumento excesivo de peso y limitaciones marcadas en las actividades cotidianas. Sin embargo, el impacto psicológico de la obesidad depende de múltiples factores y debe ser intervenido por profesionales de la salud para obtener un manejo psicoemocional adecuado de las características inmersas en el proceso y garantizar el éxito de la intervención quirúrgica.

A partir de ello, se denotó importante promover la asistencia psicológica en la terapéutica de la obesidad en centros quirúrgicos nacionales e internacionales.

En el contexto: El estudio permitió demostrar que la obesidad es una patología cada vez más frecuente cuyo tratamiento debe involucrar el

acompañamiento psicológico por la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en los individuos, específicamente depresión y ansiedad. Asimismo, la aplicación de instrumentos y técnicas adecuadas mostró la eficacia en el control de las conductas alimenticias de pacientes cuando se presentan problemas físicos, emocionales o sociales de sí mismo y de su entorno y la identificación de emociones y sentimientos asociados con la comida y la obesidad tipo 1.

La información plasmada y los instrumentos de medición poseen la validez y confiabilidad suficiente para servir de referencia en estudios académicos futuros.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas

La experiencia requirió el desarrollo de habilidades como la empatía y la colaboración con el paciente. Además, permitió comprender la situación y valorar sus emociones y sentimientos en relación a la comida, a la enfermedad de su hija, madre y a la intervención bariátrica. Para ello, la paciencia se hizo presente en cada sesión, logrando un ambiente ameno y de confianza para la misma. En el área profesional requirió de la evaluación psicológica, la aplicación de pruebas psicométricas y el uso de técnicas necesarias, entre ellas las cognitivas, emotivas, conductuales y de otros enfoques, realizadas durante diversas sesiones. En cada una de ellas se respetó la confidencialidad y autonomía del paciente, protegiendo sus datos y haciendo valer los derechos humanos.

4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

Durante el desarrollo de la investigación se adquirieron habilidades y conocimientos que favorecieron el desempeño profesional, el cual fue ofrecido de forma ética, responsable y puntual. La experiencia permitió potenciar la empatía y

el entendimiento, además del logro de la gestión del tiempo para cumplir con las sesiones y asignaciones en el plazo establecido. Por lo tanto, se manifiesta satisfacción con la atención brindada y el aprendizaje obtenido.

En cuanto a la institución, se reconoce la profesionalidad del personal sanitario y administrativo, así como también, la importancia adjudicada a la psicología en las intervenciones bariátricas. Sin embargo, la disponibilidad de horarios es limitada, reduciendo la atención médica de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Primera: Fomentar la implementación de las intervenciones psicológicas para manejar las emociones y conductas alimenticias en centros bariátricos nacionales, adjudicando la psicología como parte del tratamiento.

Segunda: Aumentar la incorporación de psicólogos en el equipo multidisciplinario del Centro Especializado de Cirugía de Obesidad de Lima.

Tercera: Aplicar más instrumentos de medición de la problemática para la evaluación de otras variables prevalentes en pacientes bariátricos, como trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios (bulimia, anorexia, atracones), ideaciones suicidas, entre otros.

Cuarta: Considerar la reevaluación psicológica de la paciente a largo plazo para evaluar la evolución de los aspectos psicológicos, la adaptación psicoemocional, así como posibles recaídas, y trabajar hábitos nocivos como la restricción obligatoria de comida y las metas o expectativas irreales con respecto a la pérdida de peso rápida.

CONCLUSIONES

Primera: La intervención en los aspectos psicológicos asociados a las conductas alimenticias permitió la identificación y manejo de emociones que garantizan el control alimentario y la adherencia exitosa al tratamiento bariátrico.

Segunda: La adaptación psicoemocional del individuo a la intervención bariátrica se logró a través de la asistencia psicológica antes, durante y después del acto quirúrgico, acompañado de la aplicación de técnicas y su ejecución frecuente durante las sesiones y fuera de ellas.

Tercera: La gestión de las emociones en situaciones de estrés e incertidumbre resultó un factor de gran relevancia en el mantenimiento del control alimenticio, permitiendo el establecimiento de una relación sana con los alimentos, evitando la reganancia de peso y futuras recaídas psicológicas, así como también, el desarrollo de trastornos psicológicos y alimenticios posteriores.

