



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Lecaros B., Javiera; Cruzat-Mandich, Claudia; Díaz-Castrillón, Fernanda; Moore I.,
Catalina

Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 53, núm. 2, junio, 2015, pp. 77-85

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331541336002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica

Meanings and experiences in adult patients under going bariatric surgery

Javiera Lecaros B.¹, Claudia Cruzat-Mandich¹, Fernanda Díaz-Castrillón¹ y Catalina Moore I.¹

Introduction: Obesity is a public health problem and Chile prevalence has increased in recent years, showing a higher percentage of overweight in adult men and of obesity in adult women. In this context, bariatric surgery appears to be a feasible, alternative. **Objective:** To describe meanings and experiences of adult patients who have undergone bariatric surgery in private clinics. **Method:** A qualitative approach based on Grounded Theory was used. The sample selection was made through key informants and snowball, and was composed of 8 women and 3 men. To collect data semi-structured in depth interviews were used, and data analysis was performed through open coding. **Results:** Three categories emerge from descriptive analysis: 1) Motivations and expectations regarding bariatric surgery; 2) Experiences in relation to overweight, and 3) Experiences in relation to food. **Conclusions:** Further investigation is needed from the subjectivity of the patients themselves, given the impact that obesity and bariatric surgery have on people's lives.

Key words: Obesity, bariatric surgery, qualitative study.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2015; 53 (2): 77-85

Introducción

Actualmente la obesidad es un problema de salud pública, tanto en Chile como a nivel mundial^{1,2}. En Chile ha ido en aumento progresivo, observándose mayor porcentaje de sobrepeso en adultos hombres y de obesidad en adultas mujeres^{2,3}.

La obesidad es provocada por múltiples factores⁴, existiendo acuerdo entre los especialistas en que los más importantes son los hábitos alimenticios, la vida sedentaria y los factores genéticos^{5,6}.

En los últimos años se ha incrementado la ingesta de alimentos hipercalóricos y el sedentarismo en la población mundial y nacional⁶.

Esta condición es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y ciertos tipos de cáncer⁶. Asimismo, existe una correlación positiva entre el grado de obesidad y la presencia de problemas psicológicos, lo que supone una complejidad mayor al abordar esta problemática⁴.

Aunque la obesidad no es considerada un trastorno mental, sí puede ser un gatillante para

Recibido: 19/03/2015

Aceptado: 05/05/2015

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

su desarrollo⁷. En este sentido, existen numerosas investigaciones que relacionan obesidad con alteraciones en el autoconcepto^{8,9} y ciertos cuadros psiquiátricos como depresión y ansiedad^{4,5,10-15}. Sin embargo, la evidencia al respecto no es concluyente y los hallazgos son contradictorios¹⁶.

También se ha intentado investigar los factores predisponentes de la obesidad, que relacionan especialmente la conducta del comer con un modo de procesar la información emocional^{17,18}. La autorregulación emocional parece ser un aspecto relevante al analizar el aumento de peso, ya sea por el efecto placentero y compensatorio que tiene el comer en las personas obesas, o por constituir una modalidad de enfrentar el estrés en distintas situaciones de la vida³.

Junto al aumento de las tasas de obesidad, las cirugías bariátricas han tenido un crecimiento significativo¹⁹. Este tipo de intervención es indicada especialmente en obesidad mórbida y ha tenido resultados positivos tanto en la baja de peso como en mejorar la calidad de vida²⁰.

Cabe destacar la falta de estudios cualitativos y de largo plazo que permitan comprender la experiencia interna de las personas sometidas a cirugía bariátrica, e investigar los factores psicológicos asociados a este tipo de intervención²¹. En este contexto, el presente trabajo busca describir los significados y vivencias de estos pacientes dos años después de realizada la intervención.

Método

Investigación cualitativa, exploratoria, basada en la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, pues se espera construir la propia perspectiva de los participantes en relación a su realidad psicosocial²²⁻²⁴.

