

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES OBESOS EN PREOPERATORIO Y
POSTOPERATORIO DE BYPASS GÁSTRICO

**Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario “Dr.
Luís Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui. Enero – Marzo 2008**

Asesor: Dra. María E. Bello

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Khaoime A, Amir A.

Coasesor: Dr. Agustín Vieira

Br. Lucena N, Sofia C.

Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano

Barcelona, Noviembre 2008

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES OBESOS
EN PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE BYPASS GASTRICO**

Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de
Barcelona, estado Anzoátegui. Enero – Marzo 2008

Autores:
Khaoime Amir
Lucena, Sofía

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, estado Anzoátegui. Se trata de un estudio prospectivo, transversal, de campo; que incluyó 12 pacientes en preoperatorio y 12 pacientes en postoperatorio. Se compararon las variables: calidad de vida, ansiedad y depresión en ambos grupos de pacientes. Se analizaron los puntajes obtenidos en las escalas y dimensiones de encuestas validadas internacionalmente para ambos grupos: calidad de vida SF-36, ansiedad y depresión de Hamilton. La información se procesó con el programa estadístico PRIMER, aplicándose las dójimas de Chi cuadrado y de “t” de Student. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones de la variable calidad de vida entre los pacientes en preoperatorio y los pacientes en postoperatorio: funcionamiento físico, rol físico, función social, vitalidad y percepción general de salud. Con respecto a la ansiedad y a la depresión, sólo se encontraron diferencias significativas en la variable depresión. Todos los hallazgos son consistentes con la mayoría de estudios recientes a nivel internacional, lo que ratifica, los beneficios en la calidad de vida y disminución de los niveles de depresión y ansiedad que trae para un paciente obeso someterse a esta intervención quirúrgica.

Palabras claves: Obesidad. Bypass gástrico. Ansiedad. Depresión. Calidad de vida. Cirugía bariátrica.

DEDICATORIA

A mis padres, por brindarme su amor, apoyo, consejos e infinita confianza y fe en mí, por forjarme todos los caminos y hacer posible cada sueño. ¡Todo llega mamá, es cierto! Papá, cada triunfo de nosotros es infinitamente pequeño ante tus sacrificios.

A mis hermanos Victoria y Reinaldo Enrique por su lealtad, apoyo y compañía en todas mis etapas, en los buenos y malos momentos, espero ser un buen ejemplo para ustedes.

A mi abuelo Manuel (Q.E.P.D.) y mis abuelas Gilma y Nieves por su infinita sabiduría, ternura y mi infancia llena de felices recuerdos que marcaron mi vida junto a ellos, Gracias por ser mis otros padres.

A mis tías, tíos y primos, por transmitirme tantas tradiciones y enseñarnos que ante toda dificultad por muy grande que sea, la familia es lo primero y que los conocimientos y valores es lo único que nadie nos puede arrebatar.

A Zoraida, Joaquín, Rosina, Sres. Sanley, Madre Josefina (Q.E.P.D.), al Padre Ovies, Faride y Sra. Myriam por su afecto, compañía, consejos y ser como mi familia.

A mi compañero de tesis, Amir, por aceptar este reto junto a mí y brindarme su amistad incondicional.

A los Dres. Gladiana, Ilianoff, Yaimeri, Yais, Daniel, William, Damellys, Andreina, Miriam, Maria Souquet, Pedro Allen y Orlando Colina, médicos residentes, por sus enseñanzas y ser un ejemplo de compañerismo.

A mis Amigos: Carlos Caraucán por ser un verdadero amigo, confidente, guía, por siempre tender su mano y brindarme palabras de afecto y comprensión. Astrid, Quimito, Ángel, Maricarmen, Carmencita, Lya (Q.E.P.D.), Oly, Karim, Javier, Alfredo, Randy, Gaby, Alexa y Loly (mi paciente especial) por enseñarme que una verdadera amistad nunca se pierde.

A Elizabeth, David y Germán por compartir los mas gratos momentos en esas 7 semanas que nunca olvidaré y que afianzaron nuestra amistad.

DEDICATORIA

A mi abuela **“Sutto Marcel”**, por quererme tanto, por sus rezos y por su apoyo, te quiero mucho.

A mis **abuelos George, Elías y “Sutto Josfin”** (Q.E.P.D.) se que desde donde se encuentren cuento con sus bendiciones y que están orgullosos de mí.

A mis **Tías, Tíos, Primas, Primos** y demás familiares por estar siempre pendiente de mí.

A **Sofía**, mi compañera de tesis, por su amistad desde el primer momento de mi carrera y su apoyo incondicional.

A **Carito**, mi compañera de la universidad, por su amistad, cariño, compañía y por siempre escucharme.

A mis compañeros de clase y amigos, en especial a **Hilda, Moisés, Marlene, Jesús, María de los Ángeles, Emiro, Gabriela, Karla, Yurima y Ana** con los cuales compartí muchos momentos de mi carrera de los cuales adquirimos muchos conocimientos y experiencias.

A mis compañeras de ruralita, **Mariana y Teodobelis**, con las que compartí una de las experiencias más importantes de la formación de un médico, como lo es la “ruralita” y más en mi pueblo natal Aragua de Barcelona.

A todos ustedes les dedico mi triunfo

Amir Antonio Khaoime Achji

AGRADECIMIENTOS

A **Dios Padre** por habernos escogido como su instrumento para llevar el alivio y sanación a los enfermos y a nuestra **Madre la Virgen María** por su protección, guía y ayuda en todo momento de nuestras vidas.

A la **Universidad de Oriente y Hospital Universitario Dr. Luis Razetti**, por darnos la oportunidad de poder iniciar y culminar nuestra carrera.

A **nuestros profesores** de la escuela y del hospital, gracias a su dedicación y esmero, por transmitir tantos conocimientos de nuestra carrera y lo más valioso: sus valores.

A la **Dra. María E. Bello**, nuestra asesora, por su colaboración y brindar los conocimientos necesarios de su especialidad, para la elaboración de este estudio.

Al **Dr. Agustín Vieira**, nuestro coasesor, pionero de la cirugía bariátrica en el H.U.L.R. por su destacada y ardua labor, desempeño, esmero y entusiasmo con sus pacientes, por confiar en nosotros la tarea de llevar a cabo esta investigación.

Al **Dr. Stefano Bónoli**, profesor nuestro e investigador de nuestra casa de estudio, pilar fundamental de este trabajo, por ser un ejemplo de profesionalismo, responsabilidad y guía para nosotros. Sus aportes van más allá de la estadística aplicada, gracias por su labor, disponibilidad, paciencia, enseñanzas, su visión y su confianza.

A **nuestros pacientes** por su ayuda incondicional y su entera disposición, por ellos y para ellos, muchas gracias.

A **Luís René Díaz Lucena, Solangel Merchán, Ana Vanesa García y Mary Vera** por su valiosa colaboración en la elaboración, organización de nuestro material y presentación de nuestro trabajo.

Los Autores

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El ser humano es muy graso. Ya desde el nacimiento, el bebé humano ocupa los primeros puestos en relación al contenido de grasa. En el adulto, la abundancia de grasa persiste: la masa grasa normal en un hombre puede representar entre el 15 y el 25% de su peso y en la mujer, algo más, del 20 al 30% (Rubio, 2005).

Al respecto, González y cols, (2006) refieren que el aumento patológico de la grasa del cuerpo, que determina un peso superior al normal es lo que se conoce como obesidad, siendo la consecuencia inevitable del ingreso abundante y constante de calorías sin producirse apenas gasto físico.

Progresivamente la obesidad se ha ido convirtiendo en un problema sanitario de gran incidencia en las sociedades desarrolladas hasta alcanzar un carácter epidémico y está relacionada directamente con las primeras causas de muerte en el ámbito mundial y que su control puede llegar a disminuir el riesgo de padecer estas enfermedades en forma importante y mejorar la perspectiva y la calidad de vida. Actualmente existe un amplio acuerdo a la hora de considerar la obesidad como un problema complejo en el que intervienen factores genéticos, nutricionales, psicológicos y sociales (Rubio, 2005).

Se estima que 300 000 muertes cada año son el producto de trastornos relacionados con el peso, lo cual hace que la obesidad sea la segunda causa de muerte prematura en Estados Unidos después del tabaquismo. La obesidad puede comenzar

en la infancia, adolescencia o adultez. Las cantidades de grasa corporal también aumentan con la edad, aunque el peso permanezca constante (Goldman, 2001).

La obesidad se considera una enfermedad crónica, que atenta contra la vida por la excesiva acumulación de grasa, con implicaciones médicas, psicológicas, sociales, fisiológicas y económicas que ponen en peligro la vida del paciente o que afecta su calidad de vida, física y psicológicamente (Rubio, 2005).

El índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado, es el estándar para determinar la obesidad. Un IMC menor a 25 se considera normal, sin riesgo de salud relacionado con el peso. Un IMC de 25 a 30 se considera como sobrepeso, con un riesgo bajo a moderado. Se diagnostica obesidad cuando el IMC es superior a 30, lo que implica un alto riesgo de salud (Goldman, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la obesidad según el IMC en:

- Normopeso: $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso (Obesidad grado I): $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad grado II: $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad grado III: $35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad grado IV: $> 40 \text{ kg/m}^2$

Según la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (ASBS) 1997 se clasifica en:

- Normal: $<25 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: $25 - 26,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad Leve: $27 - 29,9 \text{ kg/m}^2$

- Obesidad Moderada: 30 – 34,9 kg/m²
- Obesidad Grave. 35 – 39,9 kg/m²
- Obesidad Mórbida. 40 – 49,9 kg/m²
- Superobesidad: 50 – 59,9 kg/m²
- Super-super Obesidad: 60 – 64,9 kg/m²
- Triple Obesidad: > 64,9 kg/m²

La obesidad es un problema complejo en el que concurren muchos factores, y a través de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, podemos identificar su impacto biológico, social y psíquico. El incremento de peso se produce de forma lenta e insidiosa, lo que hace que los pacientes no noten los cambios que esto ocasiona en su calidad de vida hasta que ese aumento de peso altera la misma de forma relevante (Poves, Macias, Cabrera, 2005).

Aunque hasta hace poco solo se medía el impacto que la obesidad tenía sobre la morbilidad, todos tenían en mente los problemas sociales y el costo que la enfermedad generaba, no obstante, la medición de la repercusión de la obesidad sobre la calidad de vida no se ha llevado a cabo hasta la última década y son relativamente pocos los estudios que abordan el tema (Rubio, 2005).

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo

por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Casillas y col., 2006).

Calidad de vida es un término muy amplio, con implicaciones filosóficas y prácticas que varían de una persona a otra y que se relaciona con la vida cotidiana, la cultura, el bienestar tanto económico como social y la salud. De ahí que calidad de vida relacionada con la salud se refiera a esa parte de la calidad de vida que se altera cuando contraemos una enfermedad o mejora cuando ésta desaparece, afectando aspectos de la vida que, aunque parezcan insignificantes, impiden vivirla como se desea. El reconocimiento de la calidad de vida surge en la sociedad occidental en un momento en el que la esperanza de vida aumenta y aparece la convicción de que el papel de la medicina no debe ser sólo el de proporcionar años de vida, sino el de aportar una mejor calidad a la misma. Este concepto no es nuevo, ya en 1948 la OMS definía el estado de salud como: no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social. La medida de la salud, no en cantidad sino en calidad, ha adquirido una gran importancia como medida del resultado sanitario. (Poves y cols, 2005).

Uno de los motivos más interesantes para utilizar los cuestionarios de Calidad de vida es conocer el impacto que la pérdida de peso tiene sobre ella. La mayor parte se han realizado en obesos mórbidos y demuestran una espectacular mejoría en los índices de Calidad de vida, incluidos los sociales y laborales, aun tras la aparición de complicaciones asociadas a la cirugía. La mayor parte de las investigaciones sobre obesidad y Calidad de vida relacionada con la salud, examinan el efecto de la pérdida de peso tras someter a obesos mórbidos a algún tipo de cirugía bariátrica, con seguimientos de 1 a 2 años (Rubio, 2005).

En la actualidad, los parámetros utilizados como medida de salud, ya sean biológicos o fisiológicos, sirven como buenos indicadores para los médicos. En el

nuevo sistema es cada vez más importante la percepción del estado de salud por parte del paciente, de ahí el interés creciente por la evaluación de los resultados desde su perspectiva, es decir, de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida. Además de poder medir el deterioro global de la calidad de vida, esta información podrá ser útil para buscar nuevas directrices para su tratamiento, incidir en el deterioro de la calidad de vida y ayudar así a personas poco motivadas a cambiar sus hábitos. Así mismo, al examinar el impacto de la ganancia de peso sobre las dimensiones afectadas, se contribuirá a personalizar los beneficios que se obtienen con la pérdida de peso, es decir, se ayudará a cada paciente a «encontrar razones para adelgazar». Igualmente, conocer la calidad de vida sirve de ayuda tanto al médico como al paciente para redefinir objetivos de la pérdida de peso (Poves y cols, 2005).

Pérdidas de peso de alrededor del 10% son más realistas y fáciles de mantener, aunque a la mayoría de los obesos les parecen decepcionantes, ya que siguen siendo obesos y se mantienen lejos del canon de ideal estético social que quieren alcanzar. No obstante, si estas pérdidas unidas a mejoras se concretan en la calidad de vida como mejora del estado general, mayor movilidad, disminución del dolor, etc., contribuirán a aumentar la motivación y afianzar los cambios en el estilo de vida necesarios para conseguir perder peso a largo plazo. No basta con que el obeso baje peso o mejore sus complicaciones o prolongue sus expectativas de vida, sino que además debe sentirlo así, como un beneficio que mejora tanto su salud física como emocional (Rubio, 2005).

Con demasiada frecuencia se fija un solo objetivo, «el peso ideal», de tal forma que, si no se consigue, que por otro lado es lo habitual (muy pocos lo consiguen y lo mantienen), se interpreta como un fracaso, lo que resulta muy frustrante, por lo que es importante tener en cuenta que alcanzar este objetivo requiere de un largo y constante esfuerzo por parte del paciente (Poves y cols, 2005).

Se sabe que la mayoría de las personas obesas presentan: dificultad para vestirse, imposibilidad para seguir la moda, repercusiones en la vida afectiva y sexual en uno de los cónyuges y están sujetos a las eventuales impertinencias por parte de la gente cercana o desconocidos; todos estos diferentes puntos pueden provocar: depresión, sentirse diferente de manera negativa, abstenerse en sí mismo (aislamiento). También presentan problemas sociales como: inadaptación o incapacidad para el trabajo, dificultades para ser contratado, dificultades para conservar el empleo (Casillas y col., 2006).

Se entiende por depresión como una tristeza patológica, postración o melancolía que se distingue de la aflicción en que esta última es realista y proporcionada a una pérdida personal y como ansiedad, la sensación de inquietud, aprehensión o miedo, es decir, un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago acompañado de una o mas sensaciones corporales recurrentes. (Weller, 1997).

La marcada disminución de la actividad física en las sociedades desarrolladas parece ser el factor más importante en el aumento de la obesidad como un problema de salud pública. La inactividad física limita el gasto de energía y puede contribuir a una ingesta aumentada. Aunque la ingesta se ve incrementada cuando aumenta el gasto energético muy por encima de las demandas habituales, ésta no disminuye proporcionalmente cuando la actividad física cae por debajo de un cierto nivel mínimo. Muchos obesos reconocen que comen más de la cuenta cuando tienen un disgusto, a menudo, inmediatamente después. Pero también muchas personas no obesas tienen experiencias similares y es difícil, por tanto, asegurar que este tipo de contingencias a corto plazo sea específico de la obesidad (Kaplan, Sadock, 2000).

Alrededor de 50% de los obesos participa en comilonas recurrentes; de ellos, aproximadamente una cuarta parte cumple con los criterios diagnósticos para

depresión mayor, en comparación con menos de 5% de aquellos que no tienen esta práctica. En comparación con los sujetos que no tienen esta conducta, los obesos que realizan comilonas tienen dos veces más posibilidades de presentar trastornos por ansiedad; es cuatro veces más probable que sufran fobia social, y tres veces más probable que tengan problema de alcohol y drogas, es decir, se ve afectada toda su esfera psicosocial (Goldman, 2001).

La mayor parte de la obesidad se debe quizás a una combinación de factores constitucionales y sociales que estimula la alimentación excesiva. Las causas psicológicas no parecen tener gran importancia en la mayoría de los casos, pero los psiquiatras son consultados algunas veces por personas obesas cuya alimentación excesiva parece determinarse por factores emocionales. Los obesos con frecuencia tienen amor propio y confianza social bajos; por lo demás, en general no muestran más alteraciones psicológicas que el resto de la población, aunque algunos tienen problemas intrapsíquicos graves (Gelder, Gath, Mayouu, 1993).

La conducta anormal en la alimentación puede surgir como un intento por calmar y amortiguar emociones desagradables, como medida para resolver conflictos intrapsíquicos en torno a la agresión, la sexualidad y las relaciones interpersonales, o para expresar problemas en beneficio de una familia no funcional. Quizá los factores biológicos tengan alguna función al afectar directamente la fisiología de la acumulación de las grasas, o de modo indirecto al predisponer a los trastornos afectivos (ansiedad y depresión) comúnmente relacionados con los trastornos de la alimentación. Los factores culturales como la preocupación social por la juventud y esbeltez también tienen una función importante. Los trastornos de la alimentación proporcionan con claridad un paradigma clínico para el modelo biopsicosocial (Goldman, 2001).

Los trastornos alimenticios forman un conjunto de perturbaciones graves de alimentación y de peso y de psicopatología subyacente. En este tipo de trastornos, la molestia que causan la percepción de la forma y el peso del cuerpo constituye un rasgo fundamental (Elkin, 2000).