Cuarta: La reestructuración del sistema de creencias respecto a la imagen corporal permitió la eliminación y el control de pensamientos intrusivos en relación al físico de la usuaria, aumentando la autopercepción, valoración y confianza en sí misma con el desarrollo de las sesiones y la intervención bariátrica e influyendo significativamente en la calidad de vida.

Quinta: La modificación de los hábitos alimenticios y el mantenimiento sostenible en el tiempo garantizó el éxito de la cirugía bariátrica y la calidad de vida.

REFERENCIAS

- Alfonzo, J. (2017) *Obesidad: Preguntas y respuestas*. Editorial Científica Técnica.
- Álvarez, M. (2014) *Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica*. España: Universidad de Valencia. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37267/TESIS%20D OCTORAL2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arriagada, M. (2017) *Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/288287/mias1de1.pdf>
- Aznar, M. (2017) *Protocolo de evaluación psicológica a pacientes que serán sometidos a una cirugía bariátrica*. Argentina. <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/718>
- Baile, J. y González, M. (2014) *Intervención psicológica en obesidad*. Editorial McGrill. España.
- Chozen, J. (2017) *Mindful Eating: A guide to rediscovering a Healthy*. Edición revisada.
- Cruz, M., Díaz, P., Leiva, M, et al. (2020) Manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile*. Chile. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000400518

- Díaz, M., Díaz, I. y Ruiz, M. (2017) *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivas - Conductuales*. Editorial Dykinson.
- Duran, M., Ruiz, J. y Gonzáles, J. (2017) *Principios de obesidad mórbida*. (1° ed.). Editorial Dykinson.
- El Sahili, L. y Mendoza, M. (2021) *Psicología del sobrepeso y la obesidad*. (2° ed.). Editorial Federación Mexicana.
- Gómez, C., Hernández, G. y Rojas, A. (2018) *Psiquiatría Clínica*. Editorial Harrison.
- Gonzáles, O. (2019) *Cirugía bariátrica: una guía integral para pacientes de obesidad*. Editorial Grijalvo.
- Guzmán, M. (2021) *Experiencia en cirugía bariátrica metabólica en el hospital nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Essalud, Arequipa, Perú, del año 2010 al 2019*. Perú: Universidad Católica de Santa María.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12920/11067/H2.0634.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jolanta, P. (2019) *Guía Práctica de la Medicina de la Obesidad*. (1° ed.). Ediciones Elsevier.
- Lehmann, Y. (2018) *Evaluación psicológica: Clave para el éxito de una cirugía bariátrica*. Chile: Clínica Las Condes.
<https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Nutricion/evaluacion-psicologica-exito-cirugia-bariatrica>

- Lobo, A. (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Revista de Medicina Clínica*. España. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=21>
- Mardones, F., Arnaiz, P. y Barja, S. (2018) *Obesidad en Chile ¿Qué podemos hacer?* Chile. Ediciones UC.
- Meneses, J. (2017) *Ansia por la comida y mindfulness en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Perú: Universidad Católica del Perú. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9007/Meneses_Sala_Ansia%20por%20la%20comida%20y%20mindfulness.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mensorio, M., Costa, A. (2017) Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (vol. 33, no. 1). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000100016
- Montagud, N. (2019) *Modelo ABC de Ellis: ¿qué es y cómo describe los pensamientos?* España. <https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-abc-ellis>
- Olguín, P., Carvajal, D. y Fuentes, M. (2015) Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía* (vol. 67, no. 4).

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400016

Pintado, S. y Rodríguez, P. (2016) *Comer con atención plena y su relación con el índice de masa corporal, atracones, ansiedad y afecto negativo*. Puebla, México: Universidad de las Américas Puebla. <https://www.elsevier.es/es-revista-journal-behavior-health-social-82-articulo-mindful-eating-its-relationship-with-S2007078017300123>

Román, C. (2012) Programa de intervención psicológica en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica. *Revista de Psicología de la Salud* (1° ed., pp. 20 – 24). <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/IntervencionOMconCBRevPsiSalud2012-1.pdf>

Ruiz, S. y Llorca, G. (2016) Mindful eating y estilos de ingesta en pacientes con trastornos alimentarios. *Revista Ágora de Salud* (1° ed., pp. 339 – 345). https://www.researchgate.net/publication/299653555_Mindful_eating_y_estilos_de_ingesta_en_pacientes_con_trastornos_alimentarios

Sáinz, B. (2017). *Nutrición en la cirugía bariátrica*. Editorial Manual Moderno.

