



UNIVERSIDAD  
**FASTA**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

---

**LUCIA LOMBARDI**

---

TESIS DE LICENCIATURA

---

**AUTO-PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL,  
INGESTA DE SUPLEMENTOS DIETARIOS,  
REDES DE APOYO Y ESTILO DE VIDA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA**

---

TUTORA: LIC. GUILLERMINA RIBA  
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO: DRA. MG. VIVIAN MINNAARD



*“La posibilidad de realizar un sueño  
es lo que hace  
que la vida sea interesante”*

Paulo Coelho.

Dedicado a mis padres, mi hermana y mis amigas,  
de quienes recibí apoyo incondicional  
durante toda la carrera.

A mis papas, por apoyarme desde el momento en que decidí estudiar esta profesión, alentarme cada vez que se presentaban obstáculos y confiar plenamente en mí.

A mi abuela Susana, que hizo que esta meta de mi vida sea posible y valorar tanto mi esfuerzo.

A mi hermana, Sol, por estar en todo momento, acompañarme y motivarme a seguir siempre.

A toda mi familia, que me apoyó durante toda la carrera.

A mis amigas de toda la vida, quienes fueron las que siempre me alentaron a seguir y a no bajar los brazos.

A mis amigas de la facultad y futuras colegas, con quienes compartí todos estos años, me apoyaron y me motivaron a seguir siempre.

A mi amiga y futura colega, Cami, con quien compartí a la par toda la carrera, me alentó y me ayudó en todo momento que lo necesité.

A mi asesora metodológica, la Dra. Mg. Vivian Minnaard, le agradezco enormemente por su paciencia, apoyo y vocación.

A mi tutora, la Lic. Guillermina Riba, quien me ayudó y me guio con su conocimiento y experiencia, para hacer posible este trabajo.

Al Lic. Daniel Meligeni, agradecerle por brindarme su ayuda en la realización del análisis de datos.

A la Universidad FASTA, que me permitió seguir esta hermosa profesión y resolver mis inquietudes a lo largo del trayecto.

La obesidad es considerada por la OMS; como uno de los problemas más graves de salud mundial del siglo XXI; siendo estimada como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías tales como: enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 (DMT2), diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios y artritis, lo que lleva a un mayor riesgo de mortalidad.

**Objetivo:** Indagar la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios y caracterizar las redes de apoyo y estilo de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2018.

**Materiales y métodos:** El estudio se caracteriza por ser de tipo descriptivo, no experimental y de corte transversal, que combina tanto el enfoque cuantitativo como cualitativo. La muestra es no probabilística por conveniencia compuesta por 21 pacientes entre 18 y 65 años sometidos a cirugía bariátrica. Los datos fueron recabados por medio de una encuesta administrada en la cual se describió el estilo de vida, a través de, los patrones de consumo alimentario mediante un registro alimentario cualitativo y práctica de actividad física. Además, se indago sobre la ingesta de suplementos dietarios, la autopercepción de la imagen corporal a través del método adaptado de Stunkard y Stellard (1990) y las redes de apoyo social mediante el cuestionario MOS de 20 ítems.

**Resultados:** Con respecto a la autopercepción de la imagen corporal, el 81% se perciben más delgados de lo que realmente son y el 100% de los pacientes desean estar más delgados. En cuanto al registro alimentario, se determinó que solo el 14% cumple con la recomendación diaria de proteínas y se registró un mayor consumo de verduras, frutas y carnes blancas. El 71% realiza algún tipo de actividad física y el 76% consume algún tipo de suplemento. En relación a las redes de apoyo social, se pudo evaluar que el índice global máximo de apoyo social resulto con un promedio de 85 puntos, determinando un alto nivel de apoyo social.

**Conclusiones:** La cirugía bariátrica continúa siendo el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida, que consigue buenos resultados ponderales mantenidos en el tiempo, una mejora significativa de las comorbilidades y de la calidad de vida, así como un aumento de la supervivencia. Los pacientes deben aprender a convivir con nuevas imágenes de sí mismos y los viejos patrones de comportamiento que puede precipitar la vuelta a la situación previa a la cirugía por lo que deben comprender que la modificación del estilo de vida es primordial para el mantenimiento del peso perdido a largo plazo.

**Palabras claves:** Cirugía bariátrica-autopercepción de la imagen corporal- suplementos dietarios- redes de apoyo-estilo de vida.

Obesity is considered by the WHO as one of the most serious health problems of the 21<sup>st</sup> century and a risk factor for pathologies such as: cardiovascular diseases, type 2 diabetes (T2DM), various cancer types, respiratory disorders, and arthritis, which lead to a major mortality risk.

**Objective:** Explore the self-perception of body image and the intake of dietary supplements, and typify the social support and life-style of bariatric surgery patients after 10 - 12 months who attend a specialized centre in laparoscopic surgery from Mar del Plata during 2018.

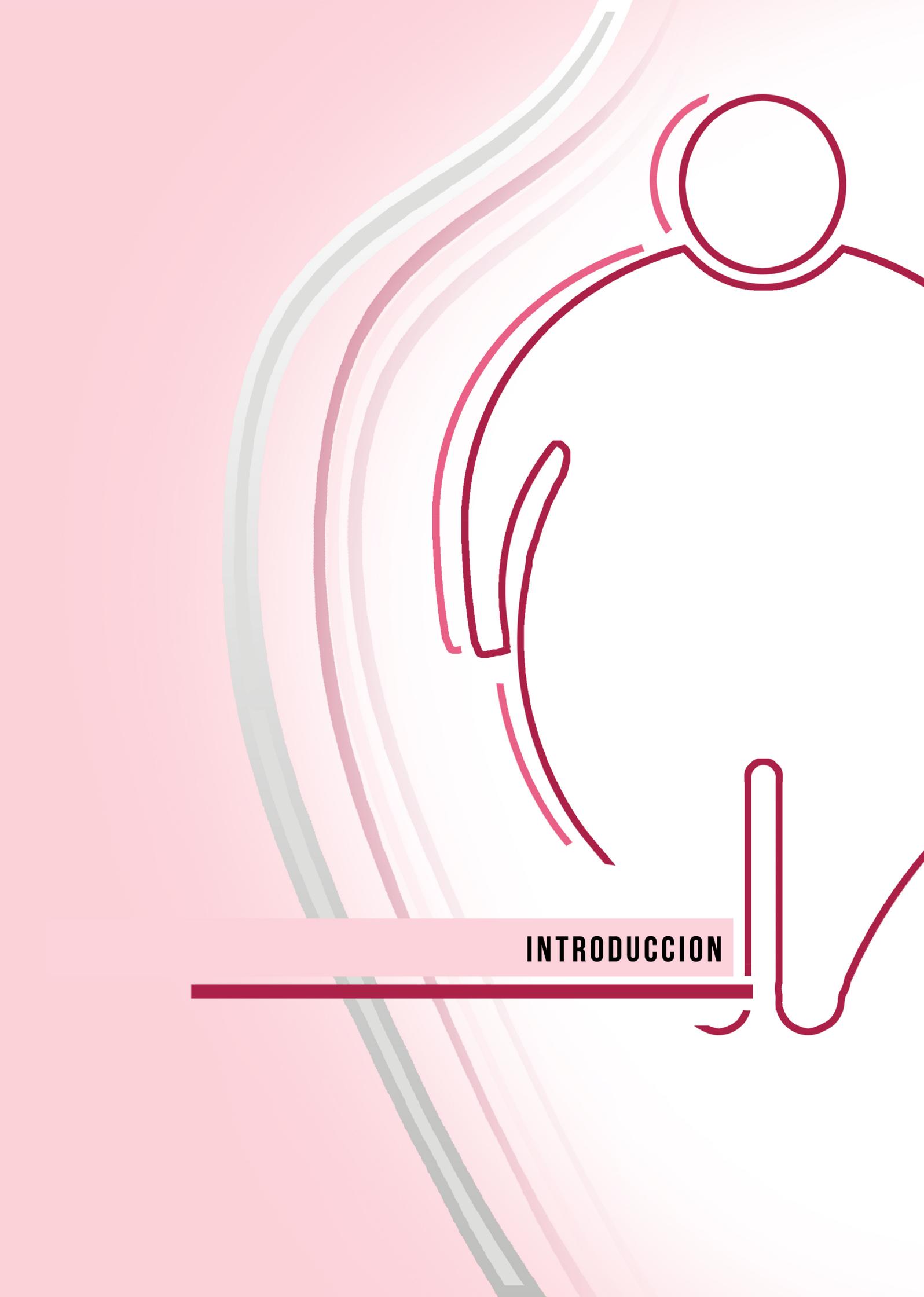
**Materials and methods:** The selected type of study is descriptive, non-experimental and transversal, and combines the quantitative and qualitative approaches. The non-probabilistic sample of convenience consists in 21 bariatric surgery patients between 18 and 25 years old. Data was collected by means of a survey which described the life-style through food consumption patterns based on a qualitative nutritional record and physical activity practice. In addition, it also explored the intake of dietary supplements, the self-perception of body image through the Stunkard and Stellard customized approach (1990), and the social support via a 20 items MOS questionnaire.

**Results:** Regarding self-perception of body image, 81 % of patients perceives themselves thinner of what they are and 100 % of patients wants to be thinner. In terms of the nutritional record, it has been determined that only 14 % of patients meets the daily protein intake and the consumption of vegetables, fruit and white meats has increased; 71 % of patients practices some physical activity and 76 % intakes some kind of dietary supplement. Concerning social support, it has been proved that the global maximum rate is at 85 points, showing a high level of social support.

**Conclusions:** Bariatric surgery is still the most successful treatment for morbid obesity and has achieved positive weighted results along time, a considerable improvement of the comorbidities and the life quality, as well as an increase in survivorship. Patients must learn to live with their new body images and their old behavioral patterns that may lead them to their previous state before the surgery; that is why they must understand that the modification of their life-style is essential to preserve their weight loss along time.

**Key words:** Bariatric surgery – self-perception of body image – dietary supplements – social support – life-style

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1: CIRUGÍA BARIÁTRICA</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 2: ESTILO DE VIDA Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES POST CIRUGÍA BARIÁTRICA</b> .....	<b>20</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>32</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>67</b>



**INTRODUCCION**

La obesidad es considerada por la OMS; como uno de los problemas más graves de salud mundial del siglo XXI; siendo estimada como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías tales como: enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 (DMT2), diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios y artritis, lo que lleva a un mayor riesgo de mortalidad (Elgart et al. 2010)<sup>1</sup>.

En Argentina, de acuerdo a los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), la obesidad pasó de una prevalencia de 14,6% en el año 2005 a una de 20,8% en el 2013. Además el 3,5% de la población adulta presenta obesidad severa y muy severa, con mayor presencia en las mujeres y la obesidad grado 1 muestra una prevalencia de 11% que se observa mayoritariamente en los hombres (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)<sup>2</sup>.

Los éxitos que se logran a corto y mediano plazo con los tratamientos convencionales, suelen fracasar a largo plazo fundamentalmente en obesos mórbidos, los que generalmente recuperan su peso original antes de los 5 años. A causa de ello, se implementa la cirugía bariátrica, como herramienta para el manejo en pacientes con obesidad mórbida, pero para que sea exitosa es fundamental contar con un equipo interdisciplinario entrenado en el manejo bariátrico pre y posquirúrgico, con una propuesta de tratamiento a largo plazo (Pampillon, 2016)<sup>3</sup>.

El seguimiento nutricional tras la cirugía es necesario debido a las frecuentes modificaciones y/o restricciones alimentarias para reforzar las pautas de alimentación, controlar las comorbilidades, detectar y tratar las complicaciones metabólicas asociadas, principalmente deficiencia de vitaminas y minerales (Rubio, Rico & Moreno, 2005)<sup>4</sup>.

El estudio de Botella Romero y colaboradores (2011)<sup>5</sup>, comprobó que en más de la mitad de los pacientes se encontraron déficits de vitaminas A, D, K y zinc a los 12 meses de la cirugía, lo que obliga a un seguimiento continuo para prevenir y tratar las mismas. Una de las causas de la presencia del déficit es por la pobre adherencia a la ingesta de suplementos orales por parte de los pacientes.

---

<sup>1</sup> El objetivo del estudio fue obtener conocimientos aplicables al diseño de estrategias de prevención, control y tratamiento de la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular.

<sup>2</sup> Se recogió información sociodemográfica y se indagó sobre la salud general, la actividad física, el acceso a la atención médica, el proceso de atención, la alimentación, el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno, el consumo de alcohol, el peso corporal (sobrepeso y obesidad), la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, las afecciones crónicas, las lesiones y detección precoz de cáncer (mamografía, PAP y pruebas de rastreo de cáncer de colon).

<sup>3</sup> Actualización del Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica (2016)

<sup>4</sup> Los autores discuten alguna de las consideraciones dietéticas relacionadas con complicaciones de la cirugía.

<sup>5</sup> Valoraron la pérdida de peso y del desarrollo de síndromes carenciales en pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica mediante la técnica del cruce duodenal. Siendo esta una técnica muy efectiva para conseguir una importante pérdida de peso de forma mantenida, pero con elevados déficits nutricionales.

Además es imprescindible investigar en estos pacientes la autopercepción corporal, ya que, influyen múltiples factores que interaccionan entre sí, como las vivencias afectivas y experiencias que van consolidando la personalidad o la autoestima (Marrodán et al. 2008)<sup>6</sup>.

Se refleja en los pacientes una auto percepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima, lo que lleva a que se sientan más atractivos, con mayor seguridad y aceptación (Rojas et al. 2011)<sup>7</sup>. Por lo tanto es evidente que la cirugía bariátrica mejora la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento psicosocial de las personas tras la pérdida de peso (Yupanqui, Muñoz & Guerra, 2008)<sup>8</sup>.

El sedentarismo es factor fundamental en la propagación de la epidemia de obesidad y el ejercicio físico es parte esencial del tratamiento, ya que, ayuda notablemente al mantenimiento del peso perdido tras la cirugía (Mazure Lehnhoff et al. 2007)<sup>9</sup>. Lecaros, y colaboradores (2015)<sup>10</sup> refieren que aunque las personas tienen mayor conciencia sobre cómo se alimentan después de la cirugía, les cuesta controlar la ingesta de los alimentos hipercalóricos, los que en forma progresiva van formando parte nuevamente de su dieta alimentaria.

Asimismo, las redes de apoyo con las que cuenta el paciente son un factor motivacional para mantener y conservar el peso adecuado a largo plazo que en conjunto con la adquisición de un nuevo estilo de vida favorecen al éxito de la cirugía (Ortiz Torres, 2013)<sup>11</sup>.

Se puede decir que, si bien la cirugía no cura la obesidad, pero si es una herramienta que permite mejorar la calidad de vida del paciente, junto con cambios en los hábitos alimentarios y estilo de vida, para lograr que sea exitosa y de esta forma prevenir la ganancia de peso.

---

<sup>6</sup> Analizaron la autopercepción, conformidad con la imagen corporal y prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en 716 jóvenes españoles y argentinos. Apareciendo la insatisfacción con la propia imagen como probable factor de predisposición al desarrollo de TCA.

<sup>7</sup> La pérdida de peso producto de la cirugía bariátrica tiene consecuencias psicosociales positivas, mejora la calidad de vida, con un incremento de la salud global y una mejor adaptación social.

<sup>8</sup> Revisaron los efectos adversos metabólicos de la cirugía bariátrica en particular del bypass gástrico, así como su diagnóstico y manejo médico o quirúrgico.

<sup>9</sup> Estos autores consideran que la monitorización personalizada del ejercicio ofrece las ventajas de motivar y obligar al paciente haciéndolo consciente de sus posibilidades y evitando el rechazo inicial al ejercicio

<sup>10</sup> Describir los significados y vivencias de pacientes adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica en clínicas privadas de Chile. Concluyendo que es necesario continuar investigando desde la subjetividad de los propios pacientes dado el impacto que la obesidad y la cirugía bariátrica tienen en la vida de las personas.

<sup>11</sup> El estudio tiene como objetivo principal identificar los cambios que se presentan tras la cirugía bariátrica en la familia desde la perspectiva del paciente.

Ante lo expuesto anteriormente se plantea el siguiente problema de investigación:

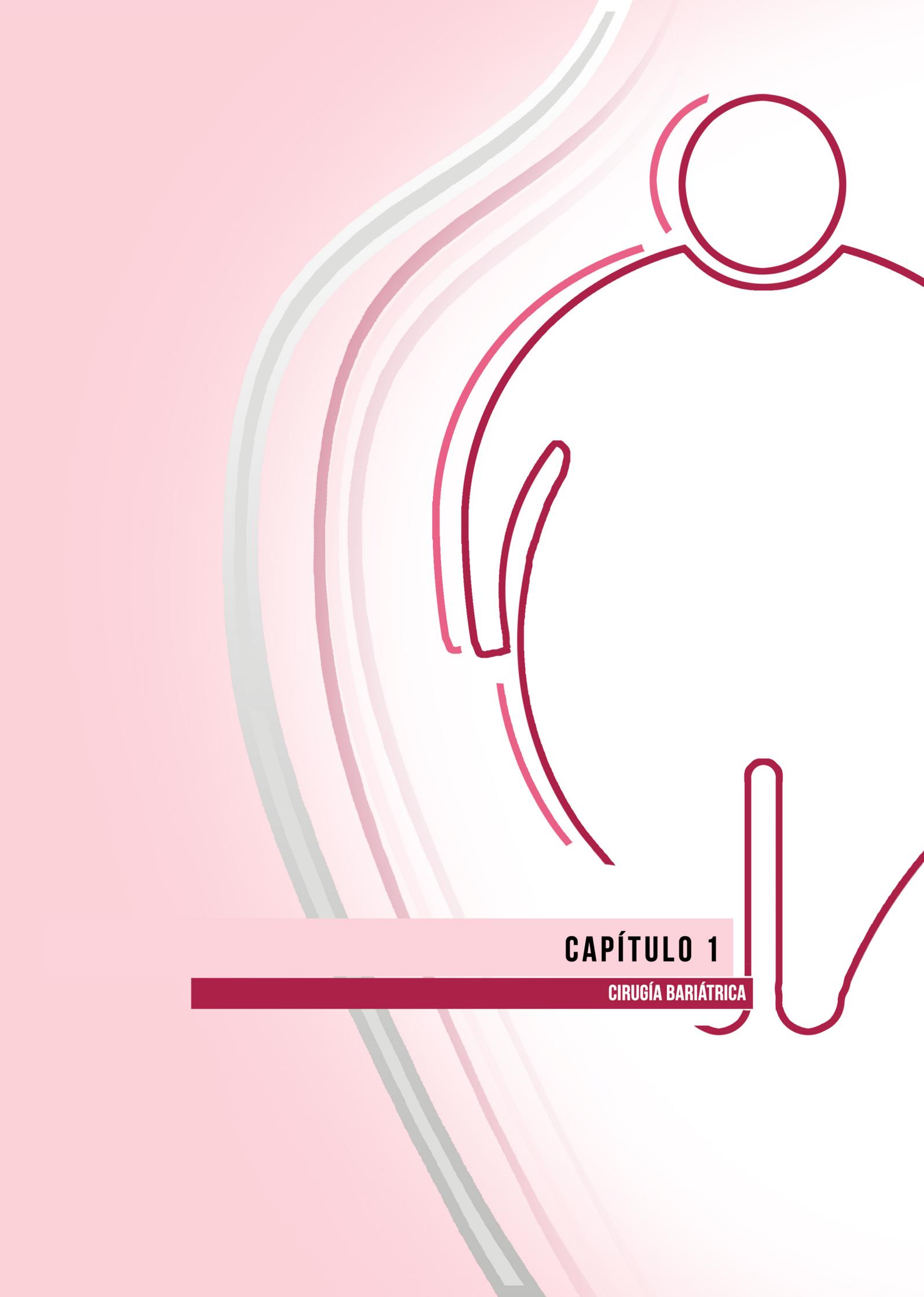
¿Cuál es la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios, redes de apoyo y estilo de vida en pacientes de 18 a 65 años sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2018?

El objetivo general es:

- Indagar la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios y caracterizar las redes de apoyo y estilo de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica.

Los objetivos específicos son:

- Identificar la ingesta de suplementos dietarios en el postoperatorio.
- Determinar el tipo, la frecuencia y duración de actividad física que realizan.
- Caracterizar los patrones de consumo alimentario de los pacientes.
- Examinar las redes de apoyo funcional del paciente en el tratamiento.
- Sondear la autopercepción de la imagen corporal luego de la pérdida de peso tras la cirugía y el estado nutricional.



# CAPÍTULO 1

CIRUGÍA BARIÁTRICA

El incremento en la prevalencia de obesidad en el mundo es alarmante y actualmente es el trastorno metabólico más común, transformándose en una epidemia global, responsable del aumento de la morbilidad y mortalidad del paciente. La obesidad es una causa importante para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles (ENT), en 2010 se halló que representaban el 86% de las muertes y el 77% de la carga de morbilidad en Europa (Webber et al. 2014)<sup>12</sup>. La epidemia de obesidad casi se ha triplicado en los últimos 45 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018)<sup>13</sup>, en el año 2016, más de 1.900 millones de adultos, mayores de 18 años, tenían sobrepeso, y de estos más de 650 millones eran obesos: datos que arrojan que alrededor del 13% de la población adulta del mundo, el 11% de los hombres y el 15% de las mujeres, eran obesos. De manera preocupante, ocurre de forma similar en los niños, donde alrededor de 124 millones de niños y adolescentes, 6% de las niñas y 8% de los niños, eran obesos.

La temática de la obesidad se convirtió en una cuestión de potencial preocupación a mediados de la década de 1970 (James, 2008)<sup>14</sup>. A principios de la década de 1990, la OMS convocó a cuatro equipos para evaluar el problema de desnutrición u obesidad de una nación tanto en niños como en adultos<sup>15</sup>. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) inicialmente no consideró la obesidad como un problema hasta que Peña y Bacallao (2000)<sup>16</sup> reunieron datos de varios países de América Central y del Sur; demostraron que la obesidad era también una característica vinculada a la pobreza y, a menudo, se asociaba con la malnutrición coexistente tanto en las familias como en la comunidad en general. Previo relevo mediante un informe<sup>17</sup>, sobre dieta, actividad física y enfermedades crónicas La OMS

---

<sup>12</sup> En su documento, los autores proyectan la carga futura de enfermedad coronaria (EC), accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2 y siete cánceres para 2030 en 53 países de la Región de Europa de la OMS en función de las tendencias actuales y anteriores del índice de masa corporal (IMC). También prueba el impacto de las intervenciones de obesidad en la carga futura de la enfermedad.

<sup>13</sup> La Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016) y sus seis recomendaciones a fin de dar respuesta al entorno obesogénico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil.

<sup>14</sup> El autor expresa que el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad fue establecido en teoría por la OMS en 1948, tomando la Clasificación Internacional de Enfermedades, pero se consideró irrelevante la posibilidad de destacarlo como potencial problema de salud pública en otro lugar fuera de EEUU y el Reino Unido.

<sup>15</sup> Recién en 1995 la OMS encontró mayores problemas de sobrepeso que insuficiencia ponderal en muchos países en desarrollo, pero requirió la primera consulta especial sobre obesidad en 1997 y particularmente los análisis de la carga de morbilidad del Milenio.

<sup>16</sup> En el libro, incluyen contribuciones de investigadores respetados en ciencias de la nutrición. Y definen el problema de la obesidad y establecer sus características particulares en la región, así como sus tendencias y determinantes.

<sup>17</sup> En el informe 916, examinaron la base científica de la relación entre la dieta y los patrones de actividad física, y las principales enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Se hacen recomendaciones para ayudar a prevenir la muerte y la discapacidad de estas enfermedades. Estos objetivos de consumo de nutrientes y actividad física de la población deberían contribuir al desarrollo de estrategias regionales y directrices nacionales para reducir la carga de enfermedades relacionadas con la nutrición: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, diversas formas de cáncer, osteoporosis y enfermedades dentales.

en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), intentaron iniciar un plan práctico para combatir la obesidad y las enfermedades crónicas haciendo que la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, donde se acordó una estrategia preventiva. Desde entonces, a pesar de que el exceso de peso se considera el quinto riesgo principal de muertes en todo el mundo según la OMS, no ha sido posible frenar exitosamente la epidemia de obesidad.

La regulación del peso corporal requiere poderosos mecanismos de retroalimentación, que controlen la masa corporal grasa. Sin embargo, un desequilibrio continuado entre la ingesta y el gasto energético en la vida diaria contribuye al desarrollo de la obesidad. El control del peso corporal y la composición depende de un eje con tres componentes estrechamente relacionados entre sí: apetito, metabolismo de nutrientes y termogénesis, y depósitos grasos corporales, de los que existen complejos mecanismos de retroalimentación entre ellos (Beer-Borst et al. 2000)<sup>18</sup>. Por lo que el peso corporal finalmente determinado por la interacción de factores genéticos, ambientales como hábitos dietéticos y de actividad física, y psicosociales que actúan a través de diferentes mecanismos fisiológicos del apetito y del metabolismo energético.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Tres factores participan específicamente en el mantenimiento de la constancia del peso corporal: utilización metabólica de los nutrientes, hábitos alimentarios y actividad física. Los genes que, a su vez, pueden influenciar el gasto energético, el metabolismo de sustratos y el apetito (Martínez et al. 2002)<sup>19</sup>.

Existen numerosos métodos para evaluar el sobrepeso y la obesidad, se puede estimar por índice de masa corporal (IMC; OMS, 2014)<sup>20</sup> de forma variada junto con medidas de

---

<sup>18</sup> Los autores, pertenecientes a EURALIM (EUROPE ALIMENTATION), realizaron un estudio colaborativo, destinado a determinar y describir en qué medida los datos europeos sobre distribuciones de factores de riesgo de obesidad en diferentes poblaciones podrían agruparse y armonizarse en una base de datos común para comparaciones internacionales.

<sup>19</sup> Los autores hipotetizan que el control del peso corporal y la composición depende de un eje integrado por tres componentes autoregulados: apetito, metabolismo, termogénesis y depósitos grasos. Consideran que el estudio de la genética y el estilo de vidas implicadas en la ganancia de peso corporal y la obesidad pueden facilitar la puesta en marcha de acciones de prevención.

<sup>20</sup> El índice de poder sugerido por primera vez por Quetelet se ha convertido en el enfoque más utilizado para medir la adiposidad. Las autoridades de salud pública, como la Organización Mundial de la Salud, respaldan su uso a pesar de sus limitaciones.

circunferencia de cadera, cuello y cintura (Ben-Noun, Sohar, & Laor, 2001<sup>21</sup>; Lee, 2016<sup>22</sup>), exceso de peso corporal (Bray et al., 2009)<sup>23</sup> y adiposidad corporal (Bergman et al., 2011)<sup>24</sup> junto con comorbilidades y limitaciones funcionales.

Las crecientes tasas de obesidad no deben ser atribuidas directamente a cambios en el componente genético, aunque dichas variantes que permanecieron “silenciosas” pueden ahora manifestarse por la alta disponibilidad de energía en las dietas hipergrasas y por el creciente sedentarismo de las sociedades actuales (Galgani & Ravussin, 2008)<sup>25</sup>. Este último alude a factores ambientales y sociales dentro del proceso de modernización y reestructuración socioeconómica en países desarrollados y en vías de desarrollo ha modificado los modelos nutricionales y de actividad física. Los sistemas de alimentación han mejorado la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética, mientras que los estilos de vida sedentarios están extendiéndose constantemente.

El exceso de peso aumenta drásticamente el riesgo de una persona de desarrollar una serie de enfermedades no transmisibles y crónicas, como diabetes, hipertensión, accidente cerebrovascular, dislipemia, apnea del sueño, cáncer, esteatohepatitis no alcohólica y otras comorbilidades graves. Dentro de las personas con obesidad, la OMS (2016)<sup>26</sup> acentúa que el 44% posee diabetes mellitus tipo 2 (T2DM), el 23% padece enfermedad isquémica del corazón y alrededor del 7 al 41% tienen ciertas cargas de cáncer a causa del sobrepeso y la obesidad. En la mayoría de los países europeos, el sobrepeso y la obesidad son responsables de aproximadamente el 80% de los casos de DMT2, el 35% de la cardiopatía isquémica y el 55%

<sup>21</sup> Realizaron un estudio observacional para evaluar un método de identificación de pacientes con sobrepeso u obesos midiendo únicamente la circunferencia del cuello. la medición NC es una medida de detección simple y que ahorra tiempo que puede usarse para identificar a pacientes con sobrepeso y obesos. Los pacientes con NC  $\geq 37$  cm para los hombres y  $\geq 34$  cm para las mujeres requieren una evaluación adicional del estado de sobrepeso u obesidad.

<sup>22</sup> Presenta gráficos de porcentaje de grasa corporal (PBF) basados en el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura (WC) que pueden complementar las pautas actuales de salud pública para la obesidad. Propone tablas PBF, que incorporan información de tres dimensiones que son tan simples de leer como una tabla de IMC para ayudar a determinar el nivel de obesidad de una persona.

<sup>23</sup> Proponen que la pérdida de peso se exprese como un "porcentaje de pérdida de exceso de peso corporal" (% EBWL), que proporciona una mejor estimación de la cantidad de pérdida de peso que se ha logrado en relación con un nivel de objetivo definido. Este método se usa generalmente para expresar el cambio de peso después del tratamiento quirúrgico para la obesidad. El uso de una métrica estándar facilitará la comparación entre los ensayos conductuales, médicos y quirúrgicos para la pérdida de peso y, por lo tanto, puede ser beneficioso para los pacientes

<sup>24</sup> Definen un parámetro alternativo al IMC, el índice de adiposidad corporal (BAI = ((circunferencia de la cadera)/((altura) 1.5 ) -18)). El BAI se puede usar para reflejar el% de grasa corporal en hombres y mujeres adultos de diferentes etnias sin corrección numérica

<sup>25</sup> Los autores revisan el conocimiento actual del papel del gasto energético diario y la oxidación de nutrientes en la regulación de los balances de energía y sustrato, y por lo tanto, en la etiología de la obesidad.

<sup>26</sup> La Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil (2016) y sus seis recomendaciones a fin de dar respuesta al entorno obesogénico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil

de la enfermedad hipertensiva en adultos (Frühbeck et al. 2013)<sup>27</sup>. Además, una gama de condiciones debilitantes como la osteoartritis, las dificultades respiratorias, la enfermedad de la vesícula biliar, la infertilidad y los problemas psicosociales, que reducen la esperanza de vida, la calidad de vida y la discapacidad, son extremadamente costosas en términos de ausencia del trabajo y uso de la salud recursos (Finkelstein et al. 2009)<sup>28</sup>. Cabe destacar que la esperanza de vida de las personas con obesidad severa se reduce en un período estimado de 5 a 20 años según el sexo, la edad y la raza. Flegal y colaboradores (2013)<sup>29</sup> analizaron las causas de mortalidad, con la inclusión de casi 3 millones de personas, y que abarcaba 270,000 muertes, informaron que, en relación con el peso normal, los grados de obesidad 1, es decir, un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, y grados 2 y 3, es decir, un IMC 35-40 kg/m<sup>2</sup> y > 40 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, se asociaron con una mortalidad significativamente mayor debido a sus causas.

La pérdida efectiva de peso cura o mejora significativamente estas enfermedades y, por lo tanto, disminuye las probabilidades de desarrollar en un futuro complicaciones de salud relacionadas con ellas (Abeles & Shikora, 2008)<sup>30</sup>. Los métodos tradicionales para bajar de peso, como las dietas hipocalóricas restrictivas, cambios de estilo de vida, el ejercicio y diversos fármacos como la sibutramina<sup>31</sup> (James et al. 2010)<sup>32</sup> o tetrahidrolipstatina<sup>33</sup>, no han demostrado resultados significativos a largo plazo, pues no siempre dan los resultados deseables para combatir la cantidad de efectos y perjuicios que pueden acontecer a una persona obesa, ya sea por ineficacia de los medicamentos, por falta de poder adquisitivo por

---

<sup>27</sup> Consideran que es claramente imperativo que la obesidad se enfoque como un área para acción inmediata y prioridad. Se necesita urgentemente una estrategia integral y proactiva para enfrentar los desafíos planteados por la epidemia de obesidad de forma sostenible.