Las primeras teorías psicoanalíticas de la obesidad sostenían que los sujetos obesos experimentaban necesidades de dependencia no resuelta y habían quedado fijados a nivel oral del desarrollo psicosexual. Los síntomas de obesidad se consideraban como equivalentes depresivos, como intentos para recuperar la atención de los padres y los cuidados “perdidos” o frustrados; los obesos consideran sus cuerpos muy feos y repugnantes y creen que los demás los miran con desprecio; tienen un concepto negativo de sí mismos, son muy cohibidos y experimentan alteraciones de funcionamiento social. Estas experiencias pueden contribuir al desarrollo y la conservación de la obesidad. Más aún, puesto que con frecuencia se discrimina desde el punto de vista social a los obesos y son quizás menos a menudo objeto de deseo sexual que las personas de peso normal. La conservación de la obesidad podría reflejar en algunos casos deseo inconsciente de conservarse aislado con objeto de evitar los conflictos relacionados con la sexualidad o intimidad emocional (Goldman, 2001).

Los trastornos afectivos y adaptativos tales como las reacciones depresivas son un factor claro de recaídas y abandonos de los hábitos dietéticos. Es imprescindible su detección precoz de cara a asegurar el éxito del tratamiento de la obesidad ya que uno de los fenómenos observados es que cuando los pacientes son conducidos sin más de las consultas de los especialistas al quirófano sin más intervenciones previas ni posteriores al acto quirúrgico, la tasa de fracasos aumenta considerablemente (Elizagárate y cols, 2001).

Aunque no hay un conjunto de factores familiares específicos que predispongan a la obesidad, los miembros de la familia que carecen de calidez y amor pueden

utilizar los alimentos y la ingestión excesiva de los mismos como sustitutos del amor. Las madres en estas familias suelen ser personas solitarias cuyas propias infancias se caracterizaron por privación social, económica o emocional (Goldman, 2001).

Las presiones sociales provocan que las personas fuera de la norma establecida por la sociedad, presenten diversos grados de insatisfacción de la imagen corporal. Entre las consecuencias de la IIC se señalan el aislamiento, la baja autoestima, la ansiedad y la depresión (Casillas y col., 2006).

Son muchos los estudios que han tratado de establecer un perfil o patrón de personalidad del individuo obeso, o que se han centrado en la relación entre obesidad y diversas variables de personalidad; así, se ha señalado que los obesos presentan más problemas psicológicos que la población en general, que son más inmaduros y recelosos, que son más pasivos, dependientes y hostiles en sus relaciones interpersonales, inseguros y emocionalmente inestables (Rubio, 2005).

Los métodos quirúrgicos que causan malabsorción de la comida o bien reducen el volumen gástrico, han sido utilizados en personas con obesidad marcada. Los resultados son satisfactorios, aunque pueden existir vómitos, alteraciones electrolíticas y obstrucción. La extracción quirúrgica de grasa (lipectomía) se utiliza por razones estéticas, pero no tiene ningún efecto a largo plazo sobre la pérdida de peso (Kaplan, Sadock, 2000).

Según la International Federation for Surgery of Obesity tienen indicación quirúrgica las personas obesas o con sobrepeso que cumplan al menos uno de los siguientes requisitos (Bustamante y col., 2006):

1. El paciente debe tener o haber tenido un IMC de 40 kg/m^2 o superior, o tener 45 kg o más por sobre el peso ideal acordado por la tabla regional de peso y talla o su equivalente en los diferentes países.
2. Si el paciente tiene un IMC entre 35 y 40 kg/m^2 , deberá presentar enfermedades médicas, psicológicas o de otro tipo que sean asociadas a la obesidad. Los beneficios esperados de la cirugía, deben ser mayores a los riesgos que ésta conlleva. Fobi y colaboradores. Agregan: tener un IMC mayor a 32 kg/m^2 sin enfermedades asociadas, pero con consecuencias psicológicas, sociales o económicas que afecten su calidad de vida, actividades diarias o trabajo.

La técnica del bypass gástrico representa el 61% de las intervenciones incluidas en el Registro Internacional de Cirugía Bariátrica en el 2001. Desde la descripción original por Mason e Ito en 1967, se han introducido varias modificaciones con el objetivo de mejorar los resultados y reducir las complicaciones. En la actualidad, el bypass se basa en la creación de un reservorio pequeño a expensas de curvatura menor, aislado del resto del estomago, con un estoma calibrado y una reconstrucción del transito intestinal en Y de Roux con asas de longitudes variables (Elizagárate y cols, 2001).

El bypass gástrico se enmarca dentro de las técnicas complejas, más concretamente como un procedimiento mixto de predominio restrictivo. Los mecanismos por los cuales los pacientes consiguen perder peso y mantenerlo en el tiempo son los siguientes: saciedad precoz debido a la reducción del tamaño del reservorio gástrico y del estoma de salida; efecto anorexígeno, debido a que el paso directo de las secreciones salivales y alimentos al yeyuno estimula la liberación de péptidos intestinales que ejercen una retroalimentación negativa sobre el apetito a nivel central; Síndrome de dumping , el cual es un efecto colateral deseado donde el paciente pierde la motivación hacia el consumo de dulces y bebidas de alto contenido

calórico y, por último, cierto grado de malabsorción que depende de la longitud de los brazos de la Y de Roux (Rubio, 2005).

Por sus características, es considerado como el «gold standard»; con el se comparan el resto de las técnicas. Ha demostrado proporcionar una buena calidad de vida, tasas de complicaciones aceptables, una pérdida de peso adecuada a largo plazo y el control de las patologías comórbidas de la obesidad (Elizagárate y cols, 2001).

Dentro de los riesgos o complicaciones de esta intervención a corto plazo se encuentran dehiscencia de sutura, hemorragias, infección de herida quirúrgica y entre las tardías, úlcera marginal, estenosis de la gastroyeyunostomía, oclusión intestinal por hernias internas; déficit proteico, vitamínico y de minerales, así como también colelitiasis. El equipo de estudio multidisciplinar para los pacientes con obesidad mórbida, e incluso, para todos los enfermos con obesidad, es el más adecuado para el manejo y tratamiento de los mismos. El cirujano, internista, endocrinólogo, psiquiatra, fisioterapeuta enfermero y anestesista son los principales profesionales que deben participar para un correcto manejo y tratamiento de los pacientes. Las funciones del psiquiatra en la evaluación del paciente con obesidad permiten ayudar a determinar que opción de tratamiento es la más adecuada desde el punto de vista psicológico del enfermo, analizar si existe contraindicación psiquiátrica a la intervención quirúrgica y dar pautas al paciente respecto al tratamiento y seguimiento postquirúrgico (Rubio, 2005).

Sin embargo, cuando no existe una completa evaluación del paciente, con frecuencia se constatan los siguientes hechos que limitan negativamente el éxito de la cirugía bariátrica (Elizagárate y cols, 2001):

Falta de información de los pacientes: existe la sensación generalizada que los pacientes acuden al quirófano con el pensamiento mágico de que la mera

intervención reducirá espontáneamente de peso. No son informados suficientemente de la necesidad de modificación de estilos de vida que la intervención quirúrgica implica y que, además, es necesaria para el éxito del tratamiento.

Psicopatología previa no diagnosticada: no existe un correcto control sobre trastornos psiquiátricos que ensombrecen el pronóstico y que pueden poner en riesgo al paciente intervenido.

Alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica no tratada: ya que ensombrece el pronóstico de éxito y no está siendo tratada.

Variabilidad de criterios psiquiátricos: el hecho de que no sea un solo especialista el que atienda estos casos conlleva una variabilidad de criterio excesiva.

Ausencia de un plan de tratamiento específico tras la cirugía: en muchas ocasiones no se ofrece ningún abordaje ni un programa de modificación de conducta o cognitivo de cara a modificar hábitos alimenticios e implementar las recomendaciones dietéticas sugeridas por el endocrino o el dietista.

Ausencia de apoyo psiquiátrico tras la cirugía: los pacientes no suelen recibir tratamiento psiquiátrico a pesar de la importante incidencia de psicopatología tras la cirugía: cambios en el esquema corporal, ansiedad, problemas de autoestima y asertividad. Tampoco se les ofrece intervenciones psicofarmacológicas que podrían contribuir al éxito.

Para todo este complejo estudio se recomienda la utilización de entrevistas clínicas, test psicológicos y valoración del comportamiento del enfermo durante, al menos, tres meses, antes de la operación (Rubio, 2005).

En Venezuela, en el estado Anzoátegui, específicamente en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, actualmente se ofrece a los pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 50 años de edad y con obesidad mayor o igual a la obesidad grado III, tratamiento con la técnica quirúrgica del bypass gástrico.

Por todo lo anteriormente expuesto se plantean las siguientes interrogantes: ¿Existen diferencias entre la calidad de vida, ansiedad y depresión entre los pacientes en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico? y ¿La técnica del bypass gástrico influye en la calidad de vida de los pacientes en postoperatorio?

1.1 Justificación.

Son muchas las complicaciones que presentan las personas con obesidad, siendo una de ellas las alteraciones a nivel psicosocial, referente a depresión, ansiedad, entre otras. Sin embargo, estas no representan, en la mayoría de los casos, un signo de alarma para el paciente y que lo motive a acudir a un especialista. Su calidad de vida puede estar muy deteriorada sin que ellos quieran aceptarlo o expresarlo en la mayoría de los casos. Por lo expuesto anteriormente, cualquier planteamiento de eficacia a la hora de desarrollar un programa de cirugía bariátrica exige el completo estudio y abordaje terapéutico de esta morbilidad.