Se utilizó un muestreo teórico, en que se escogen nuevos casos a partir del potencial para ir refinando los conceptos y teorías emergentes, hasta llegar a la saturación teórica^{25,26}. La selección de los participantes se realizó a través de informantes clave y bola de nieve, es decir, personas naturales que conocían a pacientes bariátricos efectuaron el nexo con el equipo de investigación. Además los mismos

entrevistados fueron recomendando a otros con características similares²⁷.

La muestra fue intencionada, con los siguientes criterios de inclusión: 1) pacientes con cirugía bariátrica independiente de su evolución clínica (perdieron/mantuvieron/aumentaron peso); 2) edad entre 18 y 60 años; 3) tiempo desde la cirugía hasta el momento de la recolección de datos mayor o igual a 12 meses y de preferencia de 2 años, por ser el lapsus de tiempo donde el peso tendería a estabilizarse¹³.

La muestra quedó conformada por 3 hombres y 8 mujeres (Tabla 1). Se incluyó un hombre, que si bien no cumplía con el criterio de 2 años post operado, podría entregar información relevante para profundizar en las temáticas surgidas en los otros hombres. El tiempo promedio desde la fecha de operación hasta la entrevista fue de 4,1 años, siendo 10,9 años el lapso mayor y 11 meses el menor. Siete participantes se habían realizado gastrectomía en manga y 4 *bypass* gástrico. Diez tenían diagnóstico nutricional preoperatorio de obesidad mórbida y 1 de obesidad. Cuatro presentaban IMC normal, 4 sobrepeso, y 3 obesidad al momento de la entrevista (Tabla 2).

Se utilizaron entrevistas en profundidad, semi-estructuradas, con la flexibilidad necesaria para que el informante guiara el contenido de la conversación, manteniendo el foco en el tema de estudio^{28,29}. Duraron entre 40 y 90 min; fueron grabadas y transcritas.

El análisis de datos se realizó a través del método de comparación constante, que analiza y codifica los datos simultáneamente²³. Los datos se organizan en torno a categorías y sub-categorías que van emergiendo de las entrevistas, sin ideas preconcebidas (codificación abierta).

Se resguardó la plena confidencialidad de los datos e identidad de los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado.

Resultados

De la codificación abierta realizada con las 11 entrevistas, se desprenden tres categorías y sus respectivas subcategorías.

Tabla 1. Caracterización de la muestra. Datos sociodemográficos

n entrevista	Sexo y edad	Ocupación	Estado civil	Nivel socioeconómico
I	H/34 años	Productor de eventos	Soltero	Medio Alto
II	M/30 años	Chef de pastelería	Soltera	Medio
III	M/32 años	Trabajadora social	Casada	Medio Alto
IV	H/40 años	Ejecutivo de cuentas bancarias	Soltero	Medio Alto
V	M/21 años	Estudiante de ingeniería de información y control de gestión	Soltera	Medio Alto
VI	M/59 años	Dueña de casa	Casada	Medio
VII	H/57 años	Gerente de división iluminación en empresa privada	Soltero	Alto
VIII	M/51 años	Oficial administrativo de institución educacional	Casada	Medio
IX	M/34 años	Psicóloga	Casada	Medio Alto
X	M/25 años	Ingeniero comercial	Soltera	Medio Alto
XI	M/30 años	Ingeniero en geomensura	Soltera	Medio