<sup>28</sup> Su análisis presenta estimaciones actualizadas de los costos de la obesidad para los Estados Unidos en los pagadores (Medicare, Medicaid y aseguradoras privadas), en categorías separadas para pacientes hospitalizados, no hospitalizados y con medicamentos recetados..

<sup>29</sup> Compilan y resumen los análisis publicados de IMC y la mortalidad por todas las causas que proporcionan los cocientes de riesgos (HR) reportados de mortalidad por todas las causas para el sobrepeso y la obesidad en relación con el peso normal en la población general. El uso de agrupaciones de IMC estándar predefinidas puede facilitar las comparaciones entre estudios.

<sup>30</sup> Consideran que los tratamientos no quirúrgicos generalmente son inadecuados para lograr una pérdida de peso significativa y sostenida. Los enfoques quirúrgicos son actualmente opciones seguras y efectivas para la pérdida de peso a largo plazo, así como para mejorar las comorbilidades relacionadas con la obesidad y mejorar la esperanza de vida.

<sup>31</sup> Es un inhibidor de la recaptación de la norepinefrina y la serotonina que fue aprobado para el control del peso en pacientes que no pueden perder peso mediante la dieta y el ejercicio solos. La sibutramina induce saciedad (lo que resulta en una ingesta de alimentos reducida) y un aumento en el gasto de energía. En los últimos años fue prohibido en varios países

<sup>32</sup> El ensayo SCOUT mostró que entre los sujetos que estaban recibiendo tratamiento a largo plazo con sibutramina, aquellos con condiciones cardiovasculares preexistentes tenían un mayor riesgo de infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no mortal pero no de muerte cardiovascular o muerte por cualquier causa

<sup>33</sup> El orlistat o tetrahidrolipstatina, es un fármaco para tratar la obesidad mediante la inhibición potente selectiva y reversible de las lipasas gástricas y pancreáticas. Actúa principalmente reduciendo la absorción de la grasa contenida en los alimentos al inhibir la hidrólisis de los triglicéridos, aumentando su eliminación por las heces en un 30%. Su función principal es que evita la absorción de parte de las grasas de la dieta humana, reduciendo así la ingesta de calorías. Es el único aprobado en la república argentina

parte de los pacientes o por falta de adherencia a los esquemas terapéuticos; sobre todo en aquellos pacientes con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 40 kg/m<sup>2</sup> (Sjöström, 2013)<sup>34</sup> Por lo tanto, la Cirugía Bariátrica se perfila como una estrategia moderna, no sólo para la reducción de peso, sino también como un método de control de cifras de glucemia<sup>35</sup> y de colesterol en sangre, por lo cual también se conoce como Cirugía Metabólica. Otras ventajas, incluyen la reducción de factores de riesgo cardiovasculares, mejoría drástica de la apnea del sueño, el reflujo, la fatiga, además del beneficio de una apariencia física más agradable para el paciente, con la consiguiente mejora de su autoestima y desempeño laboral.

La palabra Bariátrica, deriva de vocablos griegos que significan Medicina o Cirugía de la obesidad. La cirugía bariátrica (CB) es una intervención quirúrgica compleja, en la que se realizan modificaciones o alteraciones de la anatomía del tracto gastrointestinal, con fin de reducir la capacidad gástrica, asociada o no a la disminución de la absorción de los nutrientes ingeridos (Bennett, Mehta & Rhodes, 2007)<sup>36</sup>.

El objetivo de la cirugía bariátrica es que el paciente no solo pierda peso, sino también que mantenga la pérdida. Pero además es de vital importancia que los pacientes cambien su comportamiento alimentario y realicen actividad física frecuente para promover un cambio en el estilo de vida y así mantenerlo a través del tiempo. (Sjostrom et al. 2007)<sup>37</sup>. La cirugía ofrece la mejor posibilidad de perder una cantidad significativa de peso, mantener la pérdida y mejorar la calidad de vida, por lo que se considera como la opción más efectiva para el tratamiento de la obesidad mórbida, en pacientes con IMC<sup>38</sup> mayor de 40 kg/m ó un IMC > 35 en presencia de comorbilidad severa relacionada con la obesidad (Fujioka, DiBaise & Martindale, 2011)<sup>39</sup>, y que representan el 15% de la población adulta (Sturm, 2007)<sup>40</sup>. Estudios a largo plazo como el de Neovius y colaboradores (2012)<sup>41</sup>, proporcionan evidencia de una reducción sustancial de la

<sup>34</sup> El estudio Swedish Obese Subjects (SOS) es el primer ensayo controlado prospectivo a largo plazo con el objetivo de examinar si (i) la cirugía bariátrica y (ii) la pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica se asocia a una menor mortalidad en comparación con las tasas de mortalidad durante el tratamiento convencional en sujetos obesos de control simultáneo.

<sup>35</sup> Desde el 2011, la Federación Internacional de Diabetes la reconoció como una alternativa terapéutica

<sup>36</sup> La intervención quirúrgica es un medio seguro y efectivo para lograr una marcada reducción de peso a largo plazo. Los autores comparan y contrastan las opciones disponibles para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en base a una revisión de la literatura actual

<sup>37</sup> Los autores estudiaron los efectos de la cirugía bariátrica sobre la mortalidad en sujetos obesos suecos. Concluyen que La cirugía bariátrica para la obesidad severa está asociada con la pérdida de peso a largo plazo y la disminución de la mortalidad general.

<sup>38</sup> el IMC se calcula como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado

<sup>39</sup> En este artículo, los autores describen los problemas de nutrición que pueden estar presentes y que pueden afectar el curso de un paciente hospitalizado y/o críticamente enfermo que se ha sometido previamente a una operación bariátrica.

<sup>40</sup> Buscó estimar las tendencias para las categorías de peso extremo (IMC > 40 y > 50) para el período comprendido entre 1986 y 2005 en los EEUU, e investigar si las tendencias han cambiado desde el 2000. La expansión agresiva y costosa de la cirugía bariátrica en los últimos años no ha tenido un efecto visible en la contención de las tasas de obesidad mórbida en los EE. UU.

<sup>41</sup> Evaluaron el uso de la atención médica durante más de 20 años por pacientes obesos tratados convencionalmente o con cirugía bariátrica. Concluyen que, los pacientes tratados quirúrgicamente

mortalidad en pacientes con cirugía bariátrica y un menor riesgo de desarrollar nuevas comorbilidades relacionadas con la salud, junto con la disminución de la utilización de la atención médica y la disminución de los costos directos de atención médica.

Los procedimientos bariátricos actuales de pérdida de peso pueden clasificarse por mecanismo de acción: restrictivos, malabsortivos y mixtos. Los procedimientos restrictivos limitan el tamaño del estómago y, por lo tanto, reducen la ingesta de alimentos, como la banda gástrica ajustable (BGA). Los procedimientos malabsortivos reducen la capacidad de absorción de nutrientes del intestino delgado al segregar los alimentos de las enzimas digestivas y la bilis. La mezcla y la absorción se limitan al íleon distal. Como resultado, las calorías, especialmente de los alimentos grasos, son poco digeridas y excretadas. Los bypass yeyuno-ileal y yeyuno-colónico son dos procedimientos puramente malabsortivos. Al igual que la gastroplastia vertical con bandas, ésta última actualmente es la que menos se realiza<sup>42</sup> (Ikramuddin, Kellogg & Leslie, 2007)<sup>43</sup>. El bypass gástrico en-Y de Roux (RYGB)<sup>44</sup> y la derivación biliopancreática con o sin interruptor duodenal contienen elementos de diversos grados de restricción y mala absorción.

La banda gástrica ajustable, consta de un anillo de silastic inflable, unido a un tubo alimentador y a un reservorio posicionado en la fascia del recto abdominal. Se coloca en el fundus gástrico, cercano a la unión esofagogástrica, para reducir la capacidad gástrica a 20 mL. La banda se ajusta durante el seguimiento mediante la inyección transcutánea de solución salina en el reservorio. (Silecchia et al. 2004)<sup>45</sup>. El paciente a quien se le coloque una BGA deberá: tener un nivel de entendimiento adecuado para comprender las características de la restricción; demostrar adherencia al plan alimentario preoperatorio. Y tener un IMC < 45 Kg/m<sup>2</sup>. Al mismo tiempo, no es conveniente la BGA en pacientes comedores de dulces, picoteadores o con trastorno por atracones. Tampoco es conveniente en pacientes con reflujo gastroesofágico sintomático o esofagitis. Es el procedimiento más frecuente su popularidad estaría fundada en su seguridad, eficacia, durabilidad y capacidad de ser ajustada. Sin embargo, el pequeño remanente gástrico, aproximadamente de 15 a 30ml, creado por sobre la banda,

---

utilizaron más atención ambulatoria para pacientes internados y no primarios durante el primer período de 6 años después de someterse a cirugía bariátrica, pero no después.

<sup>42</sup> La gastroplastia con banda vertical fue el pilar de la cirugía bariátrica durante más de una década. Aunque este procedimiento rara vez se realiza, muchos de estos pacientes presentan insuficiencia o ingesta inadaptada y sus secuelas.

<sup>43</sup> Revisaron los desafíos técnicos al realizar estas revisiones utilizando técnicas mínimamente invasivas. Además, revisaron los resultados de la conversión laparoscópica y consejos para la selección de pacientes y el éxito.

<sup>44</sup> La derivación gástrica en Y de Roux (RYGB) está considerado como el tratamiento alternativo de referencia para el tratamiento de la obesidad grave.

<sup>45</sup> Realizaron un estudio prospectivo para evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias después de BGA y las posibles causas y el tratamiento con un enfoque mínimamente invasivo.

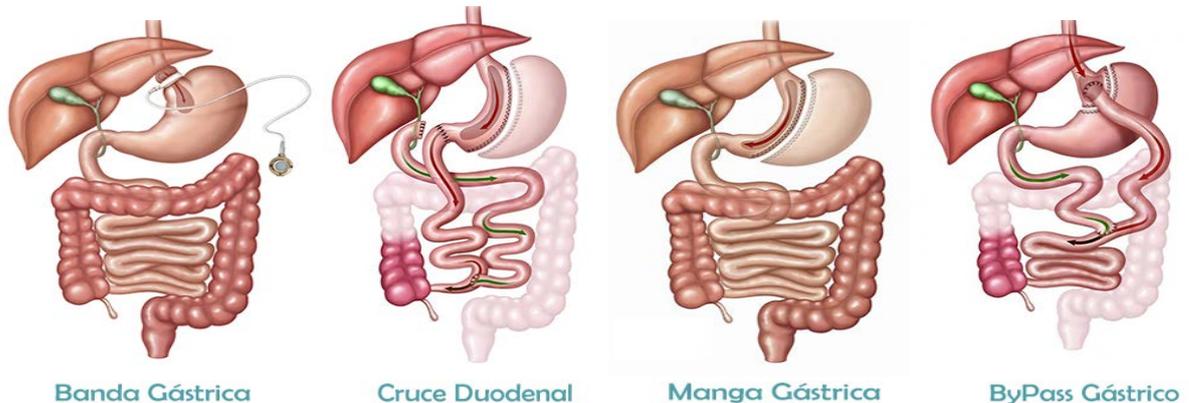
parece ser incapaz de acomodarse aun a pequeñas cantidades de comida. (Vélez, Arias & Gómez, 2011)<sup>46</sup>.

El by pass gástrico es considerado como el tratamiento quirúrgico estándar para la obesidad, consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico a expensas de la curvatura menor, de no más de 30ml. El estómago distal permanece in situ y quedo excluido del tránsito alimentario. Este procedimiento consigue una perdida adecuada de peso, mantenida en el tiempo, mejorando significativamente la comorbilidad y la calidad de vida, con una tasa de complicaciones aceptable (Rubio & Moreno, 2007)<sup>47</sup>.

La gastrectomía vertical en manga (GVM), comúnmente conocida como gastrectomía en manga, es una técnica relativamente nueva, se realiza la resección subtotal del fundus y el cuerpo gástrico, creando un tubo gástrico a lo largo de la curvatura menor del estómago, se extirpa alrededor de un 85 a 90% del estómago y no necesita la creación de anastomosis de ningún tipo.

Todos los procedimientos bariátricos realizados actualmente se pueden realizar abiertos o laparoscópicamente. La selección del procedimiento se basa en una evaluación exhaustiva de los problemas médicos, psicológicos y sociales del paciente.

Imagen N° 1: Diferentes procedimientos bariátricos



Fuente:<http://www.drapatriciamolina.com/img/servicios/cirugia-bariatrica-www.drapatriciamolina.com.jpg>

El éxito en cirugía bariátrica se define como la pérdida mínima del 50% del exceso de peso inicial del paciente obeso mórbido. Los mayores promedios de pérdida del exceso de peso que se logran a largo plazo son: 75% con la derivación bilio-pancreática, seguido por

<sup>46</sup> Este estudio pretende evaluar la seguridad y la eficacia del abordaje laparoscópico al practicar una nueva intervención por cirugía bariátrica fallida y evaluar los resultados de la conversión de una cirugía a otra.

<sup>47</sup> La alteración de la anatomía del tracto gastrointestinal tras la cirugía bariátrica, conlleva una modificación de las pautas alimentarias que deben adaptarse a las nuevas condiciones fisiológicas, ya sea en relación al volumen de las ingestas, como a las características de los macro y micronutrientes a administrar.

60% con el bypass gástrico en Y de Roux, 50% con la banda gástrica y 23% con la banda gástrica, el menor porcentaje de pérdida de peso (Gagner & Gumbs, 2007)<sup>48</sup>

A pesar de que se ha demostrado estas intervenciones como efectivas en la reducción de peso, pueden presentarse eventos adversos como una pérdida insuficiente de peso, ganancia de peso u otra complicación; y están muy relacionadas con el tipo de intervención quirúrgica (Parikh, Pomp & Gagner, 2007)<sup>49</sup>.

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, sea cual sea la técnica quirúrgica utilizada, son tributarios de ayuda nutricional antes y después de la intervención para prevenir o subsanar si los hubiere déficits nutricionales u otras complicaciones médicas. El rol del nutricionista en estos casos es evitar el déficit, las complicaciones y reducir los riesgos conocidos de la patología desde el único tratamiento no invasivo: la alimentación. El tratamiento nutricional preoperatorio tiene como fin primordial la reducción del hígado graso como también de la grasa abdominal, con el objeto de disminuir, posiblemente, tanto el tiempo operatorio como las complicaciones quirúrgicas y lograr una mayor pérdida de peso postoperatorio (Lewis et al. 2006)<sup>50</sup>. La pérdida de peso preoperatoria aguda justo antes de la cirugía juega un papel crucial en la preparación de pacientes con obesidad mórbida con indicación de cirugía bariátrica. Para lograrlo, habitualmente se indica una dieta hipocalórica, baja en carbohidratos simples y complejos, manteniendo el aporte proteico, el de vitaminas y el de minerales, en las cantidades diarias requeridas (Adrianzén Vargas, Cassinello Fernández & Ortega Serrano, 2011)<sup>51</sup>.

La preparación nutricional en el paciente que se realizará la intervención es necesaria para lograr el descenso de peso previo, disminuyendo tejido adiposo visceral y volumen hepático. Esto facilita la técnica quirúrgica y mejora los tiempos quirúrgicos, presenta menor riesgo de complicaciones y pérdida de sangre durante la cirugía, mejor recuperación post quirúrgica, con menos días de internación, y menor riesgo de conversión a cirugía abierta (Santo et al. 2014)<sup>52</sup>.

---

<sup>48</sup> Realizan una revisión de las conversiones de bandas gástricas para la obesidad al bypass gástrico Roux-en-Y, la manga gástrica o el cambio duodenal intenta determinar qué procedimiento de revisión mejora mejor la pérdida de peso.

<sup>49</sup> Revisaron retrospectivamente los datos de todos los pacientes sometidos a la conversión de RYGB fallido a BPD-DS. Sus resultados preliminares indican que la conversión laparoscópica a BPD-DS de RYGB fallido es altamente efectiva con una morbilidad aceptable.

<sup>50</sup> Evaluaron los efectos de 6 semanas con la dieta con muy baja cantidad de calorías (VLCD) de Optifast, en el volumen del hígado y el contenido de grasa. Sugieren que produce reducciones significativas relacionadas en el tamaño del hígado y el contenido de grasa hepática.

<sup>51</sup> Analizan las ventajas e inconvenientes de diferentes medios como son una dieta baja en calorías, una dieta muy baja en calorías o la colocación de un balón intragástrico. Sugieren que las dietas de muy bajo contenido calórico son más efectivas y necesitan menos tiempo que las dietas de bajo contenido calórico, y más económicas y con menos efectos secundarios que el balón intragástrico.

<sup>52</sup> Analizaron los resultados de un período de hospitalización por pérdida de peso preoperatoria en un grupo de pacientes súper obesos.

La principal y mayor dificultad que se presenta al desarrollar un plan alimentario radica en que este tipo de paciente debe recibir todos los nutrientes en volúmenes escasos y a través de un plan hipocalórico, por lo tanto la nutricionista debe realizar las estrategias necesarias para lograr dicho objetivo. Siempre adaptando el plan a las necesidades del paciente. Se realiza el cálculo de la tasa metabólica basal (TMB) y del gasto energético diario. Se debe lograr un balance energético negativo de 500 kcal/día para obtener una pérdida de peso de 0,4 kg (1 libra) a la semana (Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica, 2011)<sup>53</sup>. Sin embargo este balance negativo debe aportar un adecuado aporte de proteínas para mantener la función de la masa muscular, se tomara en cuenta la tolerancia, actividad física y el Gasto Energético en Reposo.

Lim, Blackburn y Jones (2010)<sup>54</sup>, sugieren la necesidad de lograr una pérdida preoperatoria de peso de 5 a 10%, sobre todo en aquellos pacientes que presentan un IMC mayor de 50 kg/m<sup>2</sup> o enfermedades concomitantes relacionadas con la obesidad. Apuntan al empleo de fórmulas entéricas por vía oral como sustitutos de las comidas, debido a que son más exitosas para perder peso que entrar en la explicación y la complejidad de reducir y seleccionar la alimentación de manera correcta y efectiva en un lapso tan corto de tiempo.

Estas fórmulas, según, deben contener como máximo por toma entre 180 y 200 kcal/ml, 15 a 20 g de proteína y no más de 16 g de carbohidratos. Se debe alentar a los pacientes a evitar los atracones de último minuto antes de la cirugía. Sustituir los sustitutos de las comidas por comidas regulares de 1 a 2 veces por día es una estrategia efectiva para la pérdida de peso preoperatoria. Los reemplazos de comidas controlados por porciones proporcionan una liberación de las dietas complejas y producen una pérdida de peso gradual y exitoso. Se recomienda disminuir 600 a 1000 calorías en la alimentación que la persona recibe, para pasar, según los tiempos de cada paciente, a un plan alimentario hipocalórico equilibrado, de 1200 a 1600 calorías, adecuado a las comorbilidades existentes, que permita corregir alteraciones nutricionales, aliviar o mejorar patologías gastrointestinales e ir modificando gradualmente el VCT, trabajando sobre los hábitos alimentarios.

El objetivo del plan alimentario previo no es únicamente facilitar el acto quirúrgico, sino también comenzar a modificar el estilo de vida del paciente. En este punto, es pertinente que la preparación nutricional con plan de descenso de peso se extienda por 6 meses, lo que permitirá monitorear y reestructurar los hábitos alimentarios, tales como la ingesta de líquidos altamente calóricos, el “picoteo” o “snacking”, y la falta de control de impulsos sobre la ingesta, estrechamente vinculados a la obtención de malos resultados tras la cirugía (Kalarchian et al. 2016)<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> En 2014 un grupo multidisciplinario de representantes de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) y Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO) se reunió para elaborar el I Consenso Argentino de Cirugía Metabólica

<sup>54</sup> La evaluación nutricional preoperatoria es un componente crítico del cuidado del paciente con WLS.

<sup>55</sup> Consideran que si la pérdida de peso previa a la cirugía se asocia con mejores resultados postoperatorios, se indica la implementación y evaluación adicional de los programas de modificación de dieta y estilo de vida prequirúrgicos.

En las 12 semanas previas a la cirugía, utilizar una dieta de muy bajas calorías (DMBC) con aporte proteico elevado, para acelerar la disminución del volumen hepático. (Braguinsky et al, 2007)<sup>56</sup>. Y a medida que se aproxime la cirugía, durante un periodo de 7 a 14 días antes, se recomienda adoptar una dieta de consistencia líquida, baja en grasas, con un valor calórico no mayor a 800 Kcal/día, un porcentaje proteico de 30 % y un 45 % de hidratos de carbono, que contemple reemplazos de comida (Edholm et al. 2011)<sup>57</sup>.

Cuando se adopten dietas de 800 calorías o menos, estas deben suplementarse con un multivitamínico mineral diario. Además, es importante que se ingieran 2 litros de líquidos al día, para evitar la deshidratación que podría producirse como consecuencia de una diuresis osmótica excesiva y para prevenir la constipación secundaria, derivada de una dieta muy baja en calorías (Leite Faria et al. 2015)<sup>58</sup>.

Una vez practicada la cirugía bariátrica, independientemente de si al paciente se le practica un procedimiento restrictivo o de mala absorción, se debe tener en cuenta que, se combinan varios factores que incrementan el riesgo para el estado nutricional del individuo.

Estos factores son la aparición de una rápida pérdida de peso y la disminución de la ingestión de alimentos. Las deficiencias nutricionales anteriores requieren un seguimiento nutricional cercano, con el fin de evitar complicaciones y consecuencias más graves. Es necesario evaluar en forma meticulosa los pacientes, con el fin de suplir los déficits nutricionales presentes y seleccionar apropiadamente la fórmula y la vía de alimentación (McClave et al. 2011)<sup>59</sup>.

Los objetivos del cuidado nutricional luego de las cirugías restrictivas son básicamente dos: por un lado, se necesita un adecuado aporte energético y nutricional para la recuperación post quirúrgica y la preservación de masa magra durante la pérdida importante de peso; por otro lado, los alimentos ingeridos luego de la cirugía deben minimizar el reflujo y la saciedad precoz, maximizando la pérdida de peso segura y sostenida. Es muy importante que los pacientes reciban educación apropiada e información sobre su manejo clínico y nutricional, y es necesario enseñarles a detectar deficiencias nutricionales que se pueden presentar en el tiempo y recalcarles la importancia del empleo de suplementos de proteínas, vitaminas y

---

<sup>56</sup>Un plan calórico muy bajo es para uso especializado, aporta menos de 800 Kcal/día. Deben ser suplementados con vitaminas y minerales. Además se reportan diferencias en el estado nutricional según las variables sociodemográficas, por lo que esto debería tenerse en cuenta.

<sup>57</sup> Exploraron los cambios en el volumen hepático y la grasa intrahepática en pacientes con obesidad mórbida durante 4 semanas de dieta baja en calorías (LCD) antes de la cirugía e investigaron si estos cambios facilitarían el siguiente bypass gástrico laparoscópico.

<sup>58</sup> Investigaron el efecto de una dieta líquida muy bajas en calorías (VLCD), en comparación con una de consistencia normal teniendo en cuenta la pérdida de grasa visceral (FV) y el perfil metabólico en pacientes obesos preoperatorios clínicamente graves. Los pacientes que consumieron una dieta líquida presentaron un efecto positivo en la reducción de la FV y una mayor pérdida de peso que el grupo de dieta normal

<sup>59</sup> Compila las conclusiones y recomendaciones para la terapia nutricional del paciente obeso y críticamente enfermo derivado del grupo de expertos que participan en este taller sobre la obesidad en la nutrición de cuidados intensivos.

minerales, con el fin de evitar complicaciones innecesarias, tanto en el postoperatorio inmediato como después de un año de la cirugía (Heber et al. 2010)<sup>60</sup>.

El manejo de fluidos durante el período posoperatorio temprano tiene como objetivos evitar la deshidratación y mantener un volumen urinario de más de 30ml/h ó 240ml/8hs, evitar la sobrecarga de volumen y mantener los electrolitos séricos en equilibrio. Debido a las limitaciones de volumen del reservorio gástrico, es necesario entrenar al paciente en la realización de una dieta fraccionada y de pequeños volúmenes. Se recomienda inicialmente ingerir pequeñas porciones de alimentos, equivalentes a 30 ml, para luego ir incrementándolas a 60 ml-100 ml, y así continuar, según lo previsto y tolerancia. A partir de las primeras semanas, se progresa hasta lograr el consumo de porciones equivalentes a una taza. (Pournadas & Le Roux, 2009)<sup>61</sup>. La estimación energética del paciente se realizara individualmente, no hay un rango determinado o específico para los pacientes obesos mórbidos que se han sometido a cirugía bariátrica ya que como en todos los casos los requerimientos se los obtiene mediante la valoración de cada paciente, sin embargo podemos acotar que el contenido energético que recibirá durante las primeras etapas serán de aproximadamente 800 kcal/día. En las etapas siguientes, el mismo va aumentando en forma gradual. A partir de los 6-12 meses, como la tolerancia es mayor y se produce una leve dilatación del reservorio gástrico, se incrementa el valor energético a 1200 o 1400 calorías diarias (Sabino et al. 2013)<sup>62</sup>

La dieta post cirugía se desarrolla en varias fases, con progresión de líquidos a sólidos y ampliación de la selección de alimentos. La primera fase tras la cirugía consiste en la administración de líquidos claros, durante 1-2 días, para seguir con una dieta líquida completa. Se progresa en consistencia a una dieta puré y luego blanda. La dieta blanda incluye alimentos como huevo, quesos magros y carnes magras de pollo, vacuno, cerdo o pescado, frutas y verduras cocidas y almidones dextrinizados. Es importante incorporar proteínas de alto valor biológico en cada comida. El objetivo nutricional es que el paciente consuma una dieta balanceada que: incluya porciones adecuadas de todos los grupos de alimentos; limite el consumo de azúcares agregados, dulces concentrados, frituras, gaseosas, cafeína y alcohol (Moize et al 2013)<sup>63</sup>; cubra las necesidades mínimas diarias de hidratos de carbono (100-130 g/día) y grasas (20 g/día), en base

---

<sup>60</sup> Buscaron proporcionar pautas para el manejo nutricional y endocrino de adultos después de la cirugía bariátrica, incluidas las personas con diabetes mellitus. La atención se centra en el período postoperatorio inmediato y la gestión a largo plazo para prevenir complicaciones, recuperación de peso y progresión de las comorbilidades asociadas con la obesidad.

<sup>61</sup> En su documento revisan los datos para la detección y la administración de suplementos después de los procedimientos bariátricos para diferentes vitaminas.

<sup>62</sup> La cirugía bariátrica per se genera deficiencias nutricionales que deben considerarse de antemano y, por lo tanto, ser tratadas y no obviadas. La administración a ciegas de suplementos nutricionales conlleva a pecar tanto por déficit como por exceso, lo cual genera consecuencias nutricionales a corto y a largo plazo.

<sup>63</sup> Su objetivo fue evaluar la relación entre la ingesta proteica (IP) y la pérdida de masa de tejido magro (LTM) después de la BS. Brindan evidencia de apoyo para los objetivos de PI de > 60 g / d o 1.1 g / kg de IBW / d como asociados a una mejor preservación de la LTM en el paciente BS.

a la RDA para adultos, y asegure una ingesta mínima de entre 60 g y 80 g/día de proteínas, ó 1,1 g/kg de peso ideal (según IMC de 25) por día (Mechanick et al. 2012)<sup>64</sup>.

La cirugía bariátrica también tiene el potencial para causar una variedad de complicaciones metabólicas y nutricionales. Estas complicaciones son mayormente producto de la cirugía que causa cambios anatómicos en el tracto gastrointestinal de los pacientes, particularmente con la derivación gástrica en Y de Roux y la división biliopancreática. Las complicaciones asociadas con la gastroplastia con banda vertical son principalmente debidas a la disminución de las cantidades de nutrientes específicos. La deficiencia de macronutrientes puede incluir una grave desnutrición energética nutrimental y malabsorción de grasa. Las deficiencias más comunes de micronutrientes son de vitamina B12, hierro, calcio y vitamina D. Otras deficiencias de micronutrientes que pueden llevar a complicaciones serias incluyen la de tiamina, folato y vitaminas liposolubles (Malinowsky, 2006)<sup>65</sup>. La ingestión inadecuada de calcio (Ca) y la enfermedad metabólica ósea puede ocurrir después de la derivación gástrica. La malabsorción de Ca contribuye al metabolismo alterado del Ca en los pacientes no advertidos previamente. La alteración en el metabolismo del calcio después de la cirugía, inducido por la pérdida de peso, parece ser regulada primariamente por los niveles de estradiol y pudiera afectar la masa ósea (Riedt et al. 2006)<sup>66</sup>. Las deficiencias nutricionales son complicaciones reconocidas de la cirugía bariátrica (Parkes, 2006)<sup>67</sup>. La deficiencia de tiamina ha sido documentada como una consecuencia posible de los métodos bariátricos de malabsorción y de restricción. Los pacientes obesos que se tratan con cirugía bariátrica pueden tener una significativa deficiencia de tiamina antes de la cirugía (Carrodegua et al. 2005)<sup>68</sup>. (Snyder Marlow, Taylor & Lenhard, 2010)<sup>69</sup>. La información acerca de los requerimientos de micronutrientes después de la cirugía bariátrica es insuficiente, aunque varios trabajos recomiendan la toma de un comprimido multivitamínico y mineral para BGA, y dos comprimidos para BPGYR, GVM y DBP, de una a dos veces al día (Fantelli Pateiro et al.

---

<sup>64</sup> Directrices para la práctica clínica, adoptadas por la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos, la Sociedad de Obesidad y Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica, en la toma de las condiciones clínicas específicas de cirugía bariátrica

<sup>65</sup> El consejo profesional, el control y los suplementos de nutrientes y minerales son esenciales para el tratamiento y la prevención de las complicaciones nutricionales y metabólicas después de la cirugía bariátrica.

<sup>66</sup> Algunos pacientes tienen baja absorción del Ca después de la cirugía, pero existe un considerable incremento en los marcadores de reabsorción ósea en todos los pacientes.

<sup>67</sup> Las deficiencias nutricionales más comunes son de hierro, ácido fólico y vitamina B12. La monitorización frecuente del estado nutricional de todos los pacientes puede ayudar a prevenir deficiencias clínicas graves. y evitar alimentos que son mal tolerados.

<sup>68</sup> Los adultos que tienen una ingestión alta de hidratos de carbono derivada principalmente de azúcares refinados y arroz, tienen un alto riesgo de desarrollar deficiencia de tiamina, porque la misma está ausente de las grasas, aceites y azúcares refinados.

<sup>69</sup> Presentan un protocolo para la atención nutricional pre y post-cirugía para LSG y el importante papel que desempeña el nutricionista en el equipo multidisciplinario. Estos pacientes están en riesgo de deficiencias de nutrientes debido a la disminución del ácido clorhídrico y del factor intrínseco de las células parietales extraídas y la ingesta dietética reducida debido a la disminución de los niveles de ghrelina. Por lo tanto, deben tomar suplementos diarios de micronutrientes, incluida la vitamina B-12 y el hierro potencialmente suplementario.