En la actualidad en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti se lleva a cabo la técnica del bypass gástrico en los pacientes con obesidad mayor o igual a grado III sin haber un estudio psiquiátrico completo sobretodo posterior a la intervención, por lo que existe la necesidad de evaluar la calidad de vida y demostrar si existen o no entre los pacientes en preoperatorio y en postoperatorio diferencias significativas en la misma, así como también si presentan depresión y/o ansiedad antes y después de la intervención quirúrgica, para así poder identificar si esta técnica forma parte de un

manera efectiva del tratamiento contra las comorbilidades de tipo psicosocial, como lo son la depresión y ansiedad; y de no ser así, poder brindarle otras medidas medico-psiquiátricas antes y después de la intervención con dicha técnica quirúrgica, de manera que puedan mejorar su expectativa de calidad de vida y disminuir los riesgos de padecer patologías como la ansiedad y la depresión que dificulten el éxito de la intervención.

1.2. Objetivos De La Investigacion

1.2.1. Objetivo General

Determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”. Barcelona, estado Anzoátegui. Enero – Marzo 2008.

1.2.2. Objetivos Específicos

Identificar las características de calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos en preoperatorio de bypass gástrico.

Identificar las características de calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos en postoperatorio de bypass gástrico.

Establecer comparación entre las características de los pacientes obesos en preoperatorio y en postoperatorio de bypass gástrico.

Precisar la influencia de la técnica quirúrgica de baypass gástrico en la calidad de vida de los pacientes en postoperatorio.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Nivel de la investigación

Según su nivel de estudio es de tipo DESCRIPTIVO debido a que se detallan los aspectos característicos de las variables de investigación, en este caso se desarrollan teóricamente lo concerniente a las características de calidad de vida, ansiedad y depresión de los pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico.

En cuanto a la investigación descriptiva Arias (2006) refiere que “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere” (p. 24).

2.2. Diseño de la investigación

Con respecto a los diseños de investigación, Arias (2006) refiere que una investigación de campo “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios) sin manipular o controlar variable alguna, es decir el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes” (p. 31). En este caso, el diseño de la investigación es de CAMPO, porque las técnicas e instrumentos de recolección de datos permitieron el contacto directo con la población objeto de estudio; en este

sentido, se aplicaron técnicas e instrumentos de recolección de datos que permitieron el contacto directo con la población objeto de estudio.

2.2.1. Población Y Muestra

De acuerdo con Arias (2006) la población es “un conjunto de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación”. (p. 81). En este caso la población estuvo conformada por veinticuatro (24) pacientes: doce (12) pacientes obesos en evaluación preoperatorio y doce (12) pacientes en control postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, en el periodo enero - marzo 2008.

Con respecto a la muestra Hurtado (2001) la define como “el conjunto de seres que poseen las mismas características o evento a estudiar” (p. 114), en este caso por ser la población factible de ser estudiada no se tomó muestra de la misma, es decir, la población fue estudiada en su totalidad.

Criterios de Inclusión: Pacientes de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 18 y 50 años, evaluados en la consulta externa de cirugía general del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui con criterios de obesidad mayor o igual a grado III con o sin patologías asociadas, fracasos de otros tratamientos alternativos y seguridad en cooperación del paciente a largo plazo. Pacientes en postoperatorio independientemente del tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica y de los resultados obtenidos posterior a la misma.

Criterios de Exclusión: Pacientes con obesidad grado I y grado II; enfermedad de Cushing; tratamiento con esteroides; gestos suicidas; embarazadas; retraso mental mayor o moderado.

2.2.3. Operacionalización De Las Variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Item	
Identificar las características de calidad de vida, ansiedad y depresión.	Calidad de vida	Bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga capacidad de actuación, funcionamiento y sensación positiva de su vida.	Función física	Hacer esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados)	3	
				Hacer esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora)	4	
				Recoger o llevar la bolsa de la compra	5	
				Subir varios pisos por la escalera	6	
				Subir un solo piso por la escalera	7	
				Agacharse o arrodillarse	8	
				Caminar un kilómetro o más	9	
				Caminar varias manzanas	10	
				Caminar una sola manzana	11	
				Bañarse o vestirse por sí mismo	12	
				Rol físico	Reducir el tiempo dedicado al trabajo o a actividades cotidianas	13
					Hacer menos de lo que quiere hacer	14
			Dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas		15	
			Hacer su trabajo o sus actividades cotidianas		16	
			Dolor corporal	Tener dolor en alguna parte del cuerpo	21	
				El dolor le ha dificultado su trabajo habitual	22	
Salud general	Nivel general de salud (excelente, muy buena, buena, regular, mala)	1				
	Enfermarse más fácilmente que otras personas	33				
	Estar tan sano como cualquiera	34				
	Crear que la salud va empeorar	35				
Considerar que su salud es excelente	36					

	Depresión	Tristeza patológica, postración o melancolía, que afecta la vida social, laboral y personal del individuo.	Vitalidad	Sentirse con vitalidad	23
				Tener mucha energía	27
				Sentirse agotado	29
				Sentirse cansado	31
			Función social	Nivel de dificultades en las actividades sociales (familia, amigos, vecinos)	20
				Frecuencia de las actividades sociales (familia, amigos, vecinos)	32
			Rol emocional	Reducir el tiempo dedicado al trabajo o las actividades cotidianas a causa de problemas emocionales (tristeza, depresión, nerviosismo)	17
				Hacer menos de lo que quiere hacer a causa de un problema emocional (tristeza, depresión, nerviosismo)	18
				Descuidar el trabajo o las actividades cotidianas a causa de un problema emocional (tristeza, depresión, nerviosismo)	19
			Salud mental	Estar muy nervioso	24
				Sentirse muy mal que nada puede animarlo	25
				Sentirse calmado y tranquilo	26
				Sentirse desanimado y triste	28
				Sentirse feliz	30
			Escala 1	Estar triste, desamparado, inútil, llorar con facilidad	1
				Sentirse culpable. Creer haber decepcionado a los demás	2
				Sentir que no vale la pena vivir. Desear estar muerto. Pensar en quitarse la vida	3
				Sentirse incapaz de realizar su trabajo. Hacer su trabajo peor que antes. Sentirse cansado, débil. No tener interés por nada.	4
				Encontrarse lento, pesado. Dificultades para concentrarse y expresar ideas	5
				Encontrarse tenso, irritable; preocupado, temeroso; presentir que algo malo puede ocurrirle	6
Preocupación por notar palpitaciones, dolores de cabeza; molestias por mal funcionamiento intestinal; necesidad de suspirar; sudar copiosamente;	7				

			necesidad de orinar con frecuencia	
			Preocupación por el funcionamiento del cuerpo y por el estado de salud; Creer que necesita ayuda médica	8
			Sentirse como que lo que lo rodea no fuera normal	9
			Recelar de los demás, no fiarse de nadie. Creer que alguien lo vigila y lo persigue donde quiera que vaya.	10
			Tener dificultad para conciliar el sueño. Tardar mucho en dormirme.	11
			Tener sueño inquieto, despertarse fácilmente y tardar en volver a dormirse	12
			Despertarse muy temprano y ya no poder volver a dormirse	13
			Sentirse intranquilo e inquieto, no poder estar quieto. Retorcerse las manos, halarse los pelos, morderse las uñas y los labios	14
			Tener poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesitar algo para el estreñimiento.	15
			Sentirse cansado y fatigado. Sentir dolores, pesadez en todo el cuerpo.	16
			No tener ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tener desarreglos menstruales	17
			Pesar menos que antes. Estar perdiendo peso	18
			No saber lo que le pasa, sentirse confundido	19
			Por las mañanas (o por las tardes) sentirse peor	20
			Tener ideas que se le meten en la cabeza ideas, que dan constantes vueltas y no poder liberarse de ellas	21

	Aniedad	Sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago acompañado de una o mas sensaciones corporales recurrentes	Escala 2	<p>La tristeza produce verdaderos sufrimientos</p> <p>No encontrarse triste</p> <p>Encontrarse algo triste y deprimido</p> <p>No poder soportar la pena</p> <p>Tener una pena encima y no poderse la quitar</p> <p>Sentirse desanimado al pensar en el futuro</p> <p>Crear que nunca se recuperara de las penas</p> <p>No ser pesimista</p> <p>No esperar nada bueno de la vida</p> <p>No esperar nada, no tener remedio</p> <p>Fracasar totalmente como persona</p> <p>Tener mas fracasos que la mayoría de la gente</p> <p>Sentir que hizo pocas cosas que valgan la pena</p> <p>No considerarse fracasado</p> <p>Ver la vida llena de fracasos</p> <p>No llenarse con nada</p> <p>Encontrarse insatisfecho consigo mismo</p> <p>No divertirse con lo que antes se divertiría</p> <p>No estar especialmente satisfecho</p> <p>Estar harto de todo</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	----------------	---	----------	---	-------------------------------------