Terrazas, M., Flores, G., Zenil, N., Landa, E., Reséndiz, A. (2018) Estrategias de afrontamiento para el manejo de estrés y su relación con el nivel de obesidad y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Gaceta Médica de México* (pp. 569 – 574). <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm185f.pdf>

- Torres, E. (2021) *Influencia de la cirugía bariátrica en la calidad de vida de pacientes obesos*. Perú: Universidad Norbert Wiener.
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4878/T061_16705066_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tsui, V. (2018) *The Mindful Eating Workbook: Simple Mindfulness*. Edición ilustrada.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer G. (2005) El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* (vol. 19, no. 2). España.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- Weaver, J. (2018). *Guía práctica de la Medicina de la Obesidad*. España. Editorial Médicos.
- Zanatta, E. (2017). *Aplicación de Pruebas Psicométricas*. México.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67953/CAP%CDTULO.+Construcci%F3n+de+pruebas2.pdf;jsessionid=2D55B2D7A8FE1102A72B2303721D8069?sequence=1>
- Zung, W. (1965) A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* (pp. 63 – 70)

ANEXOS

Anexo 1

Escala de depresión de Zung

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Procedimiento:

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada. Pocas veces.	Algunas veces.	Muchas veces.	La mayoría de las veces. Siempre.
1. Me siento abatido, desanimado y triste.				
2. Por la mañana, es cuando mejor me siento.				
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar.				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.				
5. Tengo problemas de sueño durante la noche.				
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				

9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.				
13. Tengo esperanzas en el futuro.				
14. Soy mas irritable que de costumbre.				
15. Tomo las decisiones fácilmente.				
16. Siento que soy útil y necesario.				
17. Siento que mi vida esta llena.				
18. Siento que los demás estarían mejor sin mí.				
19. Sigo disfrutando lo que hacía.				
20. Sigo disfrutando lo que hacía.				

Anexo 2

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Procedimiento:

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al profesional en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor, anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Síntoma	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse.	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida.	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.	

7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular.	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad.	
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido.	
10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	
11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.	
12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	
13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello.	
14. Comportamiento durante la entrevista.	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos.	

Anexo 3

Escala de calidad de vida

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Procedimiento:

Por mi exceso de peso, me siento así:

Si mañana despertara con mi peso y figura ideal, las tres cosas que haría inmediatamente serían:

Puedo hacer mi propia calificación señalada del cero al diez:

(Si marco 0 me siento muy mal, si marco 8, 9, 10 me siento muy bien).

1. Peso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Figura
(Talla, vestido, arreglo en general) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Bienestar Físico
(Achaques, molestias, dolores) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Imagen Corporal
(Como me siento) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Imagen Social
(Como me ven familiares y amigos) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Ambiente Laboral
(Como me ven los vecinos o
compañeros de trabajo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Placer al comer
(Bienestar al ingerir alimentos) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Placer al hacer ejercicio
(Bienestar al realizar ejercicios
o deportes) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor, recuerde que estamos dispuestos a responder sus preguntas y aclarar sus dudas, el programa de acción será diseñado especialmente para usted, ya que cada individuo es único y singular.

Si tiene algún comentario que quiera hacer por escrito, use por favor estas líneas:

Gracias por responder a este cuestionario, será de mucha utilidad para usted y permitirá que juntos, logremos sus objetivos.

Nota: Esta escala nos da información sobre las actividades cotidianas en la vida del paciente y su adecuado o inadecuado desempeño con la finalidad de centrarnos en las áreas deficientes y facilitar así una mejor adaptación a los requerimientos pos intervención bariátrica.

Anexo 4

Plan de intervención

ETAPA DE PREPARACIÓN

Sesión 1: Procedimiento

Conociéndonos más, y estableciendo metas y objetivos

- Terapeuta da la bienvenida y se presenta.
- Paciente se presenta.
- Breve explicación sobre las sesiones en general. Aprovechar la oportunidad.
- Breve explicación sobre esta sesión y su importancia.
- Aclaración de dudas / inquietudes.
- Fase de preguntas.
 - o ¿Qué cosas te gustan hacer?
 - o ¿Ejercicios? ¿Cuál te gusta?
 - o ¿Qué cosas te gusta realizar en tus tiempos libres?
- Establecer metas y objetivos.
 - o A corto, mediano y largo plazo.
 - o Indagar por qué → Motivación
- Aclarar dudas e inquietudes finales.