2014)<sup>70</sup>. Además del multivitamínico y mineral, y después de la reposición de la deficiencia de vitamina D (de 3000 UI por día hasta que los valores en sangre lleguen a 30 ng/dl), el paciente debe recibir de 1.200 mg a 1500 mg/día de calcio elemental, y de 1.000 UI a 2000 UI/día de vitamina D3 (colecalciferol) (O'Donell, 2011)<sup>71</sup>. No se han demostrado deficiencias de vitamina B2 o riboflavina, vitamina B3 o niacina, vitamina C o ácido ascórbico, ácido pantoténico o vitamina B5, vitamina E, ni de yodo. En la tabla a continuación se resumen las recomendaciones de suplementación (Fried et al 2014)<sup>72</sup>

Tabla N°1: Recomendaciones de suplementación de micronutrientes

Vit/Min	Suplementación
<b>MVM</b>	2/día
<b>Calcio</b>	1200-1500 mg/día citrato 2000 mg/día en DBP citrato
<b>D</b>	1000-2000 UI/día 2000-4000 UI/día (DPB)
<b>B12</b>	oral: 500-1000 ug/día. SL 500 ug/día IM 1000 ug/mes - 3000 c/6 meses
<b>Hierro</b>	45-60 mg/día en MVM
<b>A</b>	10.000 U/día MVM
<b>E</b>	15 mg/día MVM- 150-200 mg/día (DBP)
<b>K</b>	120 mcg/día MVM
<b>Tiamina</b>	20-30 mg/día MVM
<b>Zn</b>	15 mg/día en MVM
<b>Biotina</b>	2,5 g/día en MVM
<b>Cobre</b>	2 mg/día en MVM
<b>Fólico</b>	400 ug/día en MVM

Fuente: Actualización del Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica (2016)

El seguimiento post cirugía es necesario para reforzar las pautas alimentarias, controlar la evolución de las comorbilidades, detectar y tratar las complicaciones metabólicas secundarias a la cirugía, principalmente, deficiencia de vitaminas y minerales, así como las posibles complicaciones quirúrgicas que puedan detectarse.

<sup>70</sup> Crearon una herramienta de educación alimentaria (grafica alimentaria) destinada a pacientes de cirugía bariátrica para el postoperatorio en el largo plazo. adaptación de la gráfica de las «Guías alimentarias para la población argentina», que ayuda a los individuos a controlar y a mejorar la calidad de su alimentación; ofrece pautas sobre lo que debe comer una determinada población en términos de alimentos dando un marco para la correcta selección de los nutrientes a consumir.

<sup>71</sup> El proceso de malabsorción no es selectivo a los macronutrientes solos, y si no se controla cuidadosamente, las deficiencias de vitaminas y minerales pueden ocurrir y en diversos grados después de la operación. Lo que cada vez es más evidente es que algunos pacientes sufren efectos secundarios devastadores de estas deficiencias.

<sup>72</sup> Actualizan directrices europeas en guías clínicas para reflejar el conocimiento actual, la experiencia y los datos basados en evidencia sobre cirugía metabólica y bariátrica.

El Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica (2016)<sup>73</sup> recomienda monitoreo basal, 6 meses post cirugía y luego una vez por año de: Calcio, PTHi, fósforo, magnesio, 25 (OH) vitamina D, Vitamina B12, Ácido fólico, Ferritina, %Saturación de Transferrina, Hemograma, Coagulograma y RIN para detectar posibles deficiencias, en cuyo caso se adecuará la suplementación hasta lograr la repleción (Madsbad, Dirksen & Holst, 2014)<sup>74</sup>. El seguimiento nutricional es fundamental para lograr los objetivos propuestos.

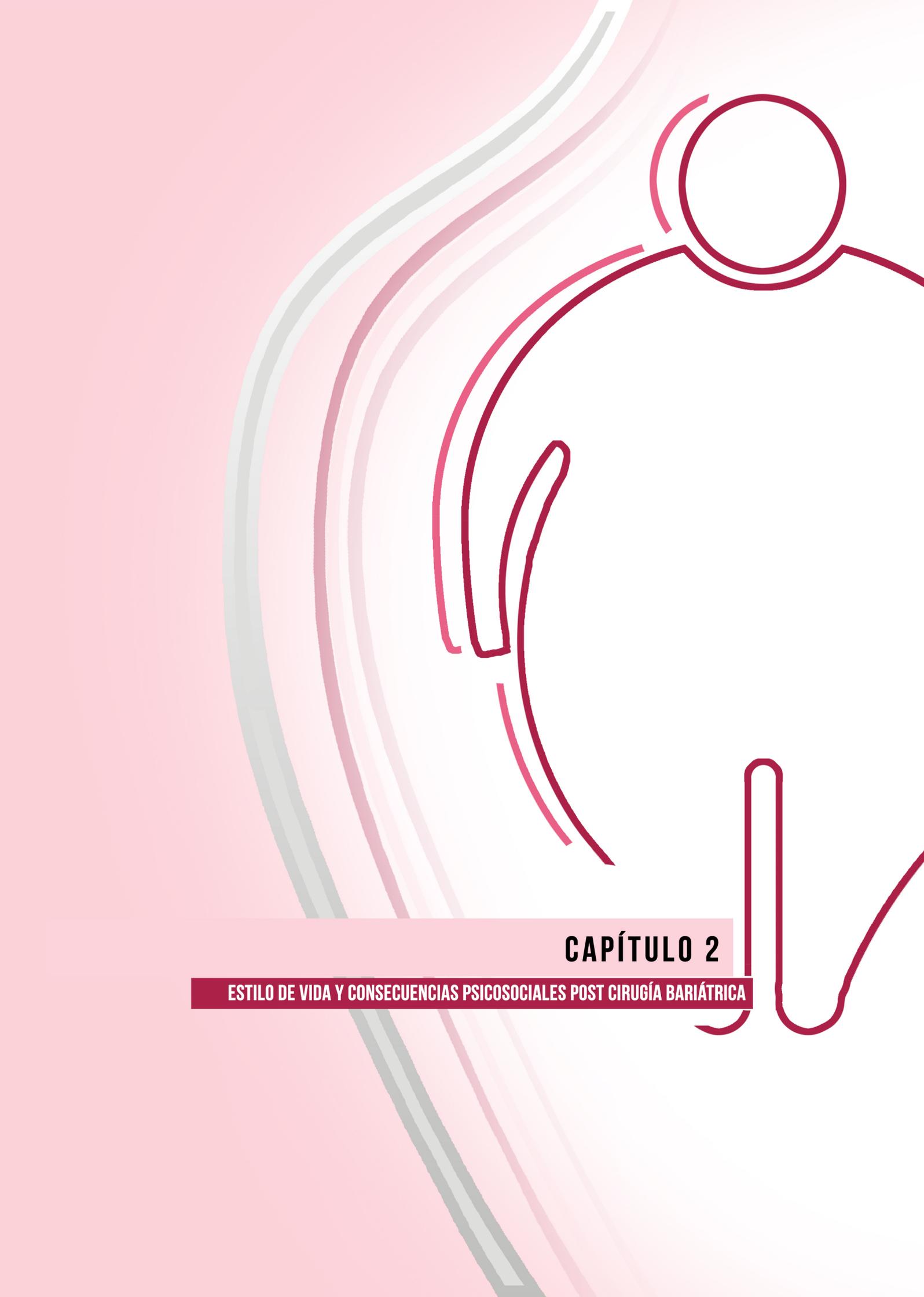
Como afirman Moreno y Rubio (2007)<sup>75</sup>, & el Consenso Argentino de cirugía Bariátrica, el equipo interdisciplinario debe realizar un adecuado y minucioso programa de entrenamiento educacional, con un seguimiento a largo plazo, ya que lo más importante no es la reducción de peso a corto o medio plazo, sino perseverar en mantener el peso perdido en el transcurso de los años.

---

<sup>73</sup> En 2014 un grupo multidisciplinario de representantes de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) y Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO) se reunió para elaborar el I Consenso Argentino de Cirugía Metabólica.

<sup>74</sup> Exploraron los posibles mecanismos subyacentes a los efectos sobre el metabolismo de la glucosa y el peso corporal de la cirugía LAGB, VSG y RYGB. La elucidación de estos mecanismos está proporcionando conocimiento sobre la regulación del peso corporal y la fisiopatología de la diabetes tipo 2, y podría ayudar a identificar nuevas dianas farmacológicas y mejorar las técnicas quirúrgicas.

<sup>75</sup> Obra ya citada



## **CAPÍTULO 2**

**ESTILO DE VIDA Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES POST CIRUGÍA BARIÁTRICA**

El tratamiento quirúrgico bariátrico es una herramienta importante que ayuda a los pacientes que comienzan con el manejo exitoso de la obesidad mórbida, y quienes deben sostener los cambios de estilo de vida que apoyarán la pérdida de peso, pero no se espera que anule los hábitos de vida poco saludables que pueden ocurrir o reaparecen después de la cirugía, como los atracones, la alimentación emocional, y estilo de vida sedentario (Colles, Dixon & O'Brien, 2012)<sup>76</sup>.

Cualquiera de las técnicas quirúrgicas que se realicen serán apropiadas si consiguen pérdida de peso y mantenimiento en el tiempo, mejoría de las comorbilidades, aportando una correcta calidad de vida, especialmente en lo que a prácticas nutricionales se refiere, y evitar o corregir deficiencias. Sin embargo, estos objetivos no solo dependen de la técnica seleccionada, sino también las propias características del obeso mórbido, entre las que se destaca la capacidad del paciente para cambiar sus hábitos alimentarios y de vida; de ahí la importancia de un seguimiento y tratamiento adecuado. Pero sobre todo, el paciente debe asumir que requiere de una modificación permanente de sus hábitos alimentarios previos, que precisará un seguimiento y un tratamiento nutricional a largo plazo (Opolski et al.2014)<sup>77</sup>.

A pesar de que los resultados de la cirugía se dirigen hacia cambios positivos, éstos tienen el potencial de crear un alto nivel de estrés en los pacientes, por lo que es importante ayudarlos a desarrollar estrategias que le permitan enfrentarse a los retos y a las demandas del proceso. (Natvik, Gjengedal, & Raheim, 2013)<sup>78</sup>. De acuerdo a Taylor, Stonehocker, Steele y Sharma (2012)<sup>79</sup>, los pacientes que se someten a la cirugía bariátrica deben tener un entendimiento claro de lo que conlleva todo el proceso antes de ser intervenidos por el procedimiento quirúrgico que ha de cambiar su estilo de vida de forma significativa. Esta intervención es un procedimiento cuyas demandas requieren un compromiso de por vida por

---

<sup>76</sup> El trastorno de atracones compulsivos (BED, por sus siglas en inglés) se asocia positivamente con la obesidad y la angustia psicológica; sin embargo, sus características conductuales que impulsan estas asociaciones son en gran parte inexploradas. El objetivo principal de este estudio fue investigar qué características conductuales centrales de los atracones se relacionan más estrechamente con la perturbación psicológica.

<sup>77</sup> Este estudio investigó las características y experiencias de pacientes bariátricos que asistieron y no asistieron a los grupos de apoyo bariátrico ofrecidos. objetivo de ayudar a las personas a evitar volver a hábitos no saludables previos, corregir patrones de alimentación problemáticos, aumentar el cumplimiento, mejorar los resultados psicosociales, proporcionar un ambiente de apoyo, identifique desafíos y situaciones de alto riesgo y promueva comportamientos y estrategias alternativos para enfrentar estas situaciones, y reconozca cualquier necesidad de asistencia adicional.

<sup>78</sup> La vida después de la cirugía bariátrica ha sido descrita por los pacientes como una llena de tensiones y ambivalencia. Los pacientes expresan una demanda continua por el control de hábitos y prácticas relacionados con la salud, y para no perder el control sobre el cuerpo nuevamente. La pérdida de peso y la mejora de la función física no necesariamente significan cambios en los hábitos y prácticas relacionados con la salud a largo plazo. Experimentar la recuperación del peso está relacionado con el estrés emocional, la vergüenza y el autodesprecio. Los autores mencionados argumentaron acerca de la importancia de ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias que le permitan enfrentarse a los retos y a las demandas del proceso.

<sup>79</sup> El siguiente artículo revisa los enfoques comunes para el manejo de la obesidad y aborda cómo estas estrategias pueden implementarse en la atención psiquiátrica.

parte de los pacientes para lograr el éxito deseado (Paredes Despradel & Rivero Vergne, 2015)<sup>80</sup>

Existe un reconocimiento creciente de que muchos pacientes bariátricos requieren acceso a apoyo psicosocial para ayudarlos a adaptarse a las demandas que a menudo acompañan a la cirugía bariátrica, incluyendo la adopción de nuevas conductas de alimentación, actividad física y el desarrollo de estrategias para lidiar con problemas sociales y ambientales, trastornos psicológicos subyacentes y cambios emocionales posquirúrgicos (Kinzi, Trefalt & Fiala 2002)<sup>81</sup> El seguimiento debe incluir un programa de mantenimiento que promueva los hábitos alimentarios saludables y la actividad física, así como la auto-monitorización, para evitar recaídas una vez que se han conseguido los objetivos iniciales.

Los pacientes deben aprender a convivir con nuevas figuras de sí mismos y adaptarse al cambio de estilo de vida. Se debe incorporar el concepto de autocuidado responsable y aprender a prevenir y a manejar las recaídas (Marcus & Elkins, 2004)<sup>82</sup>

La experiencia de la cirugía se resume en éxito y beneficio, que se pone de manifiesto la construcción subjetiva de aspectos tales como calidad de vida y bienestar, y en consecuencia la propia valoración que realizan las personas de su salud. Geraci, Brunt y Marihart (2014)<sup>83</sup> plantearon que luego de dos años de operados los pacientes tomaron conciencia que la cirugía bariátrica no es una píldora mágica sino una herramienta para ayudar con la pérdida de peso. Sus resultados revelaron que el plan alimentario postoperatorio y la adherencia al tratamiento se vuelven cada vez más difíciles a medida que disminuye la pérdida de peso. Muchos participantes descubren que solo después del primer año luego de la cirugía realmente comienza el trabajo.

El estudio de Karlsson y colaboradores (2007)<sup>84</sup> ha demostrado que los pacientes obesos con enfermedades han mejorado significativamente la calidad de vida relacionada con

---

<sup>80</sup> En este estudio se discuten los retos psicosociales que enfrentaron un grupo de pacientes puertorriqueños que se sometieron a la cirugía bariátrica en específico aquellos relacionados con los cambios en el estilo de vida, la necesidad de un grupo de apoyo para lograr estos cambios y la importancia de tener expectativas realistas para hacer de este proceso uno más llevadero.

<sup>81</sup> Este artículo describirá un proceso grupal de psicoterapia posoperatoria diseñado específicamente para pacientes con derivación gástrica. En muchos casos, se necesita alguna forma de apoyo psicológico para hacer frente a las nuevas demandas postoperatorias y para encontrar estrategias de afrontamiento más adecuadas.

<sup>82</sup> Consideran que el seguimiento a largo plazo y el apoyo emocional continuo son esenciales para un resultado exitoso de la cirugía bariátrica. Los pacientes que asisten regularmente a reuniones de grupo tienden a perder más peso. Se alienta a los pacientes a participar en un grupo de apoyo estructurado antes y después de la cirugía bariátrica.

<sup>83</sup> El propósito de este estudio fue explorar las experiencias de los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica al menos dos años antes para comprender los éxitos y los desafíos que han enfrentado desde la cirugía.

<sup>84</sup> Examinaron las tendencias y los efectos del tratamiento de pérdida de peso en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas severamente obesas durante 10 años. Las investigaciones futuras deberían estudiar si la eficacia a largo plazo de la cirugía bariátrica se puede mejorar mediante la implementación de técnicas de modificación del estilo de vida en el manejo postoperatorio de los pacientes.

la salud, y que han experimentado una gran mejoría después de la cirugía. En este sentido, las investigaciones de Sarwer, Wadden y Fabricatore (2005)<sup>85</sup> sugieren una mejora en la calidad de vida, mejores relaciones de pareja, funcionamiento sexual e imagen corporal luego de uno o dos años post cirugía.

Para la pérdida y mantención del peso posterior a la cirugía bariátrica es sumamente necesario hacer una reestructuración del estilo de vida. Éste incluye un control en la ingesta calórica, al mismo tiempo que la incorporación de actividad física en su rutina, lo que muchas veces es descartado por considerarse ajeno a la forma de ser de cada uno.

La percepción de la calidad de vida muestra mejoras altamente significativas después de la cirugía bariátrica en adultos. Así lo comprueban Loux y colaboradores (2008)<sup>86</sup>, quienes en un seguimiento temprano adolescentes y adultos jóvenes sometidos a cirugía bariátrica, pudieron determinar una mejora drástica en la calidad de vida relacionada con la salud por intervención bariátrica

Un componente importante de los requerimientos de energía diarios totales es el gasto de energía. La actividad física es primordial tanto para la pérdida de peso como para otros aspectos relacionados con la salud y el estilo de vida. La actividad física posterior a la cirugía bariátrica está asociado con una pérdida de peso de más del 4% del IMC. Si bien no se puede establecer una relación causal con los datos de observación, este hallazgo respalda los esfuerzos continuos para alentar y apoyar la realización de actividad física a los pacientes luego de la cirugía (Livhits et al.2010)<sup>87</sup>.

La actividad física aeróbica influye positivamente en la pérdida de peso y en la composición corporal. Los pacientes que comenzaron a realizarla en el postoperatorio, mostraron perder el 28% más de grasa y retuvieron en el cuerpo 8% más de masa magra en comparación con aquellos que no hacían ejercicio. El estudio prospectivo de Bond y coautores (2009)<sup>88</sup> sugieren que la actividad física postoperatoria se asocia con una mayor pérdida de peso y mantenimiento después de la cirugía bariátrica de la importancia de los cambios preoperatorios a postoperatorios. Dentro de las actividades físicas que incluyen caminar y actividades de intensidad moderada y vigorosa, en relación con la pérdida de peso y las

<sup>85</sup> Este artículo revisa la literatura sobre el estado psicosocial preoperatorio, los comportamientos alimentarios y la calidad de vida de los pacientes que buscan cirugía bariátrica. Además, el documento examina los estudios que investigaron los cambios en estos factores postoperatorios.

<sup>86</sup> La calidad de vida relacionada con la salud mejora notablemente después de la cirugía bariátrica en adultos. Hay pocos datos de CVRS disponibles en adolescentes sometidos a cirugía bariátrica.

<sup>87</sup> Esta revisión sistemática analiza la evidencia con respecto a la actividad física después de la cirugía bariátrica. Consideraron fundamental evaluar si el ejercicio mejora los resultados de la pérdida de peso para determinar si esta modalidad debe ser obligatoria como parte de las pautas postoperatorias estándar. El principal resultado de interés es la pérdida de peso postoperatoria, pero también se evalúa la información adicional con respecto a los instrumentos utilizados para medir el ejercicio y la definición de la actividad física.

<sup>88</sup> El propósito de este estudio fue determinar si los aumentos previos y posteriores a la cirugía en la actividad física (PA) están asociados con la pérdida de peso y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) después de la cirugía bariátrica.

mejoras del nivel de calidad de vida. Consideran que los pacientes que pasaron de estar inactivos preoperatoriamente a ser activos a 1 año del postoperatorio o que estuvieron activos en ambos puntos, experimentaron un mayor cambio de peso y mejoras en la CVRS que los pacientes que permanecieron inactivos en ambos momentos.

El Colegio Americano de Medicina Deportiva(ACSM, 2011)<sup>89</sup> recomienda niveles de actividad física con un mínimo de 150 minutos (2,5 horas) de ejercicio de intensidad moderada por semana, indicando que puede haber ventajas para aumentar el ejercicio a tanto como 3,5 horas a la semana para mantener a largo plazo la pérdida de peso. Para que esa prescripción del programa de ejercicios sea benéfica, se debe considerar los componentes de frecuencia, intensidad, duración y tipo de ejercicio, con estos elementos el profesional puede determinar cuan a menudo el paciente debería realizar ejercicios, la cantidad de ejercicios óptima a realizar y cuales ejercicios resultarían beneficiosos.

Kirszman y Sagueiro (2002)<sup>90</sup> definen la imagen corporal como “los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo”. Las experiencias que van formando la imagen corporal son de carácter multifactorial. En una primera aproximación al concepto, se contemplan varios aspectos interrelacionados: Aspectos perceptivos del propio cuerpo. Aspectos subjetivos como la satisfacción o insatisfacción corporal, estados de preocupación y preocupación por su evaluación cognitiva. Aspectos conductuales, que pueden derivar en alteraciones como trastornos de la conducta alimenticia.

La imagen corporal representa la percepción que se tiene del propio cuerpo. Y conforma una representación mental de la conciencia corporal de cada persona (Raich, 2004)<sup>91</sup>. Además se indica que la imagen corporal es la forma en que se percibe, imagina, se siente o se actúa respecto al cuerpo. Esto plantea que la imagen corporal contiene elementos cognitivos, emotivos, perceptivos y conductuales del cuerpo que se tiene o que se desea tener.

Merleau-Ponty advierte que la percepción, la comprensión y las identidades se originan y se experimentan a través de nuestros cuerpos (Crocker, 2009)<sup>92</sup>. La percepción de la

---

<sup>89</sup> El artículo de la American College of Sports Medicine tiene como propósito ofrecer consensos de salud y fitness profesionales y científicos, recomendaciones basadas en la evidencia que ayudan a personalizar las dosis de ejercicio para adultos sanos.

<sup>90</sup> Son dos psicólogas clínicas, del grupo argentino Aiglé, expertas especialistas en el tratamiento de las personas que padecen patologías relacionadas con la alimentación. Para la detección y la comprensión de estos trastornos, en cuyo origen se ensamban causas psicológicas, biológicas y sociales, es necesario estudiar integralmente el problema,

<sup>91</sup> En este trabajo se describen algunas definiciones y el concepto de imagen corporal y las preocupaciones exageradas acerca de sí mismo que pueden llegar a constituir el trastorno dismórfico. Se analizan las características clínicas de este trastorno, así como las quejas que sobre la apariencia son más frecuentes. Se estudia la relación de este trastorno con nivel de autoestima, identidad de género, ansiedad interpersonal y depresión. Se hace un repaso a diferentes técnicas de evaluación y de tratamiento de este trastorno.

<sup>92</sup> Este estudio articula la experiencia del mundo de la vida de las mujeres de fatiga inexplicada e inesperada. La fenomenología interpretativa situada dentro de la perspectiva de Maurice Merleau-Ponty proporciona el marco de estudio.

aparición física propia está estrechamente ligada al concepto de la imagen corporal, que está atado al autoconcepto del individuo y se relaciona con la autoestima.

El autoconcepto es el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma; se forma por la imagen que tenemos de nosotros mismos y la información que recibimos de los demás en relación con nuestra persona, de las propias experiencias; se refiere a la percepción del "yo" del paciente e incluye varias características importantes con respecto a la población bariátrica: autoestima, imagen corporal, autoconfianza y sentido del atractivo y asertividad. La representación corporal de cada individuo conlleva una valoración positiva o negativa, que influye de manera primordial en el autoconcepto y la autoimagen.

El autoconcepto físico es, por tanto, un constructo más amplio que el de imagen corporal, ya que incluye no solo percepciones de la apariencia física sino del estado de forma física, la competencia deportiva o la fuerza. La imagen corporal formaría parte del autoconcepto físico, estando directamente relacionada con el subdominio de atractivo físico, refiriéndose este último a las percepciones que tiene el individuo de su apariencia física, de la seguridad y la satisfacción por la imagen propia (Goñi, Ruiz de Azúa & Liberal, 2004)<sup>93</sup>.

La obesidad, la imagen corporal negativa y la calidad de vida están inextricablemente unidas. En comparación con las personas de peso normal, las personas obesas sobreestiman o distorsionan más el tamaño corporal, están más insatisfechas y se preocupan por su apariencia física, y evitan situaciones más sociales debido a sus preocupaciones sobre la apariencia. La insatisfacción con la imagen corporal es la consecuencia psicosocial más consistente de la obesidad. Se ha confirmado que el exceso de pérdida de peso no está correlacionada con el grado de mejora en la imagen corporal, lo que sugiere que la percepción es más importante que la mejora real (Ramírez & Rosen, 2001)<sup>94</sup>.

Bocchieri, Meana y Fisher (2002)<sup>95</sup>, sugieren que la cirugía bariátrica mejora la autoestima, la autoconfianza y la expresividad. Estos cambios parecen estar correlacionados con mejoras importantes en la imagen corporal y la satisfacción con la pérdida de peso después de la cirugía. Los autores mencionados anteriormente, proponen que, en la medida en que los pacientes negocien con éxito los cambios generadores de tensión puede ser un factor determinante en el resultado a largo plazo del bypass gástrico, tanto la pérdida de peso como el ajuste psicosocial.

---

<sup>93</sup>.En este trabajo se presenta un Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), cuyas propiedades psicométricas le hacen adecuado para su aplicación a partir de la preadolescencia.

<sup>94</sup> Agregar terapia de imagen corporal no mejoró ni disminuyó la pérdida de peso. Aunque se ha demostrado que la terapia de imagen corporal es efectiva en personas obesas, parece que también es efectivo un programa de control de peso cognitivo-conductual bien redondeado.

<sup>95</sup> Este informe revisa los resultados psicosociales de la cirugía de la obesidad. Los cambios que marcan este proceso se conceptualizaron claramente en términos dicotómicos que comparaban la vida anterior a la posquirúrgica. Los pacientes informaron cambios que consideraron inequívocamente positivos, así como también numerosos cambios en la vida que generaron tensión y plantearon desafíos en diversos aspectos de la vida de los pacientes

Sobre la evaluación de la imagen corporal, Galvis-Aparicio y colaboradores (2017)<sup>96</sup> observaron que tanto la distorsión como la insatisfacción con la misma fueron significativamente menores en los pacientes posquirúrgicos, es decir que la CB trae como beneficio la mejora del estado de salud y de la capacidad funcional, y mejora en la imagen corporal y en el sentirse atractivo. Extendiendo sus beneficios del ámbito físico al social. No obstante, los resultados de la evaluación del bienestar subjetivo (BES)<sup>97</sup> permitieron observar la presencia de bajo afecto positivo y baja satisfacción con la vida en un número importante de candidatos al procedimiento quirúrgico, es decir una asociación negativa entre obesidad y bienestar, y la baja frecuencia de afecto positivo en esa población. Tal situación podría constituirse también en una señal de alerta para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, por lo cual es importante que los profesionales vinculados al proceso posquirúrgico se mantengan atentos para prevenir, detectar y atender dicha situación.

Conforme el paciente va perdiendo peso, la percepción de la imagen corporal empieza a variar, volviéndose más exigente y a veces incoherente con el peso perdido y la figura alcanzada. Al parecer, dentro de los primeros seis meses el cambio físico ocurre tan rápido que algunas personas presentan dificultades en su integración psicológica, provocando expectativas no realistas y distorsionadas de la propia imagen (Cassinello et al. 2007)<sup>98</sup>.

El temor a la pérdida de la identidad es lo que Gilmartin, Long y Soldin (2015)<sup>99</sup> llaman «*retraso o desfasaje de identidad*» o sea, los cambios en el cuerpo son más rápidos que su interiorización y la percepción social de la imagen corporal y la apariencia, lo cual da por resultado desorientación o sentimientos de incertidumbre. La confusión y el conflicto en cuanto a la relación entre el yo y el cuerpo, reflejan una experiencia turbulenta que desestabiliza a la persona, lo que plantea la necesidad de un apoyo adicional para la atención de la salud durante todo el proceso de ajuste. Es difícil para los pacientes aceptar sus cuerpos cambiantes

<sup>96</sup> Este trabajo, constituido por dos estudios, tuvo por objetivos evaluar y comparar el BES, la funcionalidad y la imagen corporal de personas con obesidad mórbida candidatas CB o sometidas a la misma, e identificar la relación entre los componentes del BES y el IMC, la funcionalidad y la imagen corporal, controlando las características de personalidad extroversión y neuroticismo. La funcionalidad se correlacionó con todos los componentes del BES y contribuyó a explicar la varianza de la ESV y el afecto negativo. Los factores de personalidad fueron más importantes para explicar el afecto positivo

<sup>97</sup> Se entiende por bienestar subjetivo (BES) la evaluación emocional y cognitiva que hacen de su vida las personas. Y que estaría constituido por tres grandes componentes: satisfacción con la vida (de orden cognitivo) y experiencias positivas y negativas, denominadas respectivamente afectos positivos y negativos (componentes afectivos). Éste sería un constructo relativamente estable a lo largo del tiempo, que tendría entre sus predictores más importantes las características de personalidad extroversión y neuroticismo del modelo de los cinco grandes factores

<sup>98</sup> Los resultados de los autores en una muestra sometida a bypass gástrico, indican que a los seis meses post cirugía no se aprecian cambios en la valoración de la imagen corporal, siendo la mejora de la salud el factor post operatorio que más valora el paciente con obesidad mórbida.

<sup>99</sup> Este artículo informa sobre dos cambios importantes en la percepción de la calidad de vida de pacientes que se sometieron a cirugía plástica luego de una pérdida de peso dramática. Los resultados brindan atisbos únicos del consumo quirúrgico potenciando y facilitando la "transformación de la identidad", abarcando una mejor función física y una mayor autoestima, confianza y calidad de vida, y un "estilo de vida cambiado". Para una minoría, la transformación de la identidad a veces se vio interrumpida por el "desfase de identidad"

y, por tanto, posteriormente hay angustia psicológica. Así, para los pacientes, la falta de aceptación de sí mismos y la percepción del cuerpo transformado como propio se convierten en un desafío.

Aunque los pacientes hayan perdido un gran porcentaje del peso post-cirugía, su deformidad en la piel y los tejidos blandos puede impartir la apariencia de obesidad residual.

El contorno del cuerpo mejora la imagen corporal pero produce insatisfacción con otras partes del cuerpo, debido a que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica sufren pérdida masiva de peso, el exceso resultante de la piel puede provocar problemas funcionales y una profunda insatisfacción con la apariencia. Según Song y coautores (2006)<sup>100</sup> corregir el exceso de piel podría mejorar todos estos corolarios, incluida la imagen corporal; lo que sugiere que a medida que los pacientes se acercan a su ideal, estos ideales pueden cambiar.

Warholm, Øien y Råheim (2014)<sup>101</sup>, manifiestan que, a pesar de estar más familiarizados con la nueva apariencia de su cuerpo, los pacientes reconocen lo mal que se sienten por el exceso de piel, a causa del gran exceso de peso perdido.

Los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso serían: apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio.

Para Ruiz Moreno, Berrocal y Valero (2002)<sup>102</sup>, el grado de satisfacción de los pacientes con los resultados de los procedimientos quirúrgicos, se relacionan más con la satisfacción en las relaciones sociales y de pareja, y con la imagen corporal, que con la pérdida de peso obtenida.

El aspecto social más relevante para la mantención de la baja de peso es contar con una red de apoyo en el proceso post operatorio, el que constituye un período de ajuste, recuperación y transformación personal. Como indican Lecaros- Bravo, Cruzat, Díaz y Moore (2015)<sup>103</sup>, el fracaso o el éxito en la pérdida de peso después de la cirugía se asocia con la posibilidad de tener una red de apoyo social y emocional, así como la capacidad de comprender y modificar el papel de los alimentos como mecanismo de regulación emocional.

En relación al apoyo social, el entorno cercano de la persona cumple la función de reafirmar la decisión de haberse operado, pues en algunos casos, y producto de los malestares físicos y de la restricción alimentaria, la persona presenta dudas y arrepentimiento. De esta manera, la aprobación de la cirugía por parte del entorno, así como las

---

<sup>100</sup> Investigaron si la cirugía de contorno corporal da como resultado una diferencia cuantificable en la autopercepción de la apariencia y si la cirugía cambia sus ideales corporales. También determinamos si estos pacientes tienen una visión estable de su apariencia de pérdida de peso previa.

<sup>101</sup> Este estudio tuvo como objetivo proporcionar descripciones detalladas de la experiencia vivida del proceso de perder peso después de la cirugía de la obesidad. La experiencia de la ambivalencia se discute según una perspectiva fenomenológica del cuerpo como experiencia vivida.

<sup>102</sup> El estudio analiza los efectos de distintos procedimientos quirúrgicos para tratar la obesidad mórbida,

así como el grado de satisfacción de los participantes con las intervenciones y sus resultados

<sup>103</sup> En su estudio buscaron describir los facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso, desde la perspectiva de adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica en clínicas privadas de Chile

consideraciones alimentarias, por ejemplo, en un evento social, tienen un impacto positivo en la persona. Para Livhitsy otros (2011)<sup>104</sup>, existe una asociación positiva entre los grupos de apoyo y la pérdida de peso post cirugía bariátrica.

