

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

**IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES CON CIRUGÍA  
BARIÁTRICA**

Tesista: Rizzo, Nerea

Tutor: Díaz, Patricia Cristina

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Agosto, 2019

Sede: Lomas de Zamora

Turno: Noche

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi mamá Liliana y a mi papá Jorge, quien es mi Ángel ya hace unos años... por concretar mi sueño, estudiar la carrera de Lic. en Psicología. Por ambos enseñarme a no bajar los brazos y alentarme cada día, por conocer mi deseo y permitirme concretarlo, por saber del amor hacia la carrera y motivarme llegar a ella, junto con mi hermano Jorge.

A mis hijos, Mía y Tomás y a mi compañero de vida, David, por la paciencia y comprender mis ausencias

A mi familia, amigos, compañeros de trabajo, por estos cinco años de aliento y confianza.

A mis queridas compañeras y ahora amigas, ya que sin la contención, apoyo y sobre todo el amor de ellas, no hubiera sido posible llegar a la meta, Gabi, Dani, Ale y Sabri.

En especial a la Lic. Cintia B. Reinhart, psicóloga, pero sobre todo amiga, por su dedicación y ayuda en los momentos más desalentadores.

Deseo agradecer a mi tutora Lic. Patricia C. Díaz, por su calidez humana, enseñanzas en clase y generosidad.

A las autoridades de la facultad, profesores, bedeles, bibliotecario Alberto, administrativo y personal de mantenimiento por haberme permitido transitar este camino de manera tan agradable en la institución.

Deseo agradecer a mis abuelos, que a pesar de que hace años no están físicamente, viven en mi corazón para siempre... Arturo, Emma, Nelly y Alfredo.

Por último, pero no menos importante, gracias a todas las pacientes que de manera desinteresada fueron partícipes de este trabajo.

*“Las mujeres que habitan diversas vienen de un mundo en donde todo puede ser y en donde todo está por pasar. También están en pleno parto.*

*Naciéndose a sí mismas.”*

Fernanda Sanchez

## RESUMEN

La cirugía Bariátrica se constituye hoy en día como un método efectivo para aquellos pacientes con obesidad mórbida. Luego de la cirugía se produce un rápido descenso de peso y una mejora en la calidad de vida de los pacientes desde una perspectiva física. Sin embargo conlleva también diferentes consecuencias en el plano psicológico. La presente investigación tuvo como objetivo principal indagar la relación entre imagen corporal y autoestima en mujeres con cirugía Bariátrica.

Se seleccionó una muestra de 197 mujeres con una edad promedio (DT=10,48, Max.=68, Min.=19).

Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y de diferencia entre grupos, con un diseño no experimental-transversal. Para evaluar las variables se utilizó la Escala de Autoestima Rosenberg (Rojas-Barahona, Zegers & Forster, 2009) y el Cuestionario sobre Forma Corporal (Mora & Raich, 1993).

Los resultados obtenidos han encontrado una asociación significativa y negativa entre la imagen corporal y la autoestima. Asimismo, se halló una diferencia significativa para las variables respecto a la cantidad de peso bajado, siendo las mujeres con menor pérdida de peso las que presentaron mayores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y menores niveles de autoestima. Asimismo, las mujeres con mayor pérdida de peso reportaron menores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y mayores niveles de autoestima.

Palabras clave: Cirugía Bariátrica, Imagen Corporal, Autoestima.

## **ABSTRACT**

Bariatric surgery is nowadays an effective method for patients with morbid obesity. After surgery there is a rapid weight loss and an improvement in the quality of life of patients from a physical perspective. However, it also has different consequences on the psychological level. The main objective of this research was to investigate the relationship between body image and self-esteem in women with Bariatric surgery.

A sample of 197 women with an average age was selected (SD = 10.48, Max. = 68, Min. = 19).

A quantitative, correlational and difference study between groups was conducted, with a non-experimental-cross-sectional design. To assess the variables, the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rojas-Barahona, Zegers & Forster, 2009) and the Body Shape Questionnaire (Mora & Raich, 1993) were used.

The results obtained have found a significant and negative association between body image and self-esteem. Likewise, a significant difference was found for the variables regarding the amount of weight lost, with women with less weight loss having the highest levels of distortion and dissatisfaction in body image and lower levels of self-esteem. Likewise, women with greater weight loss reported lower levels of distortion and dissatisfaction in body image and higher levels of self-esteem.

Keywords: Bariatric Surgery, Body Image, Self-Esteem.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	1
RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
ÍNDICE .....	4
INTRODUCCIÓN .....	6
ESTADO DEL ARTE .....	9
CAPÍTULO I: CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD .....	16
1.1 Obesidad: etiología y tipo de intervenciones .....	16
1.2 Cirugía Bariátrica.....	19
1.2.1 Tipos de Cirugía Bariátrica.....	20
1.2.2 Estudios preoperatorios.....	21
1.2.3 Complicaciones postquirúrgicas.....	22
1.2.3.1 Seguimiento postoperatorio.....	23
CAPÍTULO II: IMAGEN CORPORAL .....	25
2.1 Definición de Imagen Corporal, su historia.....	25
2.2 Dimensiones de la Imagen Corporal .....	29
2.3 Alteraciones de la Imagen Corporal .....	30
CAPÍTULO III: AUTOESTIMA .....	33
3.1 Definición de Autoestima.....	33
3.2 Formación de la Autoestima .....	34
3.3 Autoestima y Autoconcepto.....	35
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	38
Tipo de estudio.....	38
Tipo de diseño.....	39
Objetivo general .....	39