			Sentirse despreciable y mala persona Sentirse culpable Sentirse prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona Sentirse muy infame y despreciable No sentirse culpable	5
			Presentir que algo malo puede suceder Merecer ser castigado No pensar que esté siendo castigado Sentir que será castigado Querer ser castigado	6
			Estar descontento consigo mismo No apreciarse Odarse Estar asqueado de sí mismo Estar satisfecho de sí mismo	7
			No creer ser peor que otros Acusarse a sí mismo Sentirse culpable de lo que pueda ocurrirle Tener muchos y graves defectos Criticarse mucho por debilidades y errores	8

			<p>Tener pensamientos de hacerse daño</p> <p>Estar muerto es mejor</p> <p>La familia estaría mejor si estuviese muerto</p> <p>Tener planes de suicidio</p> <p>Matarse si pudiera</p> <p>No tener pensamientos de hacerse daño</p>	9
			<p>No llorar mas de lo habitual</p> <p>No poder llorar aun queriéndolo</p> <p>Llorar continuamente</p> <p>Llorar mas de lo normal</p>	10
			<p>No estar mas irritable</p> <p>Iritarse con mas facilidad</p> <p>Sentirse irritado todo el tiempo</p> <p>No irritarse ni con lo que antes le irritaba</p>	11
			<p>Perder el interés en los demás</p> <p>Interesarse menos por la gente</p> <p>No perder su interés por los demás</p> <p>Perder casi todo el interés por los demás, tener apenas sentimientos por ellos</p>	12
			<p>Estar inseguro de sí mismo y evitar tomar decisiones</p> <p>Tomar las decisiones como antes</p>	13

			<p>No poder tomar decisiones en absoluto</p> <p>No poder tomar decisiones sin ayuda</p> <p>Preocuparse por verse más viejo y desmejorado</p> <p>Sentirse feo y repulsivo</p> <p>No sentirse con peor aspecto que antes</p> <p>Sentir cambios desagradables en el aspecto físico</p>	14
			<p>Trabajar también como antes</p> <p>Esforzarse mucho para hacer cualquier cosa</p> <p>No poder trabajar en nada</p> <p>Necesitar esfuerzo extra para iniciar algo</p> <p>No trabajar tan bien como antes</p>	15
			<p>Dormir bien</p> <p>Despertarse más cansado por la mañana</p> <p>Despertarse una o dos horas antes de lo normal</p> <p>Tardar una o dos horas en dormirse por la noche</p> <p>Despertarse sin motivo durante la noche</p> <p>Despertarse temprano y no dormir más de 5 horas</p> <p>No poder dormir más de 3 a 4 horas seguidas</p>	16
			<p>Cansarse más fácil que antes</p> <p>Fatigarse</p> <p>No cansarse más de lo normal</p>	17

				Comerse mucho y no poder hacer nada	
				Perder totalmente el apetito	
				El apetito no está tan bueno como antes	18
				El apetito es mucho menor	
				Apetito conservado	
				Mantener el peso	
				Perder más de 2 Kg. y medio	19
				Perder más de 5 Kg.	
				Perder más de 7 Kg. y medio	
				No pensar en otras cosas que no sea la salud	
				Preocupación por dolores y trastornos	20
				No preocuparse más de lo normal por la salud	
				Estar constantemente pendiente de lo que le sucede	
				Estar menos interesado en el sexo que antes	
				Perder todo el interés por el sexo	21
				Sentirse poco atraído sexualmente	
				No notar cambios en la atracción por el sexo	

2.2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Según Arias (2006) los instrumentos de investigación son “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital) que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información.

- Historia Clínica, por medio de la cual se obtuvo información sobre los datos de identificación del paciente: sexo; edad; talla; peso actual; IMC; peso al operarse (en caso de ser postoperado); fecha de intervención quirúrgica (en caso de ser postoperado).
- Cuestionario de salud SF-36. Este cuestionario es un instrumento de medición de calidad de vida que consta de 36 preguntas que incluyen 8 dimensiones:

- función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- Test de Hamilton – Escala 1 – Depresión
- Test de Hamilton – Escala 2 – Ansiedad

2.2.5. Procesamiento estadístico par el análisis de los datos:

Los datos fueron registrados, previo consentimiento informado (ver Apéndice 2), dicha información fue vaciada en una hoja de cálculo Excel 2007.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos y cuando sea necesario se presentan los promedios y porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%. Para comparar frecuencias se uso el Test de Chi cuadrado (χ^2) y para comparar promedios se empleó la dócima de la “t de Student” y el programa estadístico utilizado fue PRIMER.

2.3. Resultados

En este trabajo se evaluaron las diferencias existentes respecto al cuestionario de salud SF-36 y test de ansiedad y depresión de Hamilton, entre dos grupos de pacientes, un grupo de 12 pacientes que no había sido sometido a intervención quirúrgica bariátrica mediante el bypass gástrico y otro grupo de 12 pacientes que si había sido intervenido.

Por razones de disponibilidad de tiempo para la realización del estudio y por el número limitado de pacientes, el grupo en evaluación preoperatorio y el de control

postoperatorio no estaban conformados por los mismos pacientes antes y después de la intervención.

En la **tabla 1** se muestra la distribución por sexo de los pacientes de ambos grupos, preoperatorio y postoperatorio, siendo en ambos grupos el sexo femenino predominante, 66,67% en el grupo en preoperatorio y 91,67 % en el grupo postoperatorio.

TABLA 1
Frecuencia distribuida por sexo de los pacientes de los grupos preoperatorio y postoperatorio.

	Masculino	%	Femenino	%
Preoperatorio	4	33,33	8	66,67
Postoperatorio	1	8,33	11	91,67

Según la clasificación de la OMS de la obesidad, la mayoría de los pacientes en preoperatorio se ubicaron según su IMC en obesidad grado III y solo dos de los doce pacientes están ubicados en la obesidad grado II, lo cual se muestra en la **tabla 2**.

TABLA 2
Frecuencia distribuida según la clasificación de obesidad de la OMS en los
pacientes en preoperatorio.

	Obesidad grado III	Obesidad grado IV
Preoperatorio	10	2

En la **tabla 3** se evidencia según la clasificación de obesidad de la OMS que los pacientes postoperados previo a la intervención quirúrgica se agrupaban en su totalidad en obesidad grado 4 y posteriormente, luego de ser operados, la distribución se hizo mas uniforme en los distintos grados, agrupándose la mayoría en sobrepeso.

TABLA 3
Frecuencia distribuida según la clasificación de obesidad de la OMS en los
pacientes en postoperatorio.

		Previo a la intervención	Posterior a la intervención
	Normopeso	0	1
	Sobrepeso		
II	O. Grado	0	5
III	O. Grado	0	2
IV	O. Grado	0	3
			1

En la **tabla 4** se muestra la frecuencia según la clasificación de la ASBS 1997, los pacientes están distribuidos de igual forma en obesidad mórbida y súper súper obeso, ocupando en cada uno de estos grados 3 pacientes, la mayoría se ubico en súper obesidad y solo un paciente en obesidad grave.

TABLA 4

Frecuencia distribuida según la clasificación de obesidad de la ASBS 1997 en los pacientes en preoperatorio.

	Obesidad grave	Obesidad mórbida	Súper obeso	Súper súper obeso
Preoperatorio	1	3	4	3

En la **tabla 5** se observa la distribución de pacientes según la ASBS 1997 según su IMC previo a la intervención y posterior a la misma, reflejándose así, el aumento del número de pacientes en el IMC normal, sobrepeso y obesidad leve, del mismo modo se disminuyen los pacientes en los grados de obesidad mas graves.

TABLA 5

Frecuencia distribuida según la clasificación de obesidad de la ASBS 1997 en los pacientes en postoperatorio.

N° de pacientes

	Previo a la intervención	Posterior a la intervención
Normal	0	1
Sobrepeso	0	3
O. Leve	0	2
O. Moderada	0	2
O. Grave	1	3
O. Mórbida	4	0
Súper obesidad	3	1
Súper súper obesidad	4	0
Triple Obesidad	0	0

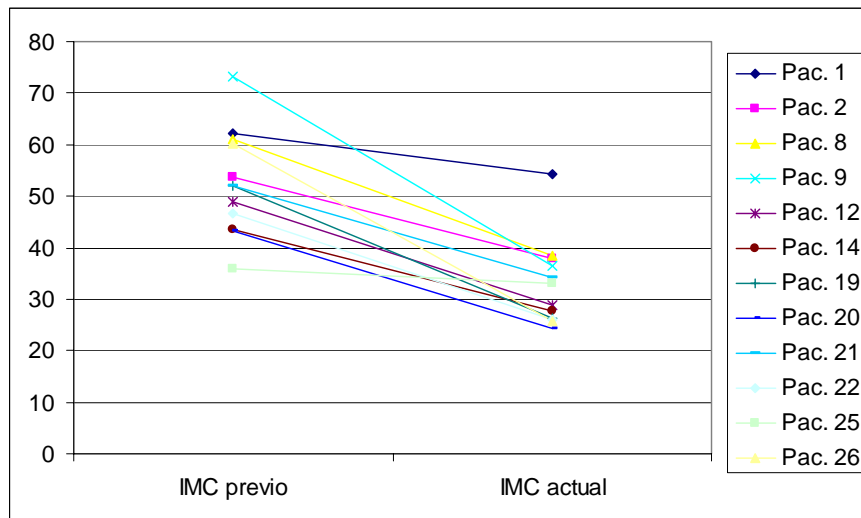
Para el momento del estudio, los pacientes tenían entre 2 y 43 meses de postoperatorio, siendo el promedio en meses de postoperatorio de $14,42 \pm 12,2$ meses (n=12). En los pacientes postoperados se evaluó la disminución del peso e IMC como resultado de la intervención quirúrgica y la relación entre la disminución de dicho IMC y el tiempo transcurrido desde la intervención hasta el momento de su inclusión en este estudio. Todos los pacientes disminuyeron de peso, siendo la disminución promedio de $57,22 \pm 31,32$ (kg) (n=12).