Tabla 2. Caracterización clínica de la muestra

	Operación	Tiempo operación	Talla	Peso pre operatorio/IMC	Peso min post operado/IMC	Peso Actual/IMC
I	Gastrectomía en manga	2 a 9 m	2,05 mt	H: 155 kg/36,88: Obesidad mórbida	100 kg/23,80: Normal	100 kg/23,80: Normal
II	Gastrectomía en manga	2 a 11 m	1,66 mt	M: 105 kg/38,10: Obesidad mórbida	63 kg/22,86: Normal	70 kg/25,40: Sobrepeso
III	Gastrectomía en manga	6 a 7 m	1,58 mt	M: 86 kg/34,45: Obesidad	58,5 kg/23,23: Normal	73 kg/29,24: Sobrepeso
IV	Gastrectomía en manga	11 m	1,72 mt	H: 140 kg/47,32: Obesidad mórbida	89,9 kg/30,08: Obesidad	89,9 kg/30,08: Obesidad
V	Gastrectomía en manga	2 a 10 m	1,70 mt	M: 110 kg/38,06: Obesidad mórbida	68 kg/23,53: Normal	80 kg/27,68: Sobrepeso
VI	<i>Bypass</i> gástrico	10 a 9 m	1,63 mt	M: 138 kg/51,94: Obesidad mórbida	75 kg/28,23: Sobrepeso	92 kg/34,63: Obesidad
VII	Gastrectomía en manga	3°	1,91 mt	H: 131 kg/35,91: Obesidad mórbida	94,5 kg/25,77: Sobrepeso	105 kg/28,78: Sobrepeso
VIII	<i>Bypass</i> gástrico	11°	1,73 mt	M: 145 kg/48,45: Obesidad mórbida	90 kg/30,07: Obesidad	91,5 kg/30,41: Obesidad
IX	<i>Bypass</i> gástrico	1 a 10 m	1,56 mt	M: 87 kg/35,75: Obesidad mórbida	45 kg/18,49: Bajo peso	49 kg/20,13: Normal
X	Gastrectomía en manga	1 a 4 m	1,52 mt	M: 87 kg/37,66: Obesidad mórbida	55 kg/23,81: Normal	57 kg/24,67: Normal
XI	<i>Bypass</i> gástrico	1 a 6 m	1,74 mt	M: 130 kg/42,94: Obesidad mórbida	68 kg/22,46: Normal	68 kg/22,46: Normal

1. Motivaciones y expectativas asociadas a la cirugía bariátrica

1.1. Fracaso en dietas hipocalóricas

Esta subcategoría es fundamental, dado que casi la totalidad de los entrevistados refirió haber realizado una o más dietas hipocalóricas como una forma de reducir su peso. Sin embargo, declaran que una vez terminado este período de baja ingesta calórica, volvían al régimen habitual, o lo abandonaban por no tener resultados en el corto plazo.

“(...) Siempre [hacía dietas], pero no duraba, no tenía fuerza de voluntad, porque a mí me gustaban los resultados rápidos ...” (IV, 13).

El fracaso en este tipo de mecanismos de control del peso, se debe según ellos a que no alcanzan los resultados esperados, ya sea por tipo de metabolismo, sedentarismo, falta de perseverancia, o falta de motivación para constatar la disminución progresiva de peso. En cualquier caso, se observa que en el corto plazo vuelven al régimen alimentario habitual, produciéndose la recuperación del peso.

1.2. Problemas de salud asociados a la obesidad

El principal criterio para realizar la cirugía bariátrica es el riesgo o presencia de enfermedades comórbiles. Se observa que cinco de los entrevistados presentaban una o más enfermedades asociadas a la obesidad, como diabetes, hipertensión arterial y/o hipercolesterolemia. El resto había sido informado de la alta probabilidad de presentar estas enfermedades en el corto plazo.

“Mira, yo tomé la decisión de operarme[,] por el tema de que yo estaba con diabetes pero mi páncreas aún funcionaba entonces no necesitaba medicarme con insulina aún, aparte de problemas articulares, problemas para dormir y la prohibición médica de tener hijos ...” (IX, 2).

Esta subcategoría también da cuenta de una expectativa de mejor calidad de vida a largo plazo, dado que los síntomas asociados a estas enfermedades les permiten percatarse del estado de salud actual y sus limitaciones.

“Yo más que nada un tema de salud, yo lo que quería llegar a ver, uno, que se me quitaran los dolores de cabeza eternos, dos, que ya era muy restrictivo, ya no puedes ir a terreno, no puedes hacer esto ni lo otro, yo no andaba en metro porque no podía ni subir ni bajar las escaleras, entonces para mí era todo un tema más de salud, más de sentirme bien ...” (XI, 10).

Esto apunta no sólo a una razón personal para realizarse cirugía bariátrica, sino que también a un criterio médico. Las personas refieren incluso miedo a morir, al tomar conciencia de los riesgos que presenta la obesidad para su salud.