En cuanto a los factores emocionales, constituyen componentes asociados a la mantención o reganancia del peso a partir de dos años de transcurrida la cirugía, corresponde a la apropiación e integración de la experiencia emocional y del cuerpo, contexto en el que cambia el rol que cumple la comida como regulador emocional. Hay que tener en cuenta de en muchos casos la comida sigue siendo parte de un mecanismo de regulación emocional, lo que implica que frente a problemáticas cotidianas tienden a presentar la conducta alimentaria anterior a la cirugía bariátrica, pues aunque la misma imposibilita la ingesta de grandes volúmenes, la pérdida de control en la alimentación puede reaparecer, causando la reganancia de peso (Kvalem et al.2016)<sup>105</sup>.

Un componente importante para alcanzar un objetivo a largo plazo es fortalecer la capacidad de ejercer la autorregulación, que es el control voluntario de la iniciación o inhibición de un comportamiento junto con el control mental mediante la regulación de pensamientos, emociones y atención. Los factores que están relacionados con la autorregulación también pueden mejorar el comportamiento dirigido al mantenimiento de la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. El comportamiento anterior, el automonitoreo y la autoeficacia se consideran componentes clave en el proceso de autorregulación (Rothman et al.2011)<sup>106</sup>. Además, factores como la motivación para el cambio de comportamiento, el objetivo de pérdida de peso y las expectativas de pérdida de peso, se han relacionado con el cumplimiento de los cambios de estilo de vida recomendados después de la cirugía bariátrica (Gelinas et al. 2013)<sup>107</sup>

La angustia emocional y social está relacionada con la falla autorreguladora en las personas que hacen dieta crónica. La explicación es que los afectos negativos, como la depresión, la ansiedad, la insatisfacción corporal, el estrés y el rechazo social, pueden disminuir el control

---

<sup>104</sup> El objetivo de este artículo es determinar el impacto de los grupos de apoyo postoperatorios y otras formas de apoyo social sobre la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. La asistencia del grupo de apoyo después de la cirugía bariátrica se asocia con una mayor pérdida de peso postoperatoria. Se necesita más investigación para determinar el impacto de otras formas de apoyo social. Estos factores deben abordarse en estudios prospectivos de la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica, ya que pueden representar formas de mejorar los resultados postoperatorios.

<sup>105</sup> El objetivo de este estudio fue comparar pacientes programados para cirugía bariátrica con pacientes que reciben tratamiento conservador para la obesidad mórbida en medidas de características conductuales y psicosociales consideradas predictores de su adopción y cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida a largo plazo

<sup>106</sup> Consideran que las personas que han iniciado con éxito un nuevo patrón de comportamiento a menudo no logran mantener ese comportamiento a lo largo del tiempo. Además, las estrategias de intervención que han demostrado ayudar a las personas a iniciar cambios en su comportamiento no han tenido un impacto similar en las tasas de mantenimiento conductual. La observación de que el éxito conductual inicial no garantiza el éxito continuo sugiere que se debe prestar mayor atención a la manera en que las conductas recientemente promulgadas se convierten en un hábito.

<sup>107</sup> El presente estudio examina las diferencias de género en los objetivos y las expectativas de pérdida de peso en términos del rendimiento pre y posquirúrgico del programa.

atencional y, por lo tanto, no controlar la dieta. Si bien el apoyo social y la cohesión familiar puede promover la autorregulación al proporcionar un entorno de apoyo para el cambio de comportamiento, también puede facilitar el comer en exceso (Wagner & Heatherton, 2015)<sup>108</sup>.

La autoeficacia general percibida está influenciada por éxitos y fracasos conductuales previos, que pueden afectar los intentos futuros de cambio de comportamiento. La alta autoeficacia se ha relacionado con la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida posquirúrgico (Lester et al. 2014)<sup>109</sup>

La planificación y el logro de los objetivos son factores que se ha demostrado que refuerzan la motivación y la capacidad a largo plazo para el cambio en el estilo de vida (Gillison et al. 2015)<sup>110</sup>

A través de sus investigaciones, Pataky, Carrard y Golay, (2011)<sup>111</sup>, ha observado que los trastornos de la conducta alimentaria previos pueden reaparecer en cualquier momento después de la cirugía. Por ello consideran que el seguimiento intensivo es un factor crucial para preservar la pérdida de peso post cirugía, incluyendo visitas regulares a un especialista y participación en programas de cambios en estilo de vida. Plantean que el seguimiento médico-nutricional junto con las técnicas de manejo cognitivo-conductual, serían efectivas para evitar la reganancia de peso.

La capacidad del individuo para llevar a cabo los cambios de conducta tanto en la alimentación como en la actividad física, se consideran factores fundamentales para lograr una pérdida de peso sostenida en el tiempo (Sarwer, Dilks & West-Smith, 2011)<sup>112</sup>. El estudio de Ahnis y colaboradores (2015)<sup>113</sup> han incluido factores considerados centrales para la

<sup>108</sup> Tal vez la función más ampliamente acordada de la autorregulación es alinear los pensamientos y el comportamiento con los objetivos y las intenciones. Implícito en este proceso está un yo que establece metas y estándares, es consciente de sus propios pensamientos y comportamientos, y tiene la capacidad de cambiarlos. La investigación en autorregulación abarca una variedad de temas, algunos de los cuales están bajo el estricto ámbito de la psicología social y de la personalidad solamente. En consecuencia, el estudio de la autorregulación es necesariamente multidisciplinario, cruzando muchos dominios distintos de investigación, como la psicología del desarrollo, la adicción y la psicología de la salud

<sup>109</sup> Buscaron determinar si las respuestas a algunas variables sociales cognitivas y psicosociales (por ejemplo, autoeficacia de mantenimiento, planificación de acción y depresión) podían clasificar con precisión a los pacientes bariátricos en uno de tres grupos: mantenimiento, recaída o recuperación. relacionado con el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales posquirúrgicas.

<sup>110</sup> El objetivo del presente estudio fue realizar una evaluación de proceso de una prueba piloto (el estudio Waste the Waist) para reducir el peso y el riesgo cardiovascular a través del cambio de estilo de vida. Los objetivos específicos fueron probar la validez del modelo teórico que sustenta la intervención, e identificar áreas de refinamiento antes de un ensayo controlado aleatorio completamente potenciado

<sup>111</sup> En su estudio a largo plazo resumen los trastornos psicológicos en los pacientes obesos antes y después de la cirugía bariátrica, y el impacto de estos factores en los resultados de la intervención

<sup>112</sup> La presente revisión destaca el conocimiento actual sobre los cambios en la ingesta dietética y el comportamiento alimentario que ocurren después de la cirugía bariátrica en términos de las posibles amenazas que estos cambios podrían representar para el éxito postoperatorio a largo plazo. El documento también identifica varias estrategias de la literatura de pérdida de peso no quirúrgica que podrían ayudar a optimizar el mantenimiento del peso a largo plazo después de la cirugía.

<sup>113</sup> analizar si los pacientes que se someten a un tratamiento quirúrgico difieren de aquellos que requieren un tratamiento conservador con respecto a los factores psicológicos, independientemente de sus condiciones somáticas. Además, se examinarán los predictores de la elección del tratamiento.

adopción y el cumplimiento de los cambios en el estilo de vida a largo plazo, como la autoeficacia, la motivación, el logro de objetivos, el apoyo social y el comportamiento anterior (Sniehotta, 2009)<sup>114</sup>

Gianini, White y Masheb (2013)<sup>115</sup> encontraron una estrecha relación entre dificultades para la regulación de los afectos, el comer emocional y las patologías alimentarias en general, en sujetos con bing eating,

Van Hout y van Heck (2009)<sup>116</sup> sugieren un tipo de conducta alimentaria prevalente en estas personas, caracterizada por comer compulsivo, atracones y alimentación nocturna, en que la ingesta constituiría un refugio contra amenazas externas y/o presiones internas, así como un medio para regular las emociones. Teniendo en cuenta el papel de los factores psicosociales en los resultados de la cirugía bariátrica y el impacto en aspectos psicológicos y sociales, los profesionales de la salud mental deben ser parte del proceso de evaluación y tratamiento de pacientes con cirugía bariátrica.

Para el logro del mantenimiento del peso perdido, es fundamental el desarrollo de estrategias alternativas de regulación emocional, que permitan mayor control de la conducta alimentaria. Para Kubik y colaboradores (2013)<sup>117</sup>, dan cuenta de que la salud psicológica luego de la cirugía está influenciada tanto por la percepción del paciente de que está tomando control de su vida como por el apoyo físico y mental que le provee el grupo de tratamiento médico. Algunos pacientes experimentan una marcada ansiedad relacionada a la conducta alimentaria que no solo incluye el miedo a volver a aumentar de peso sino el desarrollo de ciertos rasgos de un trastorno de alimentación post cirugía, tales como: una rápida pérdida de peso asociada a la restricción de ingesta, conductas compensatorias, inducción del vómito o marcada insatisfacción con el cuerpo.

Con el tiempo, existe una tendencia al aumento del consumo de energía: 1500, 1700, 1800, 1900 y 2000 kcal / día, a los 6 meses y 1, 2, 3 y 4 a 10 años después de la cirugía

---

<sup>114</sup> Repasa brevemente el estado actual de teorización sobre el cambio de comportamiento volitivo e identificación de los desafíos y las posibles soluciones para el desarrollo teórico futuro.

<sup>115</sup> Buscaron examinar la relación entre la regulación emocional, el comer en exceso emocional y la patología general de la alimentación en un tratamiento que busca una muestra de adultos con trastorno de atracón (BED).

<sup>116</sup> Desafortunadamente, la cirugía bariátrica no conduce a resultados idénticos en cada paciente. Aquellos que no pueden ajustar su comportamiento de alimentación y estilo de vida después de la cirugía bariátrica pueden experimentar reacciones adversas. El cumplimiento y el ajuste pueden atribuirse en gran parte a factores psicológicos, lo que implica que la operación en sí misma representa solo un elemento en la cirugía bariátrica

<sup>117</sup> La psicopatología preoperatoria grave y la expectativa del paciente de que la vida cambiará drásticamente después de la cirugía también puede tener un impacto negativo en la salud psicológica después de la cirugía. El equipo de atención médica debe abordar estos problemas en el período perioperatorio para maximizar los beneficios de salud mental después de la cirugía, y la insatisfacción resultante de la imagen corporal.

(Camps, Verhoef & Westerterp, 2013)<sup>118</sup>. La adherencia al seguimiento del tratamiento nutricional mejora los resultados ampliamente (Stoklossa, & Suneet, 2013)<sup>119</sup>.

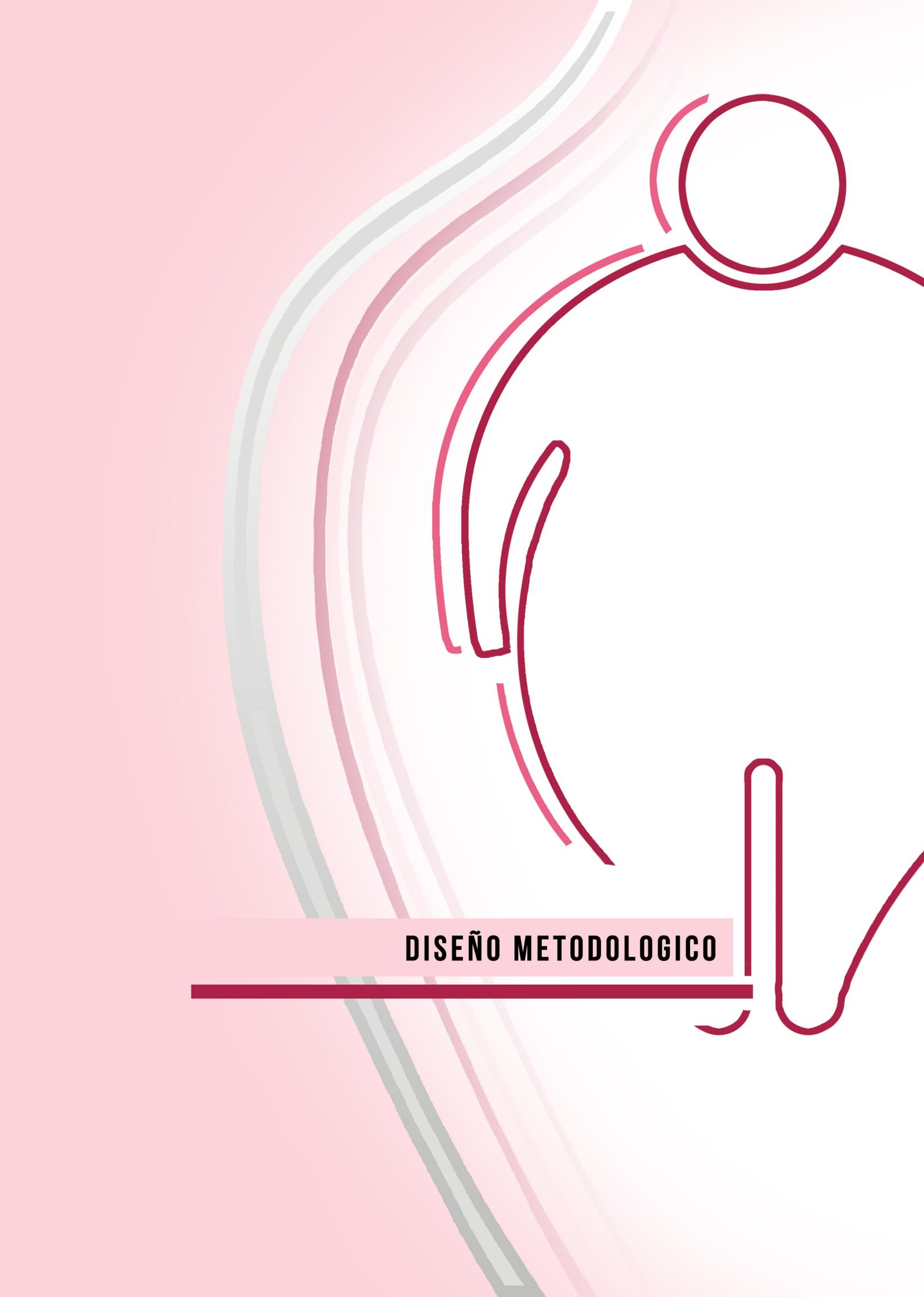
La adherencia a los controles y el seguimiento profesional después de la cirugía resulta fundamental, por la psico-educación que requiere cualquier paciente ante una intervención médica. Es en los controles post quirúrgicos donde las personas tienen la posibilidad de plantear las dudas e incertidumbres que les surgen en el transcurso del tratamiento, e informarse de las situaciones que están dentro de lo esperado, como cierto tipo de síntomas, reacciones ante los distintos alimentos que van incorporando (dumping) y alopecia, entre otros. Las personas que no asistieron a sus controles post operatorios, refirieron una vivencia negativa frente a las molestias posteriores, y en algunos casos por desconocimiento, no se llevó a cabo el plan alimentario post cirugía.

Es importante establecer expectativas realistas acerca del proceso de la cirugía bariátrica. En torno a los cambios en el estilo de vida, en cuanto a la pérdida de peso alcanzada, y los cambios corporales son elementos que indiscutiblemente hacen que el impacto socio emocional sea uno más positivo. Tener expectativas realistas evitará que la vida después de la cirugía bariátrica se convierta en una llena de tensiones y ambivalencia

---

<sup>118</sup> El objetivo de este estudio fue investigar si la termogénesis adaptativa se mantiene durante el mantenimiento del peso después de la pérdida de peso. La pérdida de peso resulta en una termogénesis adaptativa, y no hay indicación de un cambio en la termogénesis adaptativa de hasta 1 año, cuando se mantiene la pérdida de peso.

<sup>119</sup> Este artículo revisa varios factores que influyen en la recuperación de peso después de la cirugía bariátrica, incluido el tipo de cirugía, la tolerancia alimentaria, los requisitos de energía, los conductores para comer, los errores en la estimación del consumo, la adherencia, las elecciones de alimentos y bebidas y el conocimiento del paciente. Un enfoque multidisciplinario integral puede proporcionar la mejor atención para los pacientes con recuperación de peso



**DISEÑO METODOLÓGICO**

El siguiente estudio se caracteriza por ser descriptivo, ya que se especificarán las características y aspectos relacionados con la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios, las redes de apoyo y estilo de vida de la población bajo estudio.

Es de corte transversal porque está dirigido a determinar la situación de las variables utilizadas en un momento determinado y no su evolución en el tiempo.

El tipo de diseño es no experimental ya que, no hay manipulación deliberada de las variables (Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010)

La población sujeta a estudio comprende los pacientes entre 18 y 65 años sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten al momento del estudio a un centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2018.

La unidad de análisis es cada uno de los pacientes que asiste al centro especializado en cirugía laparoscópica.

La muestra es no probabilística por conveniencia y está compuesta por 21 pacientes entre 18 y 65 años operados, que asisten al momento del estudio a un centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, en el año 2018.

Las variables seleccionadas en el siguiente estudio son:

- Edad:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona a la fecha.<sup>120</sup>

Definición operacional: Tiempo que han vivido los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtendrán, por medio de una encuesta, en el cual se interrogara la edad de los mismos, los cuales se situaran en el rango de 18 a 65 años de edad.

- Meses transcurridos post a la cirugía:

Definición conceptual: Meses transcurridos en que la persona ha sido operada de cirugía bariátrica.

Definición operacional: Meses transcurridos en que la persona ha sido operada de cirugía bariátrica. La misma es obtenida de la historia clínica y volcada en la grilla de observación.

---

<sup>120</sup> Diccionario de la lengua española.

- Estilo de vida:

Definición conceptual: Conjunto de prácticas, hábitos, gustos y preferencias, valores, actitudes, tendencias, consumos, formas vitales que se manifiestan en comportamientos rutinarios (Rodríguez Suárez & Agulló, 1999).

Definición operacional: Conjunto de prácticas, hábitos, gustos y preferencias, valores, actitudes, tendencias, consumos, formas vitales que se manifiestan en comportamientos rutinarios en cada uno de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Para medir la variable se evaluarán los patrones de consumo mediante un registro alimentario cualitativo y la realización de actividad física, en la cual se indagará: tipo, frecuencia y duración.

- Patrones de consumo alimentario:

Definición conceptual: Hábitos alimentarios por medio de los cuales las personas seleccionan y consumen los alimentos de acuerdo a su edad, estado socioeconómico, factores culturales, psicológicos, geográficos y biológicos (Girolami, 2003).

Definición operacional: Hábitos alimentarios por medio de los cuales las personas seleccionan y consumen los alimentos de acuerdo a su edad, estado socioeconómico, factores culturales, psicológicos, geográficos y biológicos en pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos se obtendrán a través de un registro alimentario cualitativo dirigido a los pacientes, en el cual se indagará todos los alimentos y bebidas consumidas en cada una de las comidas de un día habitual, especificando tipo de alimento, forma de preparación, tamaño de la ración consumida en medida casera. Los datos recabados serán comparados con las recomendaciones sugeridas por la Guía Alimentaria para la Población Bariátrica Argentina.

- Práctica de Actividad Física:

Definición conceptual: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía<sup>121</sup>.

Definición operacional: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos serán recabados por medio de una pregunta cerrada a través de una encuesta dirigida a los pacientes, en donde, se interrogará si realiza o no actividad física.

---

<sup>121</sup> OMS, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

- Tipos de actividad física:

Definición conceptual: Variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

Definición operacional: Variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física que realizan los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. En caso de que el paciente practique actividad física, se recabaran los datos por medio de una pregunta de opción múltiple a través de una encuesta dirigida a los pacientes, en la cual especificaran el tipo que realizan.

- Frecuencia de actividad física:

Definición conceptual: Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. La frecuencia suele estar expresada en sesiones, episodios o tandas semanales (OMS, 2010)<sup>122</sup>.

Definición operacional: Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. La frecuencia suele estar expresada en sesiones, episodios o tandas semanales. La misma será evaluada en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos serán recabados por medio de una pregunta de opción múltiple a través de una encuesta dirigida a los pacientes.

- Duración de la actividad física:

Definición conceptual: Período de tiempo que se dedica a la realización de un ejercicio. La duración suele estar expresada en minutos (OMS, 2010).

Definición operacional: Período de tiempo que se dedica a la realización de un ejercicio. La duración suele estar expresada en minutos. La misma será evaluada en pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos serán recabados por medio de una pregunta de opción múltiple a través de una encuesta dirigida a los pacientes.

Los datos recabados serán comparados con las recomendaciones de actividad física sugeridas por la Guía Alimentaria para la Población Bariátrica Argentina.

---

<sup>122</sup> OMS, Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. En: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf)

- Ingesta de suplementos dietarios:

Definición conceptual: Productos destinados a incrementar la ingesta dietaria habitual, suplementando la incorporación de nutrientes en la dieta de las personas sanas que, no encontrándose en condiciones patológicas, presenten necesidades básicas dietarias no satisfechas o mayores a las habituales.<sup>123</sup>

Definición operacional: Productos destinados a incrementar la ingesta dietaria habitual, suplementando la incorporación de nutrientes en la dieta de las personas sanas que, no encontrándose en condiciones patológicas, presenten necesidades básicas dietarias no satisfechas o mayores a las habituales en pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Los datos serán recabados por medio de una encuesta, a través de una pregunta cerrada, en la cual se interrogara si consume o no suplementos dietarios para el tratamiento postoperatorio. En caso de que consuma se interrogara que tipo de suplemento, por medio de una pregunta abierta, a través de una encuesta dirigida a los pacientes.

- Autopercepción de la imagen corporal:

Definición conceptual: Representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Marrodán, Montero-Roblas, Mesa & Pacheco, 2008).

Definición operacional: Representación del cuerpo que cada uno de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata, construyen en su mente y la vivencia que tienen del propio cuerpo. Los datos se recabaran mediante el método adaptado de Stunkard y Stellard 1990, en el cual se muestran 9 figuras masculinas y otras 9 femeninas que van siendo progresivamente más robustas. Cada silueta tiene asignado su Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>124</sup> correspondiente, de manera que la más delgada equivaldría a un IMC de 17 kg/m<sup>2</sup> y la más obesa, a 33 kg/m<sup>2</sup>. Cada paciente deberá seleccionar en primer lugar la figura que, en su opinión, se corresponde con su silueta. En segundo término, aquella otra que desearía tener. Las categorías de respuesta serán 5 establecidas en función de la diferencia entre el IMC real y el percibido. Los rangos se establecerán de forma que la diferencia entre ambos valores abarcase más de dos posiciones, ya que en algunos casos resulta difícil distinguir claramente entre dos siluetas contiguas.

-Categoría 1: diferencia entre IMC real y percibido < -4

---

<sup>123</sup> Según datos proporcionados por el Código Alimentario Argentino (CAA)

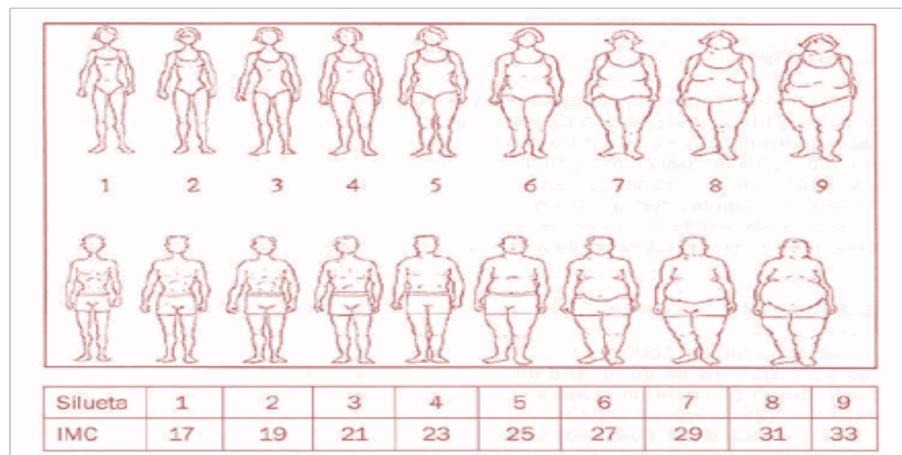
<sup>124</sup> Según la Organización Mundial de la Salud: El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

- Categoría 2: diferencia entre IMC real y percibido entre  $-4$  y  $-2$
- Categoría 3: diferencia entre IMC real y percibido entre  $-2$  y  $2$
- Categoría 4: diferencia entre IMC real y percibido  $<$  entre  $2$  y  $4$
- Categoría 5: diferencia entre IMC real y percibido  $>$  de  $4$

Fuente: Marrodán, D., Montero-Roblas, V., Mesa, S., Pacheco, J, L., Gonzales, M., Bejarano, I., Lomaglio, D, B., Verón, J, A., Carmeneate, M. (2008).

Los valores negativos corresponden a pacientes que poseen un IMC real menor que el IMC percibido, es decir, que se ven más gruesos de lo que realmente son. Por el contrario, los valores positivos pertenecen a pacientes que se ven más delgados de lo que están. Aquellos que se encuentren en la categoría 3, son los que se perciben prácticamente tal como son, es decir el valor del IMC correspondiente a la figura elegida es similar al IMC real obtenido por antropometría. La misma categorización se realizara en el análisis de la relación entre el IMC real y el IMC deseado. Los valores negativos son indicativos de que el individuo desea estar más robusto de lo que está. Por el contrario los valores positivos pertenecen a individuos que desearían estar más delgados de lo que están. También aquí los sujetos ubicados en la categoría intermedia (categoría 3) son aquellos en los que coincide la figura que desean con la que realmente poseen, con lo que se deduce que son los más satisfechos con su propia imagen. El IMC y el estado nutricional serán recabados de la historia clínica de cada paciente procedente del último mes, para poder ser comparado con el IMC percibido y deseado obtenido del método.

Análisis de la percepción corporal (Método adaptado de Stunkard y Stellard 1990)



Fuente: Marrodán, D., Montero-Roblas, V., Mesa, S., Pacheco, J, L., Gonzales, M., Bejarano, I., Lomaglio, D, B., Verón, J, A., Carmeneate, M. (2008).

- Redes de apoyo social del paciente.

Definición conceptual: Conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. La red social está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo y constituye su ambiente social primario. Está constituida por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad (Llanos & Madariaga, 1999).

Definición operacional: Conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. La red social está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo y constituye su ambiente social primario. Está constituida por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata. Se obtendrá por medio del cuestionario MOS<sup>125</sup> de 20 ítems. El ítem 1 hace referencia al apoyo estructural o tamaño de la red social y los 19 restantes al apoyo funcional, haciendo referencia a la percepción del apoyo, compuesto por cuatro dimensiones: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se pregunta mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. Los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19 corresponden a la dimensión emocional, la puntuación máxima es de 40, media de 24 y mínima de 8. Los ítems 2, 3, 12 y 15 corresponden a la dimensión material o instrumental, la puntuación máxima es de 20, media de 12 y mínima de 4. Los ítems 7, 11, 14 y 18 corresponden a la dimensión de relaciones sociales de ocio y distracción, la puntuación máxima es de 20, media de 12 y mínima de 4. Y por último los ítems 6, 10 y 20 corresponden a la dimensión referida a expresiones de amor y cariño, la puntuación máxima es de 15, media de 9 y mínima de 3. El índice global máximo de apoyo social es de 95 puntos, medio de 57 puntos y mínimo de 19 puntos.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> El cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social.

<sup>126</sup> Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>

### Consentimiento Informado

Por la presente solicito a la encuestada/o autorización para formar parte del trabajo de investigación correspondiente a la tesis de Licenciatura en Nutrición de la estudiante Lucia Lombardi, perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad F.A.S.T.A. El objetivo de la encuesta es evaluar la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios, redes de apoyo y estilo de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, durante el año 2018.

Participante.....con DNI....., acepto participar de forma voluntaria como sujeto de estudio, habiendo sido informado previamente de los objetivos, metodología y beneficios de la investigación. La información obtenida será completamente confidencial entre el participante y el investigador.

En caso de que el participante quiera retirarse de la encuesta, podrá hacerlo libremente.

Firma y DNI del investigador principal. ....

Firma del participante. ....

Ante cualquier consulta comunicarse al siguiente mail:  
lulilombardi\_@hotmail.com.ar.

Desde ya agradezco su colaboración.

ENCUESTA Nº Complete los siguientes datos

1. Datos personales
  - Edad: ..... años.
  - Fecha de cirugía bariátrica: .....
2. Estado nutricional (a completar por el encuestador).

Peso Actual (en Kg)	<input type="text"/>
Talla (en metros)	<input type="text"/>
IMC (Kg/Mts 2)	<input type="text"/>

3. Patrones de consumo alimentario.

- A) Registro alimentario de un día habitual especificando todos los alimentos y bebidas consumidas en cada una de las comidas, el tipo, la forma de preparación, el tamaño de la ración consumida en medida casera.

Desayuno: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Colación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Almuerzo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Merienda: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Colación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Practica de actividad física

- A) ¿Realiza actividad física? (marque con una "X" la respuesta)

- Sí
- No

- B) En caso de que su respuesta sea "Si", indique el tipo de actividad física que practica con mayor frecuencia. (marque con una "X" la/las respuestas)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correr <input type="checkbox"/></li> <li>• Bicicleta <input type="checkbox"/></li> <li>• Natación <input type="checkbox"/></li> <li>• Tenis <input type="checkbox"/></li> <li>• Fútbol <input type="checkbox"/></li> <li>• Aerobic de bajo impacto <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vóley recreacional <input type="checkbox"/></li> <li>• Caminar rápido <input type="checkbox"/></li> <li>• Golf <input type="checkbox"/></li> <li>• Caminar suave <input type="checkbox"/></li> <li>• Otra ¿Cuál? _____</li> </ul> |
|---|--|

- C) Indique cuantos días por semana realiza actividad física (marque con una "X" la respuesta)

Frecuencia
7 veces por semana
5 a 6 veces por semana
3 a 4 veces por semana
1 a 2 veces por semana
Menos de 1 vez por semana

- D) Indique la cantidad de tiempo por vez aproximadamente que realiza actividad física (marque con un "X" la respuesta)

Duración
Más de 30 minutos
20-30 minutos
10-20 minutos
Menos de 10 minutos

5. Ingesta de suplementos dietarios

- A) ¿Consume algún tipo de suplemento dietario? (marque con una "X" la opción respuesta)

• Sí  No

- B) En caso de que la respuesta haya sido "SI". ¿Qué tipo suplemento/s consume?

\_\_\_\_\_.

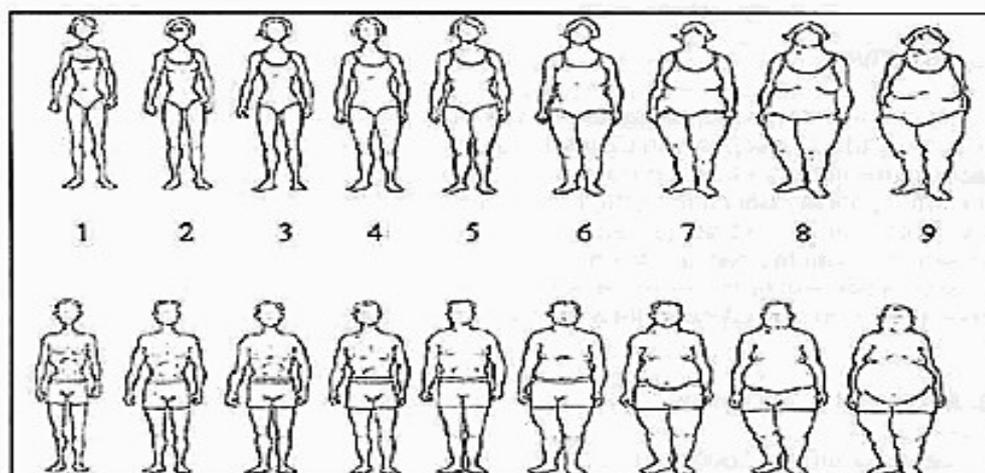
6. Autopercepción de la imagen corporal

A continuación se mostrara una escala con nueve siluetas (masculinas y femeninas), por favor tome mínimo dos minutos en observarlas y según su género responda.

- A) ¿Con cuál de las siguientes figuras se siente identificado/a?