En el **gráfico 1** se muestra la variación del IMC de los pacientes postoperados. La reducción del IMC de los diferentes pacientes es bastante parecida, lo que le da un

aspecto de líneas casi paralelas en el gráfico, excepto en unos pocos pacientes donde la disminución fue mayor. El promedio de disminución del IMC fue de $19,90 \pm 9,54$ kg/m^2 ($n=12$).

GRAFICO 1

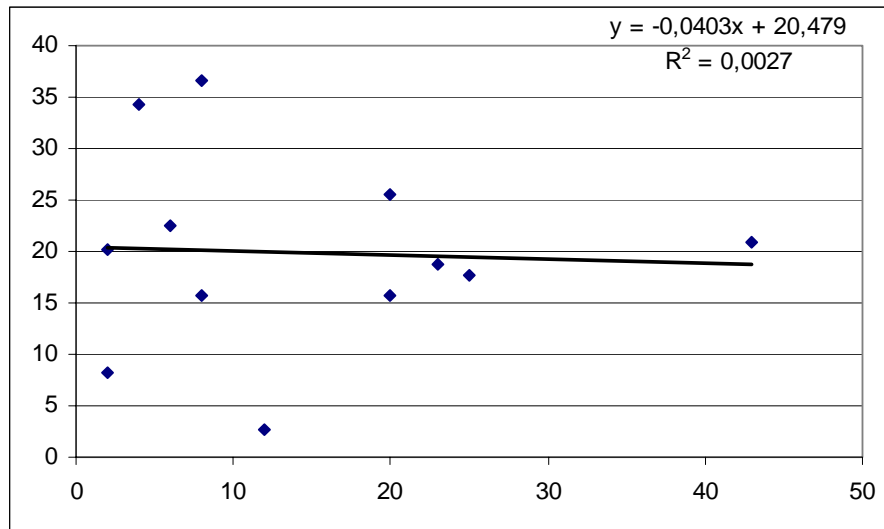
Variación del IMC de los pacientes en postoperatorio de bypass gástrico



En el **gráfico 2** se observa la relación entre la disminución del IMC y el tiempo post-cirugía, observándose que no hay una correlación estadísticamente significativa entre el tiempo posterior a la intervención quirúrgica y la disminución del IMC (p de dódima “ t ” de Student = 0,874).

GRAFICO 2

Relación entre la disminución del IMC y el tiempo post-cirugía



En la **tabla 6** y **tabla 7** se muestra la puntuación de las dimensiones evaluadas en el cuestionario de calidad de vida SF – 36 en los pacientes de preoperatorio y postoperatorio. De acuerdo a los puntajes obtenidos se evidencian mejoras estadísticamente significativas en los pacientes operados en cinco de las ocho dimensiones que estudiaron: funcionamiento físico (p de d'écima de "t" de Student < 0,001), rol físico (p de d'écima de "t" de Student = 0,001), función social (p de d'écima de "t" de Student = 0,015), vitalidad (p de d'écima de "t" de Student = 0,013) y percepción general de salud (p de d'écima de "t" de Student < 0,001). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, (aunque en todos los casos hubo una mejoría en los pacientes operados) en las dimensiones dolor corporal (p de d'écima de "t" de Student = 0,088), salud mental (p de d'écima de "t" de Student = 0,434) y limitaciones de rol emocional (p de d'écima de "t" de Student = 0,121).

TABLA 6
Puntuación de dimensiones evaluadas en el cuestionario de calidad de vida
SF – 36 en los pacientes en preoperatorio.

Pa ciente	1	2	3	4	5	6	7	8
3	9 0,00	1 00,00	1 00,00	8 7,50	9 6,00	1 00,00	7 5,00	5 5,00
5	4 0,00	0 ,00	1 00,00	8 7,50	8 8,00	1 00,00	5 0,00	3 0,00
6	9 5,00	7 5,00	1 00,00	7 5,00	9 6,00	1 00,00	8 5,00	3 0,00
7	7 5,00	5 0,00	9 0,00	3 7,50	3 2,00	0 ,00	5 ,00	5 0,00
11	9 0,00	5 0,00	2 2,50	5 0,00	6 4,00	0 ,00	5 5,00	2 5,00
13	7 0,00	5 0,00	6 7,50	1 00,00	9 6,00	1 00,00	6 5,00	9 0,00
15	8 5,00	7 5,00	4 5,00	3 7,50	5 6,00	0 ,00	4 5,00	6 5,00
16	4 5,00	5 0,00	1 00,00	8 7,50	6 4,00	0 ,00	6 5,00	2 0,00
17	5 5,00	1 00,00	5 7,50	1 00,00	1 00,00	1 00,00	7 5,00	5 8,33
18	8 000	1 00,00	1 00,00	1 00,00	9 6,00	1 00,00	9 0,00	8 0,00
23	4 5,00	2 5,00	4 5,00	8 7,50	6 4,00	1 00,00	2 5,00	3 5,00

24	4	2	6	5	5	0	5	4
	0,00	5,00	0,00	0,00	6,00	,00	0,00	5,00
\hat{X}	6	5	7	7	7	5	5	4
	7,50	8,33	3,96	5,00	5,67	8,33	7,08	8,61
d.	2	3	2	2	2	5	2	2
e	1,27	2,57	7,77	4,43	2,33	1,49	4,54	2,10
n	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2

(1) Funcionamiento Físico	(5) Salud mental
(2) Rol Físico	(6) Rol emocional
(3) Dolor corporal	(7) Vitalidad
(4) Función Social	(8) Percepción general de salud

TABLA 7
Puntuación de dimensiones evaluadas en el cuestionario de calidad de vida
SF – 36 en los pacientes en postoperatorio.

P aciente	1	2	3	4	5	6	7	8
1	7 5,00	1 00,00	8 0.00	1 00,00	8 0,00	1 00,00	6 5,00	7 0,00
2	8 5,00	1 00,00	1 00.00	1 00,00	7 6,00	6 6,67	5 0,00	8 0,00
8	8 0,00	1 00,00	1 00.00	1 00,00	9 2,00	1 00,00	8 0,00	1 00,00
9	1 00,00	1 00,00	8 0.00	1 00,00	6 0,00	1 00,00	9 0,00	1 00,00
12	9 0,00	1 00,00	9 0.00	7 0,00	6 4,00	6 6,67	5 0,00	7 0,00
14	1 00,00	1 00,00	1 00.00	1 00,00	1 00,00	1 00,00	1 00,00	1 00,00
19	1 00,00	5 0,00	7 0.00	8 0,00	7 6,00	1 00,00	9 0,80	8 0,00
20	1 00,00	1 00,00	1 00.00	1 00,00	9 6,00	1 00,00	1 00,00	1 00,00
21	1 00,00	1 00,00	1 00.00	9 0,00	8 8,00	1 00,00	7 0,00	9 0,00
22	1 00,00	1 00,00	1 00.00	1 00,00	1 00,00	1 00,00	1 00,00	8 5,00
25	9 5,00	1 00,00	6 0.00	1 00,00	7 6,00	0 ,00	2 0,00	9 5,00

26	9	1	1	1	7	1	1	1
	5,00	00,00	00,00	00,00	2,00	00,00	00,00	00,00
\hat{X}	9	9	9	9	8	8	8	8
	4,17	5,83	0,00	5,00	1,67	6,11	1,25	9,17
d.	8	1	1	1	1	3	1	1
e	,48	4,43	4,14	0,80	3,48	0,01	8,84	1,84
n	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2

(1) Físico	Funcionamiento	(5) Salud mental
(2) Rol Físico		(6) Rol emocional
(3) Dolor corporal		(7) Vitalidad
(4) Función Social		(8) Percepción general de salud

En la **tabla 8** se muestra el promedio de puntuación de la pregunta 2 del cuestionario de calidad de vida SF – 36, la cual no se incluye para la evaluación de las 8 dimensiones estudiadas pero mediante esta pregunta se demuestra que la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior mejoró de una manera estadísticamente significativa (p de docima de “t” de Student < 0,001) en los pacientes postoperados en comparación con pacientes los preoperados.