1.3. Problemas en imagen corporal y autoestima

En esta subcategoría se describen razones asociadas a la imagen corporal y autoestima, como querer “verse bien”.

“No, o sea que rico comprarme la ropa que me gustaría ponerme, pero yo tenía todas las otras áreas de mi vida bastante resueltas, [] pero si era una cosa personal de verte bien” (III, 9).

El poder elegir la ropa con la cual desean vestirse parece asociarse con la autoestima y seguridad personal, y es un anhelo a largo plazo en relación a la cirugía.

“Yo creo [...] un día que fui a comprar ropa y no encontré nada...” (IV, 5).

La expectativa de bajar de peso es mencionada tanto por hombres como por mujeres, sin embargo, en ellas está altamente asociado a recuperar la autoestima y la seguridad personal.

“Que iba a ser una flaca regia, pero no sabía lo que se venía después (...) porque cuando tú vas allá, cuando fui a la charla, había gente que ya estaba operada, que llevaba meses operada y habían bajado mucho de peso y estaban regias estupendas” (VIII, 6).

1.4. Influencia materna

A diferencia de los hombres, parte de las mujeres describieron a sus madres como muy preocupadas en relación a su peso e imagen corporal,

siendo ellas quienes con frecuencia instarían a la realización de dietas, llegando incluso a tomar la decisión de consultar por la cirugía. Es importante destacar que este fenómeno es característico de las entrevistadas de menor edad.

“(...) había ido antes, un año antes y no me había hecho los exámenes entre medio estaba en la Universidad, y no me los hice, los dejé ahí, fui porque en verdad mi mamá me dijo que fuera, ella pidió la hora, lo hizo todo.” (X, 2).

1.5. Cambio de hábitos

Este cambio tiene un impacto en la manera de percibirse como persona capaz de controlar la ingesta. Se refiere al “aprender a comer de nuevo”, reconociendo haber desarrollado una forma particular de comer que conlleva a la obesidad y que ha persistido a pesar de la realización de tratamientos con modificación en la dieta, ya sea en la ingesta calórica o en la frecuencia de comidas diarias.

“(...) Porque en el fondo ya tantos años probando como dietas, lo que sea herbalife, todos los métodos y nada me resultaba, en el fondo yo sé que no me iba a reparar la vida, sino que resetear el estómago y empezar a comer de nuevo, eso era lo que a mí me interesaba” (II, 3).

2. Vivencias en relación al sobrepeso

2.1. Obesidad como problema

La obesidad es considerada como problema cuando está asociada a una autoimagen negativa. Esto alude al hecho de sentirse menos que otros, tanto física como psicológicamente: poco atractivo, poco querido y no aceptado.

“(...) Siempre fui como la gorda de la familia (...), siempre es como darle el gusto a los demás, ese “yo adelgazo para que me digan que estoy bien”, () en la adolescencia, estaba eso de que si yo adelgazaba iba a tener pololo o sino no me iban a querer” (II, 19).

Otra forma de vivir la obesidad como problema es cuando ésta produce alguna limitación, generando una sensación general de frustración. Entre las principales limitaciones mencionadas destacan: no encontrar ropa, cansancio físico y rechazo laboral.

Por último, la gran preocupación de algunas madres frente al sobrepeso de sus hijas, convierte a la obesidad en un problema por el excesivo control externo sobre la comida.

“(...) Mi mamá está sirviendo el postre a todos y a mí me sirve poquito o me pregunta si es que no quiero (...) ahogante, asfixiante, ni siquiera pendiente, asfixiante. Yo le decía que esa no es la forma de ayudarme, o sea me perseguía durante por 20 años y si no es más, por lo mismo, no es la forma” (II, 19).

2.2. Obesidad no vivida como problema

La obesidad también puede ser vivida inicialmente como no problemática si están conformes con su apariencia y sienten que todas las áreas más importantes de su vida están cubiertas: pareja, vida social, laboral y/o académica. En esta modalidad no se visualizan los problemas de salud ni los riesgos médicos en los que se está incurriendo en ese momento, hasta que se presentan los síntomas o el agravamiento de estos.