Sesión 2: Procedimiento

Aprendiendo y distinguiendo términos importantes

- Indagar sobre:
 - o Bienestar.
 - o Última semana (Comida, preocupaciones).
 - o Objetivos (sesión pasada).
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
- Discusión y diferencias sobre:
 - o Saciedad.
 - o Distensión abdominal.
 - o Malestar asociado a la sobre ingesta.
- Aclarar dudas e inquietudes.

ETAPA DE ACCIÓN

Sesión 1: Procedimiento

Cambio de etapa

- Indagar sobre:
 - o Bienestar.
 - o Última semana (Comida, preocupaciones).
 - o Cumplimiento de objetivos.
 - o Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
 - o Entramos a una etapa, que costará un poco más.

- Cambios en el futuro.
- Relación consigo mismo y con el resto.
- Aclarar dudas e inquietudes.

Sesión 2: Procedimiento

Control de emociones

- Indagar sobre:
 - Bienestar.
 - Última semana (Comida, preocupaciones).
 - Cumplimiento de objetivos.
 - Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
- Conversación:
 - Hasta el momento, cómo creo estar manejando la situación.
 - ¿Qué siento?
 - Identificar las emociones.
 - Manejo de las emociones.
 - Practicar técnicas.
- Aclarar dudas e inquietudes.

Sesión 3: Procedimiento

Perseverancia sobre los buenos hábitos

- Indagar sobre:
 - Bienestar.
 - Última semana (Comida, preocupaciones).
 - Cumplimiento de objetivos.
 - Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
 - Técnicas / Ejercicios de relajación.
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
- Conversación (Ref. Blanca Sánchez).
 - Indagar sobre sus hábitos.
 - “Discusión” sobre sus hábitos.
 - Ideas irracionales.
 - Énfasis en la conexión B y C (Creencias, Sentimientos y Emociones).
 - Qué significa “buenos hábitos”.
- Aclarar dudas e inquietudes.

Sesión 4: Procedimiento

Continuación: Perseverancia sobre los buenos hábitos

- Indagar sobre:
 - Bienestar.
 - Última semana (Comida, preocupaciones).
 - Cumplimiento de objetivos.
 - Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
 - Técnicas / Ejercicios de relajación.
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
- Conversación:
 - Establecer comparación entre el paciente antes de la colocación del balón y su posición actual.

- Hacer énfasis en B y C (Creencias, Sentimientos y Emociones).
- Reconocer los “Pro”.
- Reforzar C.

ETAPA DE MANTENIMIENTO

Sesión 1: Procedimiento

Cambio de etapa y deseos de continuar con el nuevo estilo de vida

- Indagar sobre:
 - Bienestar.
 - Última semana (Comida, preocupaciones).
 - Cumplimiento de objetivos.
 - Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
 - Técnicas / Ejercicios de relajación.
- Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
 - Entramos a una etapa de cierre, donde hay que reforzar nuestro bienestar para no recaer y reganar peso.
 - Dialogar sobre experiencias de pacientes con re ganancia de peso.
- Conversación:
 - Nos acercamos a la última sesión.
 - Según la sesión anterior remarcar el cómo me veo al cumplir mis objetivos.
 - Cómo quisiera seguir el proceso SÓLO.
 - Qué pienso sobre mis logros en lo que respecta al “nuevo estilo de vida”.
 - Indagar y reforzar sobre los nuevos hábitos y costumbres.
 - Qué creo que podría mejorar.
- Aclarar dudas e inquietudes.

Sesión 2: Procedimiento

Yo antes de la colocación del Balón

- Indagar sobre:
 - Bienestar.
 - Última semana (Comida, preocupaciones).
 - Cumplimiento de objetivos.
 - Conceptos (Saciedad, Distensión abdominal, Malestar por ...).
 - Técnicas / Ejercicios de relajación.
 - Breve explicación sobre la sesión y su importancia.
 - Conversación:
 - Última sesión.
 - Cómo era yo antes de la colocación del balón.
 - Cómo me siento ahora que he logrado conseguir bajar de peso.
 - Cómo quisiera sentirme de acá en adelante.
 - Aclarar dudas e inquietudes.
 - Cierre de sesiones (programa).
-