TABLA 8
Promedio de percepción de salud actual de los pacientes en preoperatorio y postoperatorio

	\hat{X}		d.e.	n
Preoperatorio	39,58	±	19,82	12
Postoperatorio	100,00	±	0,00	12

Aunque el cuestionario de salud SF-36 no está destinado para medir un único índice global, si se les asigna el mismo peso a cada una de las dimensiones, se puede establecer un índice global de salud para los pacientes en preoperatorio y en postoperatorio como se observa en la **tabla 9**. El índice se estableció promediando los valores promedio de cada dimensión en cada paciente y se produjo una mejora estadísticamente significativa (p de docima de “t” de Student = 0,002) en la percepción general del estado de salud en los pacientes postoperados.

TABLA 9
Promedio de índice global de salud en pacientes en preoperatorio y postoperatorio

	\hat{X}		d.e.	n
Preoperatorio	65,37	±	20,53	12
Postoperatorio	89,15	±	9,03	12

En la **tabla 10** y **tabla 11** se muestra la puntuación obtenida de escalas evaluadas en el cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton por los pacientes de preoperatorio y postoperatorio. Este cuestionario mostró una mejoría entre los pacientes postoperados en las 2 escalas estudiadas, pero las diferencias fueron estadísticamente significativamente sólo para la escala de depresión (p de docima de “t” de Student = 0,013), manteniéndose la ansiedad (p de docima de “t” de Student = 0,065) presente aun después de la intervención quirúrgica.

TABLA 10
Puntuación de escalas evaluadas en el cuestionario de ansiedad y depresión de Hamilton en los pacientes en preoperatorio.

Paciente	1	2	
3	2	33	
5	2,6	30	
6	8	26	
7	36	50	
11	24	43	
13	9	33	
15	39	40	
16	12	33	
17	11	25	
18	9	38	
23	19	38	
24	74	60	
\bar{X}	22,42	37,75	
de	14,93	10,18	
n	12	12	

(1) Depresión

(2) Ansiedad

TABLA 11
Puntuación de escalas evaluadas en el cuestionario de ansiedad y depresión de
Hamilton en los pacientes en postoperatorio.

Paciente	1	2
1	8	30
2	11	27
8	13	38
9	1	28
12	9	36
14	0	34
19	6	31
20	3	24
21	5	35
22	0	29
25	15	35
26	5	32
\hat{X}	6,53	31,58
de	5,00	4,17
n	12	12

(1) Depresión

(2) Ansiedad

CONCLUSIONES

Después de analizados y discutidos los resultados en relación a la calidad de vida, ansiedad y depresión de los pacientes en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico que acudieron a la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui durante el periodo Enero – Marzo 2008, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

La calidad de vida es significativamente mejor en los pacientes en postoperatorio así como su actividad física, desempeño laboral y su vida social en comparación con los pacientes en preoperatorio, los cuales reflejan niveles de calidad de vida bajos en todas las dimensiones estudiadas y producto de este hecho, el índice de salud global y la percepción de salud actual arrojan resultados satisfactorios en los postoperados, lo cual no sucede con los pacientes en preoperatorio.

Los pacientes postoperados presentan diferencias significativas con respecto al descenso de los niveles de depresión en comparación con los pacientes en preoperatorio sin embargo persisten en los pacientes en postoperatorio la ansiedad, lo cual es un hallazgo interesante, ya que a pesar de que los valores disminuyeron, este descenso no fue suficiente para dar resultados significativos, siendo un motivo de importancia para continuar con el seguimiento médico y garantizar el éxito de la operación.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observan mejoras sustanciales en varios de los aspectos evaluados en los pacientes en postoperatorio y de esta forma puede concluir que la técnica del bypass gástrico sí influye en la mejoría de las variables estudiadas cuando los pacientes se someten a la intervención.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran la necesidad de implementar e intensificar medidas de ayuda para la población con obesidad orientadas a la educación como la estrategia más eficaz para la transmisión de los conocimientos relacionados con la obesidad y sus efectos sobre el deterioro de la calidad de vida y el riesgo de padecer trastornos como la ansiedad y depresión.

Fomentar tanto en el personal de salud como en los pacientes atendidos en el programa de cirugía bariátrica la importancia que radica en el tratamiento adecuado, el cual, debe considerar estrategias para controlar los factores que gobiernan la ingesta de comida, tales como: conducta alimentaria, funcionamiento psicosocial y metabólico. De esta manera poder cubrir las necesidades de apoyo nutricional, médico, psicológico y psiquiátrico.

Presentar este estudio ante las autoridades sanitarias competentes a nivel regional y local especialmente y enfatizar la necesidad de ayuda y asistencia para enfrentar mediante diversos programas esta morbilidad que afecta al individuo orgánica y mentalmente. Del mismo modo, apoyar futuras investigaciones de este tipo que contribuyan a disminuir la obesidad y por ende, el nivel de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcon R, Mazzottig, Nicolini H. 2005. *Psiquiatría. Manual Moderno*. 2^{da} edición. pp 524.

Alonso J, Prieto L, Anton J. *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Med Clin 1995; 104: 771-6.

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5^a ed.). Caracas:Episteme.

Bustamante F, Williams D, Vega E et al. *Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica*. Rev Chil Cir, dic. 2006, vol.58, no.6, pp 481-485.

Carcamo, C. *Cirugía de la obesidad mórbida*. Cuad. cir. (Valdivia), dic. 2003, Vol. 17, No. 1, pp. 64-70.

Casillas E, Montaña N, Reyes N, Bacardí M, Jiménez – Cruz A. *A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal*. Rev Biomed 2006; 17: 243-24.

Castillo I, Poo M, Márkez A. *Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca*. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico na Internet]. 2004 Out [citado 2008 Set 30]; 78(5): pp 609-621. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006&lng=pt&nrm=iso.

Elizagárate E, Ezcurra J y Sánchez P. *Aspectos Psiquiátricos del Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida*. Hospital Psiquiátrico de Álava. OBESIDAD AÑO I •NÚMERO 3 • 2001. SALUD GLOBAL.

Elkin, D. 2000. *Psiquiatría Clínica*. 1^{era} edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. pp 211-213, 219-221.

Gelder, M, Gath D, Mayouu, R. 1993. *Psiquiatría*. 2^{da} edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. pp 436-437.

Goldman, H. 2001. *Psiquiatría general*. 5^{ta} edición. Editorial Manual Moderno. pp 472-476.

González P, Fernando J, Gómez C, y Arriagada, G. *Evaluación mediante score Baros de los resultados del bypass gástrico en el tratamiento de la obesidad mórbida*. Rev Chil Cir, oct. 2006, vol.58, no.5, pp 365-370.

Guisado J, Vaz F, Rubio M, *Diferencias psicológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía gástrica*. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002;29 (4): pp 213-217.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4^a ed.) México; McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Herrera, M. 2005. *Manual de Obesidad Mórbida*. 1^{era} edición. Editorial Médica Panamericana. pp 1-36, 209-234, 339-350.

Jacobson J, Jacobson A. 2002. *Secretos de la Psiquiatría*. 2^{da} edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. pp 158.

Kaplan H, Sadock B. 2000. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8^{va} edición. Editorial Médica Panamericana. pp 829-835.

Pérez A.G. 2006. *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*. 2^a edición. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela. pp 135.

Poves I, Macias G, Cabrera M. et al. *Calidad de vida en la obesidad mórbida*. Rev. esp. enferm. dig. [online]. 2005, vol. 97, no. 3 [citado 2008-06-24], pp187-195. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000300007&lng=es&nrm=iso>.

Ramírez T. 1999. *Cómo hacer un proyecto de investigación. Guía práctica*. Editorial PANAPO, Caracas, Venezuela. pp 175.

Tamayo Y, Tamayo M. 2000. *El proceso de la investigación científica*. 3^a edición. Editorial Limusa, México D.F., México. pp 231.

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L et al. *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Gac Sanit, mar.-abr. 2005, vol.19, no.2, pp 135-150.

Weller B, 1997. *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud*. Editorial Interamericana McGraw-Hill. pp 53-53, 215-216.

ANEXOS

APENDICE 1**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)**INSTRUCCIONES:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust

All rights reserved.