“(...) Igual era como la gracia, medir dos metros, ser gordo y trabajar en discoteque siendo guardia, y cuando jugaba basquetbol era más fácil físicamente por el tema de la fuerza no aeróbicamente, entonces era como casi una gracia ser así” (I, 16).

“A ver, yo siempre fui gorda, no había tenido ningún problema hasta los 21 que me detectaron hipertensión, resistencia a la insulina y todas las enfermedades uno se arma su personalidad basada en otras cosas, es más importante ser inteligente. A mí nunca me importó ser gorda, yo no lo pasé mal, lo pasé bien...” (XI, 2).

3. Vivencias en relación a la comida

Los entrevistados describen experiencias satisfactorias en torno a la comida, es decir, de gratificación inmediata, sobretudo en situaciones de estrés y malestar. La comida puede adquirir el valor de premio, cariño y/o entretenimiento, al asociarse con determinadas relaciones o con una manera de intercambiar afecto.

“(...) Yo creo que viene de niñez, porque mi mamá cuando chica ella era golosa y todas esas cosas le gustaban y ella vendía chocolate, entonces nos ha-

cía armar las cajas y nosotros le sacábamos chocolates y ni sabía, y ella nos premiaba con chocolates, era como el premio, como el dinero era el chocolate...” (VIII, 15).

Entre las experiencias satisfactorias se encuentra el rol tranquilizante de la comida, por ejemplo, cuando después de un “mal rato” se come “algo rico”. De esta manera, comer se vuelve una forma de minimizar ciertas emociones que generan discomfort.

“En el fondo, es que toda la gente gorda tenemos un vacío que no podemos como llenar, asocias la comida como tu tranquilizante, estás contento comes, estás triste comes. Como que no te pide, no te critica, nada, entonces te consuelas con la comida” (II, 5).

La comida reemplaza emociones negativas por un estado más placentero, pudiendo mejorar su capacidad de adaptación a la realidad después de comer.

“Comiendo me sentía bien, se me olvidaba todo, si comía algo que me gustaba, rico, lo disfrutaba en ese momento y, se me olvidaba todo, mi desahogo era comer algo rico y en abundancia (...) Me quitaba la ansiedad, entonces podía seguir trabajando, seguir viviendo” (IV, 14).

Por otra parte, los entrevistados asocian la comida a formas de expresar cariño, lo que responde a patrones culturalmente adquiridos.

“(...) porque todas llegábamos con algo para comer, entonces, tiene estrecha relación también, por ejemplo, con los cariños, tú vas de visita a una parte y no sé, “¡Hay ya, vinieron, te sirvo el plato más grande!” y quiere decir que te quieren más” (XI, 14).

La experiencia de comer también se asocia a sentimientos ambivalentes, esto es, una sensación de bienestar al mismo tiempo que una de malestar. Esto responde a cierta conciencia de la necesidad de la comida en la vida, y por otro lado, al descontrol en la ingesta. Al presentarse este tipo de conducta, las personas sienten satisfacción inicial, pero luego se sienten culpables por la ingesta calórica, haciendo que la comida sea conceptualizada

como una droga de la cual dependen. De esto se toma consciencia en el post operatorio, cuando las personas no pueden ingerir el tipo ni la cantidad de alimentos a los que estaban habituados.

“Es como el proceso de desintoxicación, bueno, yo he tenido de cerca procesos, uno de mis primos pasó por el proceso de desintoxicación entonces, al principio cuando estaba en la etapa de que no asumía que estaba operada, porque al principio era como ya, salir del hospital para la casa, las sopitas y todo pero tu veías comer a todos los demás y era como: “¿¡Ay por qué no estoy comiendo eso!?” (XI, 11).

