

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA-FAMILIAR DE OBESOS
INTERVENIDOS A CIRUGÍA – BARIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
NEIVA, SEPTIEMBRE 2011- SEPTIEMBRE 2012

GLORIA ESPERANZA MEJIA RUBIANO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA - HUILA
2013

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA - FAMILIAR DE OBESOS
INTERVENIDOS A CIRUGÍA – BARIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
NEIVA, SEPTIEMBRE 2011- SEPTIEMBRE 2012

GLORIA ESPERANZA MEJIA RUBIANO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Epidemiología.

Asesor
FABIO SALAZAR
Psicólogo Clínico

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA
NEIVA - HUILA
2013

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por su amor y fidelidad, a mi mamá y hermano por su apoyo incondicional. Sueña porque los sueños son el lenguaje de Dios.

GLORIA ESPERANZA

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A las personas que participaron en el estudio, quienes con su apoyo y colaboración fue posible la realización de este trabajo.

A la universidad Surcolombiana y en especial a la especialización en epidemiología, a mi asesor de investigación Fabio Salazar Piñeros y demás profesores de quienes aprendimos y con quienes compartimos conocimiento del maravilloso mundo epidemiológico.

A todos mil gracias...

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. ANTECEDENTES	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACION	25
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MARCO DE REFERENCIA	28
5.1 SOBREPESO Y OBESIDAD	28
5.2 PSICOLOGÍA DEL OBESO	31
5.3 LA PERSONA OBESA Y SU ENTORNO FAMILIAR	33
5.4 TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD	36
5.4.1 Nutrición	37
5.4.2 Ejercicio físico	37
5.4.3 Farmacoterapia	38
5.5 CIRUGIA METABOLICA Y BARIATRICA	39
5.6 LEY DE LA OBESIDAD	43
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
7. DISEÑO METODOLOGICO	50
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
7.2 LUGAR	50

		Pág.
7.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	50
7.3.1	Muestra	50
7.4	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	51
7.4.1	Procedimiento	51
7.5	INSTRUMENTO	52
7.6	PRUEBA PILOTO	52
7.7	CODIFICACIÓN Y PROCESAMIENTO DEL DATO	53
7.8	FUENTE DE INFORMACIÓN	53
7.9	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	53
7.10	PLAN DE ANÁLISIS	53
7.11	CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
8.	RESULTADOS	55
9.	DISCUSIÓN	68
10.	CONCLUSIONES	73
11.	RECOMENDACIONES	74
	BIBLIOGRAFIA	75
	ANEXOS	79

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Fechas importantes de la evolución de la Cirugía Bariátrica	40
Tabla 2	Características sociodemográficas de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	55
Tabla 3	Distribución de tipo de cirugía de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	58
Tabla 4	Distribución del IMC antes cirugía de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	59
Tabla 5	Distribución ingesta alimentaria de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	60
Tabla 6	Características de hábitos de riesgo (fumar, beber licor malos hábitos alimenticios) de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	61
Tabla 7	Relación entre nivel de satisfacción con su condición física un año antes de la cirugía vs después de la cirugía en los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	65

		Pág.
Tabla 8	Relación entre medida en que se siente satisfecho con su vida un año antes de la cirugía Vs después de la cirugía en los obesos intervenidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	66
Tabla 9	Distribución funcionalidad de la familia - APGAR. Los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	67

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1 Tipo de familia de los obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	57
Grafica 2 Talla de los obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	58
Grafica 3 Comorbilidades de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva	59

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Mapa del Huila	80
Anexo B	Instrumento para la revisión de historias clínicas	81
Anexo C	Instrumento utilizado en la entrevista telefónica	82
Anexo D	Instrumento APGAR familiar	84

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los obesos intervenidos con cirugía Metabólica – Bariátrica del Hospital Universitario de Neiva. Con el fin de enriquecer el conocimiento sociodemográfico y familiar en esta población. y de esta manera identificar cuáles son las mayores falencias y necesidades que tiene esta población de esta forma elaborar estrategias de mejoramiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Entre septiembre de 2011 a septiembre de 2012 aplicando una encuesta telefónica y revisión de Historias Clínicas a 25 pacientes que fueron intervenidos con la cirugía metabólica bariátrica en la Institución. Se estudiaron las variables sexo, estrato socioeconómico, ocupación, hábitos alimenticios, IMC, características de satisfacción de la condición física y con la vida antes y después de la cirugía características a nivel familiares se aplicó el APGAR familiar.

Resultados: Se caracterizan por ser de sexo femenino, en edades entre 20 y 53 años que cuentan con pareja estable de estrato socioeconómico bajo (2) que se desempeñan en el hogar con un nivel de escolaridad hasta secundaria y viven en Neiva. El peso de las personas antes de la cirugía estaba entre 93 Kg y 155 Kg. con un IMC entre 36 y 59. De las personas que participaron en el estudio antes de la cirugía no se sentían para nada satisfechos con su condición física y con su vida, actualmente se sienten moderadamente satisfechos. Además son familias nucleares y con un alto nivel de disfuncionalidad familiar leve.

Conclusión: El estudio mostró los malos hábitos alimenticios que presentaban las personas antes de la cirugía actualmente se cuida en su alimentación el IMC sigue disminuyendo en los pacientes, en este estudio se evidenció el nivel de disfuncionalidad familiar.

Palabras claves. Obesidad, hábitos alimenticios, función familiar.

ABSTRACT

Objective: Characterize the obese intervened with metabolic - Bariatric from Neiva's University Hospital surgery. In order to enrich the knowledge sociodemographic and family in this population. and thus identify the major shortcomings and needs which has this population in this way develop strategies for improvement.

Material and methods: I realize a descriptive study of court trasversal in the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva. between September, 2011 to September, 2012 applying a telephonic survey and review of Clinical Histories to 25 patients who were controlled by the metabolic surgery bariátrica in the Institution. The variables studied sex, Socioeconomic stratum, occupation, food habits, IMC, characteristics of satisfaction of the physical condition and with the life before and after the surgery characteristics to level relatives I apply the familiar APGAR to him.

Results: They are characterized for being of feminine sex, in ages between 20 and 53 years that possess stable pair of socioeconomic low stratum (2) that get out of a jam themselves in the home with a level of education up to secondary and live in Neiva. The weight of the persons before the surgery was between 62 Kg and 155 kg with an IMC between 36 and 59 Of the persons who took part in the study before the surgery they were not feeling for anything satisfied with his physical condition and with his life, nowadays they feel moderately satisfied. In addition they are nuclear families and with a high level of familiar slight malfunction.

Conclusion: The study showed the bad food habits that the present were presenting before the surgery nowadays it looks after itself in his supply the IMC continues diminishing in the patients, in this study I demonstrate the level of familiar malfunction.

Keywords. Obesity, habitus food, familiar function.

INTRODUCCION

La organización mundial de la salud se refiere al sobrepeso y la obesidad como la epidemia global debido al aumento en todo el mundo y la define como la acumulación anormal de grasa que es perjudicial para la salud.

La obesidad es un factor de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes enfermedades cardiacas, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer. La evidencia indica que la obesidad es una enfermedad con origen multifactorial que puede ser genética, ambiental, psicológica entre otros, que genera una acumulación excesiva de grasa. La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socio económico, sexo o situación geográfica.

El primer paso para saber si existe obesidad o sobrepeso, es conocer el índice de masa corporal (IMC), que se saca dividiendo el peso de la persona sobre la talla al cuadrado.

Actualmente en Colombia, existen 12 millones de personas con sobrepeso u obesidad, hay cerca de 1 millón de personas con diabetes y dos millones de individuos con hiperglicemia de ayuno o intolerancia a los carbohidratos, entidades que preceden a la diabetes tipo 2. La magnitud de problemas es incalculable.¹

En la actualidad, la evidencia apoya el uso de la pérdida de peso con procedimientos quirúrgicos modernos cuidadosamente seleccionados en los pacientes con obesidad extrema. Y esto es logrado por la cirugía bariátrica. La familia juega un rol muy importante en cuanto al aumento en la obesidad o al descenso de la misma.

Con base en lo anteriormente expuesto el siguiente proyecto evidencia en su primera parte el planteamiento de problema generando una justificación debido a la necesidad de conocimiento en la Institución, siendo el objetivo de este proyecto establecer las características sociodemográficas y familiares de los Obesos Intervenido con Cirugía Bariátrica, en el Hospital Universitario de Neiva. Septiembre 2011- Septiembre 2012, con el fin de enriquecer el conocimiento sociodemográfico y familiar en esta población.

¹ ESCOBAR IVÁN, Darío ; ROSSI, Ana Beatriz, Diabetes al día Sobrepeso y obesidad incrementan la epidemia de la diabetes tipo 2, consultado en línea el 26 de junio 2012 <http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetes2042-sobrepeso.htm>

En su marco de referencia se enfatiza en los siguientes aspectos de la obesidad, la persona obesa y su entorno familiar, los tratamientos para la obesidad y en la cirugía metabólica-bariátrica. En el capítulo de diseño metodológico se explica el tipo de investigación que se realiza, las técnicas y procedimientos para la recolección de datos las fuentes de información, plan de análisis, luego se presenta los resultados de los datos y por último se tiene discusión, conclusiones y recomendaciones que se establecen en este proyecto. Lo anterior mencionado se realiza con el fin de enriquecer el conocimiento sociodemográfico y familiar en esta población y de esta manera mejorar la calidad de vida de esta población.

1. ANTECEDENTES

A continuación se menciona algunos estudios que se han realizado a nivel internacional, nacional que guardan estrecha relación con el plan de investigación.

En el ámbito internacional existen recopilaciones investigativas, dentro de las cuales es importante destacar los siguientes estudios:

En la Universidad Veracruzana de México en el año 2010 se realizó la investigación *“Influencia de la difusión Familiar y Factores Sociales en la Prevalencia de Obesidad/Desnutrición.”*² El objetivo de esta investigación fue identificar si existe influencia entre la difusión familiar y otros factores sociales en la prevalencia del sobrepeso/obesidad y/o desnutrición en niños de 2-4 años. Es un estudio observacional prospectivo, analítico, transversal, realizado en una Unidad de Medicina Familiar de agosto 2008 a julio 2009. Se encuestó a 154 madres de niños de 2 a 4 años de edad; se interrogaron características sociodemográficas diversas y se aplicó el APGAR familiar. A los niños se les realizó antropometría y se clasificó su estado nutricional utilizando las tablas sugeridas en la NOM-O31-SSA-1999.

Los resultados que arrojó este estudio fue que en las familias: 6.5% fueron altamente disfuncionales, 31.8% moderadamente disfuncional, y 61.7% funcional. La disfunción familiar y el sobrepeso/obesidad mostraron asociación significativa de acuerdo a la clasificación peso para la talla, con un valor de X^2 de 18.14 y un valor de $P=0.006$ con $RR= 4.9$. De acuerdo al peso para la edad 66.2% tuvo peso normal, el 18.1% presenta desnutrición y 15.6% sobrepeso/obesidad. De acuerdo al peso para la talla 70.1% fue normal, 4.5% desnutrición, y 25.3% sobrepeso/obesidad.

Por tanto el investigador llegó a la conclusión que la disfunción familiar, grado de escolaridad materna, edad materna, número de menores de 5 años por vivienda e ingesta de bebidas azucaradas y golosinas, mostraron asociación estadística con la presencia de Sobrepeso/obesidad y/o desnutrición. La prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición se encuentran por arriba de los indicadores estatales reportados.

² ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo. Influencia de Disfunción familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad/desnutricion- Trabajo de Tesis postgrado.Universidad Veracruzana <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30700/1/RojasLopezJP.pdf>

En España el Hospital General Universitario de Alicante y la Universidad Miguel Hernández, el departamento de Psicología de la Salud en el año 2011 realizó la investigación “*Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas.*”³

La valoración psicológica de los pacientes con obesidad mórbida previa a la cirugía bariátrica es parte crucial en la correcta selección de los candidatos. Se analizaron las características demográficas, médicas y variables psicológicas de un grupo de 198 pacientes (127 mujeres) con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. La tasa de rechazo fue del 3%, por lo que se descartan pocos pacientes. Cada paciente completó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en su versión abreviada de 13 ítems y el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). No se encontró ninguna diferencia entre los grupos con obesidad mórbida y supermórbida. Sí se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ansiedad rasgo y en las sub escalas Obsesión por la Delgadez y Perfeccionismo del EDI-2, ajustándose así a lo informado en la literatura.

En este estudio analizaron las características demográficas, médicas y variables psicológicas encontradas en una población de pacientes con obesidad mórbida remitidos para valoración previa a Cirugía Bariátrica, en la Unidad Multidisciplinar de Atención Integral al Paciente Obeso (UMAIO) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); los 198 pacientes tienen una media de edad de $41,5 \pm 10$ años. La distribución por sexo es de 127 mujeres (64%) con una edad media de 42 ± 10 años y 71 hombres (36%) con una edad media de 41 ± 10 años, la mayoría de los pacientes de la muestra están casados viviendo en su propia familia, tienen estudios primarios o secundarios y se encuentran laboralmente activos con unos ingresos medios entre 500 y 2000 euros mensuales. Con respecto a los indicadores antropométricos, se obtuvieron valores del Índice de Masa corporal (IMC) superiores a 40 en el 96,4% de la muestra (191 participantes), cumpliendo así los criterios para el diagnóstico de obesidad mórbida. El rango de valores en IMC osciló desde 36,5 hasta 70,3. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni clínicamente relevantes entre los grupos de $IMC > 40$ e $IMC > 50$ en las puntuaciones obtenidas en las 11 escalas del EDI-2, así como en el STAI-E, STAI-R ni BDI. El estudio realizado señala que la muestra de este estudio presenta, en líneas generales, características similares a aquéllas informadas en la literatura.

³ PÉREZ MARTÍNEZ, Enrique. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, ISSN 1695-4238, Nº. 99, 2011 Págs. 29-40 disponible “<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3781325>”

En nuestro país es posible hacer referencia a la investigación que se llevo a cabo en la Escuela de Nutrición y Dietética de Universidad de Antioquia, y la Universidad de Medellín con el proyecto de investigación “*La Adherencia Al Tratamiento Nutricional Y Composición Corporal: Un Estudio Transversal En Pacientes Con Obesidad O Sobrepeso*”⁴ esta investigación se realizo mediante un estudio transversal con 94 sujetos entre 20 y 50 años seleccionados de forma aleatoria en dos centros de atención nutricional de Medellín. La adherencia al tratamiento nutricional se evaluó aplicando un cuestionario, donde puntajes mayores o iguales a 24 se consideraron como adherentes. Además, se obtuvo información socio-demográfica y antropométrica, previa estandarización de los evaluadores. Se utilizaron medidas descriptivas, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Chi-cuadrado para comparación de proporciones, T de Student o U Mann Whitney para comparación de promedios. El 68% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes al tratamiento nutricional, encontrando diferencias según actividad física ($p=0,013$). El peso promedio ($p=0,014$), Índice de Masa Corporal ($p=0,026$), perímetro de cintura ($p=0,005$) y relación cintura cadera ($p=0,022$), difirieron de acuerdo a la clasificación de adherencia, siendo significativamente más altos en los no adherentes. No hubo diferencias en el porcentaje de masa grasa según adherencia ($p=0,690$), pero se hallaron al controlar por sexo, $p=0,009$ mujeres y $p=0,026$ hombres. La adherencia al tratamiento nutricional en pacientes en dieta para reducir de peso, produce cambios significativos en la composición corporal.