(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E-08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: jarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFERIRÁN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o Bevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, **hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas **tan cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales/habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN SIDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante los últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante los últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante los últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Solo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Solo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Solo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA,
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

TEST DE HAMILTON – ESCALA I -

PUNTUACIONES: \leq / 84 – DEPRESIÓN -

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desanimado, inútil. Me encuentro pesimista. Llevo con facilidad	0	1	2	3	4
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo	0	1	2	3	4
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Pienso que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspinar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
10. Recuerdo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue desde lejos que voy.	0	1	2	3	4
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	0	1	2	3	4
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tarda en volver a dormirme.	0	1	2	3	4
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarlo quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo los uñas, los labios.	0	1	2	3	4
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el entretenimiento.	0	1	2	3	4
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera dormir.	0	1	2	3	4
17. No tengo ninguna sensación por las erecciones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	0	1	2	3	4
18. Poco interés que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19. No sé lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
20. Por las molestias por las tardes me siento peor.	0	1	2	3	4
21. Se me ocurren la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4

TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 - PUNTACIONES – ANSIEDAD -	
A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Dentro de cada frase marque con una cruz la opción que mejor refleja su situación.	
1	Esta situación me produce verdaderos sufrimientos
0	No me encuentro así
1	Me siento algo triste y deprimido
1	Ya no puedo soportar esta pena
1	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
1	Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
1	Como que nunca me recupero de mis penas
0	No soy especialmente pesimista, ni creo que los cosas me vayan a ir mal
2	No espero nada bueno de la vida
1	No espero nada, esto no tiene sentido
1	He fracasado totalmente como periodista, madre, hijo, profesional, etc.)
1	He sentido más fracasos que la mayoría de la gente
2	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
0	No me considero fracasado
2	Van en vida llena de fracasos
1	Ya está en línea
1	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
1	Ya no me divierto lo que antes me divertía
0	No estoy especialmente satisfecho
1	Estoy harto de todo
1	A veces me siento despreciable y mala persona
2	Me siento bastante culpable
1	Me siento particularmente todo el tiempo despreciable y mala persona
1	Me siento muy inferior a ciertos, cosas y despreciable
0	No me siento culpable
1	Pienso que algo malo puede sucederme
1	Siento que merezco ser castigado
0	No pienso que esté siendo castigado
2	Siento que me están castigando o me castigarán
1	Quiero que me castiguen
1	Estoy descontento conmigo mismo
1	No me apetece
2	Me odian (desprecian)
2	Estoy asustado de mí
0	Estoy satisfecho de mí mismo
0	No creo ser peor que otros
2	Me acusan a mí mismo
1	Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme
1	Siento que tengo muchos y muy graves defectos
1	Me critican mucho a causa de mis debilidades o errores
1	Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no intento hacerlo
2	Siento que estaría mejor muerto
2	Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera
1	Tengo planes decididos de suicidarme
2	Me mataría si pudiera
0	No tengo pensamientos de hacerme daño

0	No tiene más de lo habitual	
1	Ahora podría haber, ahora no tiene ni idea queriéndolo	
2	Ahora tiene constantemente. No puede evitarlo	
3	Ahora tiene más de lo normal	
0	No tiene más irritable que normalmente	
1	Me irrita con más facilidad que antes	
2	Me siento irritado todo el tiempo	
3	Va un me irrita si lo que antes me irritaba	
0	He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto	
1	Me interesa por la gente menos que antes	
2	No he perdido mi interés por los demás	
3	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos	
0	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	
1	Tomo más decisiones como antes	
2	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	
3	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	
0	Estoy preocupado porque me voy más viejo y desorganizado	
1	Me siento feo y repulsivo	
2	No me siento con peor aspecto que antes	
3	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable/ menos atractivo	
0	Puedo trabajar tan bien como antes	
1	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
2	No puedo trabajar en nada	
3	Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo	
0	No trabajo tan bien como lo hacía antes	
1	Quiero tan bien como antes	
2	Me despierto más cansado por la mañana	
3	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	
0	Tardo una o dos horas en dormirme por la noche	
1	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tarda en volver a dormirme	
2	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas	
3	No puedo dormir más de tres o cuatro horas seguidas	
0	Me como más frecuentemente que antes	
1	Compartir con que tengo que comer	
2	No me como más de lo normal	
3	Me como tanto que no puedo hacer nada	
0	He perdido totalmente el apetito	
1	Mi apetito no es tan bueno como antes	
2	Mi apetito es ahora mucho menor	
3	Tengo el mismo apetito de siempre	
0	No he perdido peso intencionalmente	
1	He perdido más de 2 kg. y medio	
2	He perdido más de 1 kg.	
3	He perdido más de 7 kg. y medio	
0	Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas	
1	Estoy preocupado por dolores y trastornos	
2	No me preocupa mi salud más de lo normal	
3	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	
0	Estoy menos interesado en el sexo que antes	
1	He perdido todo mi interés por el sexo	
2	Apenas me siento atraído sexualmente	
3	No he sentido ningún cambio en mi atracción por el sexo	

APENDICE 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, se está realizando la tesis de grado titulada: CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES OBESOS EN PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO DE BYPASS GÁSTRICO. Caso práctico: Consulta Externa del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona, estado Anzoátegui. Enero - Marzo 2008, con el objeto de determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona, estado Anzoátegui. Enero - Marzo 2008, Cuyos Autores son: Amin ~~Elvira~~ A. y Sofía Lucena N.

Yo, _____ CI: _____
 Nacionalidad Edo. Cúcuta Domiciliado en: _____

 Siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y en plena conciencia y voluntad alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito e inconvenientes relacionados con el estudio que se me indicó, declaro mediante el presente:

1. Haber sido informado (a) de manera clara y sencilla, por parte de los encargados de esta tesis, de todos los aspectos relacionados arriba. Tener conocimiento claro que el objetivo del trabajo antes señalado es determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona, estado Anzoátegui. Enero - Marzo 2008. Conocer bien el protocolo experimental puesto por los encargados de la tesis, en el cual se establece que mi intervención en el trabajo consiste:

A. Permitir de forma voluntaria la realización del examen funcional, examen físico y conocer antecedentes relacionados con la patología.

B. Permitir de forma voluntaria que apliquen una serie de encuestas validadas internacionalmente para su posterior análisis.

2. Que la información médica obtenida será utilizada para los fines propuestos por esta tesis.
3. Que el equipo de personas que realiza esta investigación: Amir Elhajime y Sofia Lucena coordinada por la Dra. M^o Elisabeth Bello y el Dr. Vairo, me han garantizado confidencialidad relacionado tanto a mi identidad, como cualquier otra información obtenida a través del examen médico.
4. Que cualquier pregunta o duda que tenga de este estudio, me será respondida oportunamente por parte del equipo de personas antes mencionado.
5. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir, ningún beneficio de tipo económico mediante la participación de mi presentado o por los hallazgos que resulten del estudio.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, acuerdo:

1. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar al equipo de investigadores a realizar el referido estudio.
2. Reservarme el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mí.

Nombre y Apellido del Participante:

Ci:

Firma:

DECLARACION DE LOS INVESTIGADORES

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante la presente que, a mi total saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requisitos, riesgos y beneficios de esta investigación, sin que ningún problema de índole médico, de idioma, o de instrucción hayan impedido tener una clara comprensión del mismo.

Por la tesis de grado:

Amir Elhajime A

Sofia Lucena N

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y**ASCENSO:**

TÍTULO	Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico.
SUBTÍTULO	Caso práctico: consulta externa del Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" de Barcelona, estado Anzoátegui periodo enero - marzo 2008.

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Khaoime A., Amir A.	CVLAC: 16.667.354 E MAIL: amirkhaoime@hotmail.com
Lucena N., Sofía C.	CVLAC: 16.491.316 E MAIL: sofialucena@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Obesidad

Ansiedad

Depresión

Calidad de vida

Bypass gástrico Cirugía bariátrica

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Ciencias de la salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

El objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en pacientes obesos en preoperatorio y postoperatorio de bypass gástrico de la consulta externa del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona, estado Anzoátegui. Se trata de un estudio prospectivo, transversal, de campo; que incluyó 12 pacientes en preoperatorio y 12 pacientes en postoperatorio. Se compararon las variables: calidad de vida, ansiedad y depresión en ambos grupos de pacientes. Se analizaron los puntajes obtenidos en las escalas y dimensiones de encuestas validadas internacionalmente para ambos grupos: calidad de vida SF-36, ansiedad y depresión de Hamilton. La información se procesó con el programa estadístico PRIMER, aplicándose las dójimas de Chi cuadrado y de “t” de Student. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones de la variable calidad de vida entre los pacientes en preoperatorio y los pacientes en postoperatorio: funcionamiento físico, rol físico, función social, vitalidad y percepción general de salud. Con respecto a la ansiedad y a la depresión, sólo se encontraron diferencias significativas en la variable depresión. Todos los hallazgos son consistentes con la mayoría de estudios recientes a nivel internacional, lo que ratifica, los beneficios en la calidad de vida y disminución de los niveles de depresión y ansiedad que trae para un paciente obeso someterse a esta intervención quirúrgica.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES		ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Bello, María E.	ROL	CA	AS x	TU	JU	
	CVLAC:	4.499.784				
	E_MAIL					
	E_MAIL					
Vieira, Agustín.	ROL	CA x	AS	TU	JU	
	CVLAC:	7.244.220				
	E_MAIL					
	E_MAIL					
Torres, Evelyn.	ROL	CA	AS	TU	JU x	
	CVLAC:	7.301.466				
Haddad, José	ROL	CA	AS	TU	JU x	
	CVLAC:	3.686.130				
FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:2008	11 MES	07 DÍA				

AÑO		
------------	--	--

LENGUAJE. SPA**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.ansiedad depresión y calidad de vida bypass gástrico.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H
I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u
v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: Consulta de Cirugía, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti**TEMPORAL:** 3 meses**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:** Médico Cirujano**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:** Pregrado**ÁREA DE ESTUDIO:** Medicina

INSTITUCIÓN: Universidad de Oriente. Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajo de grado

“los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

AUTOR

AUTOR

AUTOR

TUTOR

JURADO

JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS