Artículos originales:

La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes chilenos

Catalina Ferrer[1], Carlos Cruz[2]

Resumen

Antecedentes:

La cirugía bariátrica (CB) provoca una rápida pérdida de peso y una mejoría en las complicaciones de salud concomitantes de obesidad. Sin embargo, incluso cuando la calidad de vida tiende a mejorar durante los primeros años después de la cirugía, no está claro qué sucede después y cuáles son los cambios que experimentan los pacientes.

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue determinar la evolución de la vida después de la cirugía bariátrica en diferentes momentos posteriores a la cirugía y determinar los factores preoperatorios que afectan la calidad de vida después.

Método:

Las cinco mujeres que participaron se ofrecieron voluntariamente para formar parte del estudio. Se utilizaron métodos cualitativos de investigación (entrevistas en profundidad) para identificar cómo cambió la vida de las participantes luego de la cirugía y cuáles fueron los principales inconvenientes a los que se vieron enfrentadas. Los datos recopilados fueron analizados mediante Análisis de Contenido.

Resultados y Conclusión:

La cirugía bariátrica permite a las personas obesas mejorar su salud y calidad de vida en corto tiempo, pero experimentando más dificultades en términos de bienestar psicológico, social y sexual. Por ello se recomienda evaluar y abordar los aspectos psicológicos y nutricionales antes de la cirugía para asegurar un mejor resultado post-quirúrgico.

Palabras claves: cirugía bariátrica, resultado postquirúrgico, calidad de vida, obesidad.

Life changes after Bariatric Surgery: A qualitative study about how pre-surgery conditions and time affect life after surgery in Chilean patients.

Summary

Background:

Bariatric surgery causing rapid weight loss and an improvement in the concomitant health complications of obesity. However, even when quality of life tends to improve during the first few years after surgery, it is unclear what happens next and what changes patients experience.

Objective:

The objective of this study was to determine the evolution of life after bariatric surgery in different moments after surgery and to determine the preoperative factors that affect the quality of life afterwards.

Method:

The five women who participated volunteered to be part of the study. Qualitative research methods (in-depth interviews) were used to identify how the participants' lives changed after surgery and what were the major drawbacks they faced. The data collected were analyzed using Content Analysis.

Results and Conclusion:

Bariatric surgery allows obese people to improve their health and quality of life in a short time, but experiencing more difficulties in terms of psychological, social and sexual well-being. However, it is recommended to evaluate and address the psychological and nutritional aspects prior to surgery to ensure a better post-surgical outcome.

Key words: bariatric surgery, post-surgical outcome, quality of life, obesity.

1. Psicóloga Clínica. MSc in Eating Disorders and Clinical Nutrition. Division of Medicine University College London.
2. Médico Psiquiatra, Ph. D. en Ciencias Sociales

Introducción

La obesidad es una condición crónica que afecta a alrededor del 13% de la población adulta en todo el mundo y se ha convertido en un problema creciente en los países de América del Sur, incluyendo a Chile. En 2004, el 21,9% de la población chilena era obesa, y se ha producido un aumento significativo en los últimos 10 años (Organización Mundial de la Salud, 2016). Las tasas de obesidad son importantes de abordar ya que esta afección está relacionada con varias comorbilidades médicas, como la diabetes tipo II, la resistencia a la insulina, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la inflamación de las articulaciones (Kopelman, 2007). También, se asocia con condiciones psicológicas como la ansiedad y la depresión (Onyike, 2003).

En comparación con otros métodos de pérdida de peso como la dieta y el ejercicio, la cirugía bariátrica (CB) produce un 15% más de pérdida de peso en un período de 10 años (Karlsson et al., 2007) y está relacionado con menos recuperación de peso (Modovan y David, 2011, Karisson et al., 2007) debido al corto tiempo y mejoras duraderas (Adams et al., 2010) (Sjöström et al., 2007). Este procedimiento quirúrgico ha disminuido el 89% de la mortalidad en personas obesas (Kissane et al., 2011).

Se realizó una revisión de literatura con la intención de buscar los efectos que la CB tuvo en los pacientes. La búsqueda se realizó mediante el buscador de Metalab en varias bases de datos, incluyendo: Pubmed, biblioteca UCL Cataloge, GAOBASE, PubMed, PsycINFO y GEOBASE. La búsqueda incluyó: «cirugía bariátrica», «obesidad», «consecuencias psicológicas», «atracones» y «cambios en la vida». La búsqueda en el tiempo uno se limitó a la población adulta con respecto al sexo, etnia o lapso de tiempo de la cirugía; en el momento dos, la búsqueda se limitó a la población chilena. Los principales focos de la literatura fueron "cambios posteriores a la cirugía" y "condiciones previas que afectan la cirugía". La pérdida de peso no sólo tiene un impacto en la salud física, sino también en la psicología de las personas, la imagen corporal, los aspectos sociales y las relaciones románticas; mientras la mayoría de los cambios son percibidos como positivos, hay algunos aspectos que paradójicamente reducen la calidad de vida de los pacientes después de la cirugía. Otro tema común es la ganancia de peso después de CB y los aspectos que pueden producirla, por lo que algunas situaciones pre-quirúrgicas, en su mayoría psicológicas, se estudian para buscar una relación causal.

En relación con la salud psicológica, varios investigadores afirman que la CB produce una mejora significativa en la ansiedad, la depresión, la autoestima y la imagen corporal después de la cirugía.

Además, la imagen corporal definida como los pensamientos, sentimientos y percepciones subjetivos que una persona tiene en relación con su propio cuerpo (Grogan, 1999), está fuertemente afectada por la pérdida de peso rápida inducida por la cirugía. Comúnmente después de la CB la imagen corporal mejora significativamente, por lo tanto tiene un impacto positivo en la salud mental de los pacientes, las relaciones sexuales y la calidad de vida (Malik et al., 2014).

La misma paradoja se puede observar en los aspectos sociales después de tener una CB. Por un lado, los pacientes tienden a sentirse socialmente más asertivos, más capaces de realizar una variedad de actividades y pueden involucrarse con mayor comodidad en actividades que antes evitaban. Sin embargo, algunos pacientes sienten que no poseen las habilidades sociales necesarias para estar con otros, lo que los hace sentir vulnerables y expuestos (Magdaleno et al., 2008). También hay informes de que la gente comúnmente experimenta desvitalización en sus relaciones románticas o contextos sociales después de la cirugía (Jensen et al, 2013). Finalmente, las relaciones sexuales también se ven afectadas; algunos pacientes aumentan su vida sexual y actividad social como un producto de una mejoría de su imagen corporal (Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015).

Incluso cuando la CB asegura una rápida y masiva pérdida de peso, los pacientes no se eximen de la posibilidad de recuperar el peso de nuevo. En la mayoría de los casos, la ganancia de peso post-CB comienza dos años después de la cirugía (Shah et al., 2006), y está altamente relacionada con el regreso a los hábitos alimentarios antiguos y estilos de vida sedentarios (Groven et al., 2013).

Una condición psiquiátrica pre-quirúrgica supone más probabilidades de desarrollarla nuevamente en el futuro (Heber., 2010). En relación con la frecuencia promedio de trastornos psicológicos entre la población que busca realizarse una CB, el 73% de los pacientes reportaron tener antecedentes de algún trastorno psicológico en algún minuto de su vida (todos ellos son trastornos del estado de ánimo altamente prevalentes, como el trastorno depresivo mayor) y el 56% de los pacientes han tenido una condición psicológica actual en el momento de la cirugía, (la mayor prevalencia se encuentra en trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Una de las condiciones más discutidas que puede influir en la recuperación de peso es tener un Trastorno por Atracón (TPA) antes de la cirugía. Algunos estudios informan que alrededor del 40% de los pacientes que buscan CB reportaron al menos un episodio de atracón durante el último mes antes de la evaluación para la cirugía (Castellini et al., 2015).