Otra investigación realizada en nuestro país fue “*Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes del municipio de Floridablanca*”⁵ (Santander), con el objetivo principal de Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes estudiantes. Esta investigación se realizo en el segundo semestre del 2005, fue un Estudio transversal de 195 estudiantes de 11-18 años, de colegios públicos y privados. Todos respondieron una encuesta sobre variables demográficas y hábitos alimentarios. Se estimó índice de masa corporal (IMC) a partir del cual se estableció la asociación de las variables explicatorias con cada una de las variables de interés. Como resultado arrojó que La prevalencia total de sobrepeso fue 11.3% (IC 95% 7.2-16.5) y de obesidad 3.1% (IC 95% 1.1-6.5). La prevalencia de sobrepeso en hombres fue de 12.9% (IC 95% 6.8-21.4) y en mujeres de 9.8% (IC 95% 4.8-17.2). La prevalencia de obesidad en hombres fue 4.3% (IC 95% 1.1-10.6), mientras que en mujeres fue 1.9% (IC 95% 0.2-6.9). Estas diferencias no son estadísticamente significativas. Hay asociación entre

⁴ GONZÁLEZ Z, Laura Inés y colaboradores. Rev Chil Nutr Vol. 34, N°1, Marzo 2007 (consultado abril 09 de 2012), disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000100005&script=sci_arttext

⁵ GAMBOA DELGADO, Edna Magaly y colaboradores. Rev MED UNAB Vol. 10 Número 1 Abril de 2007(consultado abril 09 de 2012) disponible en <http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2007/vol10/no1/1.pdf>

consumo de alcohol y sobrepeso (OR 4.11, IC 95% 1.10-15.58, $p=0.009$). Se concluyo que es necesario continuar realizando investigación relacionada con sobrepeso, obesidad y sus factores asociados, con el fin de plantear y ejecutar estrategias de solución efectivas que controlen la ocurrencia de estos eventos y los eviten en edades más tempranas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.⁶ La obesidad es un factor de riesgo para enfermedades crónicas llamadas morbilidades como: enfermedades cardíacas diabetes, hipertensión arterial, ictus y algunos tipos de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros, que genera una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo con una hipertrofia general del tejido adiposo. La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socio económico, sexo o situación geográfica. Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud. El primer paso para saber si existe obesidad o sobrepeso, es conocer el índice de masa corporal (IMC), lo que se obtiene haciendo un cálculo entre la estatura y el peso del individuo.⁷ Cuando un índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 40 se habla de obesidad extrema o mórbida, si el (IMC) es igual o superior a 30 se determina obesidad y si el (IMC) es de 25 a 29 se determina sobrepeso. El IMC se obtiene dividiendo el peso (en kilos) por la altura al cuadrado (expresada en metros). Es decir, si se mide 1,64cm y pesa 85 kilogramos, la relación sería la siguiente:
$$\frac{85\text{kg}}{1,64\text{cm}^2} = 31,7(\text{IMC})$$

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.⁸

Las causas de la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y

⁶ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, consultado (Marzo 09 de 2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁷GUADALUPE, Ramiro. Que es la obesidad? en línea consultado (Marzo 09 de 2012) <http://www.drramiroguadalupe.com/obesidad.html>

⁸ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, consultado (Marzo 09 de 2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Op. cit.

metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve, generando un desbalance entre: mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita. Menor actividad física de la que el cuerpo precisa. Si se ingiere mayor cantidad de alimentos de los necesarios, este exceso de energía se acumula en forma excesiva de grasa.

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padre a hijo.⁹ Pero la persona obesa no sólo se expone a padecer una larga lista de enfermedades, ya mencionadas, sino también a psicopatologías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, o las mejores parejas.¹⁰ Generando en las personas obesas miedos e inseguridades en su vida cotidiana.

En la actualidad, la psicopatología del obeso, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza. Los individuos obesos en los países occidentales sufren más del prejuicio y de discriminación. En los medios de comunicación (televisión, revistas, Internet) le recuerdan constantemente que para estar a la moda hay que estar delgado y las personas con sobrepeso son blanco de bromas.¹¹

Los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente de discriminación, evidentemente, esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc. Prácticamente estamos en una sociedad que en todos los aspectos de la vida se le recuerda al obeso que se halla en una sociedad que odia la gordura.

⁹GUADALUPE, Ramiro. Que es la obesidad en línea consultado (Marzo 11 de 2012) <http://www.drramiroguadalupe.com/obesidad.html>

¹⁰SILVESTRI, Eliana y STAVILE, Alberto Eduardo. Aspectos psicológicos de la obesidad, buenos aires (Argentina) 2005 Trabajo de Postgrado en Obesidad a Distancia- Universidad Favaloro, consultado (Marzo 11 de 2012) encontrado en <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

¹¹ Ibid. p.

Por lo tanto la mayoría de los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios.¹²

Sumado a todo esto, están las consecuencias del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas teniendo como resultado (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso ante sus familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.¹³

La prevalencia de la obesidad está aumentando rápidamente y se asocia con comorbilidades importantes. En la actualidad, la evidencia apoya el uso de la pérdida de peso con procedimientos quirúrgicos modernos cuidadosamente seleccionados en los pacientes con obesidad extrema. Y esto es logrado por la cirugía metabólica - bariátrica.

La cirugía bariátrica es una rama de la cirugía destinada a realizar, mediante diversas operaciones, modificaciones en el aparato digestivo a fin de reducir la capacidad gástrica, asociada o no a la disminución de la absorción de los nutrientes ingeridos. Bariátrica, deriva de vocablos griegos que significan Medicina o Cirugía del Peso. Esta especialización data de mediados de los años 1970 y en USA existe una Sociedad Científica desde 1983.¹⁴

El Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo institución de III y IV nivel, realiza procedimientos de alta tecnología beneficiando a la población más vulnerable del surcolombiano, con profesionalismo y calidad. En septiembre

¹² MORAL DE LA RUBIA, José. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, universidad autónoma de Nueva León. México. Vol. 3 No.3- Septiembre 2002. consultado (Marzo 11 de2012) URL: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/3/ensayos/trastornos.html>.

¹³ *Ibíd.* p. 7

¹⁴ HARRACA, Jorge Luis. Obesidad consultado en línea Centro de Cirugía Rosario Argentina consultado(marzo12,2012)<http://www.centrodecirurgia.com/program.php?name=secciones&sop=viewarticle&artid>

del 2011 la institución implemento la cirugía bariátrica, por lo tanto esta intervención es de innovación en la Institución. Se ha conformado un grupo multidisciplinario de cirugía bariátrica (Cirujanos, Médicos Especialistas en Medicina Interna, Anestesiología, Ortopedia, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Neumología, Cirugía Plástica, Nutrición, Instrumentación, Enfermería entre otros) con el fin de dar solución y atender la importante demanda de pacientes que padecen de obesidad, síndrome metabólico, hipertensión arterial, diabetes, artrosis, etc., para que de acuerdo a las necesidades de cada uno, se les pueda brindar una atención integral y así obtener resultados satisfactorios, contribuyendo de esta manera, al mejoramiento de las condiciones de vida del surcolombiano.

Hoy contamos en nuestro medio con toda la tecnología necesaria para llevar a cabo las diferentes alternativas de la cirugía bariátrica, como son el balón intragástrico, la banda gástrica ajustable, o el bypass gástrico bandeado (técnicas que, de acuerdo con las necesidades de cada paciente, se realizan en forma de endoscopia o por laparoscopia, sin generar las heridas clásicas en el abdomen).

La cirugía bariátrica está diseñada para personas con más de 35 kilogramos de sobrepeso, (o con peso inferior pero asociado con enfermedades causadas por la obesidad). No es una cirugía estética, tiene mínimos riesgos, es muy exitosa y busca que la ingesta y el aporte de calorías disminuya y por consiguiente, que no se recupere nuevamente el peso perdido.

Las diferentes alternativas de cirugía metabólicas y bariátrica debería ir de la mano con la familia que juega un papel muy importante es el eje fundamental para el crecimiento biopsicosocial del ser humano, desde este punto de vista, se puede pensar en la importancia de la familia en las personas obesas. El obeso, como enfermo que emerge de un núcleo familiar, puede estar expresando el lado no sano de esa familia. Por tanto el tratamiento de la obesidad debe ser desde un abordaje familiar, Él y su familia como un todo. Todos deben asumir el problema como propio y apoyar el tratamiento bariátrica y psicológico – grupal – familiar, en el que se aborde la dificultad.

Es evidente que en el Hospital Universitario de Neiva la cirugía bariátrica es una cirugía de innovación por estos días; por lo tanto se hace necesario conocer la existencia de la problemática que manejan las personas obesas en nuestra cultura y el avance de la ciencia por darle solución a ese problema que día a día está aumentando. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona que padece de obesidad, que bien se puede decir que este estudio busca dar respuesta al siguiente interrogante.

¿Cuáles son las características sociodemográfica y familiares de los de Obesos intervenidos a Cirugía Bariátrica, en el Hospital Universitario de Neiva. Septiembre 2011- Septiembre 2012?

3. JUSTIFICACION

“El fin de la cirugía metabólica, no es solo bajar de peso, sino mejorar la calidad de vida de la persona.”

En todos los campos de la ciencia hay episodios luminosos que transforman nuestro mundo y lo hacen mucho mejor para el ser humano, uno de los avances para mejorar la calidad de vida de los obesos es la cirugía metabólica - bariátrica. Después de la intervención la calidad de vida mejora ostensiblemente en la mayor parte de los enfermos operados, y eso lo expresan claramente a su cirujano o a las personas que están en su entorno cuando hablan de una "vida nueva", o de que "nunca imaginaron sentirse tan bien.

Por lo tanto puede afirmarse que la cirugía bariátrica es positiva en relación al costo/beneficio para los obesos comparada con el tratamiento médico convencional; un grupo sueco SOS realizó un estudio que resultó contundente, ya que se estudiaron dos grupos de pacientes obesos. A la mitad se le realizó la cirugía y a la otra mitad se les dio tratamiento médico; a los diez años, la diferencia fue altamente significativa, hubo en el grupo de los no operados mayor morbilidad y mayor mortalidad, con costos superiores a los del grupo de enfermos operados.¹⁵ Por lo tanto estamos hablando del beneficio en la calidad de vida de los pacientes que se realizan la intervención gástrica. Esto indica que representan un enorme costo en términos tanto económicos como individuales, familiares y sociales. La obesidad ha pasado de ser un problema estético a uno de salud pública por el riesgo que conlleva a diferentes comorbilidades la obesidad hoy es considerada como una entidad letal; se asocia con enfermedades graves: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, apoplejía, osteoartritis y degeneraciones articulares, apnea del sueño y varios tipos de cáncer (útero, seno, próstata, colon).

El aumento de peso puede no parecer sorprendente en un país como Estados Unidos por su sobre-consumo, donde la comida rápida y las porciones grandes de comida son muy comunes. Sin embargo, este escenario se aplica actualmente a la mayoría de los países. En todo el mundo unas 400 millones de personas son víctimas de la obesidad. Por esto se hace necesario que se dedique más investigación y con procedimientos más fiables y rigurosos a esta tarea, dada la

¹⁵ ALVAREZ, Rafael. Luces y Sombra de la Cirugía Bariátrica, Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 61 - Nº 4, Agosto 2009; Pág. 393-395, consultado en línea (Marzo 20 de 2012)http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262009000400017&script=sci_arttext

relevancia socio-sanitaria que está adquiriendo para la salud pública en esta patología, la Organización Mundial de la Salud no ha dudado en darle el apelativo de Epidemia del siglo XXI, no en vano es una patología que está alcanzando proporciones epidémicas no estando limitada a los países más desarrollados.¹⁶

Se hace necesario realizar investigaciones en esta población intervenida en el Hospital Universitario de Neiva, debido a que la intervención de la cirugía bariátrica es de innovación en la institución por lo tanto se debe conocer más a esta población para brindar el mejor manejo.

Por tanto este estudio contribuirá a enriquecer el conocimiento sociodemográfico de los pacientes obesos sometidos a cirugía metabólica y bariátrica debido a que esta intervención es un procedimiento de innovación en el Hospital Universitario de Neiva, Institución de tercer y cuarto nivel que presta servicios de salud hasta la alta complejidad al surcolombiano

Esta investigación es de relevancia y para el grupo multidisciplinario de cirugía bariátrica del Hospital Universitario de Neiva, debido a que se generaran elementos para estimar factores de riesgos que influyen en el entorno familiar y sociodemográfico en los obesos y de esta manera dar aportes para mejorar la calidad de vida de los pacientes obesos. Es importante saber cuáles son las condiciones sociodemográficas y familiares del obesos que se realiza la cirugía y de esta manera identificar cuáles son las mayores falencias y necesidades que tiene esta población, de esta forma elaborar estrategias para que el grupo multidisciplinario de cirugía bariátrica del Hospital Universitario de Neiva. Tengan más herramientas para brindar mayor bienestar y seguridad al paciente y su familia.

Además realizar este estudio servirá como base para proyectos de investigación posteriores en los cuales se establezcan mayor rigor metodológico.

¹⁶ SANCHEZ VAZQUEZ, Raquel. Obesidad la epidemia del siglo XXI en línea consultado (marzo 11 de 2012) http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/03/03Análisis/03análisis_Intro.htm

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las características sociodemográficas y familiares de los Obesos Intervenido con Cirugía Bariátrica, en el Hospital Universitario de Neiva. Septiembre 2011- Septiembre 2012. Con el fin de enriquecer el conocimiento sociodemográfico y familiar en esta población.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográfica del obeso sometido a cirugía bariátrica como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, procedencia, estrato socioeconómico, y seguridad social.

Establecer el índice de Masa Corporal en las personas que se han intervenido en la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar cuáles son las comorbilidades y hábitos de riesgo (fumar, beber licor, malos hábitos alimenticios) en los obesos que se realizaron la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar el nivel de satisfacción de los obesos en su condición física y condición de vida antes y después de la cirugía bariátrica en los obesos que se realizaron la cirugía en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar las características familiares de los obesos (familia nuclear, extensa, monoparental, ensamblada) que se realizaron la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar la funcionalidad familiar (Normofuncional, Disfuncional Leve, Disfuncional Grave) de las personas que se realizaron la cirugía metabólica y bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 SOBREPESO Y OBESIDAD

Según la OMS. El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta situación era considerada poco trascendente hasta hace 20 años cuando empezó a adquirir características de epidemia debido a su aumento en todo el mundo, tanto así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) optó por referirse a ella como la *epidemia global*.¹⁷ Según la OMS hay una clasificación de obesidad dada según (IMC).

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.
- Un IMC igual o superior a 40 determina obesidad mórbida o extrema.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población.

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.¹⁸ Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos.

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Los niños con sobrepeso tienen muchas probabilidades de convertirse en adultos obesos y en comparación con los niños sin sobrepeso, tienen más probabilidades de sufrir a edades más tempranas diabetes y enfermedades cardiovasculares, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad.¹⁹

¹⁷ SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Raquel. Op. cit.

¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en línea consultado el 26 de junio de 2012, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/index.html>

¹⁹ Ibid. p.

La causa fundamental que produce el sobrepeso y la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que lleve la persona que puede estar generando un desbalance o un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas desencadenando la obesidad, factores psicológicos como la ansiedad, la depresión, baja auto estima sin dejar a un lado la cultura el consumir en nuestra cultura puede ser interpretado como sinónimo de consumir felicidad.

Aunque son muchos los factores de riesgo es importante mencionar que alrededor del 95% de los pacientes que padecen sobrepeso o algún grado de obesidad son debido a la mala alimentación y el sedentarismo.

Según datos y cifras de la OMS. Desde 1980, la obesidad se ha más que duplicado en todo el mundo. En 2008, de 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.²⁰

Actualmente en Colombia, existen 12 millones de personas con sobrepeso u obesidad, hay cerca de 1 millón de personas con diabetes y dos millones de individuos con hiperglicemia de ayuno o intolerancia a los carbohidratos, entidades que preceden a la diabetes tipo 2. La magnitud de problemas es incalculable.²¹

En el caso colombiano, es un problema de salud pública que apenas ahora está tomando fuerza como tal y empieza a crear conciencia entre la gente del común sobre las consecuencias de padecerla. Algunos consideran que la obesidad no es una enfermedad sino una DISFUNCION (alteración de una función). Y aun si así no fuera, es la generadora de las siguientes enfermedades²²:

²⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en línea consultado el 25 de junio de 2012 <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index2.html>

²¹ ESCOBAR, Iván Darío y ROSSI, Ana Beatriz. Diabetes al día Sobrepeso y obesidad incrementan la epidemia de la diabetes tipo 2, consultado en línea el 26 de junio 2012 <http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetes2042-sobrepeso.htm>

²² BLANCO CARMONA, Vanesa “La obesidad como problema de salud pública y su representación en el periódico el tiempo (2007 al 2009)” trabajo para optar al título de comunicadora social con énfasis en periodismo, buscado en línea el 26 de junio de 2012 <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis303.pdf>.

- Enfermedades articulares (artritis, artrosis) en rodillas, columna vertebral, cadera, etc.
 - Hipertensión arterial (riesgo de accidente Cerebro-vascular o derrame cerebral).
 - Agrandamiento del corazón e insuficiencia Cardíaca.
 - Diabetes
 - Trastornos circulatorios periféricos (Circulación arterial y venosa deficiente, várices).
 - Alteraciones respiratorias crónicas.
 - Deterioro de la función renal.
 - Deterioro de la función hepática.
 - Alteraciones digestivas (digestión lenta, constipación)
 - Deterioro orgánico general y envejecimiento prematuro
 - Alteraciones de los ciclos menstruales y menopausia precoz.
 - Alteraciones de la vida sexual.
 - Trastornos emocionales (angustia, sentimiento de inferioridad, depresión, ansiedad).
-

- Alteraciones hormonales.
- Cáncer

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,6 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Donde el 44% es de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.²³

Según la Organización Mundial de la Salud la elevada cifra de obesidad en Colombia (13,8%) es comparable en la región con la de Brasil (10-14%) y Bolivia (10-14%), y es superada por Canadá y Perú (15-19%) y por México y Estados Unidos (más de 24%). Estas alarmantes estadísticas constituyeron una de las causas principales por la cual autoridades de nuestro país se vieron en la necesidad de promover la Ley de Obesidad en Colombia. Aunque como afirma Augusto Galán, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), para la revista Dinero, "Siempre hubo un vacío de cifras, pues nadie le hizo un seguimiento claro al tema como enfermedad".²⁴

5.2 PSICOLOGÍA DEL OBESO

La persona obesa no sólo se expone a sobrellevar una larga lista de enfermedades, ya mencionadas, sino también a psicopatologías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria. Hoy en día se tiene claro que no se puede definir una condición psicopatología específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso.²⁵

Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad "obeso-fóbica" que estigmatiza al obeso. Trayendo consecuencias en la autoestima, alteración en las relaciones interpersonales en esta cultura que esta obsesionada con la delgadez,

²³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD en línea consultado el 25 de junio de 2012 <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index2.html>

²⁴ BLANCO CARMONA, Carmenza, Op.cit.

²⁵ WADDEN, TA; STUNKARD, AJ; BROWNELL, KD y Day, SC;(1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. J. Sult. Clin. Psicol.52: 692 – 4. (Citado por Silvestri Elina, Stavile Alberto Eduardo.(2005) Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Tesis de Postgrado Universidad de Favaloro.)

es fácil que las personas excedidas de peso se sientan fracasadas. En la actualidad, la psicopatología del obeso, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de las demás personas desencadena un choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza. Hoy en día se tiene claro que no se puede definir una condición psicopatología específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso.²⁶

Estamos en una sociedad, donde existe un desmesurado e inadecuado “culto a la belleza” y en donde ser obeso, es sinónimo de una persona fea, inarmónica y floja, entre otros peyorativos. Esto lleva, especialmente a las mujeres obesas más que a los hombres, a una gran carga de adaptación social, ya que muchas veces se ven como no queridas, discriminadas socialmente y no deseadas sexualmente, lo que conduce a una disminución de su autoestima, sentimientos de frustración y muchas veces a una obsesiva búsqueda de bajar de peso. Y entran el juego de hacer dietas hipocalóricas estrictas (aumentando la depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) esto se elabora por toda la presión psicológica interna que la persona esta realizando²⁷ ahora los ciclos de pérdida y recuperación de peso que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso ante sus familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al ciclo de la depresión, la ansiedad, angustia llegando al punto de genera trastorno en el comportamiento alimentario.²⁸ Los trastornos alimenticios mas frecuente que desarrollan en relación con la obesidad son: el trastorno alimenticio compulsivo, también llamado trastorno por atracón (TA) Las víctimas de este trastorno consumen grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo (por ejemplo 2 horas) en el que la persona tiene una sensación de falta de control. Este episodio es generalmente seguido a continuación por los sentimientos de disgusto, depresión o culpa y para mitigar esa sensación ingieren laxantes o incitan el vomito, en la actualidad el trastorno de atracón esta clasificada dentro de los problemas de Trastornos Alimenticios según los criterios de la clasificación internacioinal del DSM IV. El síndrome de comedor nocturno (SCN) es otra forma de trastorno alimentario que puede resultar de la obesidad SCN se caracteriza por un patrón de tiempo de retraso de la alimentación en relación con el sueño, donde la mayoría de los alimentos se consume en la tarde y la noche, además se presentan los

²⁶SILVESTRI, Eliana; STAVILE, Alberto Eduardo. Aspectos psicológicos de la obesidad, buenos aires (Argentina) 2005 Trabajo de Postgrado en Obesidad a Distancia- Universidad Favaloro, consultado (Marzo 11 de 2012) encontrado en <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

²⁷ BLANCO CARMONA, Vanesa, La Obesidad como Problema de Salud Publica y su Presentación en el Periódico el Tiempo (2007-2009) Trabajo de Grado en Periodismo, Universidad Javeriana consultado (Abril 12 de 2012) encontrado en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis303.pdf>

²⁸ Ibid. p.25

comportamientos pocos saludables de control de peso tales como dieta excesiva, y el uso de laxantes, también han demostrado ser problemas de salud derivados de la obesidad. La obesidad provoca una pesada carga física y psicológica que puede conducir a las víctimas a experimentar con tipos extremos de control de peso con el fin de llegar a un peso más vivible.²⁹

5.3 LA PERSONA OBESA Y SU ENTORNO FAMILIAR

Un aspecto fundamental en la génesis de enfermedades lo constituye la familia y la importancia de conocer su dinámica, radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud - enfermedad, pues la salud de los individuos se encuentra influenciada por la vida familiar; cuando existe disfunción familiar, ocurren alteraciones en el proceso salud enfermedad de todos sus miembros, sus relaciones, y por lo tanto en todo el sistema, por lo cual, la familia se vuelve un factor de riesgo para la aparición de trastornos de la salud. Estudios recientes, mencionan la disfunción familiar como un nuevo factor de riesgo en la presencia de sobrepeso / obesidad-desnutrición; sin embargo, no se encuentra aun confirmado tales hallazgos³⁰

Estudios han demostrado la importancia de las influencias paternas y la formación de hábitos saludables en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos. La madre, como primera cuidadora, que proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos³¹. La investigación en conducta alimentaría infantil ha encontrado que

²⁹ ERICKSON A., Jessica. La Relación Entre Obesidad Y Salud Mental, Consultado en Mayo de 2012, encontrado http://www.fuedin.org/articulos_fuedin/detalle.php?articulo=198

³⁰ ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo. Influencia de Disfunción familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad/desnutrición- Trabajo de Tesis postgrado.Universidad Veracruzana <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30700/1/RojasLopezJP.pdf>

³¹ DÍAS ENCINAS, Diana del Rocío, Obesidad Infantil Ansiedad y Familia Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24(1): 2226 http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/boletin_clinico_hospital_infantil_estado_sonora/5%20Obesidad%20Infantil.pdf

el grupo familiar más directo, especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación³²

La familia juega un rol muy importante en cuanto al aumento en la obesidad o al descenso de la misma. No olvidemos que la severidad de esta enfermedad se inicia en la niñez y adolescencia y con un alto porcentaje continua en la adultez, cuando existe obesidad en los padres se aumenta el riesgo del niño sea un adulto obeso. Por ello es de suma importancia tener en cuenta que todos los miembros de la familia controlen el acceso a los alimentos y reduzcan el tiempo dedicado al ocio.³³ La persona obesa requiere de un entorno que lo entienda, lo comprenda, lo apoye, por eso es fundamental tener el apoyo de su núcleo familiar, viendo el tema de la obesidad como realmente es, un problema no solo de la persona que lo padece si no de su contexto familiar, y la familia debe evaluar estrategias para ayudarlo uno de los elementos esenciales son el apoyo y la aceptación. Es muy complejo empezar este proceso cuando la familia es disfuncional cuando no cumplen con las expectativas de rol, cuando sus miembros tienen conductas inapropiadas, cuando existen conflictos interpersonales, abusos, adicciones, enfermedades mentales, ausencia de valores y maltrato en forma regular y cotidiana, que hacen que sus miembros se adapten a esas circunstancias y las consideren normales.

Pichon Rivière³⁴ define a la familia como "una estructura social básica que se configura por el inter-juego de roles diferenciados, el cual constituye el modelo natural de interacción grupal". Desde este punto de vista la familia es el primer grupo social con el que cuenta el individuo, está inmerso en él desde su nacimiento, constituyéndose en el elemento básico para el desarrollo de su personalidad.

Actualmente en la sociedad existen diversos tipos de familias las cuales han sido estudiadas de manera exhaustiva por diferentes expertos en el tema; los tipos de familia son:

³² DOMÍNGUEZ VÁSQUEZ, P. Influencia Familiar de la Conducta Alimentaria y su relación con la enfermedad infantil, Archivos Latinoamericanos de Nutrición – Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, Vol. 58Nº 3 – 2008.

³³ AMBROSI, Eliana. Bienestar Psicológico y Sentido a la Vida en los Adultos Obesos, Universidad de Aconcagua, Trabajo de grado Facultad de Psicología

³⁴ RIVIERE PICHÓN, Enrique; "Psicología integradora"; [en línea] 1999, disponible en <http://www.ceciliachumillo.com.ar/fundamentacion.html>; [citado el 2 de Noviembre del 2011]

- Familia nuclear está formada por un padre, una madre y sus hijos biológicos.
- Familia nuclear reconstituida está formada por un padre, una madre y sus hijos ya sean de los dos o la unidad de familias anteriormente constituidas.
- Familia extensa esta corresponde a las familias de algún hijo que con su esposa e hijos sigue viviendo en la casa de sus padres.
- Familia monoparental en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
- Familia Homoparental es aquella en la que los padres son homosexuales.
- Familia atípica Cualquier otra familia que no corresponda a las descritas anteriormente.

La funcionalidad de la familia es muy importante según López y Macilla argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas.³⁵

La importancia de conocer la dinámica familiar radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud enfermedad. Pues la salud de los individuos se encuentra influenciada por la vida familiar; cuando existe disfunción familiar, ocurren alteraciones en el proceso salud enfermedad, de todos sus miembros, sus relaciones, y por lo tanto en todo el sistema, por lo cual. La familia se vuelve un factor de riesgo para la aparición de trastornos de la salud.

Smilkstein (1978) diseñó un cuestionario para conocer la funcionalidad familiar. Actualmente conocido como APGAR Familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar. Para establecer los

³⁵ ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo. Influencia de Disfunción familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad/desnutrición- Trabajo de Tesis postgrado. Universidad Veracruzana <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30700/1/RojasLopezJP.pdf>

parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolve (RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a la persona como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a los diferentes eventos de la vida. El APGAR establece los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida.

5.4 TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD

Actualmente se ofrecen en el mercado innumerable métodos, a veces “secretos”, productos naturales, vendas, dietas exóticas, medicamentos no autorizados para el manejo de la obesidad. Todos estos productos no solamente pueden no solucionar el problema sino representar un peligro para la ya alterada salud de la

persona obesa. Lo más sano para el organismo es la pérdida de peso de manera gradual. Se considera que un tiempo razonable para alcanzar esta pérdida de peso son 6 meses de tratamiento y esto se logra por medio de la actividad física y un régimen nutricional adecuado. Es necesario reconocer la obesidad como una enfermedad, y por ende tratarla de igual forma. No como un problema estético de kilos de más, que tiene solución rápida y desmedida. Por esta razón, el proceso de pérdida de peso debe ser gradual y lento.

El objetivo principal de los tratamientos para la obesidad es poder mejorar el estado de salud y la calidad de vida de todos los pacientes obesos y esto se logra en cambios en el comportamiento diario de la persona. El proceso no sólo involucra el control del exceso de peso, también incluye la prevención y reducción de los niveles de morbilidad.

5.4.1 Nutrición. La obesidad se constituye en un estado de mala nutrición ya que existe un desequilibrio en los balances de los nutrientes provocados por complejas interacción de varios factores, como factores genéticos, conductuales, de ambiente físico y social.³⁶

Los obesos deben elaborar un plan de alimentación que debe estar encaminado a la pérdida de peso corporal. Comprende cambios en el ritmo alimentario, es decir el obeso debe aprender a comer para alimentarse no para llenarse, por lo tanto es importante fijarnos siempre en la composición de los nutrientes de la dieta, pues esta determina la proporción de energía que consume y que guarda como depósito, una nutrición equilibrada de manera correcta y saludable no olvidemos que la base de una buena salud es una buena nutrición.

5.4.2 Ejercicio físico. El ejercicio físico regular, es considerado como un medicamento para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso si olvidar que se debe tener una prescripción de acuerdo a las características de cada persona (edad, sexo, peso, estado de salud, gustos), además de necesitar recomendaciones, en la actualidad nos encontramos con pocos espacios para y escasos programas de actividad física. Los hábitos que favorecen el sedentarismo, son el aumento del tiempo observando televisión, computadoras, video juegos y otros, cobran cada día mayor importancia.

³⁶ AMBROSI, Eliana, Bienestar Psicológico y Sentido a la Vida en los Adultos Obesos, Universidad de Aconcagua, Trabajo de grado Facultad de Psicología

Por todo lo anterior se debe tener claro que para mantener un control del peso y nivel adecuado de grasas corporal debe adquirirse por medio de disciplina con la intención de modificar de los hábitos alimentarios y la actividad física regular.

La actividad física resulta un elemento indispensable en un programa contra la obesidad. El ejercicio no solo tiene que ser analizado como un agente de gasto de calorías sino que muchas veces la obesidad se ve favorecida por un estilo de vida sedentario que genera un sinnúmero de atrofiaciones estructurales y funcionales que son muy importantes y deben ser revertidas. El ejercicio dosificado correctamente es uno de los mejores agentes para recuperar y mantener un óptimo estado de salud para toda la vida mejorando la calidad de la misma. El ejercicio físico tiene un efecto positivo sobre el metabolismo que es activándolo.

En 2001, American College of Sports Medicine (ACSM) publicó recomendaciones, en el mismo se indicaba un mínimo de 150 minutos por semana de intensidad moderada de actividad física para los adultos con sobrepeso y obesidad para mejorar la salud, sin embargo, 200-300 minutos por semana fue la recomendación para lograr pérdida de peso a largo plazo. Evidencia más reciente (2009) ha apoyado esta recomendación y ha indicado que mayor nivel de ejercicio puede ser necesario para evitar la recuperación de peso después de la pérdida de peso.³⁷

5.4.3 Farmacoterapia. Según el consenso de la OMS se justifica el uso de fármacos en obesidad cuando fracasa el tratamiento con plan alimentario, ejercicio y manejo conductual en pacientes con IMC > 30 o con IMC > 27 y comorbilidades de relevancia médica como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia. (7)

Datos similares fueron publicados en el año 2007 en el consenso SEEDO, donde se hace referencia que la indicación del tratamiento farmacológico de la obesidad debe regirse por los siguientes criterios: a) no debe utilizarse como terapia aislada, sino de forma complementaria a las terapias básicas de plan de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida; b) su indicación está limitada a pacientes con IMC > 30 kg/m² o IMC > 27 si se asocian comorbilidades mayores y cuando no se han alcanzado los objetivos de pérdida de peso únicamente con los cambios del estilo de vida. (8)

El consenso de OMS establece que el fármaco ideal para uso en obesidad es aquel:

³⁷ ACTUALIZACIÓN DE OBESIDAD: Nutrilearning (consultado el diciembre de 2012) disponible en http://www.nutrilearning.com.ar/docs/notascentrales/Actualizacion_en_obesidad.pdf

- Que presente reducción demostrada de peso y enfermedades asociadas.
- Con efectos laterales tolerables y/o transitorios.
- Sin reacciones adversas mayores después de años de uso.
- Con eficacia mantenida a largo plazo.
- Con mecanismo (s) de acción conocido (s)
- Con costo razonable.
- Sin propiedades adictivas.³⁸

5.5 CIRUGIA METABOLICA Y BARIATRICA

Los criterios internacionalmente aceptados para indicar la cirugía, se basan en el índice de masa corporal (IMC) y en las comorbilidades. Se consideran pacientes con indicación de cirugía aquellos que, habiendo fracasado en reiterados planes de tratamiento médico multidisciplinario, presentan IMC >40 kg/m², o IMC entre 35 y 40 kg/m², con patología asociada de relevancia medica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones (9, 10, 11).

La cirugía para el tratamiento de la obesidad no puede considerarse la solución definitiva de la obesidad mórbida. No cabe duda de que en los últimos años se ha avanzado notablemente en mejorar las técnicas bariátricas con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta cirugía mayor, pero también sigue siendo imprescindible advertir a los pacientes acerca de la necesidad de mantener una conducta alimentaria y hábitos de vida saludables para garantizar el éxito a largo plazo.

La cirugía bariátrica nació en la década de 1950, cuando se desarrollaron las primeras intervenciones quirúrgicas dirigidas a la pérdida de peso. Las técnicas iniciales como la derivación yeyunoileal y la derivación yeyunocolónica causaban una rápida pérdida de peso, por lo que adquirieron gran popularidad. Con el paso del tiempo, la mayoría de los pacientes desarrollaron diversas y muy variadas complicaciones, de modo que fue necesario buscar nuevas alternativas

³⁸ Ibid. p.

quirúrgicas que lograran una buena pérdida de peso evitando el riesgo de padecer las alteraciones metabólicas de estos procedimientos.

Tabla 1. Fechas importantes de la evolución de la Cirugía Bariátrica.

FECHAS Y ACTORES IMPORTANTES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA		
Fecha	Procedimiento	Autor
1954	Derivación yeyunoileal	Dr. John H. Linnear
1963	Derivación yeyunocólica	Dr. Loren T. DeWind
1967	Bypass gástrico en "Y" de Roux	Dr. Edward E. Mason
1979	Derivación biliopancreática	Dr. Nicola Scopinaro
1982	Gastroplastía vertical con banda	Dr. Edward E. Mason
1987	Derivación biliopancreática con switch duodenal	Dr. Tom R. DeMeester
1990	Colocación de banda gástrica ajustable	Dr. Lubomyr Kuzmak
1994	Bypass gástrico en "Y" de Roux laparoscópico	Dr. Alan Wittgrove
1998	Creación del sistema Lap-Band	Dr. Mitika Belachew
1999	Derivación biliopancreática-Switch duodenal laparoscópico	Dr. Michel Gagner
2005	Manga gástrica laparoscópica	Dr. Aniceto Baltasar

Fuente: <http://www.cirugiabariátrica.com.mx/cirugia/cirugia.html>.

Existen en la actualidad dos métodos básicos que utiliza la cirugía bariátrica para lograr los cambios buscados:

Procedimientos restrictivos, que disminuyen la ingesta de alimentos:

- Balón Intragástrico y Banda Gástrica Ajustable.
- Procedimientos combinados de restricción y de malabsorción, que disminuyen la ingesta de alimentos y además alteran la digestión absorbiendo de manera incompleta los alimentos:

Balón Intragástrico. Cuando el sobrepeso no alcanza a considerarse una obesidad severa, se puede optar por la colocación del balón intra-gástrico. Es un procedimiento quirúrgico endoscópico que consiste en la instalación de un globo de silicona con contenido líquido dentro del estómago. Produce sensación de saciedad precoz y retardo del vaciado gástrico. Asociado a una dieta supervisada y a actividad física, logra el descenso de peso de los pacientes. Este balón puede ser usado por un tiempo no superior a seis meses, momento en que debe ser retirado con una nueva Endoscopia. Los pacientes sometidos a este tratamiento logran un descenso de peso no mayor a los 20 Kg.

Ventajas: Es un procedimiento con muy pocas probabilidades de complicaciones. Puede, en algunos casos, ser ambulatorio.

Desventajas: Es un procedimiento transitorio, por lo que el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo requiere de un profundo cambio en los estilos de vida, hábitos nutricionales y de actividad física del paciente.

Banda gástrica ajustable: Es un procedimiento quirúrgico laparoscópico. Consiste en la colocación de una banda de silicona ajustable en la parte superior del estómago dividiendo lo en dos porciones. Al ser la porción superior más pequeña, con menor cantidad de alimentos se logra la saciedad. El paso del alimento del estómago superior al inferior se ajusta según criterio médico, a los requisitos del paciente. Este ajuste se hace mediante un reservorio que es ocultado debajo de la piel.

Ventajas: Restringe la cantidad de alimento que se consume en una comida. Permite incrementar o disminuir el ajuste de acuerdo a los requerimientos del paciente.

Desventajas: Infección o pérdida del reservorio. Náuseas y vómitos durante la adaptación post quirúrgica. Migración y/o deslizamiento de la banda. Erosión del estómago.

By-pass gástrico: En años recientes, el mejor entendimiento clínico de los procedimientos que combinan los métodos restrictivos y de malabsorción ha aumentado las alternativas quirúrgicas eficaces de reducción de peso para miles de pacientes. Al añadir el método de la malabsorción, se retarda la mezcla del alimento con la bilis y los jugos pancreáticos, lo cual contribuye a que se absorban

menos los nutrientes. El resultado es una sensación de pronta saciedad, combinada con un sentido de satisfacción que disminuye las ansias de comer.

Se trata de uno de los procedimientos de reducción de peso más frecuentemente realizados en Estados Unidos. En este procedimiento, se crea una pequeña bolsa (de 15 a 20 cc) en el estómago. El resto del estómago no se extrae, pero queda completamente cerrado con sutura mecánica y separada de la bolsa gástrica pequeña. El orificio de salida de esta bolsa recientemente formada se evacua directamente hacia la porción inferior del yeyuno, con lo cual se elude la absorción de calorías. Se puede realizar por vía laparoscópica o abierta.

Ventajas

- El promedio de reducción del sobrepeso después del procedimiento de la Y de Roux es por lo general, mayor en un paciente colaborador que el obtenido con procedimientos puramente restrictivos.
- Un año después de la cirugía, la reducción de peso puede promediar 77% del sobrepeso corporal.
- Un estudio de 500 pacientes realizado en el año 2000 mostró que el 96% de ciertas condiciones de salud asociadas con la obesidad (dolor de espalda, apnea obstructiva del sueño, alta presión sanguínea, diabetes y depresión) que se estudiaron, se mejoraron o resolvieron.

Desventajas

- Dado que el duodeno se pasa de lado, la deficiente absorción de hierro y calcio puede producir una baja total de hierro en el cuerpo y una predisposición anémica por deficiencia de este elemento. Sin embargo, las deficiencias antes descritas, se pueden manejar con una dieta apropiada y suplementos vitamínicos.
- Se puede presentar una anemia crónica por deficiencia de vitamina B12. Por lo regular el problema se puede manejar con píldoras o inyecciones de esta vitamina.

- En algunos casos, se puede reducir la efectividad del procedimiento si la bolsa gástrica se ensancha y/o si aloja un volumen mayor de 15 a 30 cc.
- Si ocurren problemas tales como úlceras, sangrado o malignidad no se puede visualizar fácilmente la porción eludida del estómago, el duodeno y segmentos del intestino delgado utilizando radiografías o endoscopias.³⁹

Todos estos avances han contribuido al gran prestigio del cual goza en la actualidad la cirugía bariátrica. Hoy, con los grandes avances tecnológicos, un mayor conocimiento de los efectos de la cirugía en el cuerpo humano, y con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión, la cirugía bariátrica es segura, con un bajo riesgo de complicaciones y una mortalidad casi nula, a pesar de tratar pacientes con diversas enfermedades y de muy alto riesgo.⁴⁰

5.6 LEY DE LA OBESIDAD

Por la problemática de la obesidad que se está evidenciando en nuestro contexto el 14 de Octubre de 2009 fue aprobada por el Congreso colombiano la Ley 1355 proyecto de ley que busca “definir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y adoptar medidas para su control, atención y prevención”.

La nueva ley declara en su artículo 1º que la Obesidad es un problema de Salud Pública y contempla el cubrimiento total de los servicios de salud a las personas con sobrepeso u obesidad, incluida la cirugía Bariátrica y el Bypass Gástrico; la promoción de una política de seguridad alimentaria que incluya campañas educativas, culturales, artísticas y deportivas; impulsar en el país la producción y consumo de frutas, verduras y hortalizas; la regulación a la venta de alimentos altos en calorías y grasas, y la prohibición de la venta de comida chatarra en los establecimientos educativos, entre otros.