- B) ¿Con cuál de las siguientes figuras le gustaría identificarse?

\*Mencione el número correspondido a la silueta que usted considere en base a cada pregunta.



Fuente: Marrodán, D., Montero-Roblas, V., Mesa, S., Pacheco, J. L., Gonzales, M., Bejarano, I., Lomaglio, D. B., Verón, J. A., Carmeneate, M. (2008).

## 7. Redes de apoyo

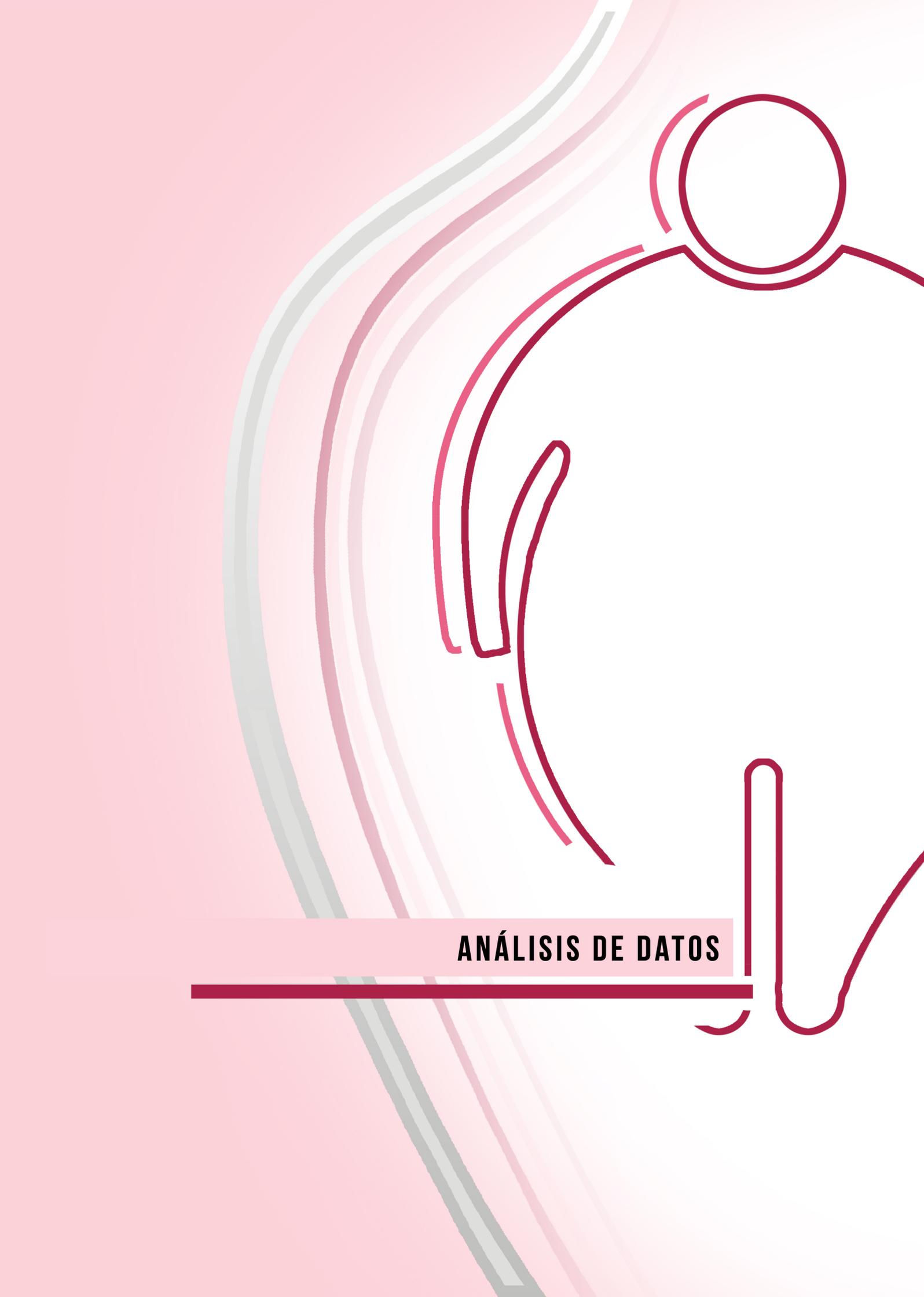
- Cuestionario MOS de apoyo social

**Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone.**

A) Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda, ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien que lo ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien quiera pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que lo abrace	1	2	3	4	5
Alguien que con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Fuente: Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Disponible en <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>

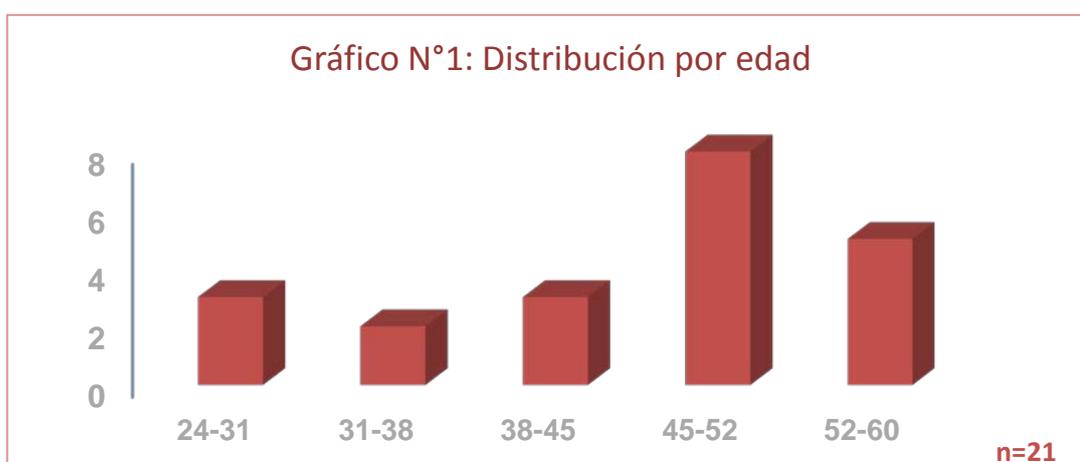


**ANÁLISIS DE DATOS**

Para la presente investigación se realiza una encuesta mediante la cual se pretende analizar la autopercepción de la imagen corporal, ingesta de suplementos dietarios, las redes de apoyo y estilo de vida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica luego de 10-12 meses de la misma, que asisten a un centro especializado en cirugía laparoscópica, en la ciudad de Mar del Plata.

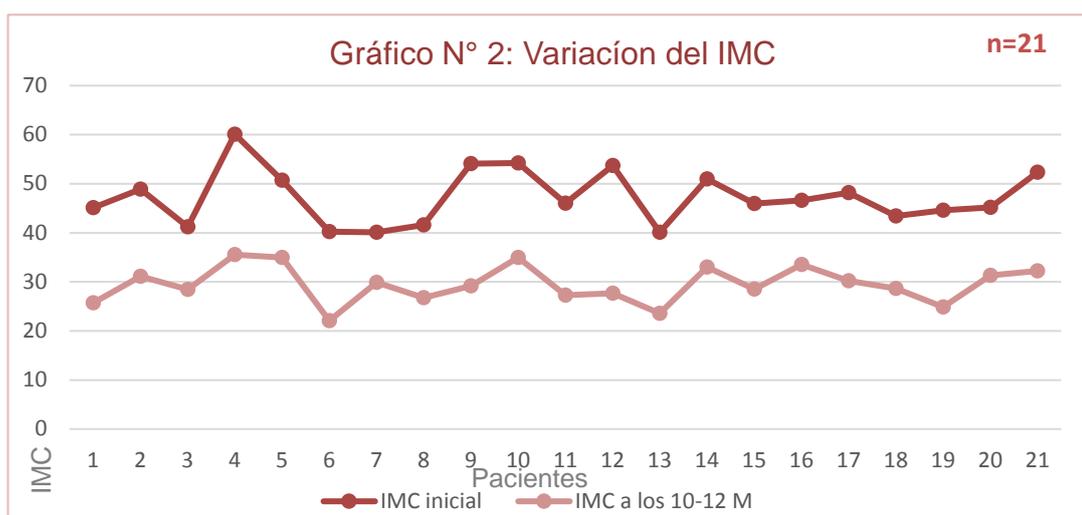
La recolección de datos se realizó en el periodo de tiempo de Mayo- Junio del año 2018, con un total de 21 pacientes encuestados.

Inicialmente se presenta la distribución de los pacientes por edad. La misma se encuentra comprendida entre 18 y 65 años, donde el 40% se concentra en el rango de 42-52 años, siendo la edad promedio de 46 años, con mayor prevalencia del sexo femenino.



Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico, se observa la variación del IMC de cada paciente en la primera consulta y a los 10-12 meses post cirugía.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, la mayor parte de los pacientes, un 78% se encuentra inicialmente con un IMC entre los 45-50 kg/mts, mientras que a los 10-12 post cirugía, el mismo porcentaje se concentra entre 25-30 kg/mts, siendo el IMC esperable en pacientes bariátricos de 25.

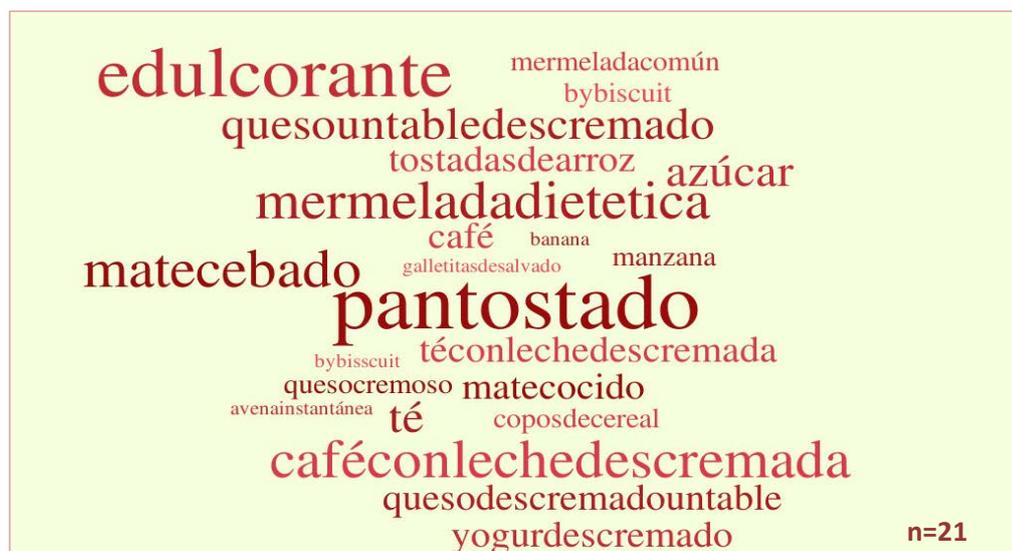
Para determinar los patrones de consumo alimentario, se realizó un registro alimentario cualitativo a cada uno de los pacientes y por consiguiente se volcaron y organizaron los datos en 6 tablas, en donde cada una representa las 4 comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y dos colaciones. Las mismas se encuentran divididas por grupos de alimentos, en donde especifican el tipo de alimento consumido, las cantidades y el volumen final. Luego se realizó una nube de palabras para cada comida, las cuales visualizan los alimentos que mayormente se consumen en cada una de ellas.

### Cuadro N°1: Tipo de alimento consumido en el desayuno.

#### DESAYUNO

- 1) Infusión de café solo endulzado con edulcorante, acompañado con dos tostadas de arroz untadas con queso untable descremado.
- 2) Infusión de café cortado con leche descremada endulzado con edulcorante, medio miñón blanco untado con queso cremoso.
- 3) Infusión de té cortado con leche descremada, acompañado con tostada de pan lactal blanco untado con queso untable descremado y mermelada dietética.
- 4) Infusión de té endulzado con azúcar, acompañado con un miñón blanco untado con queso untable descremado.
- 5) Infusión de mate con azúcar, acompañado con tres tostadas de arroz untadas con queso untable descremado y mermelada dietética.
- 6) Infusión de mate con tres galletitas de salvado untadas con queso descremado.
- 7) Infusión de mate cocido cortado con leche descremada endulzado con edulcorante, acompañado con dos tostadas de pan lactal blanco untadas con queso descremado y mermelada común.
- 8) Infusión de café cortado con leche descremada endulzado con edulcorante, acompañado con dos tostadas de pan lactal de salvado untadas con queso descremado y mermelada dietética.
- 9) Infusión de café cortado con leche descremada endulzada con azúcar, acompañada con una tostada de pan lactal blanco untada con queso descremado.
- 10) Infusión de té endulzado con edulcorante, acompañado con un miñón de pan francés blanco untado con queso descremado.
- 11) Avena instantánea con una manzana y miel.
- 12) Mate cebado con edulcorante acompañado con una rodaja de pan lactal blanco con una feta de jamón y queso cremoso.
- 13) Té con leche en polvo descremada con edulcorante.
- 14) Café con leche descremada con edulcorante, acompañado con un miñón de pan francés blanco untado con queso untable descremado y mermelada dietética.
- 15) Mate cocido cortado con leche descremada endulzado con azúcar con 2 tostadas de arroz untadas con queso untable descremado.
- 16) Café cortado con leche descremada, acompañada con miñón de pan francés blanco untado con mermelada dietética.
- 17) Yogur de frutilla descremado con copos de cereal sin azúcar.
- 18) Mate cocido con edulcorante, acompañado con 2 tostadas de pan lactal de salvado con queso cremoso.
- 19) Yogur bebible descremado de vainilla, con dos tostadas de pan lactal integral con mermelada dietética.
- 20) Mate cebado endulzado con edulcorante y 2 bizcochos dulces.
- 21) Té con leche descremada con edulcorante, 5 galletitas simples.

### Nube de palabras N°1: Tipo de alimento consumido en el desayuno.



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N°1: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido en el desayuno.**

PACIENTES	INFUSIÓN	ENDULZANTE/DULCES	LÁCTEO	CEREALES Y DERIVADOS	FRUTAS/FRUTOS SECOS	VOLUMEN FINAL
1	Café	Edulcorante	Queso untable descremado (10gr)	Dos tostadas de arroz (15gr)	-	150cc 25gr <b>175 gr</b>
2	Café	Edulcorante	Queso cremoso(30gr) Leche descremada(100cc)	Medio miñón blanco 20gr	-	200cc 50gr <b>250gr</b>
3	Té	- Mermelada dietética (10gr)	Queso untable descremado (10gr Leche descremada (100cc)	Una tostada de pan lactal blanco 25gr	-	150cc 45gr <b>195gr</b>
4	Té	Azúcar (10gr)	Queso untable descremado (10gr)	Un miñón blanco 30gr	-	200cc 50gr <b>250gr</b>
5	Mate cebado	Azúcar (15gr) Mermelada dietética (10gr)	Queso untable descremado (10gr)	3 tostadas de arroz 22.5gr	-	150cc 57.5gr <b>207.5gr</b>
6	Mate cebado	-	Queso descremado (10gr)	3galletitas de salvado	-	150cc 35gr <b>185gr</b>
7	Mate cocido	Edulcorante Mermelada común (10gr)	-Leche descremada 100cc -Queso untable descremado(10gr)	2tostadas de pan lactal blanco 50gr	-	150cc 70gr <b>220gr</b>
8	Café	Edulcorante Mermelada dietética (10gr)	-Leche descremada 100cc -Queso untable descremado(10gr)	2tostadas de pan lactal de salvado 50	-	150cc 70gr <b>220gr</b>
9	Café	Azúcar (10gr)	Queso descremado (10gr) Leche descremada 100cc.	Una tostada de pan lactal blanco 25gr	-	200cc 45gr <b>245gr</b>
10	Té	Edulcorante	Queso descremado (10gr)	Un miñón de pan francés blanco 30gr	-	150cc 40gr <b>190gr</b>
11	-	Miel (15gr).		Avena instantánea (30gr)	Manzana 100gr	<b>145gr</b>
12	Mate cebado	Edulcorante	Queso cremoso 30gr/ 20gr de jamón	Una rodaja de pan lactal blanco 25gr	-	150cc 75gr <b>225gr</b>
13	Té	Edulcorante	Leche descremada en polvo (20gr)	-	-	150cc 20gr <b>170gr</b>
14	Café	Edulcorante Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada (200cc) Queso untable descremado (10gr)	Un miñón de pan francés blanco 30gr	-	200cc 50gr <b>250gr</b>
15	Mate cocido	Azúcar (20gr)	Leche descremada 100cc .Queso untable descremado(10gr)	Dos tostadas de arroz 15gr	-	200cc 55gr <b>255gr</b>
16	Café	Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada (100cc)	Un miñón de pan francés blanco 30gr	-	150cc 40gr <b>190gr</b>
17	-	-	Yogur bebible descremado de frutilla (200cc)	Copos de cereal sin azúcar (15gr)	-	200cc 15gr <b>215gr</b>
18	Mate cocido	Edulcorante	Queso cremoso (30gr)	2 tostadas de pan lactal de salvado	-	150cc 80gr <b>230gr</b>
19	-	Mermelada dietética (15gr)	Yogur bebible descremado de vainilla (100cc)	Dos tostadas de pan lactal integral	-	100cc 65gr <b>165gr</b>
20	Mate cebado	Edulcorante	-	Dos unidades de bizcochos dulces.	-	150cc 20gr <b>170gr</b>
21	Té	Edulcorante	Leche descremada (200cc)	5 unidades de galletitas dulces simples.	-	200c 30gr <b>230gr</b>

Fuente: Elaboración propia.

## Cuadro N°2: Tipo de alimento consumido en la merienda.

MERIENDA	
1)	Infusión de café.
2)	Infusión de mate cocido cortado con leche descremada con 2 galletitas dulces rellenas.
3)	Infusión de café cortado con leche descremada con un bizcocho dulce.
4)	Mate cebado endulzado con edulcorante con un miñón de pan blanco con queso untable descremado.
5)	Café con leche descremada endulzado con azúcar.
6)	Té acompañado con tres galletitas saladas.
7)	Infusión de mate cocido cortado con leche descremada endulzado con edulcorante, dos tostadas de pan lactal blanco untadas con queso descremado y mermelada común.
8)	Infusión de café cortado con leche descremada endulzado con edulcorante, dos tostadas de pan lactal de salvado untadas con queso descremado y mermelada dietética.
9)	Infusión de café cortado con leche descremada endulzada con azúcar, una tostada de pan lactal blanco untada con queso descremado.
10)	Yogur descremado firme de frutilla.
11)	Un vaso mediano de leche descremada sin lactosa acompañado con dos tostadas de pan lactal blanco untado con mermelada dietética.
12)	Té con edulcorante.
13)	Té con leche en polvo descremada endulzado con edulcorante acompañado de un miñón de pan francés blanco tostado.
14)	Café cortado con leche descremada con edulcorante, acompañado con un miñón de pan francés blanco untado con queso untable descremado y mermelada dietética.
15)	Mate cebado con azúcar.
16)	Café cortado con leche descremada, acompañada de un miñón de pan francés blanco untado con mermelada dietética.
17)	Té cortado con leche descremada con edulcorante, tres galletitas dulces rellenas.
18)	Mate cocido con edulcorante, acompañado con dos tostadas de pan lactal de salvado con queso cremoso.
19)	Té cortado con leche descremada, acompañado con dos vainillas.
20)	Mate cebado con edulcorante, con una tostada de pan lactal blanco untado con queso untable descremado.
21)	Mate cebado con edulcorante, un miñón de pan francés integral con queso untable descremado.

## Nube de palabras N°2: Tipo de alimento consumido en la merienda.



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 2: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido en la merienda.**

PACIENTES	INFUSIÓN	ENDULZANTES/ DULCES	LÁCTEO	CEREALES Y DERIVADOS	FRUTAS/ FRUTOS SECOS	VOLUMEN FINAL
1	Café	-	-	-	-	250cc
2	Mate cocido	-	Leche descremada (100cc)	2 galletitas dulces rellenas.	-	174gr
3	Café	-	Leche descremada (100cc)	Un bizcocho dulce.	-	160gr
4	Mate cebado	Edulcorante	Queso untable descremado (10gr)	Un miñón de pan francés blanco 30gr.	-	190gr
5	Café	Azúcar (10gr)	Leche descremada (200cc)	-	-	210gr
6	Té	-	-	3 galletitas saladas.	-	165gr
7	Mate cocido	-Edulcorante -Mermelada común (10gr)	-Leche descremada (100cc) -Queso untable descremado(10gr)	2 tostadas de pan lactal blanco 50gr	-	220gr
8	Café	Edulcorante Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada (100cc) -Queso untable descremado(10gr)	2 tostadas de pan lactal salvado 50gr	-	220gr
9	Café	Azúcar (20gr)	Leche descremada(100cc) Queso untable descremado(10gr)	1 tostada de pan lactal blanco	-	205gr
10	-	-	Yogur descremado firme de frutilla(190g)	-	-	190gr
11	-	Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada sin lactosa (200cc)	2 tostadas de pan lactal blanco	-	260gr
12	Té	Edulcorante	-	-	-	150cc
13	Té	Edulcorante	Leche descremada en polvo (20gr)	Un miñón de pan francés blanco 30gr.	-	200gr
14	Café	Edulcorante Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada (150cc) Queso untable descremado(10gr)	Un miñón de pan francés blanco 30gr	-	200gr
15	Mate cebado	Azúcar (15gr)	-	-	-	165cc
16	Café	Mermelada dietética (10gr)	Leche descremada (100cc)	Un miñón de pan francés blanco 30gr	-	190gr
17	Té	Edulcorante	Leche descremada (100cc)	3 galletitas dulces rellenas.	-	186gr
18	Mate cocido	Edulcorante	Queso cremoso(30gr)	2 tostadas de pan lactal de salvado	-	230gr
19	Té	-	Leche descremada(100cc)	2 vainillas.	-	170gr
20	Mate cebado	Edulcorante	Queso untable descremado (10gr)	Una tostada de pan lactal blanco	-	155gr
21	Mate cebado	Edulcorante	Queso untable descremado (20gr)	Un miñón de pan francés integral 30gr	-	170gr

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que los cuadros visualizados anteriormente, se encuentran divididos en 5 grupos de alimentos, que representan la infusión, endulzante/dulces, lácteos, cereales y derivados, frutas/frutos secos y en la última columna se detalla el volumen final consumido.

Analizando el consumo de alimentos en el desayuno y la merienda de los pacientes evaluados y comparándolos con las recomendaciones sugeridas por la Guía alimentaria para la población bariátrica argentina, se puede destacar que la mayoría de los pacientes cubre con la recomendación del consumo de 200 cc de leche parcialmente descremada por día, siendo fraccionada en 100cc en el desayuno y 100cc en la merienda, acompañada con infusión de café, mate cocido o cebado o té.

Para endulzar las infusiones, la gran mayoría consume edulcorante artificial, aunque un 20% de los pacientes siguen utilizando azúcar, a pesar de que se remarca y se hace hincapié que su consumo no está permitido, ya que aporta calorías “vacías” y contribuye a la reganancia de peso.

Se observa un mayor consumo de pan tanto en el desayuno como en la merienda, optando por un miñón o una rodaja de pan lactal, cubriendo con la recomendación de 50 gr de pan por día. El mismo lo acompañan con queso untable descremado y mermelada dietética. Ningún paciente

refirió consumir lácteos enteros, destacándolo como un aspecto positivo en la incorporación de hábitos saludables.

Con respecto a la merienda, se observa que el 25% de los pacientes reemplazan el pan por vainillas, bizcochos o galletitas dulces, las cuales se recomienda consumirlos de forma esporádica por ser alimentos altos en hidratos de carbono y grasas, provocando menor saciedad y mayor tendencia al consumo con la posterior reganancia de peso. El volumen final consumido en desayuno y merienda, oscila entre 150-250 CC, considerando líquidos y sólidos.

### Cuadro N°3: Tipo de alimento consumido en el almuerzo.

#### ALMUERZO

- 1) Pechuga de pollo a la plancha con puré de papa y zapallo / ensalada de rúcula y tomate).
- 2) Milanesa de pollo con fideos blancos acompañado con medio miñon de pan francés blanco.
- 3) Omelette con queso cremoso y tomate.
- 4) Pechuga de pollo/ filete de pescado con salteado de acelga y cebolla, tomate chico.
- 5) Canasita de verdura (masa de empanada) rellena de berenjena, zapallo, brócoli y acelga, queso cremoso.
- 6) Ensalada de atún, lechuga, tomate chico.
- 7) Pechuga de pollo/ filete de pescado con ensalada de chaucha y huevo.
- 8) Pechuga de pollo / muslo con ensalada de tomate y zanahoria.
- 9) Carne vacuna/ pollo acompañado con arroz.
- 10) Pechuga de pollo con ensalada de tomate y rúcula.
- 11) Pata de pollo con ensalada de tomate y queso.
- 12) Milanesa de soja acompañada con puré de papa.
- 13) Hamburguesa acompañada con arroz blanco, tomate y rúcula.
- 14) Pechuga de pollo con ensalada de lechuga y tomate.
- 15) Milanesa de carne acompañada de puré de papa y batata.
- 16) Risotto de arroz blanco, calabaza, zucchini, morrón y cebolla de verdeo.
- 17) Cuadril salteado con ensalada de zanahoria y 1 clara de huevo.
- 18) Filete de pescado con salteado de zapallito y cebolla.
- 19) Milanesa de carne con ensalada de remolacha y zanahoria.
- 20) Pechuga de pollo al horno con puré de zapallo.
- 21) Omelette con queso cremoso, tomate y arvejas.

### Nube de palabras N°3: Tipo de alimento consumido en el almuerzo.



Fuente: Elaboración propia.

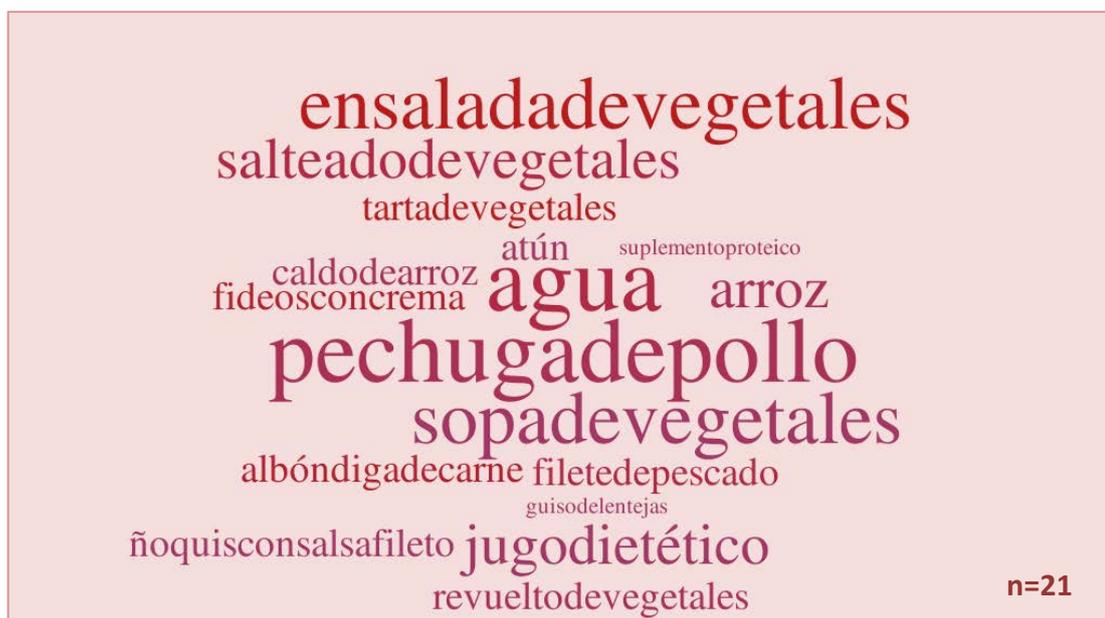
**Tabla N° 3: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido en el almuerzo.**

PACIENTES	BEBIDA (entrecor midas)	CARNES(vacuna/pollo/pescado)/ HUEVO	CEREALES/ LEGUMBRES	VEGETALES A, B ,C.	VOLUMEN FINAL
1	Agua	Pechuga de pollo a la plancha (50gr cocido)	-	Puré de papa y zapallo(50 gr c/u)	150gr
2	Jugo dietético	Milanesa de pollo al horno (50gr cocido)	½ miñon de pan francés blanco. Fideos blancos (50gr cocido).	-	120gr
3	Agua	Omelette (1 huevo, 1 clara), queso cremoso (30gr)	-	½ Tomate chico (50gr)	180gr
4	Agua	Pechuga de pollo/ Filete de pescado a la plancha (100gr cocido)	-	Salteado de acelga y cebolla. Tomate (50gr)	200gr
5	Agua	Queso cremoso (30gr)	1 tapa de empanada 30gr	Berenjena, zapallo, brócoli y acelga 100gr	160gr
6	Agua	Atún (100gr)	-	Ensalada de lechuga 15gr y tomate 50gr	165gr
7	Agua	Pechuga de pollo/ filete de pescado al horno (100gr cocido)	-	Ensalada chaucha 50gr y huevo 25gr	175gr
8	Agua	Pechuga de pollo/muslo (100gr cocido)	-	Tomate 50gr y zanahoria 25gr	175gr
9	Jugo dietético	Carne vacuna / pechuga de pollo (100gr gr cocido)	Arroz blanco 40gr	-	150gr
10	Agua	Pechuga de pollo (100gr cocido)	-	Ensalada de rúcula 10gr y tomate 50gr.	160gr
11	Jugo dietético	Pata de pollo 50gr	-	Ensalada de tomate 50gr y queso 30gr	130gr
12	Jugo dietético	-	Milanesa de soja 50gr	Puré de papa 100gr	150gr
13	Agua	Hamburguesa (80gr cocido)	Arroz blanco(40gr cocido)	Tomate 50gr y rúcula 10gr	180gr
14	Jugo dietético	Pechuga de pollo (50gr cocido)	-	Ensalada de lechuga 10, tomate 100gr	160gr
15	Jugo dietético	Milanesa de carne (50gr cocido)	-	Puré de papa 50gr y batata 50gr	150gr
16	Agua	-	Arroz blanco 40 gr	Zanahoria, zucchini, morrón y cebolla de verdeo(25gr c/u)	140gr
17	Jugo dietético	Cuadril (50gr cocido) Clara de huevo 35gr	-	Zanahoria 50gr	135gr
18	Agua	Filete de pescado (100gr cocido)	-	Zapallito 50gr y cebolla 25gr	175gr
19	Agua	Milanesa de carne (50gr)	-	Remolacha y zanahoria(50gr)	150gr
20	Agua	Pechuga de pollo 100gr	-	Puré de zapallo 50gr	150gr
21	Jugo dietético	Omelette (1huevo ) con queso cremoso(30gr)	-	Tomate 50gr y arvejas (20gr)	150gr

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro N° 4: Tipo de alimento consumido en la cena.****CENA**

- 1) Guiso de lentejas con vegetales y carne picada.
- 2) Albóndiga de carne acompañada con arroz.
- 3) Pechuga de pollo con revuelto de zapallitos.
- 4) Ensalada de lechuga, atún, cebolla, tomate.
- 5) Suplemento proteico sabor vainilla con 100 cc de leche descremada y completa con agua.
- 6) Caldo con arroz.
- 7) Pechuga de pollo/ filete de pescado con ensalada de lechuga, tomate, zanahoria.
- 8) Wok de vegetales con pechuga de pollo.
- 9) Fideos/ñoquis con crema y queso rallado.
- 10) Wok de vegetales (zapallito, cebolla, zanahoria, berenjena) con nalga/ cuadril.
- 11) Carne picada salteada con ensalada de lechuga y tomate.
- 12) Sopa de vegetales.
- 13) Pechuga de pollo acompañada de salteado de zanahoria, zapallitos y cebolla.
- 14) Pechuga de pollo con puré de zapallo y papa.
- 15) Sopa de vegetales con una clara de huevo.
- 16) Pechuga de pollo a la plancha con ensalada de tomate, rúcula y queso cremoso.
- 17) Caldo de arroz.
- 18) Fideos con brócoli salteado.
- 19) Ñoquis con salsa fileto.
- 20) Sopa de vegetales.
- 21) Filete de pescado con ensalada de zanahoria, tomate y lechuga.

**Nube de palabras N°4: Tipo de alimento consumido en la cena.**

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N° 4: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido en la cena.**

PACIENTES	BEBIDA (entrecucomidas)	CARNES(vacuna,pescado,pollo)/HUEVO	CEREALES/ LEGUMBRES	VEGETALES A,B,C.	VOLUMEN FINAL
1	Agua	Cuadril 50gr	Lentejas 50gr en cocido	Zanahoria, cebolla y zapallitos(20gr c/u)	160gr
2	Jugo dietético	Albóndigas de carne (50gr)	Arroz 40gr cocido	-	90gr
3	Agua	Pechuga de pollo 50gr cocido / 1 huevo	-	Revuelto de zapallitos 25gr y acelga 50gr.	175gr
4	Agua	Atún 50gr		Lechuga 10gr, cebolla 25gr, tomate 50gr	135gr
5	-	Suplemento proteico (2 cucharadas soperas) con leche descremada 100cc, completa con agua.	-	-	200cc 30gr
6	Caldo	-	Arroz (2 cucharadas soperas en cocido)	-	150cc 30gr
7	Agua	Pechuga de pollo/filete de pescado 100gr en cocido	-	Ensalada de lechuga 10gr, tomate 50gr y zanahoria25gr	185gr
8	Jugo dietético	Pechuga de pollo 100 gr cocido	-	Wok de vegetales 120gr	220gr
9	Jugo dietético	-	Ñoquis/ Fideos 150 gr en cocido con crema	-	150gr
10	Agua	Nalga/cuadril 50 gr cocido	-	Wok devegetales 120gr (zuchini, cebolla, morrón, zanahoria)	170gr
11	Agua	Carne vacuna picada 100gr	-	Ensalada de lechuga 15gr y tomate 50gr.	165gr
12	Jugo dietético	-	-	Sopa de vegetales (200cc)	200cc
13	Agua	Pechuga de pollo 100gr cocido	-	Zanahoria 25gr, zapallitos 25gr y cebolla 25gr.	175gr
14	Jugo dietético	Pechuga de pollo 100gr cocido	-	Puré de papa 25gr y zapallo 25gr	150gr
15	Jugo dietético	1 clara de huevo (35gr)	-	Sopa de vegetales (150cc)	150cc 35gr
16	Agua	Pechuga de pollo a la plancha 100gr, queso cremoso 15gr		Tomate 50gr, rúcula 10gr	175gr
17	Jugo dietético	-	Caldo de arroz (30gr cocido)	-	150cc 30gr
18	Agua	-	Fideos 100gr cocido	Brócoli50gr	150gr
19	Agua	-	Ñoquis 100gr cocido	Tomate triturado 50gr	150gr
20	Agua	-	-	Sopa de vegetales 200cc	200cc
21	Jugo dietético	Filete de pescado 100gr	-	Zanahoria 25gr, tomate50gr y lechuga10gr.	185gr

Fuente: Elaboración propia.

Se puede visualizar que los cuadros expuestos anteriormente con respecto al almuerzo y cena, se dividen en 3 grupos de alimentos: carnes y huevo/cereales y legumbres/vegetales A, B, C), la sección de bebidas y por último se detalla el volumen final consumido.

Todos los pacientes bariátricos encuestados refirieron consumir los líquidos entre las comidas (30 minutos antes o después), cumpliendo con la recomendación sugerida, la cual se debe por la disminución de la capacidad gástrica luego de la cirugía que no permite la ingesta conjunta de alimentos y bebida. Se destaca un mayor consumo de agua, pese a que algunos pacientes optan por jugo dietético, cumplen con la recomendación del consumo de líquidos libres de calorías y sin gas.

Se puede observar tanto en almuerzo como en cena, un mayor consumo de carnes blancas, principalmente pechuga de pollo, pata de pollo, filete de pescado o atún. En relación a las carnes rojas, se observa un menor consumo en comparación con las blancas, ya que, muchos pacientes tienen dificultad para digerirlas. Los cortes que seleccionan son cuadril, nalga, peceto o carne picada, siendo ésta última mejor tolerada por estar subdividida. Los métodos de cocción utilizados son: a la plancha, salteado, al horno, hervido, guisado. Las formas de preparación descritas son rellenos, albóndigas, milanesas, hamburguesas, guisos, empanadas, budines, wok.

En relación a la ingesta de huevo, se opta como reemplazo de carnes, en preparaciones como omelette, ensaladas o revueltos. Solo un paciente refirió consumir suplemento proteico como reemplazo de la carne en la cena.

En cuanto al consumo de vegetales, refirieron la ingesta de tomate, lechuga, acelga, rúcula, zanahoria, cebolla, brócoli, zuchini, papa, zapallo, en preparaciones como salteados, ensaladas, puré, revueltos, sopas, tartas, empanadas. Los hidratos de carbono más prevalentes son arroz blanco, fideos, lentejas, en preparaciones como guisos, ensaladas, milanesas o hamburguesas.

Se destaca el consumo de proteínas tanto en el almuerzo como en la cena, cumpliendo con la recomendación sugerida de priorizar la ingesta en ambas comidas. También se recalca en que la mayor parte de los pacientes combina las proteínas con vegetales ya sea crudos o cocidos en ambas comidas, consumiendo hidratos de carbono de forma más esporádica.

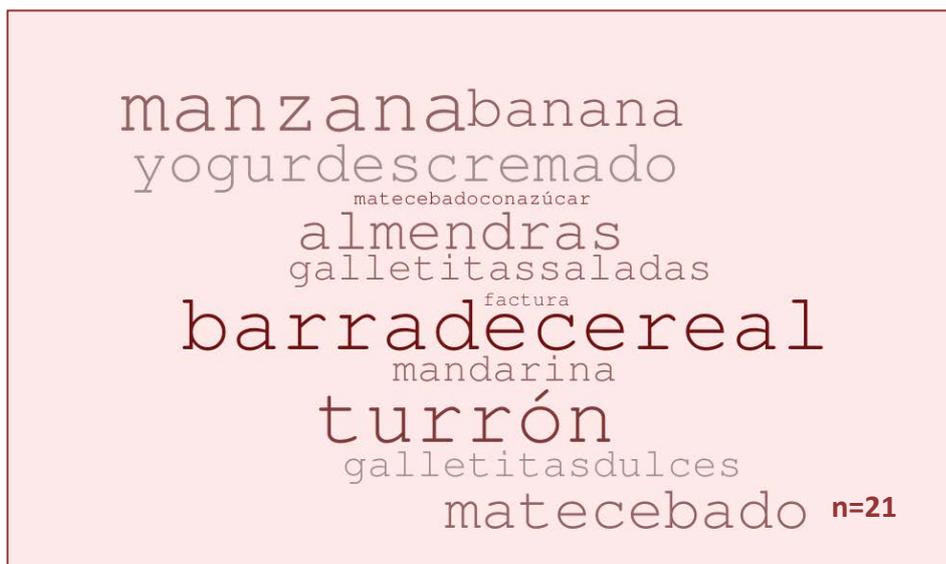
El volumen sólido final consumido en cada comida oscila entre 150-200gr, ya que los líquidos los consumen entre comidas.

#### **Cuadro N° 5: Tipo de alimento consumido como colación a media mañana.**

##### **COLACION MEDIA MAÑANA**

- 1) Yogur descremado, dos galletitas saladas
- 2) Media factura.
- 3) Banana chica.
- 4) Turrón.
- 5) Mate cebado con azúcar.
- 6) No realiza.
- 7) Manzana.
- 8) Barra de cereal.
- 9) No realiza.
- 10) Una manzana mediana.
- 11) Mate cebado, barra de cereal.
- 12) Galletitas dulces simples.
- 13) Una barra de cereal.
- 14) Una mandarina chica.
- 15) Un turrón.
- 16) No realiza.
- 17) 1/2 Banana
- 18) Una manzana chica.
- 19) Una pera chica.
- 20) 10 almendras.
- 21) 10 almendras.

**Nube de palabras N°5: Tipo de alimento consumido como colación a media mañana.**



Fuente: Elaboración propia.

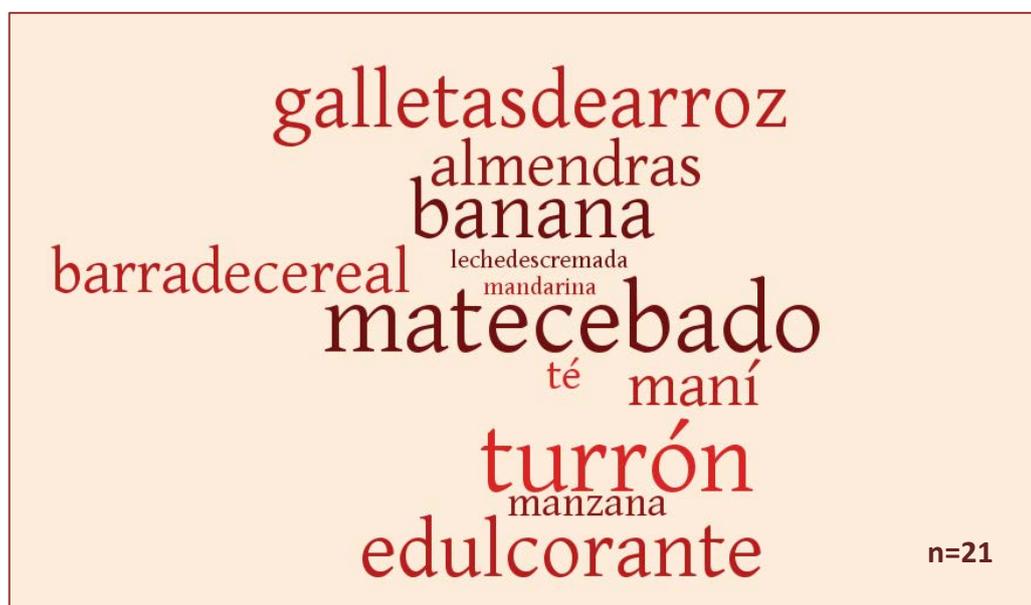
**Tabla N° 5: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido como colación a media mañana.**

PACIENTES	INFUSIÓN	ENDULZANTE/ DULCES	LÁCTEO	CEREALES Y DERIVADOS	FRUTAS/ FRUTOS SECOS	VOLUMEN FINAL
1	-	-	Yogur descremado 125cc	Dos galletitas saladas 10gr	-	135gr
2	-	-	-	½ factura	-	20gr
3	-	-	-	-	Banana 100gr	100gr
4	-	-	-	Turrón	-	25gr
5	Mate cebado 120cc	Azúcar (12gr)	-	-	-	132gr
6	No realiza colación	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	Manzana 100gr	100gr
8	-	-	-	Barra de cereal	-	25gr
9	No realiza colación	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	Manzana 150gr	150gr
11	Mate cebado 120cc	-	-	Barra de cereal	-	145gr
12	-	-	-	Galletitas dulces simples(10unidades)	-	60gr
13	-	-	-	Barra de cereal	-	25gr
14	-	-	-	-	Mandarina 100gr	100gr
15	-	-	-	Turrón	-	25gr
16	No realiza	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	Banana 100gr	100gr
18	-	-	-	-	Manzana 150gr	150gr
19	-	-	-	-	Pera 150gr	150gr
20	-	-	-	-	10 almendras	20gr
21	-	-	-	-	10 almendras	20gr

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro N°6: Tipo de alimento consumido como colación de media tarde.**

COLACION MEDIA TARDE	
1)	Infusión de mate con dos galletas de arroz.
2)	No realiza.
3)	Mate cebado.
4)	No realiza.
5)	Mate cebado con azúcar acompañado con banana chica.
6)	Turrón.
7)	Nuez (5 unidades)
8)	No realiza.
9)	Almendras (10 unidades).
10)	No realiza.
11)	Mate cebado con dos galletas de arroz.
12)	Una barra de cereal.
13)	Té con leche en polvo descremada con edulcorante.
14)	Mate cebado con edulcorante.
15)	Una barra de cereal.
16)	Una manzana chica.
17)	No realiza.
18)	Una barra de cereal.
19)	1/2 banana.
20)	1/2 banana.
21)	Una mandarina mediana.

**Nube de palabras N°6: Tipo de alimento consumido como colación de media tarde.**

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla N°6: Distribución por grupos de alimentos, cantidad y volumen final consumido como colación a media tarde.**

PACIENTES	INFUSIÓN	LÁCTEO	CEREAL	ENDULZANTE	FRUTA/FRUTOS SECOS	VOLUMEN FINAL
1	Mate cebado	-	Dos galletas de arroz	-	-	100cc / 15gr
2	No realiza colación	-	-	-	-	-
3	Mate cebado	-	-	-	-	100cc
4	No realiza	-	-	-	-	-
5	Mate cebado	-	-	Azúcar 10gr	Banana 50gr	100cc / 60gr
6	-	-	Turrón	-	-	25gr
7	-	-	-	-	Nuez 25gr	25gr
8	No realiza	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	Almendras 20gr	20gr
10	No realiza	-	-	-	-	-
11	Mate cebado	-	Dos galletas de arroz	-	-	100cc / 15gr
12	-	-	Barra de cereal.	-	-	25gr
13	Té	Edulcorante	Leche en polvo des.(20gr)	-	-	150cc / 20gr
14	Mate cebado	Edulcorante	-	-	-	100cc
15	-	-	-	Barra de cereal	-	25gr
16	-	-	-	-	Manzana 100gr	100gr
17	No realiza	-	-	-	-	-
18	-	-	-	Barra de cereal	-	25gr
19	-	-	-	-	Banana 100gr	100gr
20	-	-	-	-	Banana 50gr	50gr
21	-	-	-	-	Mandarina 150gr	150gr

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar el consumo de alimentos como colación a media mañana y media tarde, se puede observar un mayor consumo de mate cebado, como también se sigue observando el uso de azúcar para endulzar las infusiones. Se destaca mayor consumo de frutas como banana, mandarina, manzana, pera y de frutos secos como almendras y nueces. Por otro lado, varios pacientes refirieron la ingesta de galletitas dulces o saladas, bizcochos. El volumen final consumido oscila entre 20- 150gr.

**Tabla N °7: Volumen final promedio consumido por paciente.**

Pacientes	Desayuno(gr)	Colación(gr)	Almuerzo(gr)	Merienda(gr)	Colación(gr)	Cena(gr)	Volumen Final (gr)
1	175	135	150	250	115	160	985
2	250	20	120	174	-	90	654
3	195	100	180	160	100	175	910
4	250	25	200	190	-	135	800
5	207.5	132	160	210	160	230	1100
6	185	-	175	165	25	180	730
7	220	100	175	220	25	185	925
8	220	25	175	220	-	220	860
9	245	-	150	205	20	150	820
10	190	150	160	190	-	170	860
11	145	145	130	260	115	165	960
12	225	60	150	150	25	200	810
13	170	25	180	200	170	175	920
14	300	100	160	200	100	150	1010
15	255	25	150	165	25	185	805
16	190	-	140	190	100	175	795
17	215	100	135	186	-	180	816
18	230	150	175	230	25	150	960
19	165	150	150	170	100	150	885
20	170	20	150	155	50	200	745
21	230	20	150	170	150	185	905
Volumen promedio	211.3	82.3	157.9	193.3	81.6	171.9	869.3

Fuente: Elaboración propia.

Analizando el volumen final promedio consumido en cada una de las comidas del día y comparándolas con las indicaciones sugeridas según el Consenso de cirugía bariátrica 2011, el cual considera por ingesta entre 200- 250ml de líquidos y 150-200gr de sólidos, teniendo en cuenta que los pacientes consumen los líquidos entre las comidas, ya que el pequeño reservorio gástrico no les permite consumirlos en forma conjunta.

En relación al desayuno y merienda, consumen en conjunto el líquido (infusión) con los sólidos (pan, vainillas, galletitas), llegando a un volumen líquido que oscila entre 150-200cc y los sólidos que oscilan entre 20-60 gr, alcanzando un volumen promedio de 211.3 cc en desayuno y 193.3 cc en merienda.

En cuanto al almuerzo y cena, el volumen promedio consumido de sólidos oscila entre 150-200gr como lo sugiere el consenso.

En las colaciones el volumen promedio consumido es menor en comparación con el resto de las comidas, llegando a 80 gr.

Lo primordial es que las ingestas no sobrepasen los volúmenes recomendados y sean fraccionadas para evitar náuseas, vómitos y malestares.

**Tabla N° 8: Cantidad de proteínas consumidas promedio por día por paciente.**

Pacientes	Desayuno	Colación	Almuerzo	Merienda	Colación	Cena	Proteínas totales(gr)
	(gr)	(gr)	(gr)	(gr)	(gr)	(gr)	
1	2,67	6,65	15,6		1,3	15,9	42,12
2	10,79	1,1	21,1	4,37		13,75	51,11
3	6,82	1,2	16,89			20,2	45,11
4	3,89	2,2	29,9	1,2		14,3	50,29
5	3,32		9,41	6	0,6	26	45,33
6	4,02		16,5	-	2,2	2,1	24,82
7	9,07	0,3	35,6	4,2	3,75	18,1	66,82
8	9,97	2	29,4	4,2		29,9	71,27
9	6,82		28,1	4,2	8	10,2	53,12
10	3,89	0,45	28,9	7,6		12	45,24
11	5,1	2	20,61	6	1,3	21	56,01
12	11,76	5,1	11,8	-	2	1,5	32,16
13	7,1	2	19,9	7	7,1	29,4	72,5
14	10,29	0,4	15,2	5,7		29,8	55,69
15	5,87	1,2	12,4	-	2	5,48	26,95
16	5,72		4,1	3	0,3	31,85	44,97
17	8,55	1,2	15,48	3		2,1	30,33
18	11,31	0,45	18	3,6	2	12,9	44,66
19	8,7	1,05	12,5	3	1,2	6,9	33,35
20	1,18	4	28,6	1,2	0,6	1	35,38
21	8,95	4	21,41	2,4	0,6	18,1	53,06
Consumo promedio	6,94	2,08	19,59	4,62	2,35	15,36	46,68

Fuente: Elaboración propia. Datos de composición química recabados de [www.argenfoods.unlu.edu.ar](http://www.argenfoods.unlu.edu.ar) y [www.nutrinfo.com](http://www.nutrinfo.com)

Analizando el consumo promedio de proteínas por día en los pacientes, se puede observar que el mismo es de 46.68 gr. La recomendación sugerida por la Guía alimentaria para la población bariátrica argentina, es de 60-120 gr/ día y de los 21 pacientes encuestados solo el 14% cumple con la recomendación mínima de 60 gr, el 86% restante no la cumple. Se

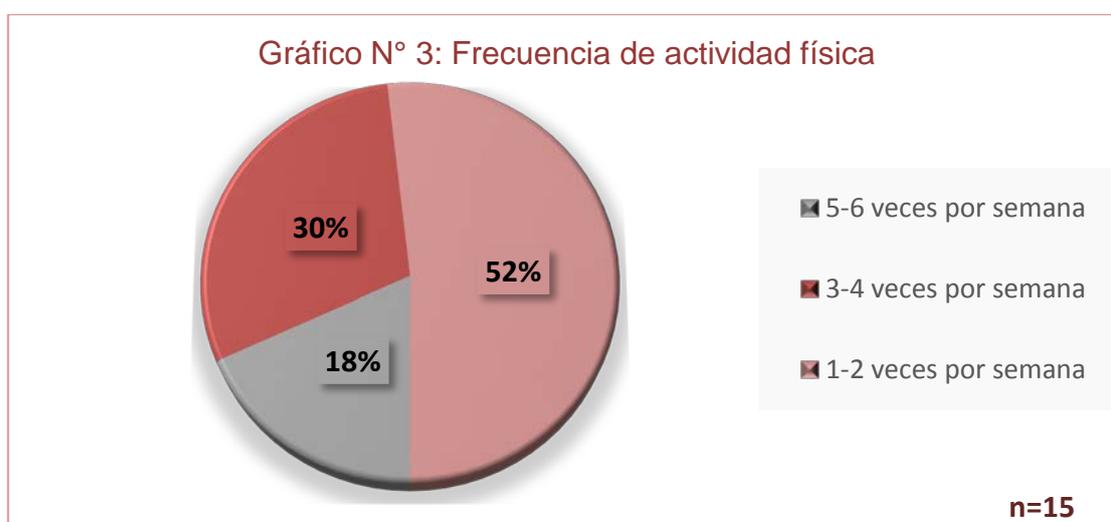
observa un mayor consumo de proteínas en el almuerzo, con un promedio de 19.5 gr, en comparación con la cena que ronda en 15 gr promedio. En el resto de las comidas (desayuno, merienda y colaciones), el consumo no supera los 10 gr promedio.

Los siguientes gráficos representan la práctica de actividad física de los pacientes.

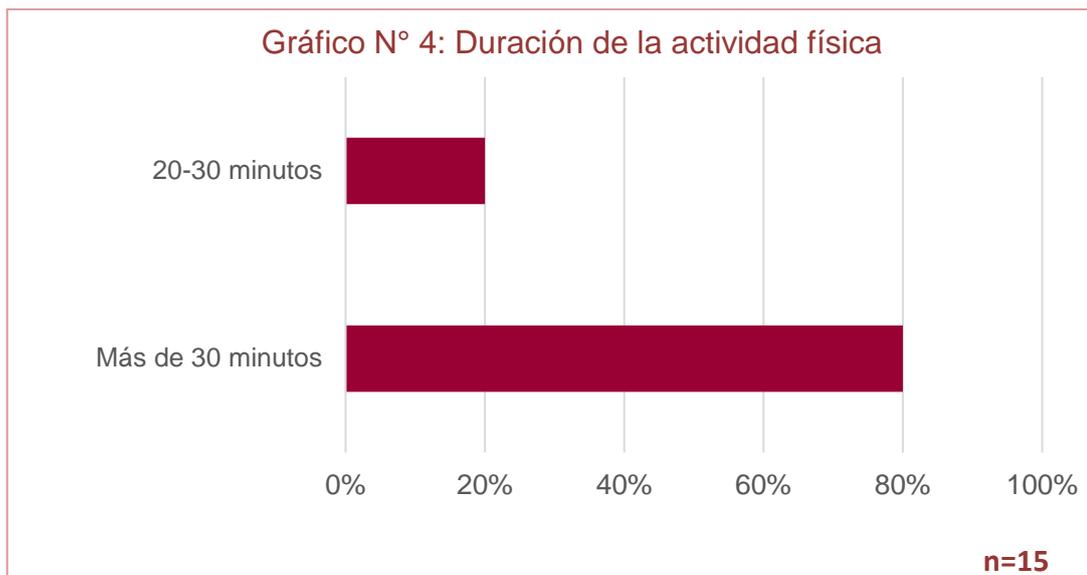


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la actividad física, se obtuvo que el 29% de los pacientes son sedentarios, es decir, no practican ningún tipo de actividad física. El 71% restante realiza algún tipo de ejercicio, de los cuales el 25% realiza más de un tipo de actividad, siendo las más elegidas por los pacientes caminatas rápidas (33%) y natación (27%), un porcentaje más reducido opta por bicicleta (14%), correr (13%) y por último caminatas suaves (7%). La categoría "Otros" con un 6%, corresponde a un paciente que refirió la práctica de patín artístico.



Fuente: Elaboración propia.

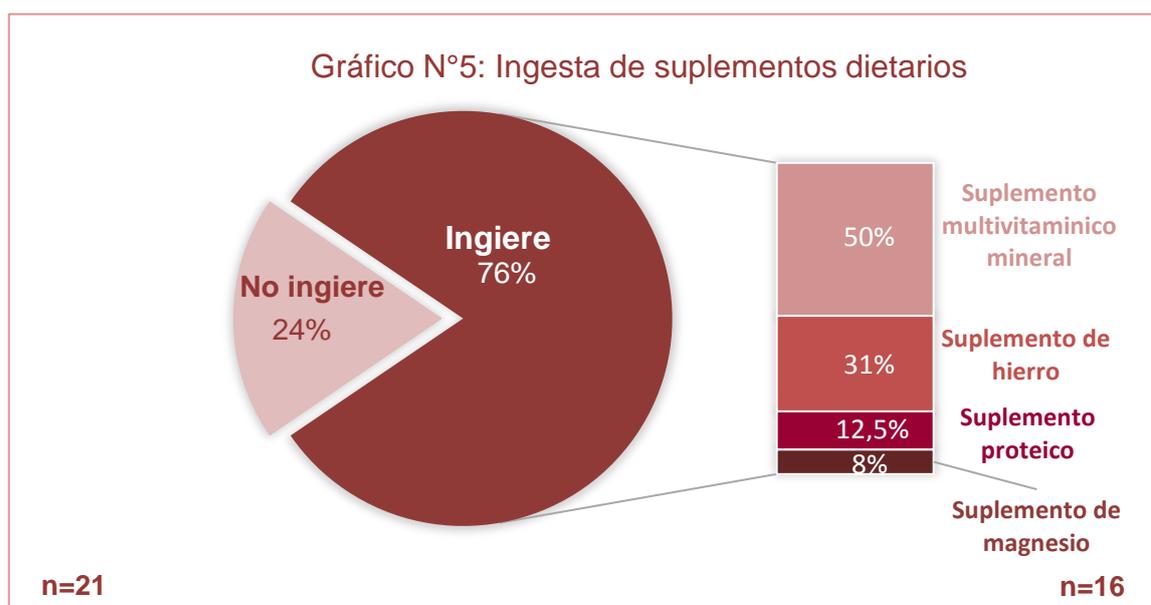


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la frecuencia de actividad física de los pacientes encuestados, se observa que el 52% la realiza con menor frecuencia, siendo 1-2 veces por semana, un 30% la practica 3-4 veces por semana y por último un 18% 5-6 veces por semana.

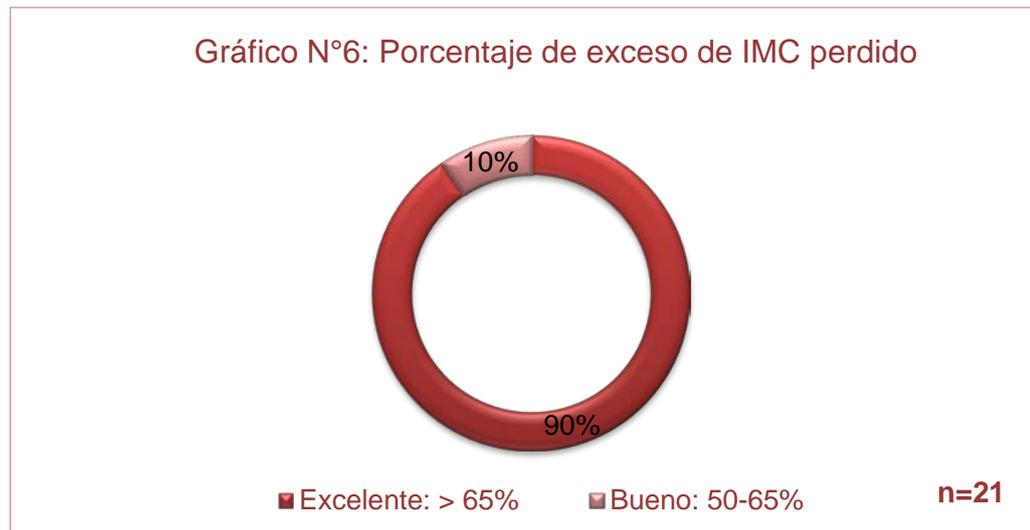
En relación a la duración, se observó que el 80% la practica por mayor tiempo, siendo más de 30 minutos y el 20% restante durante 20-30 minutos.

Según la Guía alimentaria para la población bariátrica argentina, la recomendación para la realización de actividad física es de 3-4 veces semanales, por lo tanto solo el 30% de los pacientes cumple con la misma y el 80% la realiza con una duración mayor a 30 minutos, que se considera suficiente.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la ingesta de suplementos dietarios, se observa que del total de pacientes encuestados, solo el 24% no toma suplementos. El 76% restante ingiere mayormente suplemento vitamínico mineral y en menor porcentaje consumen de hierro, proteico y por último suplemento de magnesio.



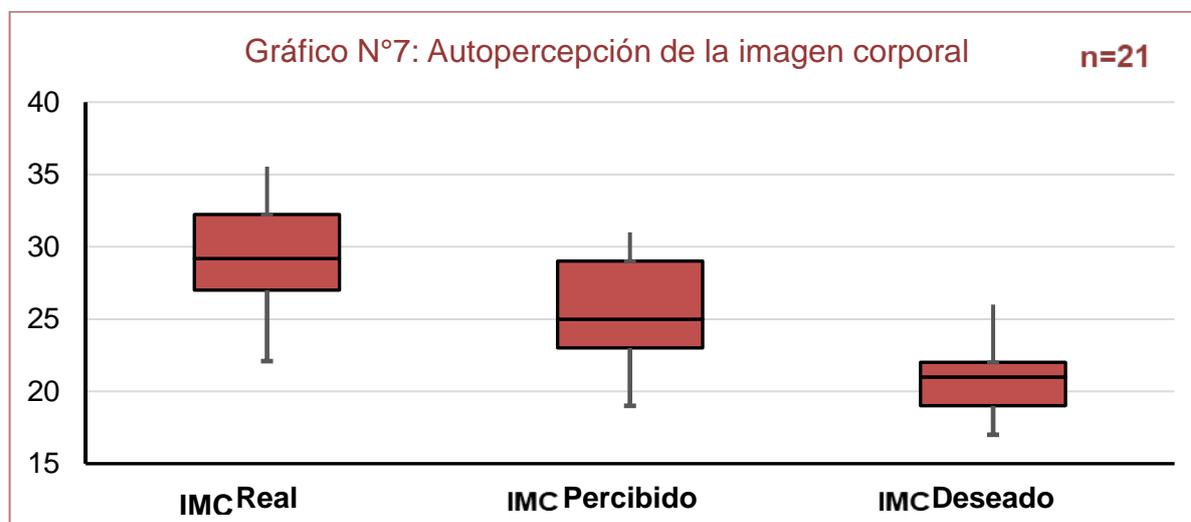
Fuente: Elaboración propia.

El porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP) es un indicador que se utiliza para evaluar el éxito del tratamiento alcanzando al año cumplido de la cirugía. Se calcula relacionando el IMC inicial con el actual y el IMC=25 “esperable”, como el valor superior dentro de lo normal<sup>127</sup>

Se pudo evaluar que el 90% de los pacientes tuvieron “excelentes” resultados, es decir, pudieron perder satisfactoriamente el exceso de peso superando el 65% y solo un 10% tuvo resultados categorizados como “buenos”, perdiendo entre el 50-65% de peso. Se destaca la importancia de que ningún paciente fracasó al tratamiento, es decir, que perdió menos del 50%.

<sup>127</sup> Según datos aportados por el Congreso argentino de nutrición en cirugía bariátrica, 2011.

A continuación se presentan los resultados obtenidos al analizar la autopercepción de la imagen corporal en los siguientes gráficos:

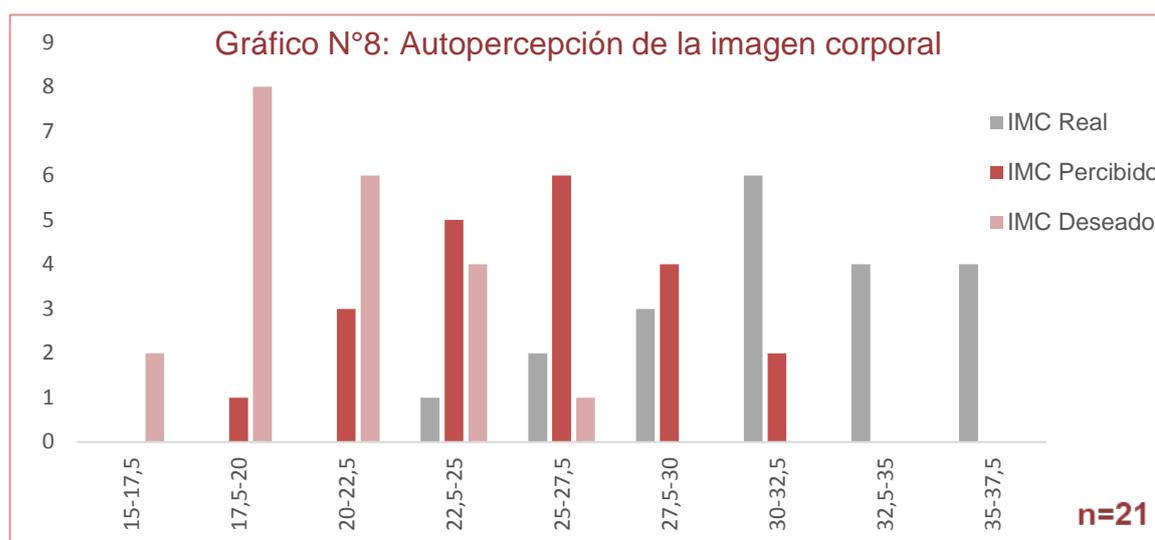


Fuente: Elaboración propia.

En relación a la autopercepción de la imagen corporal, se puede analizar que el promedio de IMC real es de 29.18 kg/mts, con un mínimo de 22.09kg/mts y máximo de 35.54kg/mts. El 25% de los pacientes se encuentran por debajo de un IMC de 27kg/mts y el 75% se encuentra por encima de 32.23kg/mts, registrándose valores atípicos de 35kg/mts.

El IMC percibido promedio es de 25kg/mts, el mínimo es 19kg/mts y el máximo 31kg/mts.

Por último, el promedio de IMC deseado es de 21kg/mts, con un mínimo de 17kg/mts y un máximo de 25kg/mts.



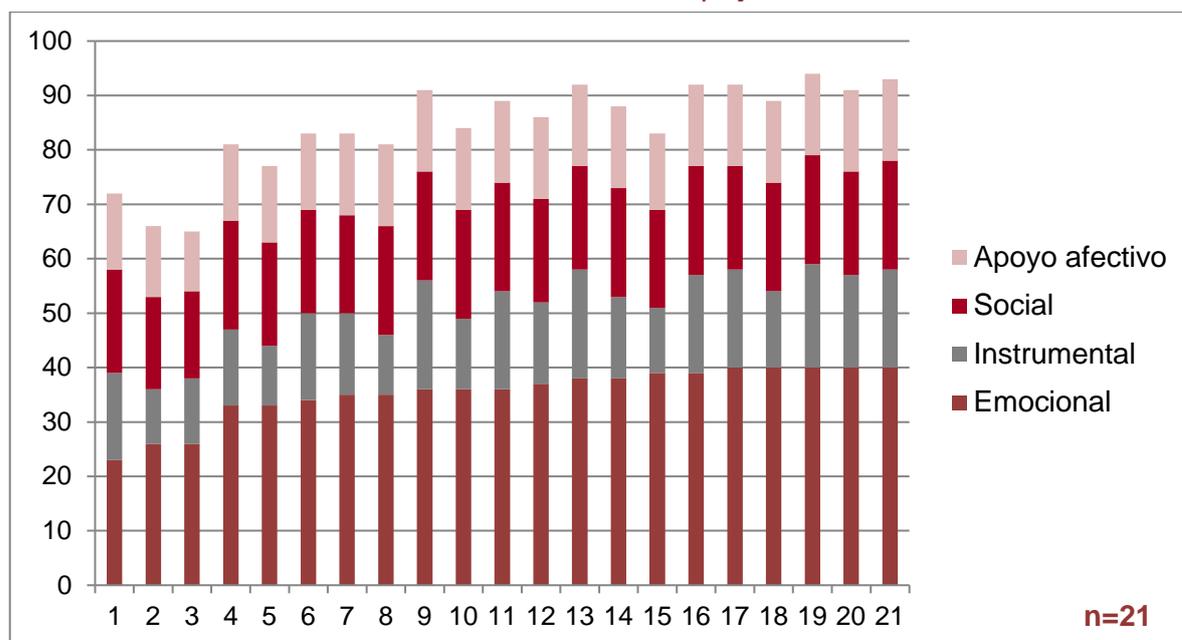
Fuente: Elaboración propia.

Observando el gráfico expuesto anteriormente, se puede analizar que el 81% de los pacientes poseen un IMC real mayor que el IMC percibido, es decir que se ven más delgados de lo que realmente son. Un 14.2% de los pacientes, se perciben prácticamente tal como son,

es decir el valor de IMC correspondiente a la figura elegida es similar al IMC real obtenido por antropometría. Solo un paciente (4.8%) posee un IMC real menor que el IMC percibido, se percibió más grueso de lo que realmente es.

Con respecto al IMC que desean los pacientes, todos refirieron que desearían estar más delgados de lo que están.

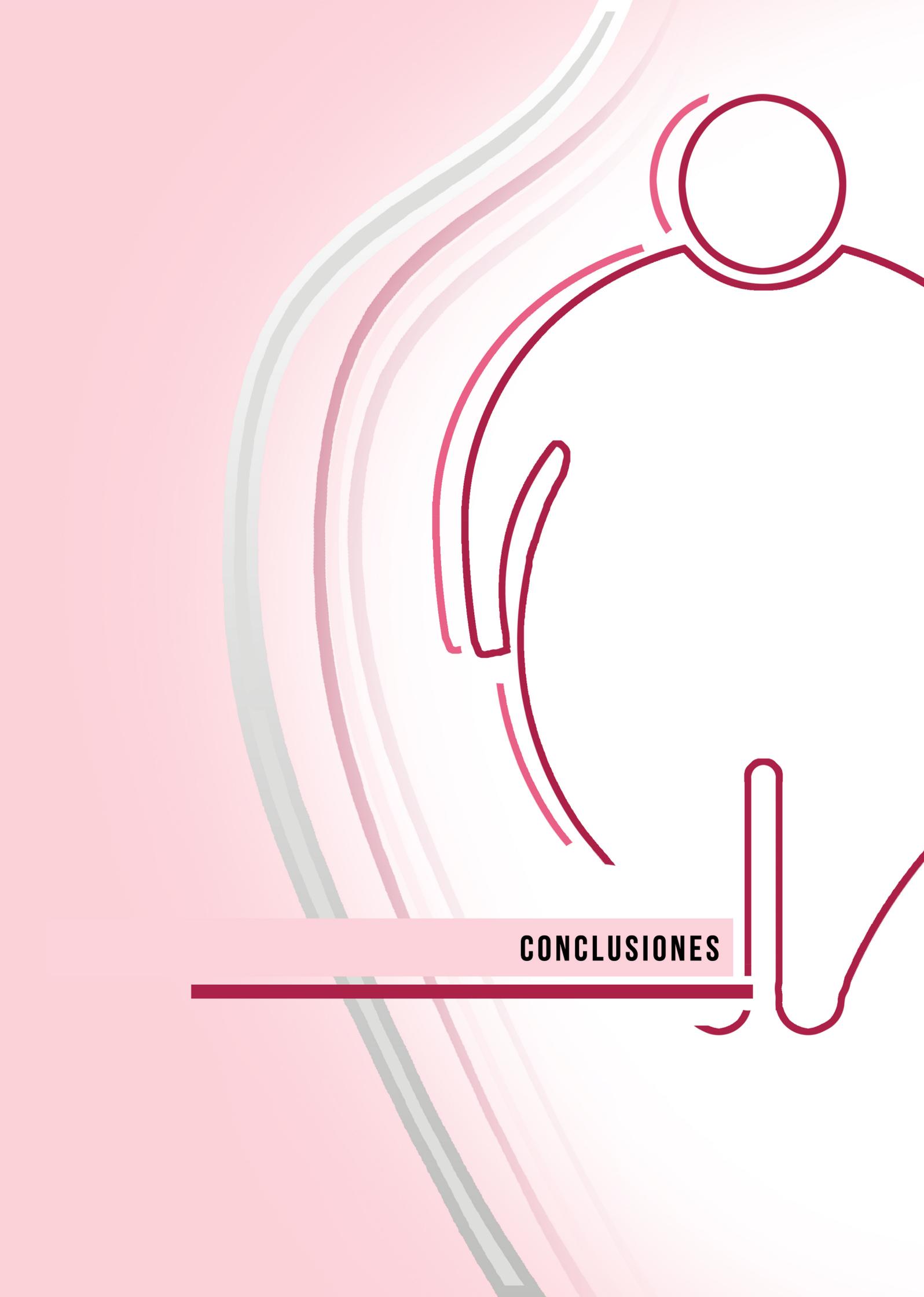
Gráfico N° 9: Redes de apoyo social



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las redes de apoyo social que los pacientes manifestaron mediante el cuestionario, se pudo evaluar que el índice global máximo de apoyo social resulto con un promedio de 85 puntos, con un máximo de 94 y un mínimo de 65, siendo el puntaje máximo de 95 puntos. Como se puede visualizar en el gráfico, la dimensión emocional, como expresión de afecto y comprensión empática fue la que tuvo mayor puntuación, llegando a un máximo de 40 puntos, es decir, el ideal, con un promedio de 35.

En cuanto a la dimensión instrumental, entendido como la provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir el paciente, el promedio fue de 15 puntos y la interacción social, que hace referencia a la disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarlo bien fue de 19, siendo 20 la puntuación ideal. Por último, el apoyo afectivo, que expresa las demostraciones reales de amor, cariño o empatía, tuvo un promedio de 14.5, siendo 15 la puntuación máxima.



**CONCLUSIONES**

La prevalencia de la obesidad mórbida se ha incrementado en los últimos años constituyendo en la actualidad una pandemia mundial.

La cirugía bariátrica ha aumentado exponencialmente en los últimos años en Argentina como consecuencia del acelerado aumento de la prevalencia de obesidad. Aun no existe un tratamiento farmacológico de eficacia demostrada a largo plazo y la cirugía bariátrica continúa siendo el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida, que consigue buenos resultados ponderales mantenidos en el tiempo, una mejora significativa de las comorbilidades y de la calidad de vida, así como un aumento de la supervivencia (García-Almenta, Tovar Polo & Sánchez Santo, 2017)<sup>128</sup>.

En el presente trabajo de investigación, fueron evaluados 21 pacientes que concurren al centro especializado en cirugía laparoscópica, de la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de Mayo-Junio del año 2018. La edad de la población estudiada, se encuentra comprendida entre 18 y 65 años, donde el 40% se concentra en el rango de 42-52 años, siendo la edad promedio de 46 años, con mayor prevalencia del sexo femenino.

Con respecto a la variación del IMC inicial, en la primera consulta, y a los 10-12 meses post cirugía, se observó una reducción promedio de 17.7 kg/mts. Por consiguiente, para evaluar el éxito del tratamiento, se utilizó el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP), en donde se pudo evaluar que el 90% de los pacientes tuvieron “excelentes” resultados, es decir, pudieron perder satisfactoriamente el exceso de peso superando el 65% y solo un 10% tuvo resultados categorizados como “buenos”, perdiendo entre el 50-65% de peso.

En cuanto a los patrones de consumo alimentario, se observó que todos los pacientes encuestados realizan las 4 comidas principales, considerado un factor muy importante para evitar el “picoteo” y la reganancia de peso. Con respecto a la colación de media mañana y media tarde, el 20% de los pacientes saltea alguna de las dos.

Al evaluar el tipo de alimento consumido en cada una de las comidas, se observó que, el 70% de los pacientes cubre la recomendación de 200cc de leche descremada por día, siendo fraccionada en 100cc en el desayuno y 100cc en la merienda, acompañada con infusión de café, mate cocido o té. El 20% consume azúcar como endulzante, el resto utiliza edulcorantes artificiales. A pesar de que se hace hincapié sobre evitar el consumo de mate cebado, siguen optándolo como infusión o reemplazando alguna colación, lo que contribuye a la posterior dilatación del reservorio gástrico, sin aportar valor nutricional.

En cuanto al consumo de pan, el 75% de los pacientes cubren la recomendación, salvo el 25% restante que lo reemplaza por galletitas dulces, bizcochos, o vainillas. A estos últimos, se los recomienda consumirlos de forma esporádica por ser alimentos altos en hidratos de carbono y

---

<sup>128</sup> El objetivo principal de la Vía clínica de Cirugía Bariátrica fue la selección, indicación, técnica quirúrgica y seguimiento de los pacientes obesos mórbidos que cumplan criterios para cirugía bariátrica como parte del tratamiento integral de estos pacientes.

grasas, provocando menor saciedad y mayor tendencia al consumo con la posterior reganancia de peso.

Ningún paciente refirió consumir lácteos enteros, destacándolo como un aspecto positivo en la incorporación de hábitos saludables.

Con respecto al consumo de líquidos, todos los pacientes encuestados refirieron consumirlos entre las comidas (30 minutos antes o después), cumpliendo con la recomendación, ya que, por la disminución de la capacidad gástrica luego de la cirugía no les permite la ingesta conjunta de alimentos y bebida. Se destaca un mayor consumo de agua, pese a que algunos pacientes optan por jugo dietético, cumplen con la recomendación del consumo de líquidos libres de calorías y sin gas.

En cuanto al tipo de alimentos consumidos en el almuerzo y cena, se observa un mayor consumo de carnes blancas, en comparación con las carnes rojas, ya que, muchos pacientes tienen dificultad para digerirlas.

En cuanto a al consumo de huevo, lo optan como reemplazo de carnes. Solo un paciente refirió consumir suplemento proteico como reemplazo de la carne en la cena. El consumo promedio de proteínas por día en los pacientes, es de 46.68 gr. La recomendación sugerida por la Guía alimentaria para la población bariátrica argentina, es de 60-120 gr/ día y de los 21 pacientes encuestados solo el 14% cumple con la recomendación mínima de 60 gr. Se observa un mayor consumo de proteínas en el almuerzo, con un promedio de 19.5 gr, en comparación con la cena que ronda en 15 gr promedio. En el resto de las comidas (desayuno, merienda y colaciones), el consumo no supera los 10 gr promedio. Se destaca el consumo de proteínas tanto en el almuerzo como en la cena, cumpliendo con la recomendación sugerida de priorizar la ingesta en ambas comidas, ya que ayuda a preservar la masa magra y brindar mayor saciedad.

Se observó un mayor consumo de vegetales, presentes tanto en el almuerzo como en la cena, cumpliendo con la recomendación de incluirlos en ambas comidas. Los hidratos de carbono más prevalentes son arroz blanco, fideos, lentejas, en preparaciones como guisos, ensaladas, milanesas o hamburguesas.

En cuanto al tipo de alimento consumido en las colaciones, se observó un mayor consumo de frutas como banana, mandarina, manzana, pera y de frutos secos como almendras y nueces, los cuales se recomiendan por ser ricos en fibra y generar mayor saciedad. Por otro lado, 15% de los pacientes refirieron la ingesta de galletitas dulces o saladas y bizcochos.

El volumen final promedio por día consumido por los pacientes es de 870 cc, alcanzando un volumen promedio que oscila entre 150-210cc por ingesta en las comidas principales y alrededor de 80 gr en colaciones.

En el caso de la actividad física, el 71% de los encuestados practica algún tipo de actividad física, siendo las caminatas, natación y bicicleta, las que más realizan. Solo el 30% de los pacientes cumple con la recomendación de realizarla 3-4 veces por semana y el 80% la realiza con una duración mayor a 30 minutos, que se considera suficiente.

En relación a la ingesta de suplementos dietarios, el 76% de los encuestados los consume, mayormente suplemento vitamínico mineral y en menor porcentaje consumen de hierro, proteico y de magnesio. Cabe destacar que la ingesta de suplementos está indicada de por vida, en pacientes bariátricos y dependiendo de los resultados de laboratorio de cada uno, si es necesario, se refuerza alguno en particular. El 26% restante, no consumía ningún tipo de suplemento.

Así mismo, es labor del profesional, recalcar a los pacientes, que los suplementos vitamínicos-minerales, se toman de por vida, ya que, la reducción del reservorio gástrico, no les permite cubrir las recomendaciones de nutrientes por las pequeñas porciones que consumen de cada grupo de alimentos.

En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal, se observó que el 81% de los pacientes se perciben más delgados de lo que realmente son, un 14.2% se perciben prácticamente tal como son y solo un 4.8% se percibió más grueso de lo que realmente es. Con respecto al IMC deseado, todos refirieron que desearían estar más delgados de lo que están. A medida que el paciente va perdiendo peso, la percepción de la imagen corporal empieza a variar, volviéndose más exigente y a veces incoherente con el peso perdido y la figura alcanzada. Al parecer, dentro de los primeros seis meses el cambio físico ocurre tan rápido que algunas personas presentan dificultades en su integración psicológica, provocando expectativas no realistas y distorsionadas de la propia imagen (Cassinello et al. 2007).

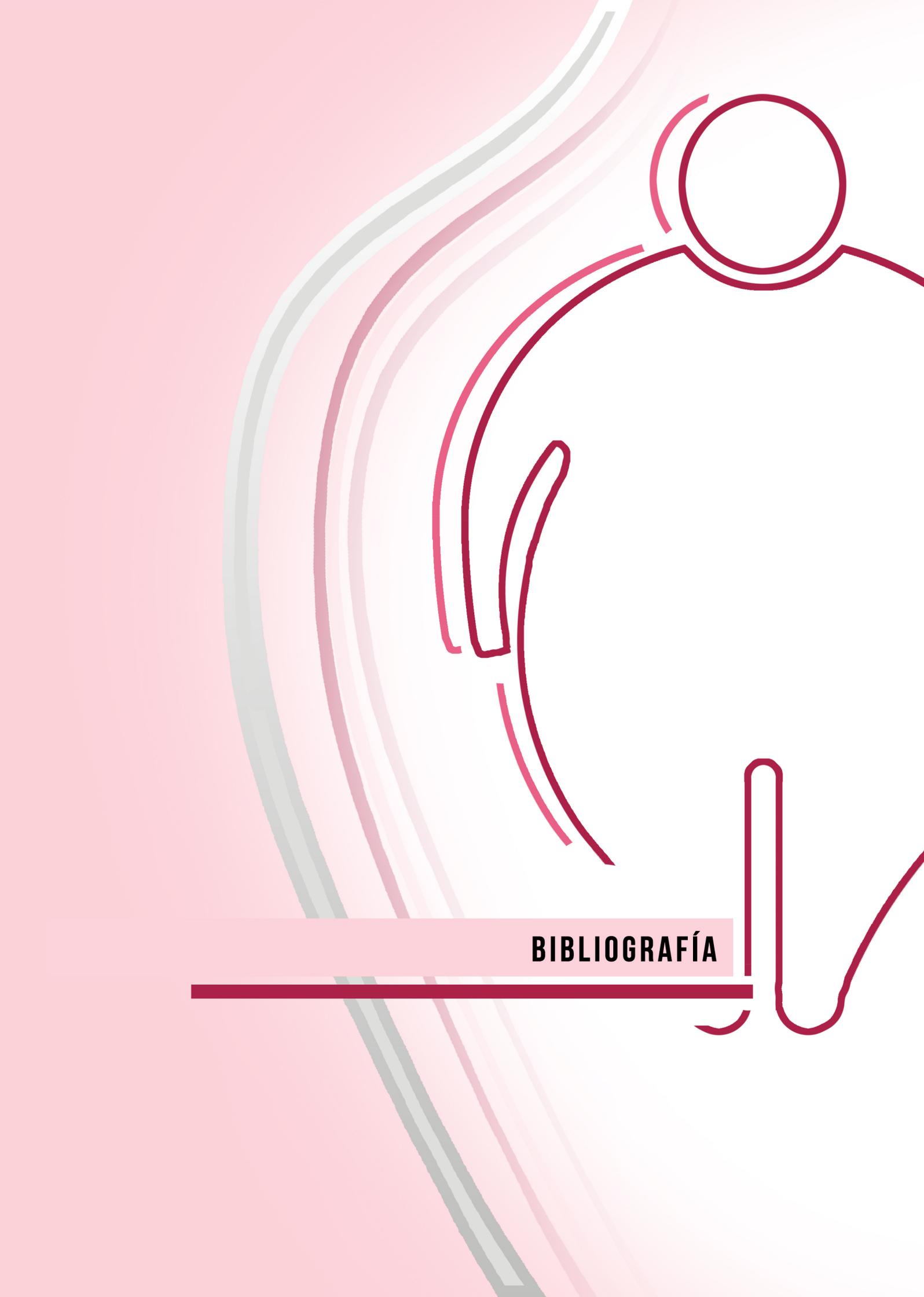
Con respecto a las redes de apoyo social que percibieron los pacientes, se pudo ver que el índice global máximo de apoyo social resulto con un promedio de 85 puntos, con un máximo de 94 y un mínimo de 65, siendo el puntaje máximo de 95 puntos. Por lo tanto, se puede observar claramente que los pacientes cuentan con un alto nivel de apoyo social, lo que influye positivamente en el seguimiento y adherencia al tratamiento. Siendo el “apoyo emocional” el que tuvo mayor puntaje, por lo que los pacientes perciben un entorno social que les demuestra expresión de afecto y comprensión empática.

El aspecto social más relevante para la mantención de la baja de peso es contar con una red de apoyo en el proceso pre y post operatorio, el que constituye un período de ajuste, recuperación y transformación personal, por lo que el éxito del tratamiento se asocia con la posibilidad de tener una red de apoyo social y emocional, así como la capacidad de comprender y modificar el papel de los alimentos como mecanismo de regulación emocional (Lecaros- Bravo, Cruzat, Díaz y Moore, 2015).

Se puede decir que los pacientes deben aprender a convivir con nuevas imágenes de sí mismos y los viejos patrones de comportamiento que puede precipitar la vuelta a la situación previa a la cirugía, por lo que el seguimiento y adherencia al tratamiento médico-nutricional, apoyo familiar y del grupo de amigos, la actividad física y la ingesta de suplementos son decisivos para el éxito del tratamiento y para que el paciente comprenda que debe modificar su estilo de vida para lograr el mantenimiento del peso perdido a largo plazo.

Por todo lo expuesto anteriormente surgen posibles interrogantes para continuar investigando sobre esta temática:

- Evaluar los hábitos alimentarios en pacientes transcurridos los 5 años de la cirugía.
- Determinar en qué etapa de cambio se encuentra y la motivación del paciente candidato a cirugía bariátrica
- Evaluar en grupos de apoyo el seguimiento y la adherencia de los pacientes al tratamiento postcirugía bariátrica.



**BIBLIOGRAFÍA**

- Abeles Deborah & Shikora Scott. (2008). Cirugía bariátrica: conceptos actuales y direcciones futuras. *Aesthetic Surgery Journal*; 28:79-84. Disponible en: <https://academic.oup.com/asj/article/28/1/79/218627>
- Aguirre Ackermann M, Alva O, Álvarez MG, Andreoni M, Babor E, et al. & Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), Sociedad Argentina de Nutrición (SAN), Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO). (2015). Consenso Argentino De Cirugía Metabólica. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*; Vol. 49 (95-110). Disponible en: <http://www.sacobariatrica.org/files/2017/09/2015-Rev-SAD-Consenso-Arg-de-Cirugia-metabolica.pdf>
- Adrianzén Vargas M, Cassinello Fernández N & Ortega Serrano J. (2011). Pérdida de peso preoperatoria en pacientes con indicación de cirugía bariátrica: ¿Qué método es mejor? *Nutrición Hospitalaria*; vol.26 n.6 Madrid Nov./Dec. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Ahnis Anne, Figura Andrea, Hofmann Tobias, Stengel Andreas, Elbelt Ulf, Klapp Burghard. (2015). Pacientes obesos tratados quirúrgicamente y de forma conservadora difieren en factores psicológicos, independientemente del índice de masa corporal o las comorbilidades relacionadas con la obesidad: una comparación entre grupos y un análisis de predictores. *PLoS One*.; 10(2): e0117460. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117460>
- Beer-Borst S, McCrum E, Panico S, Pannozzo F, Preziosi P, Ribas L, ... Houterman S. (2000). Obesidad y otros factores determinantes de la salud en Europa: el proyecto EURALIM. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 54: 424-430. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/54/6/424.full.pdf>
- Bennett JM, Mehta S & Rhodes M. (2007). Cirugía para la obesidad mórbida. *Postgraduate Medical Journal*; 83 (975), 8-15 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2599972/>
- Ben-Noun Liubov, Sohar Ezra & Laor Arie. (2001). La circunferencia del cuello como una simple medida de detección para identificar a pacientes con sobrepeso y obesos. *Obesity Research Journal*, 9 (8), 470-477. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2001.61/full>
- Bergman R, Stefanovski D, Buchanan T, Sumner A, Reynolds J, Sebring N, Xiang A & Watanabe R. (2011). Un mejor índice de adiposidad corporal. *Obesity A research Journal (Silver Spring)*, 19 (5), 1083-1089. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2011.38/full>
- Bickel Scott; Cross James & Bamman Marcas. (2011). Dosis de ejercicio para mantener las adaptaciones de entrenamiento de resistencia en adultos jóvenes y mayores. *Medicine & Science*

*in Sports & Exercise*, July, 43 (7): 1177-1187. Disponible en: [https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2011/07000/Exercise\\_Dosing\\_to\\_Retain\\_Resistance\\_Training.7.aspx](https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2011/07000/Exercise_Dosing_to_Retain_Resistance_Training.7.aspx)

○ Bocchieri Lindsey, Meana Marta & Fisher Barry. (2002). Resultados psicosociales percibidos de la cirugía de derivación gástrica: un estudio cualitativo. *Obesity Surgery*, Dec; 12 (6): 781-8. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/ab63/d900342c764856bf525b5ba4571022444b85.pdf>

○ Botella Romero F, Milla Tobarra, M, Alfaro Martínez J, Llanos García A, García Gómez A, Salas Sáiz MA & Soler Marín A. (2011). Cirugía bariátrica mediante la técnica del cruce duodenal: evolución ponderal y deficiencias nutricionales asociadas. *Endocrinología y Nutrición*. 58(5): 214-218. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-cirugia-bariatrica-mediante-tecnica-del-S1575092211001070>

○ Bond D, Phelan S, Wolfe L, Evans R, Meador J, Kellum J, Maher J & Wing R. (2009). Volverse físicamente activo después de la cirugía bariátrica se asocia con la pérdida de peso mejorada y la calidad de vida relacionada con la salud. *Obesity (Silver Spring)*; Jan; 17 (1): 78-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.501>

○ Braguinsky Jorge, y col. (2007). *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad*. Buenos Aires, Editorial Medica AWWE.

○ Bray G, Bouchard C, Church T, Cefalu W, Greenway F, Gupta A, Kaplan L, Ravussin E, Smith S & Ryan D. (2009). ¿Es hora de cambiar nuestra forma de informar y discutir la pérdida de peso? *Obesity A research Journal (Silver Spring)*, 17 (4), 619-621. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.597/full>

○ Camps Stefan, Verhoef Sanne, Westerterp Klaas. (2013). Pérdida de peso, mantenimiento de peso y termogénesis adaptativa. *American Journal of Clinical Nutrition*; 97 (5): 990-994. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/97/5/990/4577235>

○ Carmen Pérez, R., Aranceta, J., Salvador, G., Moreiras, G, V. (2015). Métodos de frecuencia de consumo alimentario. *Revista española de nutrición comunitaria*. 21: 45-52. Disponible en: <http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC2015supl1FFQ.pdf>

○ Carrodegua L, Kaidar-Person O, Szomstein S, Antozzi P & Rosenthal R. (2005). Deficiencia de tiamina preoperatoria en la población obesa sometida a cirugía bariátrica laparoscópica. *Surgery Obesity and Related Diseases*; 1(6):517-22. Disponible en: [http://www.soard.org/article/S1550-7289\(05\)00726-4/fulltext](http://www.soard.org/article/S1550-7289(05)00726-4/fulltext)

○ Cassinello N, Fernández R, Álvarez S, Baguena M, Ortega J. 1-Valoración de la imagen corporal y cambios de expectativas en los pacientes sometidos a by-pass gástrico. *Nutrición Hospitalaria*; Abr; Vol. 22, N°2: 254-267. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000200016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000200016)

- Colles SL, Dixon JB & O'Brien PE. (2012). La pérdida de control es fundamental para la perturbación psicológica asociada con el trastorno por atracón. *Obesity (Silver Spring)*; Mar; 16 (3): 608-14. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2007.99>
- Cortés Mellado Susana, Cruzat Mandich Claudia, Díaz Castrillon Fernanda, Pandolfo Gómez Catalina. (2013). Imagen Corporal en mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida, luego de dos años post cirugía bariátrica. *La Prensa Médica Argentina*; 99(7):471-478.
- Crocker Susan. (2009). Penetrando el oscuro silencio. *ANS: Advances in Nursing Science*; Vol.32, N°4: 295-306. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19934836>
- Cuschieri, S., y Mamo, J. (2016). Hacer frente a la epidemia de obesidad en Europa. *SAGE Open Medicine*; 4, 2050312116670406. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034461/pdf/10.1177\\_2050312116670406.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034461/pdf/10.1177_2050312116670406.pdf)
- De Girolami, D.H. 2003). *Fundamentos de la valoración nutricional y composición corporal*, Editorial El Ateneo.
- DeMaria Eric. (2007). Cirugía bariátrica para la obesidad mórbida. *The New England Journal of Medicine*; 356: 176-83. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmct067019>
- Edholm D, Kullberg J, Haenni A, Karlsson FA, Ahlström A, Hedberg J, Ahlström H, Sundbom M. (2011). La dieta preoperatoria baja en calorías de 4 semanas reduce el volumen hepático, la grasa intrahepática, y facilita el bypass gástrico laparoscópico en obesidad mórbida. *Obes Surg.*; 21: 345-350. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11695-010-0337-2>
- Elgart J, Pflirter G, Gonzalez L, Caporale J, Cormillot A, Chiappe ML y cols. Obesidad en Argentina, morbimortalidad e impacto económico. *Rev Argent Salud Pública* 2010; 1 (5): 6-12.
- Engström M & Forsberg A. (2011). Deseando desbarbar a través de un control sostenible después de la cirugía bariátrica. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*; 6(1), 10.3402/qhw.v6i1.5901. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v6i1.5901>
- Fantelli Pateiro L, Pamppillon N, De Rosa P, Pagano C, Reynoso C, Pizzol, C De; Iturralde C; Podestá S & Penutto, C. (2014). Grafica Alimentaria para la población Bariátrica Argentina. *Nutricion Hospitalaria.*; 29 (6): p. 1305-1310. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014000600011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000600011)
- Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW & Dietz W. (2009). Gasto médico anual atribuible a la obesidad: estimaciones específicas del pagador y del servicio. *Health Affairs (Millwood)*; 28: w822-w831. Disponible en: [https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.28.5.w822?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.28.5.w822?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)

- Flegal KM, Kit BK, Orpana H & Graubard BI. (2013). Asociación de mortalidad por todas las causas con sobrepeso y obesidad utilizando categorías estándar de índice de masa corporal: una revisión sistemática y un meta-análisis. *JAMA*; 309 (1): 71-82. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1555137>
- Fried F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K (2008) Directrices interdisciplinarias europeas sobre cirugía de la obesidad severa *Obesity Facts*; 1: 52-59. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/113937>
- Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres AJ, Weiner R, Yashkov Y, Frühbeck G; Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad; Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad. (2013). Directrices europeas interdisciplinarias sobre cirugía metabólica y bariátrica. *Obesity Facts*; 6: 449-468. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/355480>
- Frühbeck, G., Toplak, H., Woodward, E., Yumuk, V., Maislos, M., Oppert, J.-M., y para el Comité Ejecutivo de la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad. (2013). Obesidad: la puerta de entrada a la mala salud: una declaración de posición de EASO sobre un creciente desafío de salud pública, clínica y científica en Europa. *Obesity Facts*; 6 (2), 117-120. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/350627>
- Fujioka K, DiBaise J & Martindale R. (2011) Complicaciones nutricionales y metabólicas después de la cirugía bariátrica y su tratamiento. *Journal Parenteral and Enteral Nutrition*; 35:S52-9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0148607111413600>
- Gagner M & Gumbs AA. (2007). Banda gástrica: conversión a manga, bypass o DS. *Surgical Endoscopy*; 21:1931-5. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-007-9539-7>
- Galgani J & Ravussin E. (2008). Metabolismo energético, selección de combustibles y regulación del peso corporal. *International Journal of Obesity*; 32 (Suppl 7), S109-S119. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/ijo2008246>
- Galvis-Aparicio Mayra Juliana, Bordignon Suelen, Bertoletti Juliana & Marcelli Trentini Clarissa. (2017). Bienestar subjetivo, imagen corporal y funcionalidad de candidatos a cirugía bariátrica o sometidos a la misma. *Clínica y Salud*; 28: 71–80. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/cl2017v28n2a5.pdf>
- Gelinas B, Delparte Ch, Hart R & Wright K. (2013). Metas y expectativas poco realistas de pérdida de peso entre los candidatos a cirugía bariátrica: el impacto en los resultados de peso pre y posquirúrgicos. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*; 8(1):12–7. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bari.2013.9999>

- Geraci Angela, Brunt Ardith, & Marihart Cindy. (2014). El trabajo detrás de la cirugía de pérdida de peso: un análisis cualitativo de la ingesta de alimentos después de los primeros dos años post-op. *ISRN Obesity, 2014*. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/427062/>
- Gianini Loren, White Merney & Masheb Robin. (2013). Comiendo patológicamente, regulación de las emociones y comer en exceso de manera emocional en adultos obesos con el trastorno del atracón compulsivo. *Eating Behaviors; Aug; 14 (3): 309-313*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015336/>
- Gilmartin J, Long A & Soldin M. (2015). Identity transformation and a changed lifestyle following dramatic weight loss and body contouring surgery: an exploratory study. *Journal of Health Psychology; 20 (10):1318-1327*. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jo\\_Gilmartin/publication/259114109\\_Identity\\_transformation\\_and\\_a\\_changed\\_lifestyle\\_following\\_dramatic\\_weight\\_loss\\_and\\_body-contouring\\_surgery\\_An\\_exploratory\\_study/links/5630de6608ae3de9381cbd4d/Identity-transformation-and-a-changed-lifestyle-following-dramatic-weight-loss-and-body-contouring-surgery-An-exploratory-study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jo_Gilmartin/publication/259114109_Identity_transformation_and_a_changed_lifestyle_following_dramatic_weight_loss_and_body-contouring_surgery_An_exploratory_study/links/5630de6608ae3de9381cbd4d/Identity-transformation-and-a-changed-lifestyle-following-dramatic-weight-loss-and-body-contouring-surgery-An-exploratory-study.pdf)
- Gillison F, Stathi A, Reddy P, Perry R, Taylor G, Bennett P, Dunbar J & Greaves C. (2015). Procesos de cambio de comportamiento y pérdida de peso en un programa de intervención de pérdida de peso basado en teoría: una prueba del modelo de proceso para el cambio de comportamiento en el estilo de vida. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 12(1):2*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4304200/>
- Girolami, D, H. & González Infantino, C, A. (2008). *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Buenos aires: Editorial El Ateneo.
- Goñi Alfredo, Ruiz de Azúa Sonia & Liberal Iker. (2004). El auto-concepto físico y su medida. Propiedades psicosométricas de un nuevo cuestionario para la medida del auto-concepto físico. *Revista de Psicología del Deporte, 13(2), 195-213* Disponible en: <http://www.rpd-online.com/article/view/199/199>
- Heber D, Greenway F, Kaplan L, Livingston E, Salvador J, Still C. (2010) Sociedad Endocrina. Manejo endocrino y nutricional del paciente con cirugía posbariátrica: una guía de práctica clínica de la Sociedad Endocrina. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism; 95:4823-43*. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/95/11/4823/2835116>
- Ikramuddin S, Kellogg T & Leslie D. (2007) Conversión laparoscópica de gastroplastía con banda vertical en un bypass gástrico Roux-en-Y. *Surgical Endoscopy; 21:1927-30*. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-007-9537-9>

- James WP. (2008). El reconocimiento de la OMS de la epidemia mundial de obesidad. *International Journal of Obesity*; 32 Suppl 7, S120-126. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/ijo2008247>
- James W, Caterson I, Coutinho W et al. (2010). Efecto de la sibutramina sobre los resultados cardiovasculares en sujetos con sobrepeso y obesos. *The New England Journal of Medicine*; 363: 905-17. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1003114>
- Kalarchian M, Marcus M, Courcoulas A, Cheng Y & Levine M. (2016). Intervención preoperatoria en el estilo de vida en cirugía bariátrica: un ensayo clínico aleatorizado. *Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Relacionadas: Diario Oficial de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica*, 12 (1), 180-187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041299/>
- Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L & Sullivan M. (2007). Tendencias de diez años en la calidad de vida relacionada con la salud después del tratamiento quirúrgico y convencional para la obesidad severa: el estudio de intervención sujetos obesos suecos (SOS). *International Journal of Obesity (Lond)*; ago; 31 (8): 1248-61. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/0803573>
- Kinzl JF, Trefalt E, Fiala M. (2002) Tratamiento psicoterapéutico de pacientes con obesidad mórbida después de la banda gástrica. *Obesity Surgery*; 12: 292-4. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1381%2F096089202762552818>
- Kirszman Diana & Salgueiro Ma del Carmen. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Kubik, JF, Gill, RS, Laffin, M. y Karmali, S. (2013). El impacto de la cirugía bariátrica en la salud psicológica. *Journal of Obesity*; 837989. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625597/>
- Kvaalem I, Bergh I, von Soest T, Rosenvinge J, Johnsen T, Martinsen E, Mala T & Kristinsson J. (2016). Una comparación de las características conductuales y psicológicas de los pacientes que optaron por el tratamiento quirúrgico y conservador para la obesidad mórbida. *BMC Obesity*, 3, 6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743365/>
- Larsen Junilla K, Geenen Rinie, Maas Cora, de Wit Pieter, van Antwerpen Tiny, Brand Nico & van Ramshorst Bert. (2012). La personalidad como un predictor del mantenimiento de la pérdida de peso después de la cirugía para la obesidad mórbida. *Obesity*; Vol. 12, Edición 11. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2004.227/full>
- Lecaros Bravo Javiera, Cruzat Mandich Claudia, Díaz Castrillón Fernanda & Moore Infante Catalina. (2015). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53 (2), 77-85. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272015000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000200002)

- Lecaros Bravo Javiera, Cruzat Mandich Claudia, Díaz Castrillón Fernanda & Moore Infante Catalina. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*; 31 (4): 1504-12. . Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8515.pdf>
- Lee, WS (2016). Gráficos de obesidad corporal basados en el IMC y la circunferencia de la cintura. *Obesity (Silver Spring)*; 24 (1): 245 - 249. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.21307/full>
- Leite Faria S, Pereira Faria O, de Almeida Cardeal M, Kiyomi Ito M. (2015). Efectos de una dieta muy baja en calorías en la fase preoperatoria de la cirugía bariátrica: un ensayo aleatorizado. *American Society for Bariatric Surgery*; 11(1): p. 230-7. Disponible en: [http://www.soard.org/article/S1550-7289\(14\)00257-3/fulltext](http://www.soard.org/article/S1550-7289(14)00257-3/fulltext)
- Leiva MJ, Fuentealba C, Boggiano C, Gattás V, Barrera G, Leiva L, Bunout D, Hirsch S & de la Maza M. (2009). Calidad de vida en pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: Influencia del nivel socioeconómico. *Revista Médica de Chile*, Vol.137, N°5: 625-633. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n5/art05.pdf>
- Lester E, Gerstein L, Nicholas D & Hilgendorf W. (2014). Adopción de comportamientos alimenticios recomendados después de la cirugía bariátrica: previsión de membresía grupal. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*; 9(4):134–42. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bari.2014.0021>
- Lewis M, Phillips M, Slavotinek J, Kow L, Thompson C & Toouli J. (2006). Cambio en el tamaño del hígado y el contenido de grasa después del tratamiento con dieta muy baja en calorías con Optifast®. *Obesity Surgery*; 16:697-701. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1381%2F096089206777346682>
- Lim L, Blackburn G & Jones D. (2010). Evaluación comparativa de mejores prácticas en cirugía de pérdida de peso Benchmarking. *Current Problems in Surgery*, 47(2), 79–174. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134527/>
- Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh J, Dutson E, Mehran A, Mehran A, Ko Y & Gibbons, M. (2010). Ejercicio después de la cirugía bariátrica: revisión sistemática. *Obesity Sugery*, 20 (5), 657-665. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850994/>
- Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh J, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Shekelle P & Gibbons M. (2011). El apoyo social está asociado con una mayor pérdida de peso después de la cirugía bariátrica ? : Una revisión sistemática. *Obesity Reviews*, Feb; 12 (2):142-148. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-789X.2010.00720.x>

- Loux T, Haricharan R, Clements R, Kolotkin R, Bledsoe S, Haynes B, Leath T & Harmon C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud antes y después de la cirugía bariátrica en adolescentes. *Journal Pediatric Surgery*; 43(7):1275-1279. Disponible en: [http://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(08\)00270-4/fulltext](http://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(08)00270-4/fulltext)
- Madsbad S, Dirksen C & Holst J. (2014). Mecanismos de cambios en el metabolismo de la glucosa y el peso corporal después de la cirugía bariátrica. *Lancet. Diabetes & Endocrinology*, Vol.2, N°2: 152–64. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(13\)70218-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(13)70218-3/fulltext)
- Malinowski Scott. (2006) Complicaciones nutricionales y metabólicas de la cirugía bariátrica. *The American Journal of the Medical Sciences*; 331(4):219-25. Disponible en: [http://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629\(15\)32810-X/fulltext](http://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629(15)32810-X/fulltext)
- Marcus J, Elkins G. (2004). Desarrollo de un modelo para un grupo de apoyo estructurado para pacientes después de cirugía bariátrica. *Obesity Surgery*, 14(1): 103-06. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1381%2F096089204772787383>
- Marrodán, D., Montero-Roblas, V., Mesa, S., Pacheco, J, L., Gonzales, M., Bejarano, I., Lomaglio, D, B., Verón, J, A., Carmeneate, M. (2008). Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak*. 30, 15-28. Disponible en <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/30/30015028.pdf>
- Martínez JA, Moreno MJ, Marques Lopes I & Martí A. (2002). Causas de la obesidad. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*; 25 Suppl 1: 17-27. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/5467/45>
- Mazure Lehnhoff, R, Salgado Mijail, G., Valencia, A., Villarreal., Cobo, P., Peran, S & Culebras, J. (2007). Ejercicio físico y cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*; 22(4), 397-401. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000600001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000600001)
- McClave S, Kushner R, van Way III CW, Cave M, DeLegge M, Dibaise J, et al. (2011). Terapia nutricional del paciente gravemente obeso y críticamente enfermo: resumen de conclusiones y recomendaciones. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; 35(Suppl.):S88-96. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1013.711&rep=rep1&type=pdf>
- Mechanick J, Kushner R, Surgerman H, González-Campoy M, Collazo-Clavell M, Guven S, et al. (2012). Asociación Americana De Endocrinólogos Clínicos, La Sociedad De La Obesidad, Y American Society For Metabólica Y Bariátrica Cirugía. Directrices médicas para la práctica clínica nutricionales, metabólicas perioperatorias, y de soporte del paciente de cirugía bariátrica. *Surgery for Obesity and Related Diseases*; Vol.7, edition S1. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2009.28>

- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). 3ra Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles. 169. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar>
- Moize V, Andreu A, Rodríguez L, Flores L, Ibarzabal A, Lacy A, et al. (2013). La ingesta de proteínas y la retención de masa de tejido magro después de la cirugía bariátrica. *Clinical Nutrition*; 32: p. 550-555. Disponible en: [http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(12\)00239-7/fulltext](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(12)00239-7/fulltext)
- Natvik Eli, Gjengedal Eva & Raheim Malfrid. (2013). Totalmente modificado, sin embargo, sigue siendo el mismo. Experiencias vividas por los pacientes 5 años después de la cirugía bariátrica. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1202-1214. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/255694843\\_Totally\\_Changed\\_Yet\\_Still\\_the\\_Same](https://www.researchgate.net/publication/255694843_Totally_Changed_Yet_Still_the_Same)
- Neovius Martín, Narbro Kristina, Keating Catherine, Peltonen Markku, Sjöholm Kajsa, Agren Goran, Sjöström Lars & Carlsson Lena: (2012). Uso de la atención medica 20 años después de la cirugía bariátrica. *JAMA*; 308: 1132-1141. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1360866>
- O'Donnell Kelly. (2011). Graves deficiencias de micronutrientes en pacientes con RYGB: poco frecuentes, pero potencialmente devastadores. *Practical Gastroenterology*, november, p. 13-17. Disponible en: [https://med.virginia.edu/ginutrition/wp-content/uploads/sites/199/2014/06/ODonnell\\_November.pdf](https://med.virginia.edu/ginutrition/wp-content/uploads/sites/199/2014/06/ODonnell_November.pdf)
- Ogden, J., Hollywood, A., y Pring, C. (2015). El impacto del apoyo psicológico en la pérdida de peso después de la cirugía de pérdida de peso: un ensayo de control aleatorizado. *Obesity Surgery*, 25 (3), 500-505. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346662/>
- Onzari Marcia, (2011). *Fundamentos de nutrición en el deporte*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Opolski M, Winefield H, Howell C, Toouli J, Collins J & Kow L. (2014). Banding por siempre: una investigación de grupos de apoyo post cirugía para pacientes laparoscópicos de banda gástrica ajustable. *Health Psychology Research*; 2 (2), 1464. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768544/>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Informe de una consulta conjunta de expertos de la OMS/FAO. Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 916 (TRS 916). OMS: Ginebra. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2015). *Obesidad y Sobrepeso* N° 311. Disponible en: <http://www.who.int>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Obesidad y sobrepeso: Hoja informativa sobre obesidad y sobrepeso. Notas descriptivas N° 311. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz Torres, Evelyn. (2013). Cambios en las relaciones familiares tras la cirugía bariátrica desde la perspectiva del paciente. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. UDLA. Quito. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1753/1/UDLA-EC-TPC-2013-11.pdf>
- Pampillon N, Reynoso C, Pagano C et al. (2011). Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica. *Actualización en Nutrición*; Vol. 12, N°2: 98-141. Disponible en: [http://www.revistasan.org.ar/pdf\\_files/trabajos/vol\\_12/num\\_2/RSAN\\_12\\_2\\_98.pdf](http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_12/num_2/RSAN_12_2_98.pdf)
- Pampillón Natalia cord. (2016). Actualización del Consenso Argentino de Nutrición en Cirugía Bariátrica. Sociedad Argentina de Nutrición. *Actualización en Nutrición*; Vol. 17, N° 1 Marzo: 19-32. Disponible en: [http://www.revistasan.org.ar/pdf\\_files/trabajos/vol\\_17/num\\_1/RSAN\\_17\\_1\\_19.pdf](http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_17/num_1/RSAN_17_1_19.pdf)
- Paredes Despradel María Eugenia & Rivero Vergne Alicia. (2015). Un reto constante: La vida luego de la cirugía bariátrica. *Revista Griot*; Vol.8, N°1. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1499/1304>
- Parkes Emmy. (2006). Manejo nutricional de pacientes después de cirugía bariátrica. *The American Journal of the Medical Sciences*; 331(4):207-13. Disponible en: [http://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629\(15\)32808-1/fulltext](http://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629(15)32808-1/fulltext)
- Parikh M, Pomp A & Gagner M. (2007). Conversión laparoscópica del bypass gástrico fallido al cambio duodenal: consideraciones técnicas y resultados preliminares. *Surgery for Obesity and Related Diseases*; 3:611-8. Disponible en: <http://bariatrictimes.com/laparoscopic-conversion-of-failed-gastric-bypass-to-duodenal-switch/>
- Pataky Zoltan, Carrard Isabelle & Golay Alain. (2011). Factores psicológicos y pérdida de peso en cirugía bariátrica. *Current Opinion In Gastroenterology*; 27:167-173. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/957d/161dafbf7b4a9b57c5719b7779929db22eb3.pdf>
- Peña Manuel & Bacallao Jorge (eds). (2000). Obesidad y pobreza: un nuevo desafío de salud pública. Organización Panamericana de la Salud: Washington, DC. *Scientific Pub.* 576. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170605/1/Obesity%20and%20Poverty.pdf>
- Pournadas D & Le Roux C. (2009). After bariatric surgery, what vitamins should be measured and what supplements should be given? *Clinical Endocrinology*, Vol. 71, N°3: p. 322-25. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2265.2009.03564.x>

- Ramírez Elena & Rosen James. (2001). Una comparación de control de peso y control de peso más terapia de imagen corporal para hombres y mujeres obesos. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69: 440-446. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2001-07564-009>
- Raich Rosa María. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*; Vol.22: 15-27. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Riedt C, Brolin R, Sherrell R, Field M & Shapses S. (2006). La verdadera absorción fraccional de calcio disminuye después de la cirugía de bypass gástrico Roux-en-Y. *Obesity (Silver Spring)*; 14(11):1940-8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.226/full>
- Ríos Martínez B, Rangel Rodríguez G, Álvarez Cordero R, Castillo González F, Ramírez Wiella G, Pantoja Millán J, Yáñez Macías B, Arrieta Maturino E, & Ruiz Ochoa K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*; Vol. 6, N° 4, octubre-diciembre. Disponible en: [http://www.envirsa.org/documentos/pb\\_Blanca\\_Rios.pdf](http://www.envirsa.org/documentos/pb_Blanca_Rios.pdf)
- Rodríguez Suárez, Julio; Agulló Tomás, Esteban; (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 247-259
- Rojas C, Brante M, Miranda E & Pérez-Luco R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*; 139: 571-578. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500002&script=sci_arttext)
- Rothman A, Baldwin A, Hertel A & Fuglestad, PT (2011). Autorregulación y cambio de comportamiento: desenmarañar la iniciación del comportamiento y el mantenimiento conductual. En K. Vohs, y R. Baumeister (Eds.), *El manual de la autorregulación: Investigación, Teoría y Aplicaciones*. (pp. 106-122). Nueva York, EEUU: Guilford Press.
- Rubio, M, A., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, A., SalvadóJ, S., Pujol, J., Díez, I., Moreno, B. (2004). Documento de consenso de cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*.4, 223-249. Disponible en file:///E:/Tesis/consenso%20cirugia%20%20bariatrica%202004.pdf
- Rubio M, Rico C & Moreno C. (2005). Nutrición y Cirugía Bariátrica. *Suplemento de Revista Especializada en Obesidad*; N°2, 5-11. Disponible en: [http://www.seco2007.es/archivos/dr\\_rubio\\_nutricion.pdf](http://www.seco2007.es/archivos/dr_rubio_nutricion.pdf)
- Ruiz Moreno Modesto, Berrocal Montiel Carmen & Valero Aguayo Luis. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*; 14(3):577-582. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf>

- Savino Patricia, Carvajal Claudia, Nassar Ricardo & Zundel Natan. (2013). Necesidades nutricionales específicas después de cirugía bariátrica. *Revista Colombiana de Cirugía*; 28:161-171. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n2/v28n2a9.pdf>
- Sales Puccini Carlos. (2008). Surset gástrico de Sales: una alternativa para cirugía bariátrica restrictiva. *Revista Colombiana de Cirugía*; 23:131-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n3/v23n3a2.pdf>
- Santo M, Riccioppo D, Pajeccki D, de Cleva R, Kawamoto F & Ceconello, I. (2014). Pérdida de peso preoperatoria en pacientes súper obesos: estudio de la tasa de pérdida de peso y sus efectos sobre la morbilidad quirúrgica. *Clinics*; 69 (12), 828-834. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286674/>
- Sarwer David, Wadden Thomas & Fabricatore Anthony. (2005). Aspectos psicosociales y conductuales de la cirugía bariátrica. *Obesity*, Apr; 13(4):639-648. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2005.71>
- Sarwer David, Dilks Rebecca & West-Smith Lisa. (2011). Ingesta alimentaria y comportamiento alimentario después de la cirugía bariátrica: amenazas para el mantenimiento de la pérdida de peso y estrategias para el éxito. *Surgery Obesity Related Disases*; September-October; 7(5):644–51. Disponible en: [http://www.soard.org/article/S1550-7289\(11\)00549-1/fulltext](http://www.soard.org/article/S1550-7289(11)00549-1/fulltext)
- Silecchia G, Perrotta N, Boru C, Pecchia A, Rizzello M, Greco F, et al. (2004). Papel de un abordaje mínimamente invasivo en el manejo de las complicaciones postoperatorias de la banda gástrica ajustable laparoscópica. *Arch Surg*; 139:1225-30. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/397474>
- Sjöström L. (2013). Revisión de los resultados clave del ensayo Swedish Obese Subjects (SOS): un estudio prospectivo de intervención controlada de cirugía bariátrica. *Journal of Internal Medicine*; 273: 219-234. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12012/full>
- Sniehotta Falko. (2009). Hacia una teoría del cambio de comportamiento intencional: planes, planificación y autorregulación. Towards a theory of intentional behaviour change: plans, planning, and self-regulation. *British Journal of Health Psychology*; 14(2):261–73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/135910708X389042>
- Snyder Marlow G, Taylor D & Lenhard J. (2010). Atención nutricional para pacientes sometidos a gastrectomía laparoscópica en banda para la pérdida de peso. *Journal of the American Dietetic Association*; 110 (4): p. 600-7. Disponible en: [http://jandonline.org/article/S0002-8223\(09\)02092-6/fulltext](http://jandonline.org/article/S0002-8223(09)02092-6/fulltext)
- Song A, Rubin J, Thomas V, Dudas J, Marra K & Fernstrom M. (2006). Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con pérdida de contorno corporal después de la pérdida masiva de peso.

*Obesity* (Silver Spring). Sep; 14(9):1626-36. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2006.187>

○ Stoklossa, Carlene Johnson & Suneet Atwal. (2013). Atención nutricional para pacientes con recuperación de peso después de la cirugía bariátrica. *Gastroenterology Research and Practice*, 2013. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/pmc3852093#B4>

○ Sturm R. (2007). Aumentos de la obesidad mórbida en EE. UU: 2000-2005. *Public Health*; 121 (7): 492-496. Disponible en: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(07\)00012-1/fulltext](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(07)00012-1/fulltext)

○ Taylor V, Stonehocker B, Steele M & Sharma A. (2012). Una visión general de los tratamientos para la obesidad en una población con enfermedad mental. *Canada Journal Psychiatry*, 57(1), 13-20. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371205700104>

○ Van Hout Gernrand & van Heck Guss. (2009). Psicología bariátrica, aspectos psicológicos de la cirugía de pérdida de peso. *Obes Facts*; 2(1):1- 235. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/193564>

○ Vélez José Pablo, Arias Rafael & Gómez Santiago. (2011). Reintervenciones en cirugía bariátrica, conversión a otro procedimiento. *Revista Colombiana de Cirugía*; 26:42-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n1/v26n1a6.pdf>

○ Wagner Dylan & Heatherton Todd. (2015). La autorregulación y su fracaso: las siete amenazas mortales para la autorregulación. En M. Mikulincer, PR Shaver, E. Borgida, y JA Bargh (Eds.), *Manuales de APA en psicología. Manual APA de personalidad y psicología social, vol. 1. Actitudes y cognición social* (pp. 805-842). Washington, DC, EE. UU. Asociación Americana de Psicología. Disponible en: <https://cpb-us-e1.wpmucdn.com/sites.dartmouth.edu/dist/4/869/files/2010/10/Wagner.Heatherton2015.pdf>

○ Warholm Christine, Øien Aud Marie & Råheim Malfrid. (2014). La ambivalencia de perder peso después de la cirugía bariátrica. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*; Vol.9 Issue1: 2-20. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v9.22876?scroll=top&needAccess=true>

○ Webber, L., Divajeva, D., Marsh, T., McPherson, K., Brown, M., Galea, G., y Breda, J. (2014). La carga futura de las enfermedades relacionadas con la obesidad en los 53 países de la Región Europea de la OMS y el impacto de intervenciones efectivas: un estudio de modelización. *BMJ Open*, 4 (7), e004787. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120328/>

○ Yupanqui H, Muñoz J.M & Guerra L. (2008). Obesidad y cirugía bariátrica. *Acta medica colombiana*; 33, 15-21.

Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v33n1a4.pdf>

# AUTO-PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL,

# INGESTA DE SUPLEMENTOS DIETARIOS,

# REDES DE APOYO Y ESTILO DE VIDA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA



TESIS DE LICENCIATURA  
**LUCIA LOMBARDI**

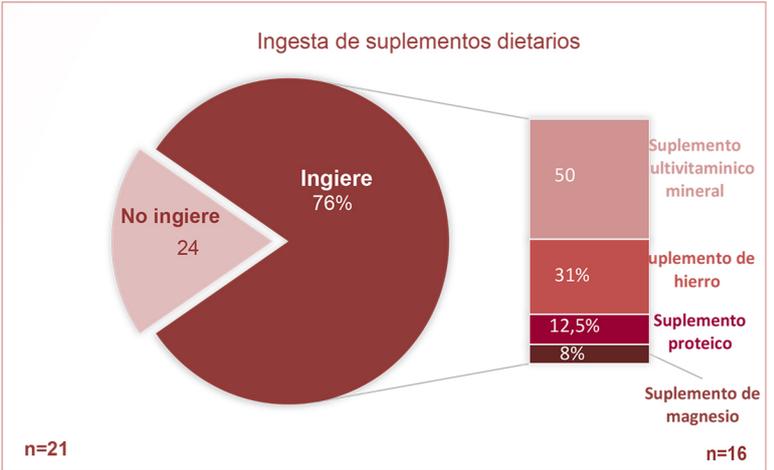
LA OBESIDAD ES CONSIDERADA POR LA OMS; COMO UNO DE LOS PROBLEMAS MÁS GRAVES DE SALUD MUNDIAL DEL SIGLO XXI; SIENDO ESTIMADA COMO UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PATOLOGÍAS TALES COMO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, DIABETES TIPO 2 (DMT2), DIVERSOS TIPOS DE CÁNCER, PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y ARTRITIS, LO QUE LLEVA A UN MAYOR RIESGO DE MORTALIDAD.

**OBJETIVO:** INDAGAR LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, INGESTA DE SUPLEMENTOS DIETARIOS Y CARACTERIZAR LAS REDES DE APOYO Y ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA LUEGO DE 10-12 MESES DE LA MISMA QUE ASISTEN A UN CENTRO ESPECIALIZADO EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, EN EL AÑO 2018.

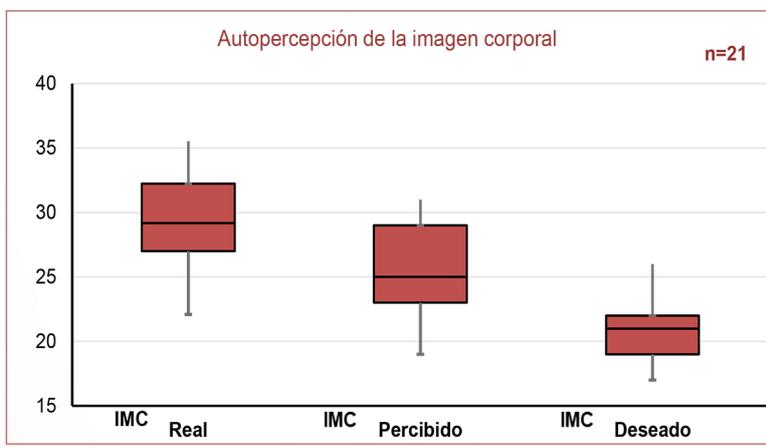
**MATERIALES Y MÉTODOS:** EL ESTUDIO SE CARACTERIZA POR SER DE TIPO DESCRIPTIVO, NO EXPERIMENTAL Y DE CORTE TRANSVERSAL, QUE COMBINA TANTO EL ENFOQUE CUANTITATIVO COMO CUALITATIVO. LA MUESTRA ES NO PROBABILÍSTICA POR CONVENIENCIA COMPUESTA POR 21 PACIENTES ENTRE 18 Y 65 AÑOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. LOS DATOS FUERON RECABADOS POR MEDIO DE UNA ENCUESTA ADMINISTRADA EN LA CUAL SE DESCRIBIÓ EL ESTILO DE VIDA, A TRAVÉS DE, LOS PATRONES DE CONSUMO ALIMENTARIO MEDIANTE UN REGISTRO ALIMENTARIO CUALITATIVO Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA. ADEMÁS, SE INDAGO SOBRE LA INGESTA DE SUPLEMENTOS DIETARIOS, LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL A TRAVÉS DEL MÉTODO ADAPTADO DE STUNKARD Y STELLARD (1990) Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL MEDIANTE EL CUESTIONARIO MOS DE 20 ÍTEMS.

**RESULTADOS:** CON RESPECTO A LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, EL 81% SE PERCIEN MÁS DELGADOS DE LO QUE REALMENTE SON Y EL 100% DE LOS PACIENTES DESEAN ESTAR MÁS DELGADOS. EN CUANTO AL REGISTRO ALIMENTARIO, SE DETERMINÓ QUE SOLO EL 14% CUMPLE CON LA RECOMENDACIÓN DIARIA DE PROTEÍNAS Y SE REGISTRÓ UN MAYOR CONSUMO DE VERDURAS, FRUTAS Y CARNES BLANCAS. EL 71% REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y EL 76% CONSUME ALGÚN TIPO DE SUPLEMENTO. EN RELACIÓN A LAS REDES DE APOYO SOCIAL, SE PUDO EVALUAR QUE EL ÍNDICE GLOBAL MÁXIMO DE APOYO SOCIAL RESULTO CON UN PROMEDIO DE 85 PUNTOS, DETERMINANDO UN ALTO NIVEL DE APOYO SOCIAL.

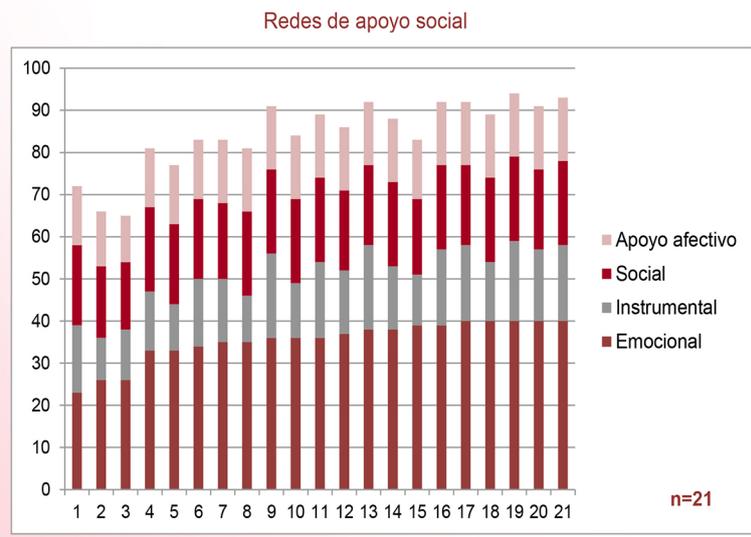
**CONCLUSIONES:** LA CIRUGÍA BARIÁTRICA CONTINÚA SIENDO EL TRATAMIENTO MÁS EFICAZ PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA, QUE CONSIGUE BUENOS RESULTADOS PONDERALES MANTENIDOS EN EL TIEMPO, UNA MEJORA SIGNIFICATIVA DE LAS COMORBILIDADES Y DE LA CALIDAD DE VIDA, ASÍ COMO UN AUMENTO DE LA SUPERVIVENCIA. LOS PACIENTES DEBEN APRENDER A CONVIVIR CON NUEVAS IMÁGENES DE SÍ MISMOS Y LOS VIEJOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO QUE PUEDE PRECIPITAR LA VUELTA A LA SITUACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA POR LO QUE DEBEN COMPRENDER QUE LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA ES PRIMORDIAL PARA EL MANTENIMIENTO DEL PESO PERDIDO A LARGO PLAZO.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



---

TESIS DE LICENCIATURA  
**LUCIA LOMBARDI**

---