Objetivos específicos.....	39
Hipótesis.....	40
Muestreo .....	40
Muestra .....	40
Instrumentos de relevamiento de datos.....	41
- Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).....	41
- Cuestionario sobre Forma Corporal (BSQ). .....	42
- Variables Sociodemográficas.....	43
Procedimiento .....	43
Justificación y relevancia.....	43
CAPITULO V: RESULTADOS.....	45
Descripción de la muestra .....	45
Descripción de las variables.....	49
Análisis de normalidad .....	50
Análisis de comparación de variables .....	51
Análisis de correlación entre variables .....	56
CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN .....	57
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXO.....	70
Protocolo de relevamiento de datos .....	70
Protocolo de relevamiento de datos: link digital .....	74

## INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas con sobrepeso. La misma está asociada a diversas complicaciones médicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, etc.; a la vez que produce grandes efectos psicológicos en las personas que la sufren, tanto por ser víctimas de los estigmas sociales (Wardle, Williamson, Johnson & Edwards, 2006), como por la frustración ante el fracaso de las dietas y la repetición continua de ciclos de pérdida-recuperación de peso (Vázquez & López, 2001). De tal manera, el tratamiento de la obesidad mórbida a través de métodos convencionales, como dietas y ejercicios, no siempre logra los resultados esperados (Moreno & Zugasti Murillo, 2004).

Por ello, la cirugía bariátrica se presenta como un método alternativo, una intervención quirúrgica en conjunto con un tratamiento terapéutico, que permite controlar la enfermedad y precaver recaídas y comorbilidades. Como consecuencia de esta cirugía se pretende que las personas con obesidad desciendan de peso y no vuelvan a recobrarlo. Esto implica un proceso de revaloración y preparación previo y posterior a la intervención quirúrgica, especialmente en los componentes psicológicos que intervienen en el proceso y determinan el descenso del peso y los cambios de hábitos en las personas que sufren esta enfermedad (Lasagni, 2012), como la autoestima y la imagen corporal.

La imagen corporal es el resultado positivo o negativo de la interacción de varios procesos psicológicos, es incierta, inestable, débil y dinámica por lo que se encuentra en constante cambio (Thompson, 1996). Según Cash (1990), la imagen corporal implica perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, la focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/ displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa del cuerpo. En este sentido, Rosen, Salzberg, Srebnik y

Went (1990), sostienen que el trastorno de la imagen corporal conlleva una preocupación exagerada hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física, produciendo gran malestar y repercusiones en distintos ámbitos como por ejemplo la autoestima (Pantano & Santoanastaso, 1989), ya que por lo menos un tercio de la propia autoestima refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen corporal. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que les guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil ser capaz de apreciar indistintamente cualidades de destreza, trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo.

Desde el punto de vista etimológico la palabra autoestima está formada por el elemento auto que viene del griego *autos* y significa por sí mismo o propio, y la palabra estima del verbo estimar del latín *aestimare* que significa evaluar, valorar, tasar. Por lo tanto la autoestima implica cómo cada persona se valora a sí misma (James, 1890). Es decir, la percepción que se tiene sobre sí mismo, pudiendo ser positiva, la capacidad de reconocer el valor de uno mismo, sus habilidades, cualidades y encantos; o negativa, reconociendo las carencias y defectos.

La importancia de la autoestima se refleja en la cotidianidad de la vida diaria, pues de ella depende en gran medida cómo cada uno se comporta, pudiendo ser una motivación o desmotivación. Además, al estar conformada por percepciones, sentimientos, pensamientos, forma de relacionarse con los demás, experiencias vividas y carga genética heredada, define la imagen que cada uno forja respecto a su personalidad.

En tal sentido, luego de la cirugía se reportan beneficios respecto al bienestar psicológico (Coulman, MacKichan, Blazeby & Owen-Smith, 2017; Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013), a la vez que se advierten percepciones asociadas con autoevaluaciones negativas, ya sea por los efectos secundarios de la cirugía o por la amenaza de recuperar el peso original previo a los procedimientos (Alegría & Larsen, 2015; Faccio, Nardin & Cipolletta, 2016; Gilmartin, 2013; Groven & Glenn, 2016). Además, se observa una disonancia entre las expectativas que se tenía sobre una imagen corporal ideal después



de la cirugía y la imagen corporal actual que no se acomoda a esas expectativas.

Considerando lo anterior, las vivencias después de la cirugía son una oportunidad de aprendizaje (Lier, Aastrom & Rørtveit, 2016), donde se describen nuevos límites del cuerpo, además de lidiar con nuevas percepciones ya sean subjetivas u ofrecidas por el círculo social cercano. Tales experiencias constituyen nuevas creencias de los pacientes sobre lo que representa ser delgado u obeso en su contexto, que al final puede traer tanto beneficios a nivel de bienestar y calidad de vida como efectos negativos relacionados con el miedo a la pérdida de control del peso, baja autoestima y distorsiones en la imagen corporal (Jensen et al., 2014).

A partir de lo expuesto anteriormente se pretende a través de la presente investigación, indagar cómo es la relación entre la imagen corporal y autoestima en mujeres luego de su cirugía bariátrica.

## ESTADO DEL ARTE

Luego de una revisión bibliográfica exhaustiva se han encontrado amplias investigaciones en relación a la autoestima y la imagen corporal en pacientes bariátricos post cirugía, mas no se hallaron estudios que vinculen o asocien las presentes variables en conjunto. Asimismo, es menester destacar que la mayoría de las investigaciones al respecto, centran su foco en el estudio de la imagen corporal, los impactos en la calidad de vida y en la descripción de las experiencias de los pacientes. En tal sentido, no se hallaron investigaciones recientes que evalúen particularmente el constructo de la autoestima. Por demás, la mayoría de las investigaciones reportadas presentan una metodología cualitativa, con fines de indagar y describir las experiencias de una muestra acotada de pacientes.

En primer lugar, Lecaros, Cruzat-Mandich, Diaz-Castrillon y Moore (2015), explican que actualmente, la obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, provocada por múltiples factores como los hábitos alimenticios, la vida sedentaria y los factores genéticos (Marzolo & Cuevas, 2010; Carrasco, Gómez & Staforelli, 2009). 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 problemática (Marzolo & Cuevas, 2010).

En los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2015) se ha incrementado tanto la ingesta de alimentos hipocalóricos como el sedentarismo en la población mundial, lo que provocó un aumento de las tasas de obesidad. Una investigación llevada a cabo por Heusser y Muñoz (2013), revela que junto al aumento de las tasas de obesidad, las cirugías bariátricas han tenido un crecimiento altamente significativo, constituyéndose en un método efectivo a nivel de salud física. Sin embargo, se desconocen efectivamente sus posibles impactos en cuanto a la salud mental de los pacientes luego de ser sometidos al procedimiento. En resumen, indican que las contradicciones halladas en el análisis de múltiples investigaciones al respecto, no permiten arrojar luz frente a tal situación.

Respecto a ello, Olgún, Carvajal y Fuentes (2014) en su estudio de revisión sostienen que, los resultados exitosos a largo plazo luego del procedimiento, no sólo dependen de la cirugía, sino también de la capacidad de cada paciente para implementar cambios permanentes en su estilo de vida, tales como modificación de la conducta alimentaria, adherencia a un plan estricto de ejercicios y desarrollo de habilidades psicológicas para enfrentarse a una nueva vida. Explican así, que los pacientes obesos después de la cirugía bariátrica experimentan un estrés emocional significativo, con mayor labilidad del estado de ánimo y una mayor conciencia de la aparición posterior de conductas compensatorias, distorsión de la imagen corporal y aparición de conflictos conyugales.

Vega Meza (2017), sostiene que en los candidatos a la cirugía se identifican varios estigmas relacionados con su condición de peso y una autoevaluación negativa de su imagen corporal, que se visibilizan al ser diagnosticados y recomendados para la cirugía. Este hecho se manifiesta más claramente en el caso de las mujeres, dado que sobre ellas cae el peso de los estereotipos de género y la presión social hacia lucir una figura esbelta de acuerdo a los cánones sociales occidentales (Castro, Ferreira, Chinelato & Ferreira, 2013). Al respecto, Camacho-Laraña, Alcalá-Pérez y Nieves-Alcalá (2015), llevaron a cabo un estudio cuantitativo con el objetivo de valorar las diferencias por género de los pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica. La muestra estuvo compuesta por 441 pacientes evaluados mediante entrevista clínica, el Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE, versión CIE-10) y la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner. Los resultados mostraron que las mujeres con obesidad solicitan este tipo de tratamiento dos veces más que los hombres. Además, se hallaron otras diferencias de género, tales como mayor patología, mayor índice de insatisfacción y mayor distorsión de la imagen corporal en el grupo de mujeres.

Por otra parte, un segmento de los estudios reportan beneficios respecto al bienestar psicológico de los pacientes post cirugía (Coulman et al., 2017; Kubik et al., 2013), pero al mismo tiempo, se advierten percepciones asociadas con autoevaluaciones negativas, ya sea por los efectos secundarios de la

cirugía, por la amenaza de recuperar el peso perdido, o por la presencia de una distorsión en la imagen corporal asociada a una disonancia entre las expectativas que se tenían sobre una imagen corporal ideal después de la cirugía y la imagen corporal alcanzada que no se acomodó a tales expectativas (Alegría & Larsen, 2015; Faccio et al., 2016; Gilmartin, 2013; Groven & Glenn, 2016).

Considerando lo anterior, Lier et al. (2016), estudiaron mediante una perspectiva cualitativa, las experiencias y vivencias de los pacientes después de cinco años de su cirugía. De tal forma, los resultados obtenidos les permitieron concluir que la experiencia es vivida como una oportunidad de aprendizaje donde se describen nuevos límites del cuerpo. Además de lidiar con nuevas percepciones ya sean subjetivas u ofrecidas por el círculo social cercano del paciente, tales experiencias constituyen nuevas creencias sobre lo que representa ser delgado u obeso en su contexto, lo que puede traer tanto beneficios a nivel de bienestar y calidad de vida como efectos negativos relacionados con el miedo a la pérdida de control del peso.

En la misma línea, un estudio con metodología cualitativa realizado en Chile, exploró los cambios en la significación otorgada al propio cuerpo, en mujeres adultas que se sometieron a cirugías bariátricas (Carrasco, Appelgren, Núñez & Schlanbush, 2014). Mediante el análisis de las entrevistas, los autores indicaron que después de la cirugía hubo cambios en el cuerpo físico y en la significación de éste por parte de las mujeres. Junto con ello, hubo un aumento en la autoestima, los autocuidados, un desarrollo en la relación con el cuerpo y con el entorno social. Concluyeron que las operaciones bariátricas contribuyen a la unión mente cuerpo que se había fragmentado, y también que la inclusión en el período post operatorio de una terapia psicológica, que refuerce dicha integración, es valorada y vista como una forma de evitar futuras rupturas en esta integración psique-soma.

Continuando lo anterior, Magdaleno, Chaim y Turato (2010), exploraron las experiencias de vida de mujeres brasileras luego de la cirugía bariátrica. Las participantes de la muestra sostuvieron que si bien esperaban que la pérdida de peso ayudara al mejoramiento de su vida social, tuvieron importantes dificultades para adaptarse a las demandas del aumento de

aceptación social, a la necesidad de cambio en el estilo de vida, y la adaptación y aceptación de la nueva imagen corporal. Algunas de ellas experimentaron sentimientos de desilusión posterior a la cirugía, producto de sus expectativas irreales previas.

Similarmente, Hoyos-Duque y Salazar-Maya (2016), realizaron una investigación cualitativa en Colombia, con el objetivo de describir el significado de la experiencia vivida por las personas en el proceso posquirúrgico de la cirugía bariátrica. La muestra estuvo conformada por 23 personas que llevaban entre 6 y 36 meses de haberse sometido a cirugía bariátrica. En sus resultados hallaron que para los participantes, el posoperatorio de cirugía bariátrica fue un proceso espinoso y complejo; alimentarse fue una tortura; los cambios físicos, emocionales y en su imagen corporal les produjeron ansiedad y dificultaron la aceptación de otros. Pero también adquirieron hábitos y comportamientos que mejoraron su calidad de vida al sentirse felices y satisfechos con sus cuerpos. Concluyeron que después de la cirugía bariátrica, la pérdida de peso es acelerada y progresiva, y la piel pierde firmeza y tonicidad; por esta razón, las personas sienten la necesidad de mejorar su imagen corporal, por lo que desean someterse al proceso de reconstrucción para lograr un cuerpo esbelto y atractivo, lo que implica una serie de procedimientos a los que tendrá que someterse. La persona sometida a cirugía bariátrica se enfrenta a diversos problemas que requieren apoyo y acompañamiento del equipo de salud para superarlos; también adquiere conductas y comportamientos que aumentan la autoestima, la confianza en sí misma y la calidad de vida.

Resultados similares, fueron hallados en diferentes investigaciones que sostienen que la rápida baja de peso durante los primeros meses, genera un exceso de piel en aquellas regiones corporales que han perdido más peso, produciendo anormalidades de la silueta corporal. Muchos pacientes refieren malestar y disconformidad con esta nueva imagen corporal, lo cual se reporta hasta por el 70% de los pacientes, incluso algunos de ellos se sienten peor que cuando eran obesos, ya que esa nueva imagen corporal no sólo tiene repercusiones estéticas sino también funcionales, produciendo dificultades para realizar actividad física, problemas con la higiene personal, la vida social y

sexual de las personas (Klassen, Cano, Scott, Johnson & Pusic, 2012; Müller, Mitchell, Sondag & de Zwaan, 2013).

En el contexto local, se destaca la investigación realizada por Cortés, Cruzat, Díaz y Pandolffo (2013), quienes estudiaron la imagen corporal en mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida post cirugía bariátrica. De tal forma, realizaron el seguimiento a dos años post cirugía a ocho mujeres con obesidad mórbida. Siete de ellas se sentían insatisfechas con el peso actual, que correspondía con la disonancia entre la expectativa de imagen ideal previa a la operación y a la alcanzada realmente. Además, durante 6 a 12 meses post operatorio, la sensación subjetiva de cómo ellas se veían a sí mismas no tuvo correspondencia con lo que otras personas les decían, por lo que seguían experimentando un cuerpo más abultado del que se observaba en realidad.

Por otro lado, Cruzat-Mandicha, Díaz-Castrillóna, García Troncoso y Díaz Paredes (2019) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir los cambios en la satisfacción corporal manifestados por mujeres sometidas a cirugía bariátrica. Con base a una metodología cualitativa, llevaron a cabo entrevistas en profundidad a 10 mujeres. Los resultados indicaron que previo a la cirugía las participantes manifestaban insatisfacción corporal, baja conciencia de la condición de obesidad, vergüenza por el cuerpo, frustración y dificultades con la vestimenta. Post cirugía se evidenció un aumento considerable en la satisfacción corporal asociada a autoconfianza y su autoestima, cambio en las relaciones con pares, nuevos aspectos de la apariencia, vestimenta asociada a identidad y dificultades en la adaptación a la nueva imagen corporal. Concluyeron que la satisfacción corporal es un aspecto central que incide en el bienestar individual y social. Post cirugía los pacientes inician un proceso de adaptación a un nuevo esquema corporal con mayor satisfacción corporal, pero con dificultades relacionadas a la percepción corporal.

Anteriormente, Marín Leal, Cortés Mellado, Díaz-Castrillóna y Cruzat-Mandicha (2017) analizaron la vivencia acerca de la imagen corporal de mujeres con obesidad tipo 1 después de dos y cinco años de haber sido sometidas a cirugía bariátrica. Llevaron a cabo un estudio cualitativo, de carácter descriptivo en el cual participaron 20 mujeres, 13 de ellas con

reganancia de peso. Los datos fueron recabados a través de entrevistas semiestructuradas, y se analizaron en función de seis categorías: emociones asociadas al cuerpo, satisfacción corporal y zonas de agrado/desagrado, evitación de actividades cotidianas por la figura, cohibición por el cuerpo con sexo opuesto y/o personas en general, comparación con otras mujeres respecto a la figura y percepción asociada al peso mínimo. Las pacientes que no reganaron peso, presentaron una emocionalidad fundamentalmente positiva y de satisfacción general con su imagen corporal. Como conclusión general, identificaron un incremento de la satisfacción corporal, dada a la disminución del volumen corporal. Sin embargo, sostienen que la disminución de peso no necesariamente predice la reducción de la insatisfacción corporal, ya que la misma persiste desplazándose a otras zonas o aspectos específicos del cuerpo.

En relación con la salud psicológica, Malik, Mitchell, Engel, Crosby y Wonderlich (2014) afirman que la cirugía bariátrica produce una mejora significativa en la ansiedad, la depresión, la autoestima y la imagen corporal. La rápida pérdida de peso inducida por la cirugía, mejora significativamente la imagen corporal provocando un impacto positivo en la salud mental de los pacientes, sus relaciones sexuales y su calidad de vida.

Ferrer y Cruz (2017) realizaron un estudio cualitativo en cinco mujeres a fines de identificar cómo cambió la vida de las participantes luego de la cirugía y cuáles fueron los principales inconvenientes a los que se vieron enfrentadas. Todos los participantes reportaron una mejora en la autoestima y confianza, porque tenían una mejor imagen corporal que antes de la operación. Los datos recopilados permitieron concluir que la cirugía bariátrica permite a las personas obesas mejorar su salud y calidad de vida en corto tiempo, no obstante a ello las dificultades en términos de bienestar psicológico, social y sexual, siguen estando presentes mencionando como principales inconvenientes: el miedo a volver a recuperar el peso perdido, la incomodidad con su nuevo cuerpo, la adaptación a nuevos hábitos y estilos de vida, el sentimiento de vergüenza ante situaciones sociales y sexuales y las dificultades en la regulación de sus impulsos.

En relación a lo anterior, Rojas, Brante, Miranda y Perez-Luco (2011) evaluaron los cambios en la ansiedad, depresión y autoconcepto, entre el momento previo a la cirugía y seis meses después de la misma. Los resultados obtenidos indicaron que el autoconcepto se incrementa significativamente a los seis meses después de la cirugía bariátrica. Se evidencia en los pacientes una autopercepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima, se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas.

No obstante a ello, otro conjunto de investigaciones contradicen los resultados anteriores. Los pacientes obesos que buscan tratamiento tienen menores niveles de autoestima y calidad de vida que la población general, debido a la estigmatización social que su condición implica (Lin et al., 2013). Posterior a la cirugía, se observa una mejoría significativa de la calidad de vida a un año después, que se correlaciona significativamente con la baja de peso (Burgmer et al., 2014). Sin embargo, esto no se mantiene en el tiempo, observándose una disminución tras años de seguimiento. Estos resultados sugieren que la autoestima podría ser más bien una característica estable de la personalidad que estaría menos influenciada por los cambios en el peso a largo plazo (Van Hout, Fortuin, Pelle & van Heck, 2008).



## **CAPÍTULO I: CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD**

### **1.1 Obesidad: etiología y tipo de intervenciones**

Según Bersh (2006), la obesidad es definida como un aumento en el índice de masa corporal (IMC) que supera al 30% del peso ideal de acuerdo a la estatura de los individuos, y está relacionado con un desajuste o una disparidad entre la ingesta y el gasto energético. Si bien la obesidad es una condición que ha estado presente en toda la historia de la humanidad, eso no disminuye el hecho de que ésta sea un problema de salud pública en la actualidad.

Diversas exploraciones se han realizado sobre los factores que configuran la obesidad, con el fin de identificar puntos de intervención interdisciplinarios para tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los índices de obesidad en la población. Neven et al., (2002) afirman que en primer lugar, las causas asociadas a esta condición emergen de la interacción entre factores genéticos y ambientales, que afectan a los individuos a nivel endocrinológico, metabólico, psicosocial e incluso cultural.

Fernández Canet (2009), manifiesta que respecto a los factores genéticos, se pueden identificar alteraciones relacionadas a ciertos genes encargados de la regulación de la ingesta de alimentos, la distribución de grasa corporal y su metabolización, además de determinar el somato tipo, de acuerdo con el cual las personas endomórficas tienen mayor riesgo a desarrollar cuerpos obesos, debido a su constitución física y metabólica.

Dentro de los factores psicosociales Schwartz y Brownell (2004) dan cuenta de la presencia de estigmas y estereotipos relacionados a posturas negativas frente a la obesidad, que se ven reflejados en los discursos institucionales, los medios de comunicación, los grupos sociales íntimos y la familia. En tal sentido, Puhl, Henderson y Brownell (2004) sostienen que tales actitudes negativas sobre la obesidad, en vez de promover conductas saludables, minan la autoestima y confianza de los individuos obesos. Al ser estigmas validados socialmente, estos repercuten en el bienestar psicosocial de los individuos al punto de vivir con esa carga, incluso después de alcanzar el peso ideal.

Considerando lo anterior, la obesidad puede tener consecuencias psicológicas importantes, tales como labilidad social-emocional, ansiedad por la imagen corporal, insatisfacción en varios aspectos de la vida y problemas con la regulación de impulsos y emociones. Tal es así, que Vaquero-Cristobal, Alacid, Muyor y López-Miñarro (2013) enuncian que estos factores pueden afectar crónicamente a los individuos, produciendo complicaciones relacionadas con depresión, trastornos de ansiedad, desórdenes alimenticios, de control de impulsos o trastornos dismórficos.

De manera similar, dentro de los problemas de salud crónicos asociados a la obesidad se encuentran: riesgo cardiovascular (hiperglucemia, hipertensión arterial, hiperuricemia), patologías endócrinas (diabetes tipo 2, hipogonadismo, alteraciones del crecimiento y desarrollo), problemas respiratorios (apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipo ventilación), artrosis, alteraciones digestivas (reflujo gástrico, estreñimiento, hemorroides, esteatosis hepática), riesgo de neoplasias (cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y vesícula biliar), aumento de riesgo quirúrgico y problemas dermatológicos (acantosis, estrías y linfedemas) (Fernández Canet, 2009).

Para generar una respuesta ante esta situación, se han desarrollado una serie de intervenciones a nivel de prevención, promoción y atención en salud, que buscan producir cambios en la calidad de vida y en las condiciones de salud de los pacientes. Dado que la obesidad emerge como un fenómeno multidimensional, también las intervenciones diseñadas para atender esta problemática, generan cambios o consecuencias en distintas dimensiones (Massanet et al., 2012; Neven et al., 2002).

En tal sentido, Haslam (2005) expresa que generalmente, las intervenciones de primera línea se enfocan en manejar la dieta y la actividad física de los individuos con un marcado aumento de peso. Tales procedimientos tienen la ventaja de ser una opción saludable a largo plazo para la reducción de masa corporal, ya que se apoyan en la disminución natural del consumo calórico diario y en la metabolización de las grasas acumuladas por medio del ejercicio físico. Estas intervenciones suelen ser ejecutadas por los mismos pacientes conscientes de su condición o por prescripción médica. En ese orden, ese tipo de terapias exigen cambios permanentes en los estilos de

vida de los sujetos, lo cual implica alejarse de aquellos entornos tóxicos o posibles factores desencadenantes que produjeron o mantuvieron las subidas de peso.

Por otra parte, estas intervenciones producen los efectos deseados a mediano o largo plazo (6 meses a 2 años), además requieren seguir aplicando los planes de dieta y actividad física a lo largo de la vida para evitar ganar el peso que se tenía antes del tratamiento. Considerando lo anterior, existe una gran diversidad de planes de dieta y ejercicio sugeridos por profesionales y no profesionales, que muestran distintos grados de efectividad. No obstante, algunos programas de intervención al no tener evidencia empírica que respalde su eficacia, pueden ser incluso nocivos para la salud de los pacientes. Ahora bien, la eficacia de estos tratamientos, considerando que dependen de la estricta adhesión y esfuerzo de los pacientes, parece ser variable. Más aún, teniendo en cuenta la subida de los índices de obesidad en la población, estas estrategias de prevención aparentan ser poco efectivas (Haslam, 2005).

Schwartz y Brownell (2004) afirman que someterse a una dieta o régimen de actividad física requiere de niveles de motivación óptimos, por lo que en ocasiones estas estrategias son acompañadas de programas de intervención psicológica tales como terapias cognitivo-conductuales. En general, se centran en intervenir en aspectos como autoestima, control de estímulos, estrés relacionado con la ingesta de alimentos, cambios hacia conductas saludables, reestructuración cognitiva y aceptación del cuerpo. De acuerdo con lo anterior, Cash y Strachan (2002) han demostrado un aumento en la efectividad de los programas de pérdida de peso, cuando éstos son acompañados por intervenciones cognitivo-conductuales.

Por otra parte, existen tratamientos farmacológicos que intervienen tanto en los síntomas psicológicos como en el metabolismo de los pacientes. Sin embargo, Haslam (2005) asevera que el uso de drogas para promover la reducción de peso está restringido a pacientes con altos grados de obesidad a causa de que ciertos fármacos pueden generar efectos secundarios indeseables y poner en riesgo la salud de los pacientes si se abusa de ellos.

## **1.2 Cirugía Bariátrica**

Teniendo en cuenta que la obesidad en los últimos tiempos se ha convertido en una epidemia global (OMS, 2015), numerosos tratamientos se han desarrollado con el fin de reducir esta condición en la población general, sin embargo pocos de ellos han sido eficaces para controlar el peso de los individuos y mantenerlo estable (Bjorntorp, 1992). En ese entorno, las alternativas radicales que implican procedimientos quirúrgicos, representan medidas efectivas en casos donde fallan las demás intervenciones para reducir el peso. Dentro de aquellos procedimientos, las cirugías bariátricas, se transforman en el conjunto de técnicas más populares para la disminución de masa corporal en poco tiempo (Abeles & Shikora, 2008). La rapidez de la pérdida de peso es tal en estas intervenciones, que en ocasiones se realizan procedimientos adicionales, como cirugías plásticas, para reducir el exceso de piel producto de la obesidad.

Siguiendo la conceptualización de Salinas et al. (2006), en la actualidad, una de las intervenciones quirúrgicas más empleadas para el manejo de la obesidad es la cirugía bariátrica, puesto que más allá de generar una significativa pérdida de peso en poco tiempo, es una medida efectiva contra la obesidad a largo plazo. Se constituye entonces, como un procedimiento quirúrgico que posee distintas variantes, donde generalmente los mecanismos de acción actúan sobre elementos como la ingesta de alimentos y la absorción de los componentes asociados a estos.

Mikler y Guevara (2014) definen a la cirugía bariátrica como un conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados con la finalidad de perder peso, y con esto mejorar las condiciones de vida del paciente. Tales procedimientos, consisten básicamente en modificar quirúrgicamente el tracto digestivo, ya sea para disminuir la absorción de nutrientes en el intestino delgado o reducir la capacidad estomacal removiendo segmentos del estómago. Finalmente, como consecuencia de estos procedimientos, se generan cambios hormonales que reducen el apetito y/o restringen la cantidad de alimento que pueden consumir los pacientes, lo cual lleva a la pérdida final de peso.

### **1.2.1 Tipos de Cirugía Bariátrica.**

Según lo expuesto por Abeles y Shikora (2008) las técnicas más utilizadas en la cirugía bariátrica se pueden clasificar en dos tipos principales: restricción gástrica y técnicas malabsortivas. La restricción gástrica se concentra en promover la sensación de saciedad precoz al restringir la capacidad de la cavidad gástrica (Fernández Canet, 2009). Dentro de las técnicas más utilizadas en este tipo de cirugías se encuentra la banda gástrica, la cual es una banda de silicona que se implanta en la parte superior del estómago reduciendo la cantidad de comida que se pueda consumir, y por otro lado, está el balón gástrico, el cual es un globo de silicona que se coloca dentro de la boca del estómago por vía endoscópica (Mikler & Guevara, 2014).

Los autores manifiestan que en los procedimientos malabsortivos se tiene como objetivo disminuir la cantidad de nutrientes asimilados después de la ingestas. El procedimiento más representativo es la desviación biliopancreática, el cual consiste en la remoción de un segmento del estómago y conectarlo directamente a un segmento distal del intestino delgado, con el objetivo de reducir la capacidad del paciente para absorber nutrientes.

Por último, hacen referencia al bypass gástrico en y de Roux. Esta técnica es bastante popular en los pacientes debido a su alta efectividad, además de que combina elementos de la reducción gástrica y la malabsorción, en esta cirugía el estómago se divide dejando sólo una porción funcional como parte del tracto digestivo y se conecta con una porción posterior del intestino delgado.

Independientemente del tipo de cirugía, los pacientes deben cumplir con criterios o bien indagar en ciertos aspectos para someterse a la misma (Abeles & Shikora, 2008):

1. Presentar un índice de masa corporal entre los rangos de 35 kg/m<sup>2</sup> y 40 kg/m<sup>2</sup>.
2. Demostrar que otro tipo de intervenciones no quirúrgicas fallaron para controlar el peso del paciente.
3. Identificar si el paciente sufre algún trastorno psiquiátrico o posee síntomas relacionados o no con la condición de obesidad.

4. Identificar si el paciente presenta otra enfermedad relacionada o no con la obesidad.
5. Tener entre 15 a 70 años de edad.
6. No presentar antecedentes de alcoholismo o uso de alucinógenos.
7. Presentar un riesgo quirúrgico bajo o moderado.
8. Ausencia de contraindicaciones médicas.
9. Ausencia de alteraciones endocrinas.
10. Compromiso para adherirse al plan de recuperación postoperatorio y la consecuente reducción de peso.
11. Superar la evaluación de un equipo multidisciplinario, con el fin de examinar la viabilidad de realizar este procedimiento o buscar alternativas para tratar el peso.

### **1.2.2 Estudios preoperatorios.**

Numerosas comorbilidades de los pacientes obesos, deben ser valoradas antes de la intervención (Schauer & Ikramuddin, 2001). Por tanto, uno de los objetivos principales de la valoración pre quirúrgica debe ser encontrar las comorbilidades asociadas a la obesidad. Para ello se debe efectuar una minuciosa historia clínica e investigación física en todos los pacientes. Asimismo se debe requerir hemograma, bioquímica básica, hierro, vitamina B12 y análisis de orina. Aquellos pacientes que vayan a realizarse una técnica malabsortiva es importante precisar además las vitaminas liposolubles (Brolin, 2001).

Debido a la alta frecuencia de pacientes con patologías cardiovasculares como hipertensión, hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, se debe efectuar una radiografía de tórax y un electrocardiograma en el estudio preoperatorio (Brolin, 2001). Aquellos pacientes con posible hipertensión pulmonar se les deben solicitar un ecocardiograma para confirmar el diagnóstico (Domínguez-Cherit et al., 1998). Si hubiera algún paciente con antecedentes de colestiasis se extirpará de éste la vesícula en el mismo acto quirúrgico.

Asimismo es primordial el estudio psicológico y tratamiento de los candidatos (Summers & Hocking, 1992). La obesidad mórbida influye

inevitablemente en la autoestima del paciente y en sus vínculos sociales, familiares y conyugales. Se pueden hallar patrones de alimentación que otorguen señalar un tipo de intervención u otra. En aquellos casos medidos de ansiedad o depresión, pueden favorecerse con un tratamiento de apoyo psicológico que mejore la actitud del enfermo y su posterior colaboración.