³⁹CENGARLE R., Carlos. Consultado marzo 13 de 2013 disponible en <http://www.lapaginadelmedico.com.ar/Tratamientoquirurgicodelaobesidadmorbida.pdf>

⁴⁰ <http://www.cirurgiabariatrica.com.mx/cirugia/cirugia.html>

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Número de años	Numérico	%
Sexo	Característica biológica de la persona que es masculino o femenino.	Masculino Femenino	Nominal	%
Estado Civil	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, corresponde a la ley	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Unión libre • Divorciado/a • Viudo/a • Separado/a 	Nominal	%
Nivel Educativo	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal	Primaria Completa-Incompleta Secundaria Completa Incompleta, Universitario Completo Incompleto , Postgraduado	Ordinal	%
	Actividad laboral que desempeña la persona	Estudiante Trabajador dependiente		

Ocupación		Trabajador Independiente Hogar Desempleado	Nominal	%
Procedencia	Lugar de origen	Urbano Rural	Nominal	%
Estrato Socioeconómico	Nivel de clasificación de la población características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida.	1 2 3 4 5	Ordinal	%
Seguridad Social	Sistema de vinculación a los servicios de salud. Constituido por la Ley 100 de 1993.	Prepagada Subsidiado Contributivo Vinculado Desplazado No tiene	Nominal	%
Peso	Es la masa del cuerpo en kilogramos	Nº kilos	Numérico	%
Talla	Estatura de la persona en centímetros	Centímetros	Numérico	%
IMC	Índice de Masa Corporal.	Peso en Kilogramo / talla en mts 2	Numérico	%
Comorbilidades	La <i>presencia</i> de uno o más trastornos (o enfermedades)	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad Morbida. • Enfermedades articulares • Hipertensión arterial • Agrandamiento del corazón e insuficiencia Cardíaca. • Diabetes 	Nominal	%

		<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos circulatorios periféricos • Alteraciones respiratorias crónicas. • Deterioro de la función renal. • Deterioro de la función hepática. • Alteraciones digestivas • Deterioro orgánico general y envejecimiento prematuro • Alteraciones de los ciclos menstruales y Menopausia precoz. • Alteraciones de la vida sexual. • Trastornos emocionales • Alteraciones hormonales. • Cáncer • Gastritis crónica. 		
Antecedentes Familiares Comorbilidades	La <i>presencia</i> de uno o más trastornos o enfermedades que la	<ul style="list-style-type: none"> • HTA • Cáncer • Enfermedades 	Nominal	%

	familia ha presentado.	<ul style="list-style-type: none"> articulares • Diabetes • Deterioro de la función renal. • Gastritis crónica. 		
Cuantos cigarrillos	Nº de cigarrillos que consumen.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 cigarrillos. • Más de 10 cigarrillos • Entre 1 y 2 cajetillas • 2 o más cajetillas • No fuma. 	Ordinal	%
Cuantos vasos de cerveza se toma a la semana.	Nº de vasos de cerveza que consume a la semana.	<ul style="list-style-type: none"> • No toma • 1 a 10 cervezas • 10 a 30 cervezas • Ocasionalmente 	Ordinal	%
Cuantos vasos de agua toma en el día.	Nº de vasos de agua que consume al día.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • Más de 5 vasos de agua cuantos? _____ 	Ordinal	%
Patrón alimentario.		<ul style="list-style-type: none"> • Gran Comilón (atracones) • Múltiples Ingestas Hipocalóricas. • Consumo Habitual de Consumo Graso 	Nominal	%

Con que frecuencia consume los siguientes alimentos	Frecuencia con que consume alimentos como Pasta, arroz, pan, papa, yuca, huevos, leche, queso, Carne rojas (res, cerdo) y blancas (pollo) Mantequilla, aceite de origen animal, Dulces, Tortas, chitos, postres. Frutas, verduras, legumbres.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días. • 3-4 veces por semana • 1-2 veces por semana • Algunas veces • Rara vez o nunca 	Ordinal	%
Con que frecuencia realiza ejercicio.	Frecuencia con que realiza ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Nuca 0 • Todos los días. • 4- días o más a la semana. • 1-3 veces a la semana. 	Ordinal	%
Alguien más en su familia tiene sobre peso.	Familiar que presenta obesidad o gordura.	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Hijos • Sobrinos • Otro Cual _____ 	Nominal	%
Medida en que se siente usted satisfecho con su condición física.	Satisfacción con su condición física.	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Ligeramente • Moderadamente • Bastante • Mucho 	Ordinal	%
Medida en que se siente satisfecho	Satisfacción con su vida actual	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Ligeramente 	Ordinal	%

con su vida actual.		<ul style="list-style-type: none"> • Moderadamente • Bastante • Mucho 		
Familia	Es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado	Familia nuclear extensa, monoparental, ensamblada, reconstituida.	Nominal	%
Función Familiar APGAR	Funcionalidad de la Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Normo funcional • Disfuncional Leve • Disfuncional Grave 	Ordinal	%

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta es una investigación de enfoque cuantitativo descriptivo observacional por que busca describir de modo sistemático las características de una población, y observar el fenómeno de las variables sociodemográficas y familiar que giran en torno al obeso que se realiza cirugía Bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

Corte transversal: La recolección de la información se realizó en un momento puntual en el tiempo de septiembre de 2011 a septiembre 2012.

7.2 LUGAR

El Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, Institución de III y IV nivel de atención, prestan sus servicios asistenciales y realiza procedimientos de alta tecnología beneficiando a la población surcolombiana, este proyecto se realizara con el conocimiento del grupo multidisciplinario de cirugía bariátrica que se localiza en el quinto piso oficina departamento de cirugía y el lugar donde se obtuvo la información de las historias clínicas fue en el archivo del hospital.

7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo compuesta por los pacientes que se realizaron cirugía en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante el periodo de septiembre de 2011 a septiembre 2012.

La población está constituida por hombres y mujeres. Los participantes de esta investigación son personas adultas de diferentes niveles socioeconómicos, mayores de edad

7.3.1 Muestra. No probabilística por conveniencia esto hace referencia a que no hay tamaño de muestra por que no se va a comparar ni a inferir sobre el universo, se tomó a toda la población que se intervino con la cirugía Bariátrica en el Hospital

Universitario de Neiva de septiembre de 2011 a septiembre 2012. 25 pacientes a los cuales se encuestaron.

Definición de caso. Se define como caso las personas obesas que se han sometido a cirugía metabólica – Bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Durante el periodo de septiembre de 2011 a septiembre 2012.

7.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La estrategia investigativa a desarrollar para alcanzar una adecuada información sociodemográfica y familiar de los obesos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Universitario de Neiva, se realizara por fuentes primaria y secundaria, por lo tanto se realiza una encuesta telefónica que será un conjunto de preguntas que están dirigida a nuestra población que es la fuente primaria con el fin de conocer datos sociodemográfico y familiares, en esta encuesta el investigador debe elaborar las preguntas más convenientes de acuerdo a la naturaleza de la investigación y sobre todo, considerando el nivel educativo de las personas que van a responder el cuestionario. Además se elaborara un instrumento guía para revisión documental, debido a que se tiene una fuente de información secundaria que son las historias clínicas.

7.4.1 Procedimiento. Una vez aprobado el proyecto por el comité de ética del Hospital Universitario de Neiva, la investigadora fue la persona quienes reviso las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de la Institución es de resaltar que solo la investigadora tuvo acceso a las historias clínicas y que no tuvo en cuenta la identificación del paciente intervenido. La revisión de las historias clínicas se realizara en horas de la tarde de 5:00 p.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes durante los meses de septiembre y octubre hasta que se finalizó la revisión total de todas las historias. Se contactaron telefónicamente a todas las personas que fueron intervenidas con la cirugía bariátrica de septiembre de 2011 a septiembre 2012. Para controlar sesgos en la entrevista telefónica se determinó que para confirmar que fuera el paciente quien realmente contestara l encuesta se le pregunto a la persona que estaba en línea cuál era su nombre completo, número de cedula y la fecha que se realizó la cirugía además la encuesta siempre fue realizada por la misma persona y estaba diseñada para contestarla en un tiempo de 5 a 8 minutos.

La encuesta se realizó con el fin de conocer los datos de sociodemográfico y familiares se aplicó el APGAR familiar que consta de cinco preguntas. Es de

resaltar que en esta encuesta se explicó al participante el objetivo de la investigación y la confidencialidad de la información dada por él además se le manifestó que la participación en este estudio debía ser voluntaria. Solo la investigadora tuvo acceso a la información suministrada por las personas y guardó confidencialidad de los datos personales.

7.5 INSTRUMENTO

De acuerdo a las operacionalización de variables que se definió se consideró que los instrumentos idóneos para la recolección de la información fueron: elaborar una guía de revisión documental y una encuesta con preguntas estructurada, tanto la guía como la encuesta es un conjunto de preguntas que están diseñadas a evaluar las variables correspondientes a la caracterización sociodemográfica y familiar. Para profundizar en la variable familiar se aplicó el APGAR familiar de Smilkestein que se deriva de los cinco componentes en inglés de la función familiar (Adaptability, partnership, growth, affection, resolve); tiene la ventaja de ser breve, fácil de diligenciar, independientemente del nivel cultural y de la edad del entrevistado. Consta de 5 preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares: Adaptabilidad; Participación; Crecimiento; Afecto, y Resolución. Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, a veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Con este instrumento evaluamos si la familia es normo funcional 7-10 puntos, disfuncional leve 3-6 puntos, y disfuncional grave 0-2 puntos. Estos instrumentos fueron los que se aplicaron telefónicamente a los pacientes intervenidos con la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de la ciudad de Neiva. (ver anexo)

7.6 PRUEBA PILOTO

Los formatos elaborados para hacer la revisión documental y la encuesta telefónica en primera instancia fueron revisados por un comité de expertos se realizaron los ajustes pertinentes y se sometió a un pilotaje con 5 historias clínicas para evaluar si lo que preguntamos se encontraba dentro de la historia clínica, la encuesta diseñada telefónicamente fue aplicada a tres personas con otras patologías, esto se realizó con el fin de evaluar si la encuesta estaba diseñada a cumplir con el objetivo propuesto para la investigación y el tiempo de duración de la entrevista, luego de ajustar la encuesta fue de nuevo presentada al comité de expertos, siendo aprobado el instrumento, todo lo anterior se hizo con el fin que el instrumento obtuviera mayor validez, no olvidemos que el comité de expertos evalúa la suficiencia y claridad de las preguntas del formato.

7.7 CODIFICACIÓN Y PROCESAMIENTO DEL DATO

El procesamiento de la información se realizó por medio del programa SPSS Versión 15 donde se creó una base de datos única que se incluirán todas las variables mencionadas, almacenando la información sistemáticamente, la investigadora realizó una óptima digitación de las variables.

7.8 FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente de información fue primaria debido a que se realiza la encuesta telefónica a la persona que ha sido intervenida y también se manejó una fuente secundaria debido a que se revisó las Historias Clínicas.

7.9 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

La estrategia de comunicación que se utilizó en este estudio fue la siguiente: se revisó las historias clínicas y se prestó atención si tenía registrado algún número telefónico y si no se encontraba se le solicitó el número telefónico al grupo multidisciplinario de cirugía bariátrica con el fin de hacer contacto telefónico explicar de manera sencilla y clara el proyecto, se dejó claro que las personas que participaron lo hicieron de manera voluntaria sin ninguna presión.

7.10 PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó un análisis de las variables univariadas, descriptivo, y se calcularon razones y proporciones.

7.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación contempla las normas éticas que implican según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". En el artículo 11 se establece que este estudio es una investigación sin riesgo ya que en esta investigación no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en este estudio. Para la realización de la entrevista telefónica se

contactan a los participantes por celular se les explica el objetivo del estudio y su finalidad además se les aclara que su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. Que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para el participante en caso de no aceptar la invitación y que si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

La investigadora cumplió con los criterios de confidencialidad de los datos que están registrados en las historias clínicas, la información que se recoja se utilizaran solamente para este estudio.

Además este proyecto fue presentado para su respectiva evaluación y aprobación por el comité de ética bioética e investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, según consta en el acta N° 016-003 de Diciembre 17 de 2.012.

8. RESULTADOS

El estudio comprendió una muestra total de 25 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo de septiembre de 2011 a septiembre de 2012, la población estuvo distribuida de la siguiente manera 22 mujeres que equivale al 88% por lo tanto por cada 7 mujeres intervenidas hay un hombre. La edad de los pacientes que se sometieron a la cirugía metabólica y bariátrica se encuentra entre los 20 y los 53 años (Rango=33 Años); la edad promedio de estos pacientes es de 36 años ($\pm 8,8$).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Genero</i>		
0 Mujer	22	88
1 Hombre	3	12
Total	25	100
<i>Estado civil</i>		
Soltero.	2	8
Casado	7	28
U. Libre	11	44
Separado	4	16
Viudo	1	4
Total	25	100
<i>Procedencia</i>		
Urbana	19	76
Rural	6	24
Total	25	100
<i>Estrato económico.</i>		
1	5	20
2	18	72
3	1	4
4	1	4
Total	25	100

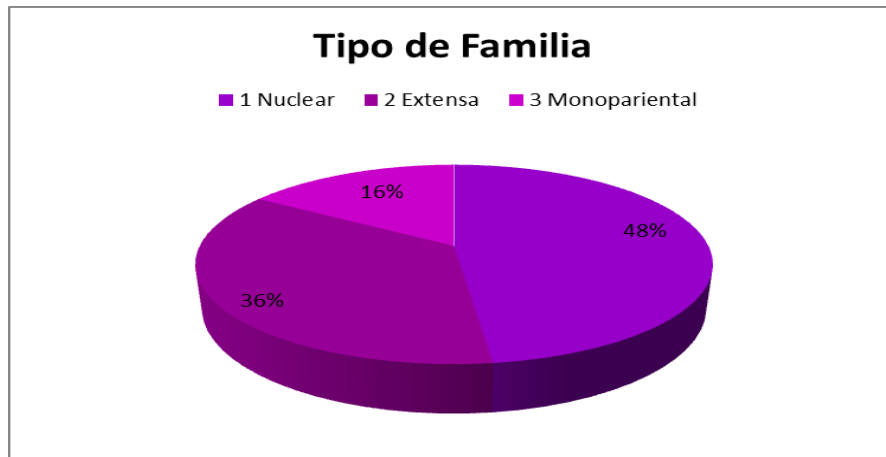
Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sssgs		
Asmet Salud.	3	12
Cafesalud	2	8
Caprecom	2	8
Confamiliar	11	44
Nueva EPS	7	28
Total	25	100
Escolaridad		
B. primaria	7	28
Secundaria	13	52
Técnico	1	4
Profesional	4	16
Total	25	100
Ocupación.		
Profesional	4	16
Empleado	5	20
Hogar	16	64
Total	25	100
Nº de Hijos		
0	3	12
1	4	16
2	9	36
3	7	28
4	1	4
5	1	4
Total	25	100

El 72% de los pacientes cuentan con pareja estable (Unión libre y casados). Además por cada tres 3 pacientes que provienen del área urbana una 1 es del área rural. El nivel socioeconómico de la población que participo en esta investigación en un 72% es de estrato socio económico 2 nivel socioeconómico bajo, el 44% esta afiliados con la EPS Confamiliar siendo este el porcentaje más alto.

El 64% de las personas intervenidas con la cirugía bariátrica se desempeña en el Hogar son amas de casa. El número de hijos de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica se encuentra de la siguiente manera el 36% tiene 2 hijos y el

28% 3 hijos. Por lo tanto el promedio de hijos que tienen las personas que se realizaron la cirugía son dos. Por otro lado la escolaridad de las personas intervenidas en un 52% son bachilleres el 28% tienen básica primaria. Por lo tanto su nivel de escolaridad es mínimo.

Gráfico 1. Tipo de familia de los obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.



El 48% de las personas que participaron en el estudio tienen una familia nuclear (papás e hijos) el 36% viven en familia extensa (papás, hijos, hermanos, cuñadas, sobrinos, abuelos etc.).

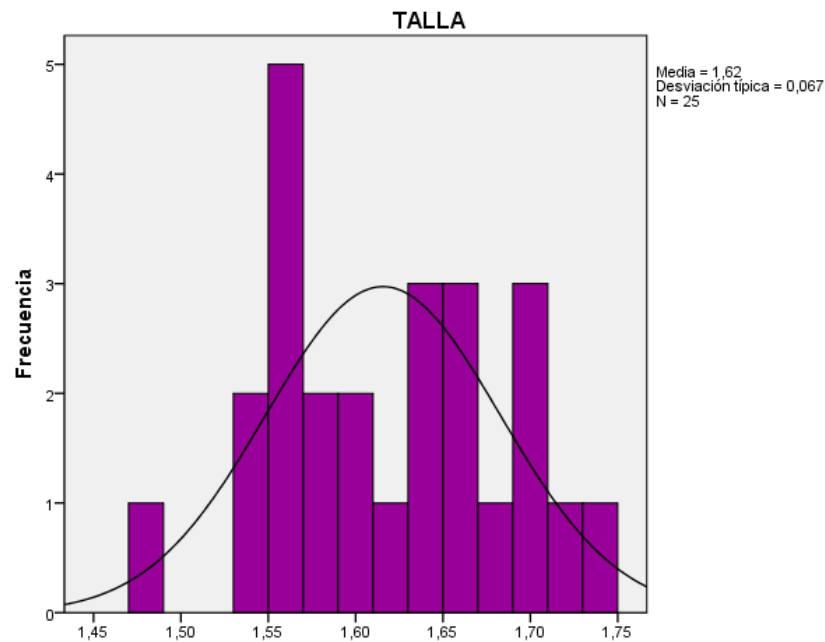
Según lo manifestado por los pacientes en su percepción de sobrepeso o gordura de algún familiar es lo siguiente: el 24% sus padres presentan o presentaron sobrepeso o gordura igual porcentaje sus hermanos 24% el 16% son los hijos los que presenta problema de sobrepeso el 20% es otro familiar como tíos, abuelos, sobrinos.

Tabla 3. Distribución de tipo de cirugía de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Tipo de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Manga gástrica	1	4
Bypass-gástrico	24	96
Total	25	100

En la revisión de las historias clínicas se encontró que un 96% de las cirugías que se han realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo es Bypass gástrico.

Gráfico 2. Talla de los obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.



El promedio de la talla de las personas que participaron en el estudio es de 1,62 cm, con una desviación típica de ($\pm 0,067$) entonces se puede concluir que la talla

de los pacientes de este estudio es homogéneo y es debido a que la muestra es pequeña.

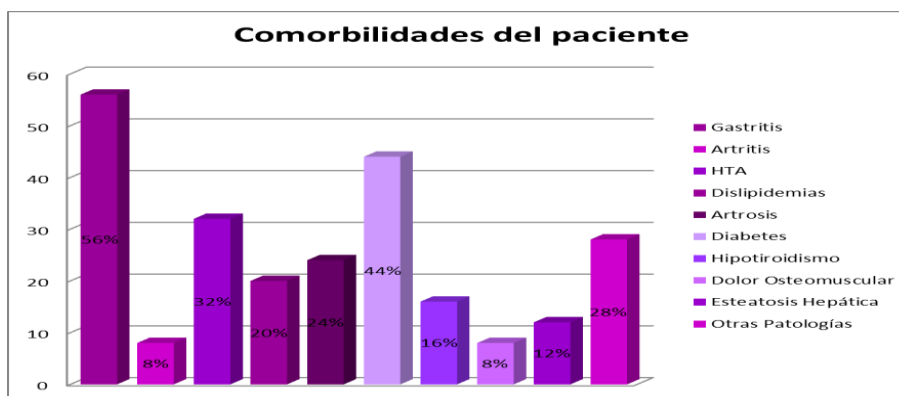
El peso antes de la cirugía de las personas que participaron en el estudio estuvo entre los 93 kg y los 155 kg (Rango = 62 kg) el promedio del peso antes de la cirugía estuvo en 123 kg con una desviación típica (± 17)

Tabla 4. Distribución del IMC antes cirugía de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

N	Media	Mediana	Moda	Desv. típ	Varianza	Rango	Mínimo	Máximo
25	46,76	47,00	48	5,036	5,036	23	36	59

El Índice de Masa Corporal (IMC) antes de la Cirugía estuvo entre los 36 y 59 IMC (Rango= 23) el promedio del IMC de antes de la Cirugía fue de 47 ($\pm 5,0$) entonces se puede concluir que el IMC antes de la cirugía de las personas que participaron en este estudio es homogéneo.

Gráfico 3. Comorbilidades de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.



Las comorbilidades que más se presentaron en la personas que participaron en el estudio fue la gastritis con un 56% seguido de la diabetes con un 44% la HTA en

un 32%. Los antecedentes familiares de las comorbilidades en los pacientes intervenidos a cirugía bariátrica según lo encontrado en la historia clínica fue lo siguiente: un 48% preceden de Hipertensión Arterial, el 44% de obesidad como diabetes, y un 24% de cáncer.

Tabla 5. Distribución ingesta alimentaría de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Ingesta alimentaría	Frecuencia	Porcentaje
- Ninguno	1	4
-Gran Comilón	8	32
-Múltiples ingesta hipercalórico	6	24
-Ingesta Habitual de alimentos grasos	3	12
-Todos lo anterior	7	28
Total	25	100

Según en la revisión de historias clínicas el 32% de las personas que participaron en el estudio presentan ingesta de gran comilón que está relacionada con la ingesta de atracones de comida, un 24% presentan múltiple ingesta de alimentos hipercalórico y un 12% ingesta de alimentos grasos el 28% presentan todo lo anterior.

Tabla 6. Características de hábitos de riesgo (fumar, beber licor malos hábitos alimenticios) de los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Variables	Antes de la Cx Bariátrica		Después de la Cx Bariátrica	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
<i>Cuantos cigarrillos fumaba</i>				
No fuma	23	92	23	92
Menos de 2 cigarrillos	2	8	2	8
Total	25	100	25	100
<i>Cuántas cervezas se tomaba a la semana.</i>				
No tomaban	17	68	22	88
1-10 cervezas	5	20	1	4
Ocasional	3	12	2	8
Total	25	100	25	100
<i>Consumo de gaseosa a la semana.</i>				
0	8	32	23	92
1	9	36	1	4
2	4	16	0	0
3	1	4	0	0
4	1	4	1	4
5	1	4	0	0
12	1	4	0	0
Total	25	100	25	100
<i>Frecuencia en que realiza ejercicio físico</i>				
Nunca	21	84	6	24
Todos los días	1	4	3	12
4 veces por semana	2	8	5	20
1-3 veces por semana	1	4	11	44
Total	25	100	25	100
<i>Consumo de harinas</i>				
Todos los días	23	92	7	28

3-4 veces por semana	2	8	3	12
1-2 veces por semana	0	0	1	4
Algunas veces	0	0	9	36
Rara vez o nunca	0	0	5	20
Total	25	100	25	100

Consumo de comida chatarra.

Todos los días	1	4	0	0
3-4 veces por semana	6	24	0	0
1-2 veces por semana	6	24	0	0
Algunas veces	10	40	5	20
Rara vez o nunca	2	8	20	80
Total	25	100	25	100

Consumo de carnes y pescado

Todos los días	24	96	23	92
1-2 veces por semana	0	0	1	4
Algunas veces	1	4	0	0
Rara vez o nunca	0	0	1	4
Total	25	100	25	100

Consumo de harinas

Todos los días	5	20	0	0
3-4 veces por semana	8	32	1	4
1-2 veces por semana	1	4	0	0
Algunas veces	9	36	2	8
Rara vez o nunca	2	8	22	88
Total	25	100	25	100

Consumo de dulces

Todos los días	1	4	0	0
3-4 veces por semana	11	44	0	0
1-2 veces por semana	4	16	1	4
Algunas veces	8	32	5	20

Rara vez o nunca	1	4	19	76
Total	25	100	25	100
Consumo de frutas y verduras				
Todos los días	6	24	11	44
3-4 veces por semana	6	24	9	36
1-2 veces por semana	5	20	2	8
Algunas veces	7	28	2	8
Rara vez o nunca	1	4	1	4
Total	25	100	25	100

En la tabla 6 encontramos los hábitos de riesgo (fumar, beber licor malos hábitos alimenticios) según lo manifestado por los pacientes el 92% de las personas que participaron en el estudio un año antes de la cirugía no fumaban. El mismo porcentaje se encontró actualmente, se puede decir que no habido ningún cambio en cuanto al fumar antes de la cirugía y después.

En cuanto al consumo de cerveza según lo manifestado el 68% de los pacientes antes de la cirugía bariátrica no tomaban cerveza, el 20% se tomaba de 1 a 10 cervezas en la semana. En este momento los pacientes manifiestan que el 88% no toman el 8% toman cerveza ocasionalmente, (festividades) por lo tanto podemos decir que actualmente las personas intervenidas con la cirugía bariátrica manifestaron no tomar cerveza.

En el consumo de gaseosas antes de la cirugía bariátrica el 36% de las personas se tomaban 1 gaseosa a la semana tamaño personal el 32% no tomaba gaseosa. En la actualidad el 92% de las personas no consumen gaseosas. Podemos ver el aumento del porcentaje de las personas que no toman gaseosa antes de la cirugía de un 32% a un 92%.

Además antes de la cirugía bariátrica el 84% de la población no realizaba ejercicio físico. En la actualidad según lo manifestado por los pacientes después de la cirugía bariátrica el 44% de la población está haciendo ejercicio de 1-3 veces por semana y solo el 24% no están haciendo ejercicio, podemos ver cómo ha aumentado el ejercicio físico en los pacientes después de la cirugía el 84% que antes no realiza ejercicio después de la cirugía solo el 24% no está realizando ejercicio físico.

El 92% de las personas un año antes de la cirugía consumía harinas como pastas, arroz, pan, papa, yuca todos los días. En la actualidad según lo manifestado por los pacientes después de la cirugía bariátrica el 36% consume algunas veces harinas el 28% sigue consumiendo las harinas todos los días pero en menor proporción, se evidencia que ha bajado el consumo de harinas en los participantes del estudio.

Un año antes de la cirugía el 40% consumían comida chatarra (pizza, hamburguesas, perros calientes etc.) algunas veces. El 20% del consumo era de 3 a 5 veces a la semana o de 1 a 2 veces por semana. Después de la cirugía bariátrica el consumo de comida chatarra ha disminuido notablemente un 80% rara vez o nunca ingieren estas comidas.

Un año antes de la cirugía el 96% consumían carne roja, blanca y pescado todos los días, actualmente según lo manifestado por los pacientes el 92% tienen un consumo de carne y pescado.

Según lo manifestado por los pacientes un año antes de la cirugía el 36% consumían algunas veces mantequilla y aceites de origen animal un 30% de 3 a 5 veces a la semana el 20% todos los días, después de la cirugía según lo manifestado el 88% de las personas no consumen mantequilla y aceites de origen animal, podemos ver una declinación en el consumo de mantequilla y aceites de origen animal después de la cirugía bariátrica.

Un año antes de la cirugía el 44% consumían dulces. Una vez realizada la cirugía bariátrica según lo manifestado por los pacientes el consumo de dulces, tortas, postres en un 76% de la población rara vez o nunca consumen.

El consumo de frutas, verduras y legumbres un año antes de la cirugía el 28% algunas veces consumían el 24% todos los días, otro 24% de 3 a 5 veces por semana, el 4% rara vez nunca. Actualmente podemos ver el aumento del consumo de frutas, verduras y legumbres el 44% consume verduras todos los días.

Tabla 7. Relación entre nivel de satisfacción con su condición física un año antes de la cirugía vs después de la cirugía en los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Medida de Satisfacción de la Condición Física.	Actualmente en qué medida se siente satisfecho con su condición física.			Total	P*
	Moderadamente	Bastante	Muy		
Un año antes de la cirugía en qué medida se sentía satisfecho con su condición física.					
Nada	40%	16%	24%	80%	0,00 1
Ligeramente	0	16%	0	16%	
Moderadamente	0	0	4%	4%	
Total	40%	32%	28%	100%	

*Prueba Mc Nemar.

Según lo manifestado por los pacientes el nivel de satisfacción de condición física un año antes de la cirugía el 80% no se sentían para nada satisfecho después de la intervención de ese 80%, el 40% se siente moderadamente satisfechos y el 24% se sienten muy satisfecho, solo el 4% manifestó antes de la cirugía sentirse moderadamente satisfecho con su condición física y actualmente se siente muy satisfecho.

Es importante aclarar que después de la intervención los pacientes no señalaron el nada o el ligeramente satisfecho con su condición física esto quiere decir que en las casillas hay cero. Se aplicó la prueba estadística de Mc Nemar⁴¹ buscando diferencia entre el antes y en el después de la intervención de la cirugía bariátrica y se pudo evidenciar un cambio en su condición física estadísticamente significativo p (0,001)

⁴¹ COLIMON KAHL,-Martin. Fundamentos de la Epidemiología, Pág. 114

Tabla 8. Relación entre medida en que se siente satisfecho con su vida un año antes de la cirugía Vs después de la cirugía en los obesos intervenidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Medida de satisfacción de Vida	Actualmente en qué medida se siente satisfecho con su vida.					
	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muy	Total	P*
Un año antes de la cirugía en qué medida se sentía satisfecho con su vida.						
Nada	4%	24%	20%	20%	68%	0,001
Ligeramente	0	0	8%	0	8%	
Moderadamente	0	4%	12%	8%	24%	
Total	4%	28%	40%	28%	100%	

* Prueba Mc Nemar.

Según lo manifestado por los pacientes el 68% antes de la cirugía se sentía para nada satisfechos con su vida, después de la intervención, el 24% se sienten moderadamente satisfecho, el 20% se sienten bastante y muy satisfechos con su vida. El 4% que antes de la cirugía se sentía moderadamente satisfecho actualmente se siente igual, por lo tanto la cirugía no genero ningún cambio en su condición de vida.

Es importante aclarar que después de la intervención los pacientes no señalaron el nada satisfecho con su condición física esto quiere decir que en las casillas hay cero. Se aplicó la prueba estadística de Mc Nemar⁴² buscando diferencia entre el antes y en el después de la intervención de la cirugía bariátrica en la medida de sentirse satisfecho con su condición de vida y se pudo evidenciar un cambio estadísticamente significativo p (0,001)

⁴² Ibid. p.65

Tabla 9. Distribución funcionalidad de la familia - APGAR. Los pacientes obesos intervenidos con cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normo-funcional	11	44
Disfuncional- Leve	14	56
Total	25	100

Según lo expresado por los pacientes que fueron sometidos a la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva, presenta el 56% una prevalencia de disfunción familiar leve esto quiere decir que prestan dificultades familiares y el 44% es normo funcional que tienen una sana función familiar.

9. DISCUSIÓN

Dentro de los resultados observados de las personas que se sometieron a la Cirugía Metabólica y Bariátrica, en el Hospital Universitario de Neiva, de Septiembre 2011 a Septiembre 2012.

La mayoría de las personas intervenidas son mujeres en un 88%, las mujeres constituyen un grupo de especial interés en este estudio debido a que representan la gran mayoría de la muestra, nuestros resultados coinciden con los resultados de diferentes estudios epidemiológicos que sitúan la prevalencia de la obesidad en mujeres por encima de la de los hombres como lo manifiesta Teresa Hernández en el estudio actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica.⁴³ El alto porcentaje de mujeres en estos estudios puede ser que esté ligado a que las mujeres sienten tener más presión por la sociedad y el consumismo con la idealización de belleza que es la mujer delgada según Jessica A. Erickson⁴⁴ la diferencia de género puede estar relacionada con las diferentes presiones socio-culturales que tienen las mujeres para adaptarse a un físico idealizado. Mientras que las niñas generalmente quieren ser más delgadas, los niños a menudo quieren ser "más grandes", de modo que el exceso de peso sería menos molesto para un hombre. Los resultados de este estudio pueden estar reflejando un mayor estigma social que debe enfrentar las mujeres obesas en comparación con los hombre. La importancia del peso es muy relevante en las mujeres, ya que éstas tienden a internalizar el estigma de la obesidad presente en la cultura occidental y establece como estereotipo de belleza la delgadez. Por otro lado Julia Navia considera que el ideal de delgadez no constituye la causa principal por la que se accede al tratamiento. Es el ideal de la "normalidad corporal" el que motiva el acceso a la cirugía. Considero que este argumento también puede tener relación con los pacientes del estudio.

La mayoría de las personas que participaron en el estudio son de estrato socioeconómico 2 dos y esto posiblemente es por la naturaleza de la institución por ser el único hospital universitario de la región surcolombiana, el tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa) de las personas que participaron en el estudio

⁴³ DE MOSTEYRIN FERNÁNDEZ, Teresa. Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica, Hospital Universitario de la princesa Madrid 2010.

⁴⁴ LIS GÓMEZ, Sandr, ; ERICKSON A, Jessica y ROZOWSK . Jaime. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. La Relación entre Obesidad y Salud Mental

son familias nucleares y con un alto nivel de disfuncionalidad familiar leve teniendo esto relación con un estudio previos que señalan un predominio de familias nucleares (82%) y disfuncionales el (54%)⁴⁵

En la sociedad actual, la capacidad de comer de manera apropiada y disfrutar de los diferentes alimentos es parte fundamental de la calidad de vida. Por lo tanto, una alimentación descontrolada unida a otros factores ha desencadenado un incremento en la prevalencia de la obesidad. En el análisis de ingesta alimentaría en nuestro estudio podemos observar que los participantes presentan una alta ingesta de atracones de comida, ingesta hipercalórico y de alimentos grasos, también podemos observar que antes de la cirugía se presenta un alto consumo de alimentos como harinas, dulces, comida chatarra, grasas de origen animal. Este comportamiento puede estar relacionado con lo que propone Kaplan y Kaplan⁴⁶ consideran la sobre ingesta como una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Según Ambrosi Eliana Cecilia⁴⁷ considera que actualmente la sociedad parece converger en malos hábitos alimenticios, optado por dietas pocos saludable (comidas rápidas) y abandonando la actividad física, estas son algunas de las principales causas de obesidad. Considero que los resultados de este estudio referente a los hábitos alimenticios puede estar muy ligados con lo que Piedrola Gil⁴⁸ argumenta que los trastornos del comportamiento alimentario se caracteriza por una perturbación grave del habito alimenticio; es evidente cuando la actitud hacia la comida y el peso corporal se ha trasformado en aquello que rige la conducta de la persona y es ahí donde se hace necesario considerar la implicancia psicológica del paciente respecto a estos trastornos: grado de conciencia de la enfermedad, distorsión de la imagen corporal, distorsión cognitiva, alteraciones del estado de ánimo, manifestaciones de ansiedad y de angustia entre otros.

Las diferentes comorbilidades que más se presentaron en las personas que participaron en el estudio fue la gastritis, seguido de la diabetes, la HTA, artrosis, según la OMS El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,6 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad, es la

⁴⁵ ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo, Influencia de la disfunción familiar y factores sociales, en la prevalencia de obesidad / desnutrición- Tesis para obtener posgrado- medicina familiar, Universidad Veracruzana 2010.

⁴⁶ SETIEN, Alfredo Ingelmo y col. La obesidad y sus complicaciones tratamiento médico y quirúrgico. Consultado Universidad de Cantabria, Pág. 34

⁴⁷ ASOMBRI, Cecilia Eliana. Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos- Universidad Aconcagua – 2009

⁴⁸ PIEDROLA, Gil. Medicina preventiva y salud publica 10ª edición editorial Masson s.a Barcelona España 2001

generadora de enfermedades como hipertensión arterial, enfermedades articulares, diabetes, alteraciones respiratorias, deterioro de la función renal, hepática entre otras como también la depresión, trastornos de la conducta alimentaria y alteración de la calidad de vida. Considero que este argumento puede tener relación con el estudio.

Se considera que la familia desempeña un papel importante en la salud de cada uno de sus integrantes; cuando la familia pierde su capacidad de funcionar, ocurren alteraciones en el proceso de salud enfermedad de todos sus miembros.⁴⁹ Según lo expresado por los participantes del estudio el 56% en la evaluación del APGAR Familiar presentan disfunción familiar leve ósea que prestan dificultades en núcleo familiar por todo lo anterior puede coincidir con lo expuesto por los autores López y Macilla⁵⁰ que argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el individuo obeso funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica el sobrepeso está directamente correlacionado con una alta problemática familiar y la obesidad de los niños y niñas se encuentra asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento de ésta por lo tanto, las familias obesas poseen una dinámica que se asemeja a la de las familias psicósomáticas.

Se considera que uno de los elementos esenciales para ayudar a la persona que presenta obesidad es sin duda alguna la familia que su entorno familiar lo comprenda, lo apoye y aceptando a la persona tal como es y comprendiendo que existe un problema. Para Vásquez Domínguez.⁵¹ En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionada con la alimentación. Considero que este argumento puede tener relación con nuestro estudio y es debido a lo manifestado por los participantes padres, hermanos e hijos y otros familiares actualmente presentan sobrepeso por tanto podríamos considerar que la obesidad es un problema cultural que va de una generación a otra. Vásquez Domínguez⁵² considera que los progenitores o autoridades son los que

⁴⁹ DORADO, G M P.; LORIA C J, y GUERRERO M M B. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la Familia en residentes de Medicina Familiar, Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (3). 169-174

⁵⁰ ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo. Influencia de la disfunción familiar y factores sociales, en la prevalencia de obesidad / desnutrición- Tesis para obtener posgrado- medicina familiar, Universidad Veracruzana 2010.

⁵¹ DOMÍNGUEZ-VÁSQUEZ P., Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil, Vol. 58 N° 3, 2008- Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile.

⁵² Ibid.p.

influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Se han realizado estudios del comportamiento donde se demostró que el apoyo de la familia es de fundamental importancia para modificar los comportamientos del comer y de la actividad, también se encontró que cuando se dirigieron a los padres para bajar de peso, también en los niños se demostró una disminución del mismo.⁵³ Para Ambrosi Cecilia Eliana⁵⁴ considera que cuando existe obesidad en los padres se aumenta el riesgo del niño de ser un adulto obeso, por ello es de suma importancia tener en cuenta que todos los miembros de la familia controlen el acceso a los alimentos y reduzcan el tiempo dedicado al ocio.

Dentro de los resultados observados un factor importante es el nivel de satisfacción que tenía la persona de su condición física antes de la cirugía y actualmente según lo manifestado por los pacientes el más alto porcentaje consideraba que para nada se sentían satisfecho con su condición física después de la cirugía bariátrica consideran que moderadamente se sienten satisfechos con su condición física, cabe aclarar que la condición física puede presentar alteraciones significativas para el obeso debido a que se le dificulta realizar actividades como caminar, amarrarse los zapatos, bañarse, vestirse, danzar entre otras actividades. Considero que nuestros resultados puede tener relación con lo expresado por Nguyen NT⁵⁵ argumenta que la función física de los pacientes están significativamente alterada antes de someterse a un *bypass* gástrico abierto o laparoscopia. En las evaluaciones a los 3 y 6 meses después de la intervención, la función física había mejorado.

En cuanto al nivel de satisfacción de su condición de vida un año antes de la cirugía una alta proporción argumenta que no se sentían para nada satisfechos en la actualidad un alto porcentaje consideran sentirse moderadamente satisfechos, Considero que los datos obtenidos pueden estar haciendo referencia con lo argumentado por Wadden Thomas⁵⁶ que considera que la obesidad

⁵³ ZAMETKIN, JA, ; ZOON KC,; KLEIN WH,y MUNSON BS. Psychiatric Aspects of Child and Obesity: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. Vol. 43(2) 13450

⁵⁴ ASOMBRI, Cecilia Eliana. Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos- Universidad Aconcagua – 2009

⁵⁵ NGUYEN NT,; GOLDMAN C, y ROSENQUIST J, et al. Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. Ann Surg 2001; 234:279-89

⁵⁶ WADDEN, Thomas. Estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía. Med Clin N Am 91 (2007) 451 – 469.

extrema casi siempre disminuye la calidad de vida relacionada con la salud. Este término hace referencia a la carga de sufrimiento y a las limitaciones en el funcionamiento físico, profesional y social asociado con la enfermedad.

Considero que el nivel de satisfacción con la vida y el nivel de satisfacción en condición física en este momento de la vida ósea después la cirugía se esperaría que hubiera sido mucho más alto el nivel de satisfacción y este argumento puede tener relación con lo expresado según Powers, Rosemurgy, Coovert y Boyd (1988)⁵⁷ argumentan que “mientras la cirugía bariátrica es un método efectivo para la pérdida de peso para muchos pacientes, no es la cura para los problemas de autoestima”. En mi opinión personal, la cirugía bariátrica es una de las muchas herramientas disponibles para ayudar a las personas a llegar a su estado de salud físico que se desea. Y de esta manera puede liberarlo para prestar más atención a los problemas relacionados a su salud mental. La cirugía bariátrica no podrá llenar los vacíos del corazón, ni del alma pero muy posible podrá acercarnos a un lugar en que nos sintamos listos para trabajar en ese tipo de sanidad.

Es claro que este estudio por ser descriptivo no tiene el rigor metodológico como lo tienen otros estudios, pero es de resaltar que este proyecto puede ser línea de base para estudios analíticos que se piense realizar; en el desarrollo de este estudio se encontraron dificultad en la búsqueda de los datos en la historia clínica hay datos que no se encontraron y que toco preguntarlos al paciente, otra dificultad que se presento es que de las 26 personas, una no quiso participar en el estudio argumentando que ella no daba información por teléfono y se respetó su decisión. Es de aclarar que el estudio presenta sesgos de medición al desarrollar la encuesta por teléfono y sesgos de memoria al realizar preguntas de actividades que realizaban las personas un año antes de la cirugía ese fue un limitante en este estudio.

⁵⁷ MITCHELL E, James. Bariatric Sugery an Guide for mental Health Professionals. ISBN O-415- 94966-1

10. CONCLUSIONES

Las personas que se realizaron la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva de septiembre de 2011 a septiembre de 2012, se caracterizan por ser de sexo femenino, en edades entre 20 y 53 años que cuentan con pareja estable de estrato socioeconómico bajo que se desempeñan en el hogar con un nivel de escolaridad hasta secundaria y viven en Neiva.

El peso de las personas antes de la cirugía estaba entre 93 Kg y 155 Kg. con un IMC entre 36 y 59, con un alto porcentaje de diferentes comorbilidades además los controles postoperatorio de asistencia que más registros presentan es al tercer mes.

Las personas que se intervinieron presentan antecedente familiares de sobrepeso (padres, hermanos e hijos) como también diferentes comorbilidades como la misma obesidad, diabetes, HTA entre otros. Antes de la cirugía los pacientes presentan malos hábitos alimenticios llevándolos al punto de presentar una ingesta alimentaría del gran comilón que está relacionado con la alta ingesta de atracones de comida, después de la cirugía se puede evidenciar el decrecimiento de la alta ingesta de alimentos llevándolos a buenos hábitos alimenticios. Cabe resaltar que la mayoría de las personas no presentan la conducta de fumar o de consumir licor en su vida.

Es importante mencionar que las personas que se realizaron la cirugía tienen una familia nuclear (papás e hijos) además presentan disfuncionalidad familiar leve. El 80% que consideraba que antes de la cirugía para nada se sentía bien con su condición física en la actualidad el 40% se sienten moderadamente satisfechos y el nivel de satisfacción con su vida antes de la cirugía el 68% consideraba sentirse para nada satisfechos con su vida actualmente el 24% considera que se sienten moderadamente satisfechos, la cirugía bariátrica ha evidenciado un cambio físico que genera impacto en los participantes del estudio en cuanto al nivel de satisfacción con la condición física y de su vida se evidencia un cambio pero se esperarían un impacto de mayor proporción.

Cabe aclarar que las características de la muestra (intencional, no probabilística) las conclusiones que se desprenden de este trabajo son válidas únicamente para describir al grupo de sujetos que participaron en esta investigación.

11. RECOMENDACIONES

Establecer terapia familiar e individual con el paciente obeso que va hacer intervenido quirúrgicamente, estas intervenciones terapéuticas debe realizarse varias secciones antes y después de la cirugía. El comer y los patrones de la actividad física son en parte comportamientos aprendidos y pueden ser cambiados, es por eso que la influencia de la familia es un factor muy importante en el tratamiento de la obesidad.

Realizar terapia de grupos focales entre los pacientes que se vayan a operar y los que ya se han operado con el fin de que puedan hacer catarsis frente a las percepciones, las representaciones, la incorporación a la vida social, el proceso de estigmatización y control social antes y después de la intervención se considera prioritario este tipo de intervención.

Capacitar a los médicos de primer contacto para el estudio de la dinámica familiar.

Hacer un seguimiento mucho más rigurosos a los pacientes que se realizan la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Neiva.

Continuar investigaciones en esta línea, en donde se involucre más a esta población, debido a que genera un gran impacto en ellos al ser tenidos en cuenta en el desarrollo de investigaciones epidemiológicas.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, Rafael. Luces y Sombra de la Cirugía Bariátrica, Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 61 - Nº 4, Agosto 2009; Pág. 393-395, consultado en línea (Marzo 20 de 2012) http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071840262009000400017&script=sci_arttext.

AMBROSI, Eliana. Bienestar Psicológico y Sentido a la Vida en los Adultos Obesos, Universidad de Aconcagua, Trabajo de grado Facultad.

BLANCO CARMONA, Vanesa “La obesidad como problema de salud pública y su representación en el periódico el tiempo (2007 al 2009)” trabajo para optar por el título de comunicadora social con énfasis en periodismo, buscado en línea el 26 de junio de 2012 <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis303.pdf>.

CENGARLE R., Carlos. Consultado marzo 13 de 2013 disponible en <http://www.lapaginadelmedico.com.ar/Tratamientoquirurgicodelaobesidadmorbida.pdf>.

COLIMON KAHL-MARTIN, Fundamentos de Epidemiología, Pág. 114, Corporación para investigación Biológicas.

DÍAS ENCINAS, Diana del Roció. Obesidad Infantil Ansiedad y Familia Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2007; 24(1): 2226 http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/boletin_clinico_hospital_infantil_estado_sonora/5%20Obesidad%20Infantil.pdf.

DE MOSTEYRIN FERNÁNDEZ, Teresa. Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica, Hospital Universitario de la princesa Madrid 2010.

DOMÍNGUEZ VÁSQUEZ, P, Influencia Familiar de la Conducta Alimentaria y su relación con la enfermedad infantil, Archivos Latinoamericanos de Nutrición – Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, Vol. 58Nº 3 – 2008.

DORADO G M P, ;LORIA, C J, y GUERRERO, M M B, Aptitud clínica hacia el estudio integral de la Familia en residentes de Medicina Familiar, Archivos en Medicina Familiar 2006; 8 (3). 169-174.

ESCOBAR, Iván Darío y ROSSI, Ana Beatriz. Diabetes al día Sobrepeso y obesidad incrementan la epidemia de la diabetes tipo 2, consultado en línea el 26 de junio 2012 <http://www.encolombia.com/medicina/sociedadesciencia/diabetes2042-sobrepeso.htm>

ERICKSON A. Jessica, La Relación Entre Obesidad Y Salud Mental, Consultado en Mayo de 2012, encontrado http://www.fuedin.org/articulos_fuedin/detalle.php?articulo=198

GAMBOA DELGADO, Edna Magaly, y col. Rev MED UNAB Vol. 10 Número 1 Abril de 2007(consultado abril 09 de 2012) disponible en <http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2007/vol10/no1/1.pdf>.

GONZÁLEZ Z, Laura Inés, y colaboradores. Rev Chil Nutr Vol. 34, Nº1, Marzo 2007 (consultado abril 09 de 2012), disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182007000100005&script=sci_arttext.

GUADALUPE, Ramiro, Que es la obesidad en línea consultado (Marzo 09 de 2012) <http://www.drramiroguadalupe.com/obesidad.html>.

HARRACA, Jorge Luis. Obesidad consultado en línea Centro de Cirugía Rosario Argentina consultado (marzo 12, 2012) <http://www.centrodecirurgia.com/program.php?name=secciones&sop=viewarticle&artid>

MORAL DE LA RUBIA, José. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, universidad autónoma de Nueva León. México. Vol. 3 No.3- Septiembre 2002. consultado (Marzo 11 de 2012) URL: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/3/ensayos/trastornos.html>.

NGUYEN NT, ; GOLDMAN C, , ROSENQUIST J, *et al.* Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. Ann Surg 2001; 234:279-89.

SANCHEZ VAZQUEZ, Raquel. Obesidad la epidemia del siglo XXI en línea consultado(marzo11de2012)http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/03/03Analisis/03analisis_Intro.htm

SILVESTRI, Eliana y STAVILE, Alberto Eduardo. Aspectos psicológicos de la obesidad, buenos aires (Argentina) 2005 Trabajo de Postgrado en Obesidad a Distancia- Universidad Favaloro, consultado (Marzo 11 de 2012) encontrado en <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, consultado (Marzo 09 de 2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

PIEDROLA, Gil. Medicina preventiva y salud publica 10ª edición editorial Masson s.a Barcelona España 2001

PÉREZ MARTÍNEZ, Enrique. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace, ISSN 1695-4238, N°. 99, 2011Págs.. 29-40 disponible <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3781325>

RAMI, Mikler consultado en línea (marzo 11 de 2012) http://www.susmedicos.com/art_Perdida_Peso_calidad-de-vida.htm

RIVIERE PICHÓN, Enrique; “Psicología integradora”; [en línea] 1999, disponible en <http://www.ceciliachumillo.com.ar/fundamentacion.html>; [citado el 2 de Noviembre del 2011]

ROJAS LÓPEZ, Juan Pablo. Influencia de Disfunción familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad/desnutricion- Trabajo de Tesis postgrado.Universidad Veracruzana <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30700/1/RojasLopezJP.pdf> 30.

Sandra Lis Gómez . La Relación entre Obesidad y Salud Mental - Lic. Jessica A. Erickson, Dr. Jaime Rozowski. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

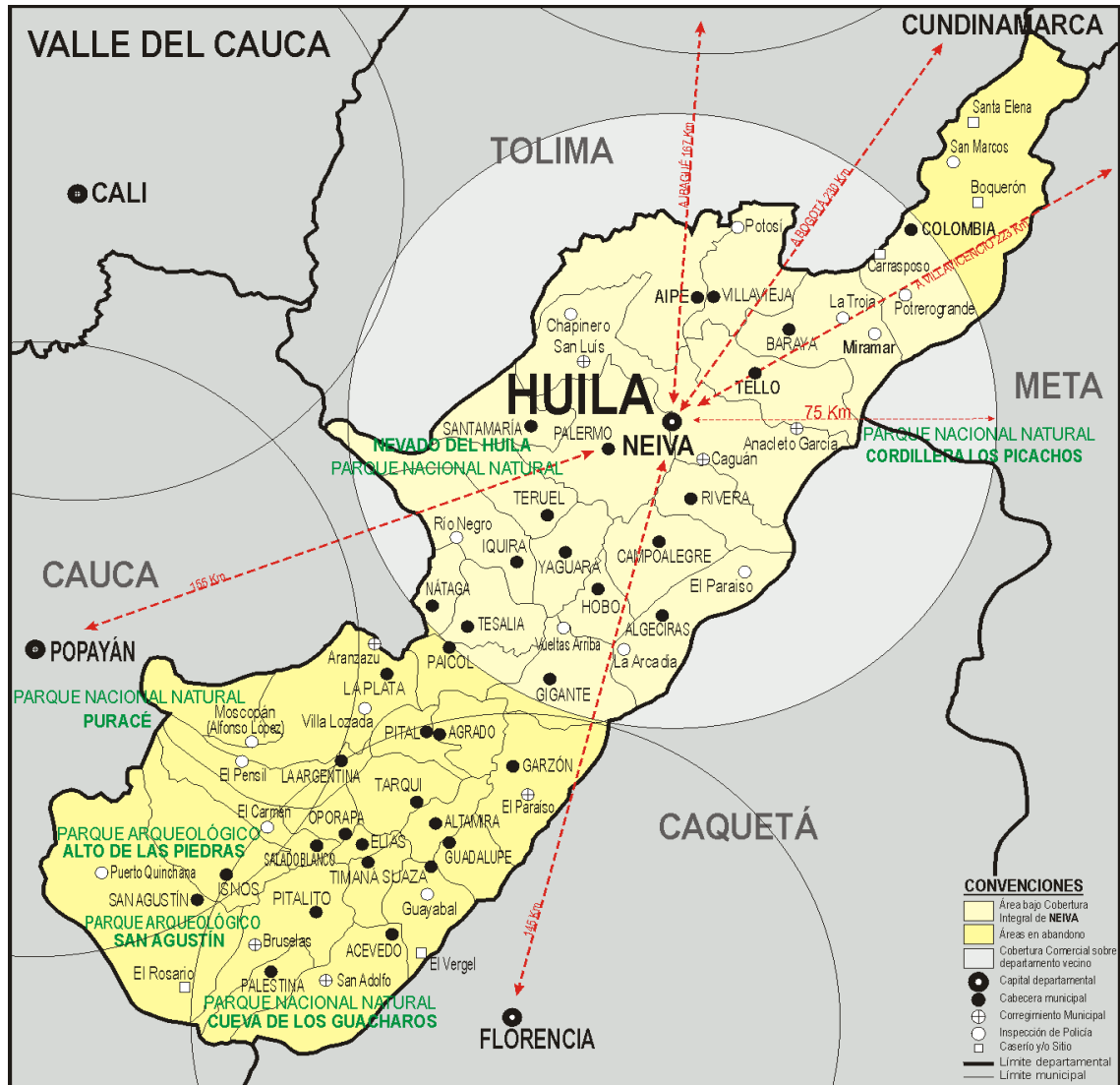
SETIEN Alfredo Ingelmo y col La obesidad y sus complicaciones tratamiento médico y quirúrgico. Consultado Universidad de Cantabria, Pág. 34

WADDEN, TA; STUNKARD, AJ; BROWNELL, KD; DAY, SC;(1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. J. Sult. Clin. Psicol.52: 692 – 4. (Citado por Silvestri Elina, Stavile Alberto Eduardo.(2005) Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Tesis de Postgrado Universidad de Favaloro.)

ZAMETKIN JA, ZOON KC, KLEIN WH, MUNSON BS. Psychiatric Aspects of Child and Obesity: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. Vol. 43(2) 13450

ANEXOS

Anexo A. Mapa del Huila.



La ubicación geográfica de Neiva y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva E.S.E. de III y IV nivel de Complejidad, permite impactar sobre la calidad de la atención de los pacientes del área de influencia que corresponden a los del Departamento del Huila, Tolima, Caquetá, Putumayo, y Cauca. Ubicando al Hospital como Centro de Referencia del Sur colombiano

Anexo B. Instrumento para la revisión de historias clínicas.

- FORMATO PARA LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS A CIRUGÍA BARIATRICA EN EL H.U.N. DE SEPTIEMBRE 2011 A SEPTIEMBRE 2012.

NOMBRES _____ APELLIDOS _____	C.C _____ TELEFONO: _____
GENERO: MASCULINO _____ FEMENINO: _____	EDAD: _____
PROCEDENCIA: URBANO__ RURAL__	
NIVEL SOCIECONOMICO: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__	
REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL: SUBSIDIADO __ CONTRIBUTIVO__ PREPAGADA__ PARTICULAR__ No tiene Seguridad Social _____	
Nº DE HIJOS:	
IMC ANTES DE LA CIRUGIA: _____ PESO ANTES CIRUGIA _____ TALLA _____	
INGESTA ALIMENTARIA: GRAN COMILON MULTIPLE INGESTA HIPOCALORICA INGESTA HABITUAL DE ALIMENTOS GRASOS TODO LOS ANTERIORES NINGUNA DE LAS ANTERIORES	
DX MEDICO ANTES DE LA CIRUGÍA:	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE COMORBILIDADES:	
FECHA DE LA CIRUGÍA:	

Anexo C. Instrumento. Utilizado en la entrevista telefónica.

- INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA ENTREVISTA TELEFONICA PARA CARACTERIZACION DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS A CIRUGÍA BARIATRICA.

ACTUALMENTE SU ESTADO CIVIL ES: SOLTERO ___ CASADO ___ UNION LIBRE ___ SEPARADO ___ VIUDO ___		
Actualmente usted con quien vive: Solo ___ En familia ___ Con Parientes ___		
LA FAMILIA ES : NUCLEAR ___ EXTENSA ___ MONOPARIENTAL ___ RECONSTITUIDAS ___		
ESCOLARIDAD: SIN ESTUDIO ___ BASICA PRIMARIA ___ SEGUNDARIA ___ TÉCNICO ___ TECNÓLOGO ___ PROFESIONAL ___ POSGRADUADO ___		
¿Actualmente usted a que se dedica?		
¿Cuántos Hijos tiene?		
Hace un año Antes de la Cx		
Cuantos Cigarrillos se fumaba al día?	No fuma. _____ Menos de 10 cigarrillos. _____ Más de 10 cigarrillos _____ Más de 10 cigarrillos _____ 2 o más cajetillas _____	Actualmente _____ _____ _____ _____ _____
Cuantos Cerveza bebía a la semana? _____	No Toma _____	_____
Cuantos vasos de Agua bebía al día? _____	_____	_____
Cuantos gaseosas tamaño personal se Toma al día. _____	_____	_____
Cuon que frecuencia realizaba ejercicio?	Nuca 0 _____ Todos los días. _____ 4- días o más a la semana. _____ 1-3 veces a la semana. _____	_____ _____ _____ _____
Con que frecuencia consumía los siguientes alimentos?		Actualmente
a) Pasta, arroz, pan, papa, yuca.		
Todos los días. _____ 3-4 veces por semana _____ 1-2 veces por semana _____ Algunas veces _____ Rara vez o nunca. _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

b) Pizza, Hamburguesas, Perros.

Todos los días. _____
3-4 veces por semana _____
1-2 veces por semana _____
Algunas veces _____
Rara vez o nunca _____

c) Carne rojas (res, cerdo) y blancas (pollo).

Todos los días. _____
3-4 veces por semana _____
1-2 veces por semana _____
Algunas veces _____
Rara vez o nunca _____

d) Mantequilla, aceite de origen animal.

Todos los días _____
3-4 veces por semana _____
1-2 veces por semana _____
Algunas veces _____
Rara vez o nunca _____

e) Dulces, Tortas, chitos, postres.

Todos los días. _____
3-4 veces por semana _____
1-2 veces por semana _____
Algunas veces _____
Rara vez o nunca _____

f) Frutas, verduras, legumbres.

Todos los días. _____
3-4 veces por semana _____
1-2 veces por semana _____
Algunas veces _____
Rara vez o nunca _____

ALGUIEN MAS EN SU FAMILIA TIENE SOBREPESO: Padres____ Hijos____ Hno____ Sobrinos____ Otro Cual ____

Un año antes de la Cx usted en que medida se sentía satisfecho con su condición física?

Nada
Ligeramente
Moderadamente
Bastante
Mucho

Actualmente en qué medida se siente usted satisfecho con su condición física?

Nada
Ligeramente
Moderadamente
Bastante
Mucho.

Un año antes de la Cx usted en que medida se sentía satisfecho con su vida.?

Nada
Ligeramente
Moderadamente
Bastante
Mucho

Actualmente en qué medida se siente satisfecho con su vida actual?

Nada
Ligeramente
Moderadamente
Bastante
Mucho

Anexo D. Instrumento APGAR familiar

APGAR FAMILIAR INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA ENTREVISTA TELEFONICA

APGAR FAMILIAR	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en Conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTUACIÓN TOTAL			