Conclusiones y Discusión

El presente trabajo describe las vivencias de pacientes que presentan obesidad y se someten a cirugía bariátrica. De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo constatar que las principales motivaciones para llegar a la cirugía son el fracaso en las dietas hipocalóricas, la crítica e influencia externa (madres), problemas de autoestima e imagen corporal, y problemas médicos asociados a la obesidad. La razón más frecuente para operarse es cuidar la salud física, puesto que, en general, no consideran que la obesidad en sí misma sea un problema. Esto concuerda con los hallazgos en pacientes obesos, quienes tenderían a minimizar su obesidad, llegando incluso a presentar alteraciones en la percepción de la realidad³⁰.

Los sujetos de la muestra señalan que comer les produce gratificación inmediata, sobretudo en situaciones de estrés y malestar. Estos resultados concuerdan con lo señalado por otros autores respecto a que la comida actuaría como un mecanismo de regulación emocional^{3,17,18}, especialmente de sentimientos depresivos y ansiosos que incidirían en la ingesta excesiva, dificultando el control de los impulsos y deteriorando el autoconcepto¹⁵.

En esta investigación, las personas con sobrepeso sentían rápidamente que habían fracasado en las dietas y les costaba tolerar la espera hasta lograr la baja de peso. Asimismo, es posible que frente a situaciones de estrés o emociones negativas estuvieran acostumbrados a recurrir a la alimentación como medio para calmar la ansiedad y obtener

satisfacción inmediata. Restringir la comida significaría quitarles el mecanismo que han desarrollado para mantener dichas emociones bajo control^{3,17}. Lo anterior es corroborado por estudios realizados por Gianini, White & Masheb³¹ en una muestra de adultos obesos con bingeeating (BED), y por Silva¹⁸ en su trabajo con dietantes crónicos, quienes plantean que las modalidades de alimentación son formas de modular los afectos negativos.

Por su parte, Carrasco, Gómez & Staforelli⁵, en un estudio realizado con adolescentes obesos, observan dificultad para tolerar los afectos y tendencia a disociarlos, lo que conduce a que estos no puedan ser usados como señales de estados internos del sí mismo, encontrando en el trastorno corporal una forma de lograr el equilibrio emocional.

Es importante destacar la falta de estudios de

seguimiento en pacientes con cirugía bariátrica, siendo este artículo una contribución al respecto. Entre las limitaciones de esta investigación, destaca principalmente el tamaño de la muestra y el predominio de sujetos de sexo femenino. Sería importante además evaluar las comorbilidades psiquiátricas de estos pacientes, ya que sólo se consideró la comorbilidad con enfermedades médicas. Indagar esto último puede dar luces respecto a posibles factores predisponentes, a la vez que predictores de mayor o menor éxito en la mantención de la baja de peso a largo plazo.

Cabe destacar que los datos fueron obtenidos a través del recuerdo de episodios y vivencias del pasado, por lo cual no es posible garantizar la precisión de la información, la que es una reconstrucción subjetiva de los hechos.

Resumen

Introducción: La obesidad es un problema de salud pública y en Chile ha ido en aumento en los últimos años, observándose mayor porcentaje de sobrepeso en adultos hombres y de obesidad en adultas mujeres. En este contexto, la cirugía bariátrica surge como posible alternativa.

Objetivo: Describir los significados y vivencias de pacientes adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica en clínicas privadas. **Método:** Se usó un enfoque cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada. La selección de la muestra se realizó a través de informantes clave y bola de nieve, y quedó conformada por 8 mujeres y 3 hombres. Para recoger los datos se utilizaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas, y para el análisis se usó la codificación abierta. **Resultados:** Del análisis descriptivo se obtuvieron tres categorías: 1) Motivaciones y expectativas en relación a la cirugía bariátrica; 2) Vivencias en relación al sobrepeso, y 3) Vivencias en relación a la comida.

Conclusiones: 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.

Palabras clave: Obesidad, cirugía bariátrica, estudio cualitativo.

Referencias bibliográficas

1. Fundación Chile. Chile Saludable. Oportunidades y desafíos de innovación, 2012. Disponible en <http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-CHILE-SALUDABLE-VOLUMEN-I.pdf>
2. Ministerio de Salud [MINSAL]. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7b-c28b64dfe040010165012d23.pdf>
3. Sandoval G, Fuentealba S. OCDE: Chile es el sexto país con más obesidad infantil, 2012. Disponible en <http://www.eligevivirsano.cl/2012/02/24/ocde-chile-es-el-sexto-pais-con-mas-obesidad-infantil/>
4. Marzolo M, Cuevas A. El peso de la obesidad en el

- siglo XXI. Santiago de Chile, Valente, 2010.
5. Carrasco D, Gómez E, Staforelli A. Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Ter Psicol* 2009; 27 (1): 143-9. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100014>
6. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva 311, enero de 2015. Disponible en <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/>
7. American Psychiatric Association. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2014.
8. van Hout G, van Heck G. Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obes Facts* 2009; 2 (1): 10-5.
9. Mestas L, Gordillo F, Arana J, Salvador J. Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Rev Mex de Trastor Aliment* 2012; 3 (2): 99-105.
10. Tapia A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Rev Chil Nutr* 2006; 33: 352-7. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000400003>
11. Zeller MH, Roehrig HR, Modi AC, Daniels SR, Inge TH. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatrics Decurgery. *Pediatrics* 2006; 117 (4): 1155-61.
12. Duffecy J, Bleil ME, Labott SM, Browne A, Galvani C. Psychopathology in Adolescents presenting for laparoscopic banding. *J Adoles Health* 2008; 43 (6): 623-5.
13. Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, Kolotkin RL, Bledsoe SE, Haynes B, *et al.* Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *J Pediatr Surg* 2008; 43 (7): 1275-9.
14. Cuevas L, Guillén DM, Casco R, Martínez M. Autoconcepto en las voces de jóvenes obesas y obesos. *Revista Electrónica Razón y Palabra*, 2012; 80. Disponible en www.razonypalabra.org.mx
15. Meza C, Moral J. Modelos recursivos de índice de masa corporal con variables sociodemográficas, funciones del yo y alteración alimentaria en mujeres mexicanas. *Psyke* 2013; 22 (1): 55-68.
16. Rojas C, Brante M, Miranda E, Pérez-Luco R. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Rev Med Chile* 2011; 139: 571-8. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>
17. Cordella P. ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Rev Chil Nutr* 2008; 35 (3): 181-7. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>
18. Silva JR. Sobrealimentación inducida por la ansiedad, parte II: Un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *Ter Psicol* 2008; 26 (1): 99-115. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>
19. Heusser N, Muñoz B. Cirugías para bajar de peso: explosivo aumento. Periódico digital La Hora, 2013. Disponible en <http://papeldigital.info/lahora/2013/08/22/01/paginas/006.pdf>
20. Nogueira de Almeida G, dos Santos JE, Loureiro SR. Perfil psicológico de mulheres e a cirurgia bariátrica: Estudo exploratório. *Rev. Interamericana de Psicología/Interamerican of Psychology* 2011; 45 (2): 169-76.
21. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes-Surg* 2004; 14 (5): 579-88.
22. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* 1995; 7: 19-40.
23. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga, Aljibe, 1996.
24. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Universidad de Antioquia, 2002.
25. Cuñat R. Aplicación de la teoría fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de Empresas, 2007. Disponible en <http://www.investigacioncualitativa.es/Paginas/Articulos/investigacioncualitativa/Cunat.pdf>
26. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, Ediciones Morata, 2007.
27. Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A.

- Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Volumen I: elaboración de la propuesta de investigación y trabajo de campo. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá, Ediciones Mayol, 2011. Disponible en <https://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bits-tream/10625/47210/1/IDL-47210.pdf>
28. Taylor S, Bogdan J. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de los significados. España, Paidós, 1992.
 29. Tarres M (coord). Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), 2001.
 30. Elfhag K, Rossner S, Lindgren T, Andersson I, Carlsson AM. Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment. *J Pers Assess* 2004; 83 (3): 293-305.
 31. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav* 2013; 14 (3): 309-13.

Correspondencia:
 Claudia Cruzat-Mandich
 Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez
 Diagonal Las Torres 2640, Peñalolén
 Santiago
 Teléfono: 2331 1648
 E-mail: claudia.cruzat@uai.cl