Otras condiciones psicológicas comórbidas de la obesidad que pueden producir recuperación de peso son la depresión y la ansiedad. De hecho, en la población que busca CB, el 45% tiene trastornos del humor y el 37% tiene trastornos de ansiedad (Rosenberger, Henderson y Grilo, 2006). Algunas investigaciones indican que la depresión pre-quirúrgica no tiene ninguna relación con la re-ganancia de peso y que comúnmente mejora después de la cirugía (Tae et al., 2014; Zunker et al., 2012). Otros afirman que los síntomas depresivos, los sentimientos de inadecuación y la pobre regulación de impulsos persisten después de la cirugía (Beck, Mehlsen y Støving, 2012, Legenbauer et al. Al., 2011).

Contexto chileno

Los datos más recientes proporcionados por la Organización Mundial de la Salud mostraron que en 2014 la población adulta (+18) de Chile el índice de obesidad alcanzó el 27,8%, siendo el 32,2% de mujeres y el 23,3% de varones, ocupando el tercer lugar en las Américas después de EEUU y Canadá (Apps.WHO. int, 2016).

La prevalencia de obesidad es significativamente mayor entre la población de menor nivel educativo, mostrándose seis veces más prevalente en los grupos socioeconómicos más bajos (Sánchez R y Albala B, 2004). Este rápido aumento de la obesidad se explica por los repentinos cambios en los hábitos alimenticios de la población chilena, principalmente en el aumento del uso de grasas y azúcares, y la prevalencia de un estilo de vida sedentario (89,4% de la población chilena puede ser considerado sedentario). Por lo tanto, la obesidad es un problema actual e importante para el país, debido a las costosas consecuencias en términos de salud y productividad (Bambs, 2008).

La investigación realizada en relación con los cambios que la CB produce en las poblaciones obesas chilenas se centra, principalmente, en los cambios en el bienestar psicológico, dejando atrás todos los cambios directos e indirectos que puedan ocurrir después de la cirugía (Carrasco D et al., 2014; Rojas et al. Al., 2011). Sin embargo, Rojas et al. (2011) encontró que las comorbilidades psicológicas tienden a mejorar en los primeros dos años de la cirugía, sobre todo en relación con la ansiedad y los síntomas depresivos.

Sumado a esto, en relación con la motivación, un estudio cualitativo demostró que ninguno de los participantes consideraba las mejoras de salud como una motivación principal para hacerse una CB, sino que buscan la cirugía como una oportunidad que cambia la vida donde 'todos los problemas serían resueltos por no ser gordo nunca más'. El mismo estudio evaluó la importancia de recibir una terapia psicológica o psiquiátrica antes y después de la CB y encontró que el 50% de la muestra que había asistido a terapia mostró mejorías significativas en su experiencia post-cirugía y bienestar psicológico en comparación con el otro 50% que no asistió, sobre todo en aquellos que desarrollaron flacidez y piel colgante, generando un mayor descontento en relación a sus cuerpos que antes de la cirugía (Carrasco D. et al., 2014).

El presente estudio tiene como objetivo determinar los cambios de la vida y la experiencia de pacientes post-quirúrgicos. Esto se logrará mediante el análisis de cinco entrevistas, haciendo un énfasis especial en el lapso de tiempo desde la cirugía y las preguntas sobre cómo las condiciones pre-quirúrgicas en la actualidad afectan la pérdida de peso, recuperar el peso y la calidad de vida actual.

Métodos

Diseño:

El estudio utilizó un enfoque cualitativo después de entrevistas en profundidad.

Muestra:

La muestra involucró a cinco mujeres, que fueron reclutadas de la base de datos Unidad de Trastornos Alimentarios, en Sociedad de Terapia Cognitiva Post-Racionalista (STPS). Los criterios de inclusión fueron chilenos mayores de 18 años, que tenían algún tipo de cirugía bariátrica en un Hospital chileno o Clínica privada, y que eran pacientes actuales o pasados de la Unidad de Trastornos Alimentarios en STPS. La edad de los participantes oscilaba entre 19 y 51 años (media de 37,8 años). El tiempo entre la cirugía y la entrevista vario entre 4 meses a 15 años. Cuatro participantes se habían sometido a una Cirugía de Banda Gástrica y una un Bypass Gástrico. La media de IMC preoperatorio fue de 38,34 kg / m2 (rango: 47,5 -35,2 kg / m2); Alcanzando un perdida de exceso de peso (PEP) de 101.6% (rango: 73.9-137.7%). Todos los participantes que se realizaron la cirugía al menos 1 año antes de la entrevista (n = 3) obtuvieron una media de 10,6 kg (rango: 6 - 20 kg), lo que corresponde a un 20,5% (rango: 13-35,1%) PEP máximo. Los datos demográficos, el IMC, la recuperación de peso y el porcentaje de PEP de todos los pacientes se observan en la Tabla 1.

Procedimiento

Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión (n = 20) fueron invitados por correo electrónico por el investigador para participar en el estudio. Recibieron una Hoja de Información del Paciente, que describía el estudio, su propósito, las razones por las que habían sido elegidos y los pasos a seguir si decidieran participar. También se explicó que la entrevista se haría a través de Skype y que el audio sería grabado.

Tabla Nº1
Demografía y cambios en el peso

Número Participante	Edad (años)	Altura (m)	Peso preoperatorio (kg)	IMC preoperatorio (kg/m2)	Menor peso luego de la Cirugía (kg)	Peso máximo perdido (%)	Peso actual (kg)	IMC actual (kg/m2)	Cambio de peso desde el menor peso alcanzado (PEP ganancia %)	Tiempo desde la Cirugía	Tipo de Cirugía
1	51	1.73	142	47.5	85	84.8	105	35.1	+20 (35)	15 años	G-Bypass
2	50	1.75	110	35.9	64	137.7	70	22.9	+6 (13)	5 años	GB
3	34	1.65	96	35.3	70	92.8	70	25.7		11 meses	GB
4	35	1.69	108	37.8	64	118.9	70	24.5	+6 (13.6)	5 años	GB
5	19	1.59	89	35.2	72	73.9	72	28.5	0	4 meses	GB

Las entrevistas fueron organizadas a través de Skype, en un período de dos semanas dentro de julio de 2016, debido a la naturaleza de larga distancia del estudio. Una investigadora realizó todas las entrevistas y se ubicó en una oficina tranquila y aislada en Londres durante las entrevistas y pidió a los participantes que estaban en Chile que estuvieran solos y cómodos. El propósito era que no se distrajeran y que sus respuestas tuvieran una menor posibilidad de ser influenciados por factores externos.

Cada participante recibió un número de identificación para mantener la confidencialidad. Durante la entrevista se recopiló información sobre las historias de los participantes (incluido el sobrepeso), las razones de la cirugía, las dificultades personales, sociales o psicológicas y la fase posquirúrgica. Ellos eran libres de hablar tanto como quisieran, siendo interrumpidos de vez en cuando para que el entrevistador pidiera aclarar algunos puntos específicos. La duración de las entrevistas varió entre 50-90 minutos, con un tiempo promedio de 75 minutos. Al final de la entrevista se preguntó al participante si había algo más que añadir o si tenían preguntas. También, fueron invitados a recibir los resultados del estudio si querían.

Formato de entrevista:

Todos los datos fueron recolectados usando entrevistas en profundidad no estructuradas que comenzaron con una pregunta anterior establecida preguntando '¿Cómo cambió su vida después de la cirugía?' Se esperaba que los participantes compartirán su historia incluyendo las situaciones que los llevaron a hacerse una cirugía bariátrica; cómo ocurrió el proceso de la decisión, preguntas sobre la propia cirugía, cómo fue la experiencia posoperatoria y su vida después. Como se mencionó, los participantes fueron invitados a hablar abiertamente y libremente sin límite de tiempo o temática. Empero, los entrevistados debieron cubrir los siguientes temas:

1. Las dificultades físicas, psicológicas, sociales y económicas del sobrepeso.
2. Principales motivaciones para realizar la cirugía.
3. Proceso previo y posterior a la cirugía.
4. Cambios físicos, psicológicos, sociales y económicos después de la cirugía.
5. Cambio de peso, incluyendo recuperación de peso.
6. Presencia de trastornos alimentarios antes o después de la cirugía.
7. Principales dificultades experimentadas después de la cirugía.
8. Aspectos positivos y negativos de la cirugía.
9. Aspectos que ayudaron o que podrían haberles ayudado a tener una mejor experiencia.

Análisis de datos

El investigador transcribió textualmente cada entrevista grabada en audio utilizando el programa Transcribe online que permite administrar el archivo de audio y el editor de texto en la misma ventana. Cada transcripción se analizó utilizando el método de Análisis de Contenido de la investigación cualitativa (Charmaz, 2012). Las construcciones teóricas se desarrollaron en una escritura narrativa posterior que incluía todas las entrevistas y memorandos, haciendo más claras sus relaciones y diferencias.

Resultados

Antes de CB:

Uno de los cinco participantes era obeso desde la infancia y proviene de una familia con sobrepeso. Esto no fue debido a la herencia, sino más bien debido a tener malos hábitos alimenticios, comiendo grandes porciones de comida (es decir, pan, pasta y dulces). (P3) "Mis dos padres son obesos y están acostumbrados a servirse grandes platos a la hora de las comidas, toda la familia es muy buena para tener dulces a la hora del té".

Por el contrario, tres de los participantes habían ganado peso debido a ***acontecimientos emocionales en sus vidas***, con los que lidiaban a través de grandes cantidades de alimentos. Declarando: (P1), "La comida era mi refugio"; (P2): "Me sentí tan mal con mi vida que comer fue mi castigo"; (P5): "Yo estaba deprimida y aislada (...) la comida era lo único que realmente disfrutaba".

Los participantes 1 y 2 sufrieron ***trastorno por atracón*** antes de la cirugía. Ambos participantes informaron que aumentaban su comportamiento de atracones cuando se sientan tristes y solos. También dijeron que algunas veces el sentirse gorda y fea aumentaba los episodios de atracones: (P2) "Creo que usé la comida como castigo por ser horrible (...) Apenas podía mirarme en el espejo y cuando lo hice fui directamente a la nevera". Además, ambas participantes estaban teniendo momentos muy difíciles dentro de sus matrimonios y se sentían extremadamente rechazadas y juzgadas por sus maridos. Como resultado, buscaban consuelo en los alimentos como respuesta a su malestar emocional.

Dos de los participantes no cumplen con los criterios para el trastorno por atracón, pero tienen episodios de ***comidas emocionales claras.*** En un caso, un episodio depresivo causó un aumento en la ingesta de alimentos y el aislamiento social: (P5) "Yo estaba sola, dejé la escuela y dejar de ver a mis amigos y la comida fue lo único que me hizo sentir feliz". (P4) "Si iba un cumpleaños, por ejemplo, comía hasta que todo se había acabado". La principal diferencia entre el comer emocional y el trastorno por atracón en estos casos es que ninguno de los dos participantes comió hasta que se sintieran incómodos. Así, ambos participantes utilizaron el alimento como una manera de hacer frente a las emociones sociales, relacionadas con la soledad o la ansiedad social.

Las cinco participantes trataron de ***perder peso*** antes de tomar la decisión de someterse a la cirugía. Los participantes 2 y 4 intentaron por su cuenta y encontraron que era imposible de manejar, debido a importante ansiedad que sentían en sus vidas. P2 tenía una gran presión en su familia, siendo madre, esposa y trabajadora; P4 decía que ella era incapaz de controlarse de comer dulces, sobre todo cuando trabajaba o cuando estaba con amigos. Las otras tres intentaron perder peso con ayuda profesional.

Todas los participantes experimentaron falta de movilidad, dolor articular y baja energía debido al sobrepeso, por lo tanto, actividades diarias se vieron afectadas. Por ejemplo, la participante 1 se sintió afectada para jugar y criar a su hijo; La participante 2 sentía que era imposible subir las escaleras después de ir de compras. Tres de las participantes incluso tenían resistencia a la insulina, que es una condición médica relacionada con la obesidad que puede producir diabetes tipo II si no se mejora.

La ***salud psicológica*** resultó ser un gran problema para todos los participantes. Tres de las participantes incluso experimentaron episodios depresivos durante su vida: (P4) "Me deprimí y tuve que dejar de ir a la escuela y ver a mis amigos"; "Mi hija nació con problemas médicos y desarrollé una depresión profunda."; (P1) "Perdí absolutamente la motivación para hacer mis cosas, yo no me estaba disfrutando a mí misma o mi familia en absoluto" (P2): "Mi hija estaba enfermo y yo estaba en otro país con problemas maritales, simplemente me deprimí y caí cada vez más profundo y más adentro"

A partir de estos testimonios, se puede ver que puede haber una conexión entre la salud psicológica y la conducta alimentaria, lo que les lleva a ganar peso.

Cuatro de los cinco participantes tuvieron una ***vida social reducida***, no salieron con amigos y se sintieron muy aislados socialmente y rechazados por su exceso de peso. Una de ellas incluso terminó aceptando las ofensas de otros porque se sentía incapaz de defenderse temiendo que sería juzgada (P4) "si alguien me decía una ofensa o una mala palabra solo les sonreía o las ignoraba porque no quería que pensaran algo mal de mí, como ser desagradable o algo así ". En los cuatro casos, había confusión en la relación entre el ***aislamiento social*** y el aumento del comportamiento alimenticio, ya que no estaba claro si el sobrepeso los hacía sentir socialmente aislados o que el aislamiento social produjo un aumento en el consumo de alimentos.

Las participantes 1 y 4 se casaron antes de la cirugía, y el participante 2 se divorció años antes. En relación con las participantes 3 y 5, no mencionaron tener ningún tipo de relación romántica antes de la cirugía.

Las que estaban casadas habían reducido la actividad sexual durante su período de sobrepeso, porque se sentían feas y re-

chazadas por sus maridos, sobre todo porque hacían comentarios negativos recurrentes sobre sus cuerpos y no las miraban como solían hacerlo.

La participante 3 no tuvo problemas sexuales. Ella se sentía muy confiada en tener relaciones sexuales y coquetear con hombres, pero ella sentía que ella tenía que "seleccionar" a los que podían estar más interesados en ella: (P3) "No siempre escogí al que me gustaba, o al más guapo, si no que me acercaba al que yo creía que podía tener más interés por mí".

Como se mencionó anteriormente, la vida social media de manera importante en el estado de ánimo de las personas, y por lo tanto, en los patrones de alimentación. Esto resultó ser cierto para todos los participantes cuando hablaron sobre su ***vida familiar.*** Tres de las participantes tuvieron problemas maritales que les hicieron sentirse infelices. Los participantes 1 y 2 tuvieron dificultades para criar a sus hijos debido a su estado mental y su peso. Como dijo el Participante 2: "No quería volver a casa después del trabajo, sabía que sólo serían problemas" (P1) "Mi hijo era pequeño, quería jugar con él y ser una buena madre, pero yo me sentía mal, cansada y deprimida todo el tiempo". Así, podría ser que comer fuera un escape, o como se dijo anteriormente, un refugio.

Sin embargo, todos los participantes tuvieron ***familias nucleares muy solidarias*** -madre, padre y hermanos- que las apoyaron durante el período en que se sintieron más deprimidas y desesperadas, ayudándoles a cambiar su situación física y mental: "mi madre era muy importante en el proceso, ella siempre me apoyaba en mis decisiones "; "Mi familia fue la que notó mi peso y me animó a hacer algo al respecto".

Todos los participantes mostraron tener varias dificultades en su vida cotidiana, siendo los más importantes el tener muy poca energía para llevar a cabo sus responsabilidades, junto con las dificultades que tenían para encontrar ropa. Sorprendentemente, sólo una de las participantes experimentó dificultades para encontrar un trabajo debido a su sobrepeso. La participante 2 tuvo varios problemas para encontrar un trabajo debido a su peso. (P2) "Busque trabajo como loca, todos me dijeron que yo estaba sobre calificada, pero sabía que era porque yo era obesa, podía ver en la forma en que me miraban ".

Todos los participantes dijeron tener ***muy poca energía*** para las actividades de su vida cotidiana, como levantarse temprano, cuidar a sus hijos o incluso subir las escaleras de su casa. (P5) "Siempre estaba cansada, siempre quería dormir"; (P2) "Tuve problemas para subir las escaleras después de ir de compras al supermercado"; (P1) "No tenía la energía para jugar con mi hijo".

Cuatro de las participantes informaron dificultades para ***encontrar la ropa que les gustaba*** y que quedaba adecuadamente. Esta situación también afectó su aislamiento social porque sentían que no tenían ropa apropiada para atender a algunos eventos. Sólo la participante 3 no informó tener problemas para vestirse adecuadamente para diferentes situaciones, por el contrario, dijo que siempre estaba preocupada por verse bien y que se sentía cómoda.

Los participantes 3 y 5 informaron tener problemas con el espacio físico, como encajar en los asientos del metro, pasar a través de pequeñas compuertas (P5). "Tenía problemas para encontrar asiento en el transporte público, porque los asientos son pequeños".

Decisión a la cirugía

Tres de las participantes informaron de la principal motivación para realizar la CB era ***mejorar su condición física, energía y movilidad.*** Ellas dijeron que antes se sentían físicamente discapacitadas: (P5) "Me sentía cansada todo el día y mi cuerpo dolía cada vez que trataba de hacer ejercicio".

Las participantes 3 y 5 fueron incluidas en un ***programa interdisciplinario*** que incluyó diferentes evaluaciones antes de la cirugía. Por lo tanto, el proceso para tener la cirugía tomó alrededor de 4-5 meses. Las participantes 1 y 4 solo tuvieron someterse a diferentes exámenes médicos, teniendo la cirugía 1-2 meses después de tomar la decisión. Finalmente, el participante 2 pagó a un cirujano privado y se sometió a la cirugía sólo una semana después de la primera evaluación.

Todos los participantes se hicieron los ***exámenes médicos*** requeridos para controlar y monitorear su estado de salud antes de la cirugía. Los exámenes incluyeron electrocardiograma, muestras de sangre y medidas antropométricas.

Sólo las participantes 3 y 5 siguieron una ***terapia psicológica*** antes de someterse a la cirugía. Era obligatorio para ellas. Las sesiones consistieron principalmente en realizar una prueba de personalidad para establecer los posibles efectos psicológicos y la respuesta del paciente a la cirugía. De esta manera, los pacientes y el terapeuta serían capaces de prever algunos de los problemas a los que podían enfrentarse después de la cirugía y así preparar estrategias de afrontamiento para manejarlos.

Las participantes 3 y 5, recibieron ***terapia nutricional*** dos meses antes de la CB. Consisto principalmente en conocer y cambiar los hábitos alimenticios antes de la cirugía. También, se alentó a las pacientes a perder peso haciendo algunos cambios en sus hábitos diarios, por lo que había un mayor potencial de

que este hábito se mantendría después de la cirugía. Las otros tres participantes recibieron las recomendaciones nutricionales directamente del cirujano solo de manera informativa.

Después de CB:

Tres de las participantes informaron de que el despertar fue ***extremadamente doloroso***, lo que fue especialmente cierto para el paciente 1 que tuvo una cirugía abierta (P1) "¡Me desperté y era un infierno!. Nunca sentí algo así antes o después, recuerdo que grite y trate de moverme, pero sentí que estaba rota por dentro". Para las participantes 2 y 5, el proceso de curación fue fácil y rápido. La participante 5 afirma que esto fue porque ella es joven lo que facilita el proceso de curación.

Mantener la dieta líquida e incluir de a poco diferentes alimentos sólidos es un paso necesario después de CB. Para cuatro de las participantes, seguir la dieta fue fácil porque se sentían llenas rápidamente y por lo tanto sentían que comer porciones extremadamente pequeñas no era una complicación. La única dificultad que compartieron las cinco participantes fue que tenían que separar la comida de la bebida y, a veces, querían tomar un sorbo de agua con la comida y no podían: (P4) "hay que esperar al menos 30 minutos entre una comida y una bebida, y socialmente no estamos acostumbrados a hacer eso, así que a veces se volvió muy incómodo".

La participante 3 desarrolló una ***trombosis*** debido a la cirugía. Por lo tanto, tuvo que dejar de tomar sus vitaminas y retrasar la recuperación de la cirugía bariátrica para que pudiera tratar el trombo. Esto retrasó su ejercicio físico y la obligó a seguir una dieta más estricta (P3): "Fue muy difícil y me sentí frustrado por no poder seguir correctamente la recuperación de la CB"

Todos los participantes informaron que seguir ***una dieta*** después de la cirugía fue más fácil debido a su baja capacidad estomacal y su mayor motivación porque sabían que sus esfuerzos funcionaron esta vez: (P5) "la diferencia entre ahora y antes es que sé qué no es inútil. Voy a perder peso, y cambiar mis hábitos son parte del proceso".

Sin embargo, sólo las dos participantes que se habían sometido a la cirugía menos de un año antes de la entrevista mantuvieron el patrón de alimentación recomendado por el dietista. Este régimen es bastante estricto, y consiste en comer porciones pequeñas cada dos horas y esperar por lo menos un período de 30 minutos antes de beber. Sólo la participante 1 continuó con lo que llamó "atracones" después de la CB, porque se sentía fuera de control, lo que le llevó a comer alimentos altos en grasa.

Todos los participantes ***perdieron peso rápidamente*** después de la cirugía. Después de mantener ese peso por un tiempo, aumentaron unos kilos, que es lo esperable después de la primera pérdida masiva de peso: "el médico dijo que lo normal era recuperar un poco de peso después de alcanzar el más bajo".

Tres de los cinco participantes ***recobraron más del 10% de PEP*** después de la cirugía. Los motivos incluyeron volver a los viejos hábitos alimenticios, pero con porciones más pequeñas de alimento (P1) "continué con atracones después de la cirugía cuando estaba ansiosa o triste"; (P4) embarazo, "Tuve a mi bebé y estoy intentando perder el peso extra, pero ha sido difícil".

La participante 1 recuperó el ***35% de su PEP***, además de presentar un trastorno por atracón después de la cirugía, también tuvo cáncer de tiroides que produjo un aumento de peso intensivo después de una cirugía de extracción de tiroides: (P1) "Ha sido difícil perder peso otra vez desde que me sacaron la tiroides, aunque ahora tengo las hormonas controladas".

Todos los participantes reportaron ***acrecentar su energía***, después de perder peso, mejorar su dolor articular y tener mayor movilidad. Las dos participantes que tenían resistencia a la insulina, mejoraron un mes después de la cirugía y no tuvieron más problemas con el nivel de azúcar.

Cuatro participantes informaron ***sentir náuseas y vomitar*** después de comer algunos tipos de alimentos. Esto ocurre comúnmente con alimentos secos, como arroz o pasta y azúcar. Esta condición se mantuvo independientemente del tiempo transcurrido después de la cirugía. Los síntomas variaban de una participante a otra; la participante 1 informaba de la sensación de que algo "estaba atascado en su garganta", mientras que las otras se sentían un dolor de estómago.

Todos los participantes reportaron una ***mejora en la autoestima y confianza***, porque tenían una mejor imagen corporal que antes (P2): "Me siento increíble y tengo mi confianza de nuevo" (P4) "ahora puedo considerarme como un persona normal y puede ser quien quiera "(P5)" aun cuando tengo que seguir perdiendo peso, ya me siento hermosa y puedo ir de compras con mis amigos".

Dos de ellas tuvieron ***ligeros cambios en sus personalidades***, diciendo que ahora eran más capaces de tomar decisiones por sí mismas y hacer escuchar su punto de vista en una discusión. Esta fue una mejora muy importante para ambas participantes porque cuando ellas eran obesas sentían que no tenían "voz" y que otros tomaban todas las decisiones para ellos: (P5) "Comencé a tomar decisiones por mí misma y considerar las cosas que quería, y dejé de intentar complacer a los demás todo el tiempo "; (P4) "ahora tengo el valor de decir lo que pienso y lo que me molesta".

Los participantes 2 y 5 informaron que su ***depresión previa mejoro mucho después*** de la cirugía. (P5) "Ahora veo un futuro, sé que puedo hacer lo que quiero y que tendré éxito."

Los participantes 1 y 5 informaron ***sentir que estaban fallando*** y se sentían tristes después de la cirugía, porque no pudieron perder el exceso de peso por sus propios medios: (P1) "Sentí que era indigno no haber podido hacerlo por mi cuenta, me sentí como si fuera la peor cosa del mundo". La paciente 3 empezó a tener problemas con su imagen corporal y a veces sentía que quería volver como antes (P3) "Extraño al viejo yo, estaba contenta con mi cuerpo, ahora estoy siempre incomoda y me siento flácido al tacto".

Tres de los pacientes compartían ***un gran temor de volver a ganar peso*** y experimentaban mucha ansiedad cuando pensaban en ello. Como resultado, surgieron trastornos alimentarios. Una de ellas ***desarrolló síntomas anoréxicos*** después de la cirugía, ya que estaba extremadamente preocupada por el peso y la comida, y cuando notó que ganaba un poco de peso entró en pánico: (P2) "Siempre estoy pensando en volver a ser gorda Y siento que no puedo respirar cuando siento que es posible ... cuando tengo ese pánico simplemente dejo de comer hasta que vuelvo a perder peso ". Por lo tanto, no comer se convirtió en un mecanismo para enfrentar su ansiedad que continuo luego de la cirugía.

Todos los participantes informaron que tenían ***niveles de ansiedad más bajos*** durante el primer año después de la cirugía. Sin embargo, los niveles de ansiedad regresaron después de eso; como los participantes que recibieron asesoramiento psicológico, antes y después de la cirugía se habían realizado la cirugía sólo unos meses antes de la entrevista, la mejora de la ansiedad no se puede abordar por completo. La participante 4 todavía lidia con la ansiedad comiendo, pero en cantidades más pequeñas, y otros fuman mucho para calmarse: (P2) "Yo estaba tratando de dejar de fumar, pero es imposible ahora que no puedo comer". Así, el tiempo inmediato después de la cirugía proporcionó alivio emocional, sin embargo con el tiempo volvieron a los niveles pre-quirúrgicos.

Tres participantes reportaron ***un aumento en la actividad social*** después de perder peso. Comenzaron a salir con amigos de nuevo y se sintieron socialmente más aceptados y cómodos: (P5) "Empecé a salir todo el tiempo, solía llamar a mis amigos y ser la que organizaba las fiestas";

Una de las participantes informó ***sentirse incómoda una vez,*** ya que la gente la juzgó por haberse operado y le dijo que era perezosa: "Yo estaba en la casa de un amigo y su padre me dijo que yo era floja porque no quise bajar de peso por mi cuenta y que tomé la opción fácil". Otra de las participantes, tuvo una reacción negativa al comenzar a tener una actividad social más activa porque sentía que no estaba preparada para enfrentar a las personas (P1) "cuando estaba gorda, la gordura era una excusa para evitar relaciones sociales, como una guarida , ahora me sentía completamente expuesta ".

Todas las participantes comenzaron a ***sentirse mejor sobre su sexualidad*** después de la cirugía. Ellas sentían que eran capaces de coquetear y ser queridas por cualquier hombre que quisieran, e incluso comenzaron a tener más éxito con el sexo opuesto. Comenzaron a recibir más miradas e invitaciones para salir: (P5) " Antes solía acercarme a los hombres como amigos pensando que nunca tendría una oportunidad, ahora sé que puedo coquetear con ellos abiertamente". Tres de los participantes aumentaron su actividad sexual: (P2) "Fue como un despertar sexual (...) Empecé a descubrirme en un aspecto desconocido", y comenzaron nuevas relaciones con las que se sienten felices: (P3) "sé que tengo La confianza de estar con quien yo quiera. "

Las participantes 1 y 3 ***se divorciaron después de la cirugía,*** sobre todo porque se sentían más cómodos consigo mismas, lo que les dio el impulso a terminar estas relaciones: (P4) "Dijo que yo era una persona diferente, pero yo me sentía mal de antes (...) Fue un momento muy difícil y yo estuve triste mucho tiempo, incluso cuando salía más con mis amigos "(P1)" No sé por qué no lo hice antes, de hecho lo hice mucho después de la cirugía, de todas maneras tener una mejor imagen de mi misma ayudó a tener el coraje para separarme".

También, la confianza en relación al cuerpo demostró ser un aspecto negativo que siguió presente después de la cirugía. Una de las participantes tuvo problemas para mostrar su cuerpo después de la cirugía porque sentía que ya no tenía una buen tono corporal: (P3) "Perdí mis curvas y mi piel estaba flácida", también se sentía avergonzada de mostrarse desnuda porque tenía piel sobrante: "Yo no era así, incluso cuando estaba gorda me sentía cómoda cuando alguien me tocaba, ahora me siento como una jalea".

Cuatro de los participantes recibieron ***mucho apoyo de su familia*** después de la cirugía, sobre todo cuando empezaron a ver los cambios positivos que tenían, como más autoestima y mejor salud física.

La participante 3 empezó a ***tener problemas con su familia,*** principalmente con su madre, porque constantemente estaba haciendo malos comentarios sobre la pérdida de peso de la participante y que parecía "demasiado flaca". Esta situación era incómoda para ella porque su familia estaba acostumbrada a

las personas con sobrepeso, por lo que le continuaban sirviendo grandes porciones de comida: (P3) "Ella me estaba criticando todo el tiempo y no entendía que yo estaba bien con mi peso (...) ella me dijo que me veía enferma y fea (...) Mi mamá no se daba cuenta de que yo era incapaz de comer demasiado y me ponía un montón de comida en el plato, y esperaba que yo me la comiera toda".

Las participantes informaron ***tener cambios positivos***, especialmente por poder usar la ropa que les gustaba: (P4) "antes de la cirugía era imposible pensar en conseguir una falda, ahora, tengo todo lo que quiero". Por otro lado, dos de las participantes afirman que ahora es ***mucho más cómodo usar el transporte público*** porque caben en los asientos y la gente no los mira fijamente: (P3) "ahora me siento normal, puedo sentarme en el metro sin problema, y la gente no me está mirando todo el tiempo".

Tres de los participantes tuvieron ***problemas para elegir la ropa adecuada***, porque tendían a elegir tamaños grandes sin pensar. Este comportamiento era muy difícil de cambiar porque no sabían qué tipo de ropa les iba a quedar: (P4) "Siempre fui a la ropa XL y cuando fui al probador fue divertido porque podía nadar en los pantalones".

Actitud actual hacia la cirugía

Todos los participantes se ***sentían satisfechos con la cirugía*** en el momento de la entrevista y dijeron que incluso considerando las cosas malas lo harían de nuevo: (P3) "Si comparas lo bueno y lo malo, no hay nada que elegir; lo haría cien veces"

Se pidió a los participantes que señalaran cuáles fueron las cosas que más les ayudaron a hacer frente a los cambios posteriores a la cirugía. Las participante 3 y 5 informaron que tener un equipo médico confiable de apoyo era fundamental: (P5) "uno sabía todo el tiempo que no estaba solo en el proceso y que puede contar con ellos si tenía algún tipo de problema". Este apoyo también incluyó ayuda psicológica y habilidades de afrontamiento que fueron esenciales para ambos participantes: (P3) "visitar al psicólogo me ayudó a entender lo que iba a pasar y me enseñó cómo manejarlo".

Por otra parte, la participante 3 decidió compartir con todos sus amigos, familiares y colegas el hecho de que iba a someterse a la cirugía. Para ella, esto fue muy útil porque se sentía apoyada y entendida. También le dio la oportunidad de comer pequeñas cantidades de alimentos libremente sin recibir ningún comentario y contar con apoyo en los momentos que sentía náuseas o cansada: (P3) "Le dije a todo el mundo por lo que estaba pasando, de esa manera no necesitaba excusarme todo el tiempo o pasar por situaciones embarazosas"

Discusión

En concordancia con los resultados del presente estudio, los investigadores han encontrado que la mayoría de los pacientes con CB mejoran su funcionamiento psicológico, su imagen corporal y reducen sus trastornos psicológicos después de la cirugía (van Hout et al., 2008). Todos los participantes en este estudio informaron de mejorar sus problemas psicológicos, incluyendo la depresión pre-quirúrgica, el atracón y comer emocional.

Los estudios informaron que la depresión clínica tiende a disminuir con la pérdida de peso y cambios en el estilo de vida, pero puede reaparecer con el recobro de peso dos años después de la cirugía, cuando pasa el período de "luna de miel" (Faulconbridge et al, 2009). Sólo uno de los participantes que había informado depresión pre-quirúrgica experimentó nuevos síntomas después de la cirugía, mientras que los otros mejoraron su situación significativamente. Por lo tanto, los pacientes no están exentos de desarrollar nuevas dificultades psicológicas con el tiempo.

Por un lado, algunos pacientes desarrollan un fuerte sentimiento de vergüenza y fracaso después de la cirugía porque no fueron capaces de hacerlo por sí mismos (van Hout et al., 2008). Por otro lado, el nuevo contexto requiere que las personas se adapten a la nueva vida social y exposición, generando sensaciones de inadecuación y ansiedad social que no saben manejar, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida (Bocchieri, Meana y Fisher, 2002).

Los resultados actuales mostraron que todos los participantes tenían un fuerte temor a recuperar el peso perdido, que a veces conducía a comportamientos anoréxicos o ansiosos y comer en exceso. Estos resultados también se pueden encontrar en la literatura, donde se informa que los pacientes de CB tienen pensamientos persistentes y temores de ganar peso y nunca están satisfechos con su propio cuerpo (Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015).

En otras palabras, al contrario de lo que muchos pacientes de CB esperan, la cirugía no deja a los pacientes exentos de consecuencias psicológicas negativas y no funciona como una terapia para resolver la vida. Por lo tanto, es necesario abordar los problemas pre y post-psicológicos de una manera terapéutica ayudando a los pacientes a sacar el mayor provecho de la cirugía y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

Existe una gran controversia en la literatura sobre el efecto que las condiciones psicológicas pre-quirúrgicas tienen sobre el proceso de la recuperación de la CB, la pérdida de peso o las dificultades psicológicas post-quirúrgicas. Algunos estudios defienden que las condiciones psicológicas no tratadas se asocian

con una menor pérdida de peso (Semanscin-Doerr et al., 2010), mientras que otros defienden que las condiciones pre-quirúrgicas no afectan los resultados de la cirugía (Tae et al., 2014).

Sin embargo, se informa que los sentimientos de insuficiencia y la regulación de impulso pobres persisten después de la cirugía, pero se controlan durante los dos primeros años, momento en el que la pérdida de peso sigue ocurriendo.

Por lo tanto, las características psicológicas pre-quirúrgicas continúan afectando la vida de los pacientes, mayormente luego de los dos primeros años, y pueden conducir a conductas alimentarias emocionales e impulsivas, lo que provoca la re ganancia de peso y disminuya la calidad de vida (Beck, Mehlsen y Støving, 2012).

Los resultados del presente estudio mostraron que los pacientes que tenían condiciones psicológicas antes de la cirugía tenían diferentes situaciones post-quirúrgicas; mientras que algunos de ellos continuaban experimentando dificultades o desarrollando nuevas condiciones psicológicas, otros obtuvieron mejorías significativas (Beck, Mehlsen y Støving, 2012).

En el presente estudio, sólo uno de los participantes que tenía TPA antes de la cirugía mantuvo su hábito de comer emocional y descontrolado después de la cirugía, lo que provocó un aumento significativo de peso (34% del exceso de peso perdido EPP) y una pérdida de peso más pobre en comparación con el resto (EPP 84%).

Es importante mencionar, que tanto en el presente estudio como en la literatura los pacientes post-operatorios no desarrollan un TPA según la definición que se encuentra en el DSM-5, debido a la reducida capacidad del estómago, por lo que no pueden ingerir grandes cantidades de alimento en comparación a un sujeto normal en condiciones similares, pero pueden desarrollar otros comportamientos desadaptativas como Comer Emocional o Pérdida de Control de Alimentación (PCA) y culpabilidad y ansiedad luego de comer (Meany, Conceição y Mitchell, 2013).

Al igual que con el TPA, la depresión es muy común entre los pacientes que se someten a CB (Kalarchian et al., 2007), y parece reaparecer después del proceso de pérdida de peso (Legenbauer et al., 2011).

Estos resultados también coincidieron con otras investigaciones que mostraron que la pérdida de peso permite a las personas involucrarse en actividades sociales que tendían a evitar (Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015). No obstante, después de la pérdida de peso los participantes notaron la diferencia en el trato que recibían de los demás cuando tenían sobrepeso en comparación con su peso actual, destacando la importancia social que se le da al físico por sobre la forma de ser (Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015).

Otro factor importante que tuvo consecuencias negativas fue el cambio en la vida sexual. Mientras que algunos participantes mostraron un aumento de la vida sexual (Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015), otros reportaron desarrollar lo que llamaron "piel flácida y colgando" como un producto de su pérdida rápida de peso, haciéndolos sentir avergonzados en situaciones sexuales, especialmente cuando tienen que estar desnudos frente a otros (Biörserud, Olbers y Fagevik Olsén, 2011).

Alrededor del 25% de los pacientes que se someten a CB recuperan el peso luego de los primeros dos años después de la cirugía, aumentando aún más peso en los siguientes 6-10 años. La ganancia de peso puede explicarse por el mantenimiento o el resurgimiento de comportamientos alimentarios antiguos (Saunders, 2004) (Karlsson et al., 2007; Hsu et al., 1998). Alrededor del 20% de los pacientes tenían efectos secundarios de cirugía que se volvían crónicos, produciendo enfermedades al comer ciertos tipos de alimentos y baja tolerancia a grandes cantidades de alimentos (Maggard et al., 2005; Lier, Aastrom y Rørtveit, 2015).

Como se ha señalado anteriormente, los pacientes de CB deben adherirse a un nuevo estilo de vida después de la cirugía. Esto incluye seguir una dieta específica y aumentar su actividad física (Bond et al., 2010). Pero, no todos los pacientes entienden y siguen esas recomendaciones, sobre todo en relación con la actividad (Thomas et al., 2011).

Incluso cuando CB no está contraindicado para los pacientes que padecen cualquier estrés psicológico, se recomienda que deban recibir asesoramiento, antes y después de la cirugía, para asegurar resultados óptimos, reducir la ansiedad y aumentar el cumplimiento con el tratamiento post-cirugía (Karlsson, Sjöström y Sullivan, 1998).

En consecuencia, la investigación muestra que los pacientes que tienen asesoramiento para superar los trastornos alimentarios, antes de la cirugía tienden a tener mejores resultados que aquellos que no lo hicieron, porque son más propensos a saber cómo controlarse y reconocer las emociones negativas (Legenbauer et al., 2011).

Limitaciones

El presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, aun cuando la investigación cualitativa no necesita un

gran tamaño de muestra para tener resultados válidos, el presente estudio incluyó sólo a cinco participantes que tenían características específicas como alto nivel educativo y buena situación económica, lo que no es representativo de la población chilena obesa.

Sin embargo, como se mencionó en los antecedentes, la CB en Chile se realiza principalmente en clínicas privadas, siendo disponible exclusivamente para la población de altos ingresos (Sánchez R y Albala B, 2004), haciendo extremadamente difícil encontrar pacientes con bajos ingresos y educación deficiente para incluir en la muestra.

En segundo lugar, los cinco participantes del estudio fueron mujeres, dejando una brecha en relación con lo que sucede con la población masculina que se somete a CB. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que buscan CB en Chile son mujeres (Apps.who.int, 2016).

En tercer lugar, el sesgo podría introducirse en el presente estudio porque todas las entrevistas se realizaron a través de Skype en modo de larga distancia. Incluso cuando hay investigaciones que apoyan la realización de entrevistas clínicas a través de las redes sociales (Janghorban, Roudsari y Taghipour, 2014), no está claro qué efectos podría tener sobre la respuesta de los participantes y la comodidad que sienten al responder.

Bibliografía

1. Adams, T., Pendleton, R., Strong, M., Kolotkin, R., Walker, J., Litwin, E., Berjaoui, W., LaMonte, M., Cloward, T., Avelar, E., Owan, T., Nuttall, R., Gress, R., Crosby, R., Hopkins, P., Brinton, E., Rosamond, W., Wiebke, G., Yanowitz, F., Farney, R., Halverson, R., Simper, S., Smith, S. and Hunt, S. (2010). Health Outcomes of Gastric Bypass Patients Compared to Nonsurgical, Nonintervened Severely Obese. Obesity, 18(1), pp.121-130.
2. Alligier, M., Meugnier, E., Debard, C., Lambert-Porcheron, S., Chanseaume, E., Sothier, M., Loizon, E., Hssain, A., Brozek, J., Scoazec, J., Morio, B., Vidal, H. and Laville, M. (2012). Subcutaneous Adipose Tissue Remodeling during the Initial Phase of Weight Gain Induced by Overfeeding in Humans. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 97(2), pp.E183-E192.
3. American psychiatric association, (2013). Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
4. Apps.who.int. (2016). GHO | By category | Obesity (body mass index >= 30) (age-standardized estimate) - Data by country. [online] Available at: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en [Accessed 23 Aug. 2016].
5. Bambs, C. (2008). Morbid obesity in a developing country: the Chilean experience. Bulletin of the World Health Organization, 86(10), pp.813-814.
6. Beck, N., Mehlsen, M. and Støving, R. (2012). Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. Eating Behaviors, 13(4), pp.394-397.
7. Biörserud, C., Olbers, T. and Fagevik Olsén, M. (2009). Patients' Experience of Surplus Skin After Laparoscopic Gastric Bypass. Obesity Surgery, 21(3), pp.273-277.
8. Boan, J., Kolotkin, R., Westman, E., McMahon, R. and Grant, J. (2004). Binge Eating, Quality of Life and Physical Activity Improve after Roux-en-Y Gastric Bypass for Morbid Obesity. Obesity Surgery, 14(3), pp.341-348.
9. Bond, D., Jakicic, J., Vithiananthan, S., Thomas, J., Leahey, T., Sax, H., Pohl, D., Roye, G., Ryder, B. and Wing, R. (2010). Objective quantification of physical activity in bariatric surgery candidates and normal-weight controls. Surgery for Obesity and Related Diseases, 6(1), pp.72-78.
10. Bracaglia, R., D'Ettorre, M., Gniuli, D., Gigliofiorito, P., Gentileschi, S. and Mingrone, G. (2011). Morbidly obese patients undergoing bariatric and body contouring surgery: Psychological evaluation after treatments. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 64(9), pp.1246-1248.
11. Brunault, P., Jacobi, D., Miknius, V., Bourbao-Tournois, C., Huten, N., Gaillard, P., Couet, C., Camus, V. and Ballon, N. (2012). High Preoperative Depression, Phobic Anxiety, and Binge Eating Scores and Low Medium-Term Weight Loss in Sleeve Gastrectomy Obese Patients: A Preliminary Cohort Study. Psychosomatics, 53(4), pp.363-370.
12. Carrasco D, D., Appelgren D, D., Núñez M, J. and Schlanbusch M, C. (2014). Cambios en la significación de su propio cuerpo en mujeres adultas obesas que se han sometido a cirugías bariátricas. Rev. chil. nutr., 41(1), pp.40-45.
13. Castellini, G., Stanghellini, G., Godini, L., Lucchese, M., Trisolini, F. and Ricca, V. (2015). Abnormal Bodily Experiences Mediate the Relationship between Impulsivity and Binge Eating in Overweight Subjects Seeking Bariatric Surgery. Psychotherapy and Psychosomatics, 84(2), pp.124-126.
14. Charmaz, K. (2012). Constructing grounded theory. 2nd ed. London: Sage Publications.
15. Faulconbridge, L., Wadden, T., Berkowitz, R., Sarwer, D., Womble, L., Hesson, L., Stunkard, A. and Fabricatore, A. (2009). Changes in Symptoms of Depression With Weight Loss: Results of a Randomized Trial. Obesity, 17(5), pp.1009-1016.
16. Freire, R., Borges, M., Alvarez-Leite, J. and Correia, M. (2011). Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. Nutrition, 28(1), pp.53-58.
17. Grogan, S. (1999). Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children. Choice Reviews Online, 37(01), pp.37-0628-37-0628.
18. Groven, K., Råheim, M. and Engelsrud, G. (2010). "My quality of life is worse compared to my earlier life". International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 5(4).
19. Groven, K., Råheim, M., Braithwaite, J. and Engelsrud, G. (2013). Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle?. Medicine, Health Care and Philosophy, 16(4), pp.699-708.

20. Guisado, J., Vaz, F., Alarcón, J., López-Ibor, J., Rubio, M. and Gaite, L. (2002). Psychopathological Status and Interpersonal Functioning Following Weight Loss in Morbidly Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery. Obesity Surgery, 12(6), pp.835-840.

21. Heber, D., Greenway, F., Kaplan, L., Livingston, E., Salvador, J. and Still, C. (2010). Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95(11), pp.4823-4843.

22. Hsu, L., Benotti, P., Dwyer, J., Roberts, S., Saltzman, E., Shikora, S., Rolls, B. and Rand, W. (1998). Nonsurgical Factors That Influence the Outcome of Bariatric Surgery. Psychosomatic Medicine, 60(3), pp.338-346.

23. Janghorban, R., Roudsari, R. and Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 9(0).

24. Jensen, J., Petersen, M., Larsen, T., Jørgensen, D., Grønbaek, H. and Midtgaard, J. (2013). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. J Adv Nurs, 70(5), pp.1138-1149.

25. Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilkonis, P. and Ringham, R. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. American Journal of Psychiatry, 164(2), p.328.

26. Kalarchian, M., Wilson, G., Brolin, R. and Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. Eat weight disorder, 4, pp.1-5.

27. Kaminsky, J. and Gadaleta, D. (2002). A Study of Discrimination within the Medical Community as Viewed by Obese Patients. Obesity Surgery, 12(1), pp.14-18.

28. Karlsson, J., Sjöström, L. and Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. Int J Obes Relat Metab Disord, 22(2), pp.113-126.

29. Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L. and Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. Int J Obes Relat Metab Disord, 31(8), pp.1248-1261.

30. Kissane, N. and Pratt, J. (2011). Medical and surgical treatment of obesity. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 25(1), pp.11-25.

31. Kopelman, P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. Obes Rev, 8, pp.13-17.

32. Lang, A. and Froelicher, E. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. European Journal of Cardiovascular Nursing, 5(2), pp.102-114.

33. Legenbauer, T., Petrak, F., de Zwaan, M. and Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. Comprehensive Psychiatry, 52(3), pp.301-311.

34. Lier, H., Aastrom, S. and Rørtveit, K. (2015). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery - a qualitative study. J Clin Nurs, 25(3-4), pp.322-331.

35. Lyons, K., Meisner, B., Sockalingam, S. and Cassin, S. (2014). Body Image After Bariatric Surgery: A Qualitative Study. Bariatric Surgical Practice and Patient Care, 9(1), pp.41-49.

36. Madan, A. and Tichansky, D. (2005). Patients Postoperatively Forget Aspects of Preoperative Patient Education. Obesity Surgery, 15(7), pp.1066-1069.

37. Magdaleno, R., Chaim, E. and Turato, E. (2008). Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. Obesity Surgery, 20(8), pp.1086-1089.

38. Maggard, M., Shugarman, L., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H., Livingston, E., Nguyen, N., Li, Z., Mojica, W., Hilton, L., Rhodes, S., Morton, S. and Shekelle, P. (2005). Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. Annals of Internal Medicine, 142(7), p.547.

39. Malik, S., Mitchell, J., Engel, S., Crosby, R. and Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. Comper Psychiatric, 55, pp.248-259.

40. McAlpine, D., Frisch, M., Rome, E., Clark, M., Signore, C., Lindroos, A. and Allison, K. (2010). Bariatric surgery: A primer for eating disorder professionals. European Eating Disorders Review, 18(4), pp.304-317.

41. Meany, G., Conceição, E. and Mitchell, J. (2013). Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. European Eating Disorders Review, 22(2), pp.87-91.

42. Moldovan, A. and David, D. (2011). Effect of obesity treatments on eating behavior: Psychosocial interventions versus surgical interventions. A systematic review. Eating Behaviors, 12(3), pp.161-167.

43. Munoz, D., Chen, E., Fischer, S., Roehrig, M., Sanchez-Johnson, L., Alverdy, J., Dymek-Valentine, M. and le Grange, D. (2007). Considerations for the use of the Beck Depression Inventory in the Assessment of Weight-Loss Surgery Seeking Patients. Obesity Surgery, 17(8), pp.1097-1101.

44. Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. and Patel, A. (2005). Exploring the Impact of Obesity Surgery on Patients' Health Status: a Quantitative and Qualitative Study. Obesity Surgery, 15(2), pp.266-272.

45. Onyike, C. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. American Journal of Epidemiology, 158(12), pp.1139-1147.

46. Rojas, C., Brante, M., Miranda, E. and Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. Rev. méd. Chile, 139(5), pp.571-578.

47. Rosenberger, P., Henderson, K. and Grilo, C. (2006). Psychiatric Disorder Comorbidity and Association With Eating Disorders in Bariatric Surgery Patients. J. Clin. Psychiatry, 67(07), pp.1080-1085.

48. Sánchez R, H. and Albala B, C. (2004). Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. Rev. méd. Chile, 132(4).

49. Saunders, R. (2004). "Grazing": A High-Risk Behavior. Obesity Surgery, 14(1), pp.98-102.

50. Semanscin-Doerr, D., Windover, A., Ashton, K. and Heinberg, L. (2010). Mood disorders in laparoscopic sleeve gastrectomy patients: does it affect early weight loss?. Surgery for Obesity and Related Diseases, 6(2), pp.191-196.

51. Shah, M., Simha, V. and Garg, A. (2006). Long-Term Impact of Bariatric Surgery on Body Weight, Comorbidities, and Nutritional Status. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 91(11), pp.4223-4231.

52. Sjöström, L., Lindroos, A. and Peltonen, M. (2005). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. Journal of Vascular Surgery, 41(5), p.911.

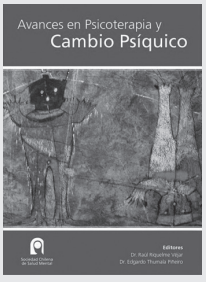
53. Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgerson, J., Ågren, G. and Carlsson, L. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. New England Journal of Medicine, 357(8), pp.741-752.

54. Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C. and Ricca, V. (2012). Identity and Eating Disorders (IDEA): A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients. Psychopathology, 45(3), pp.147-158.

55. Tae, B., Pelaggi, E., Moreira, J., Waisberg, J., Matos, L. and D'Elia, G. (2014). Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symp-

tons, bulimic behaviors and quality of life. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 41(3), pp.155-160.
56. Thomas, J., Bond, D., Ryder, B., Leahey, T., Vithiananthan, S., Roye, G. and Wing, R. (2011). Ecological momentary assessment of recommended postoperative eating and activity behaviors. Surgery for Obesity and Related Diseases, 7(2), pp.206-212.
57. van Hout, G., Hagendoren, C., Verschure, S. and van Heck, G. (2008). Psychosocial Predictors of Success After Vertical Banded Gastroplasty. Obesity Surgery, 19(6), pp.701-707.
58. Wadden, T., Faulconbridge, L., Jones-Corneille, L., Sarwer, D., Fabricatore, A., Thomas, J., Wilson, G., Alexander, M., Pulcini, M., Webb, V. and Williams, N. (2011). Binge Eating Disorder and the Outcome of Bariatric Surgery at One Year: A Prospective, Observational Study. Obesity, 19(6), pp.1220-1228.
59. White, M., Kalarchian, M., Masheb, R., Marcus, M. and Grilo, C. (2010). Loss of Control Over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery Patients: A prospective, 24-month follow-up study. J. Clin. Psychiatry, 71(02), pp.175-184.
60. World Health Organization. (2016). Obesity and overweight. [online] Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ [Accessed 21 Aug. 2016].
61. Ziegler, O., Sirveaux, M., Brunaud, L., Reibel, N. and Quilliot, D. (2009). Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. Diabetes & Metabolism, 35(6), pp.544-557.
62. Zunker, C., Karr, T., Saunders, R. and Mitchell, J. (2012). Eating Behaviors Post-Bariatric Surgery: A Qualitative Study of Grazing. Obesity Surgery, 22(8), pp.1225-123

"AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO"



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464