### **1.2.3 Complicaciones postquirúrgicas.**

Las posibles complicaciones dependen del tipo de intervención y de la experiencia de los médicos, o sea equipo quirúrgico. Es sabido que hasta un 20% de los pacientes presentan algún tipo de complicación.

En base a las gastroplastias y en las derivaciones biliopancreáticas, que son las técnicas más comúnmente efectuadas, la mortalidad se suele situar en torno al 1-2%. La causa más común de muerte es la peritonitis que ocurre en 1,2% de las cirugías convencionales y en el 3% de las realizadas por laparoscopia. La trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar son la segunda causa de fallecimiento con una incidencia del 2% (Fernández Meré & Álvarez Blanco, 2004).

Fernández Meré y Álvarez Blanco, indican que aquellos pacientes que tuvieran una presión venosa central >40 mmHg pueden ser candidatos para la colocación profiláctica de un filtro en la vena cava en el mismo acto quirúrgico.

Las posibles complicaciones técnicas más frecuentes de la gastroplastia son el fallo de la sutura con posibilidad de realizar una reintervención (Alastrué, et al., 1995), casi siempre por disgresiones dietéticas del paciente.

Si la ingesta es desmedida los vómitos serán frecuentes. En la derivación biliopancreática la complicación más peligrosa es la obstrucción intestinal del asa biliopancreática que puede pasar desapercibida hasta producirse una pancreatitis aguda. También podemos detectar úlceras en la neo boca.

Con todas estas técnicas aparece en el metabolismo ferropenia y anemia, déficit de distintos oligoelementos (zinc, calcio) y vitaminas tanto liposolubles como hidrosolubles. Si no se lleva a cabo una colecistectomía el riesgo de litiasis biliar, asociado a la pérdida de peso, es alto. Es asidua la aparición de diarreas, que tienen que ver con el control dietario que siga el paciente en el

postoperatorio. De igual forma es habitual que se incremente el ritmo intestinal sobre todo en las técnicas malabsortivas (Fernández Meré & Álvarez Blanco, 2004).

### **1.2.3.1 Seguimiento postoperatorio.**

Dado a las complicaciones postoperatorias que los pacientes pueden desarrollar, es elemental que el paciente entienda la naturaleza de la intervención y las posibles complicaciones, valorar la motivación del paciente y los factores de riesgo psicosocial. Las causas de las derrotas postoperatorias son especialmente cinco: desconocimiento del paciente, desmotivación, complicaciones anatómicas, problemas fisiológicos gastrointestinales y síntomas asociados a la pérdida de peso (Knol, 1994).

El régimen dietario que se debe realizar en el postoperatorio puede ser decisivo para el éxito de la cirugía, sobre todo de las técnicas restrictivas. El paciente deberá seguir inicialmente una dieta líquida durante dos o cuatro semanas que permita la cicatrización de las suturas y una readaptación digestiva progresiva.

Se irán incorporando alimentos en los meses siguientes, de forma paulatina, fragmentando las ingestas y separando los líquidos para de esta manera prevenir los vómitos por plenitud gástrica y las diarreas por aceleración del tránsito. Las proteínas, 60 gr/d aproximadamente, deben tomarse después de las grasas y de los hidratos de carbono. El pescado es comúnmente bien tolerado y pasarán varios meses hasta que el paciente tolere las carnes rojas.

Se debe lograr una alimentación totalmente normal antes de pasados los seis meses de la cirugía. Además de los nuevos hábitos alimenticios que deben adquirir es importante fomentar el ejercicio físico para preservar la masa magra. Además se deberán realizar controles rutinarios de manera ordenada para detectar posible déficit nutricional sobre todo en las técnicas mixtas y en las malabsortivas. En la mayoría de los casos se deberán dar suplementos de hierro, vitamina B12, calcio y vitamina D (Gargallo Fernández & Moreno, 2001).

En cuanto a la diversidad de técnicas dentro de las cirugías bariátricas, existe una gran variabilidad en relación con márgenes de recuperación, efectividad del procedimiento, riesgos de complicaciones, mortalidad, y



evolución del tratamiento (Buchwald et al., 2004). No obstante, se muestra una mejoría general en la disminución de peso, además de los síntomas de las enfermedades comórbidas asociadas a la obesidad como la diabetes o hipertensión (Abeles & Shikora, 2008). Inclusive se demuestran mejoras a nivel emocional y bienestar psicológico (Pecori, Serra Cervetti, Marinari, Migliori & Adami, 2007; Van Hout et al., 2008).

## **CAPÍTULO II: IMAGEN CORPORAL**

### **2.1 Definición de Imagen Corporal, su historia.**

Schilder (1980) en Martins Saur, Pasian y Loureiro (2010), define a la imagen corporal como la forma en que se representa la figura del cuerpo en la mente de las personas y como ésta es experimentada psicológicamente, es decir, qué actitudes y sentimientos despierta además de cómo estas sensaciones se organizan internamente. Según Freltas Azevedo y Mendoza Lopes (2010) el cuerpo sólo puede ser percibido a través de su representación mental. Cuando se producen cambios en el mismo tales como cirugías, estos deben ser traducidos en cambios en la imagen corporal (Freltas Azevedo & Mendoza Lopes, 2010). La inquietud exagerada por la imagen corporal puede ser perturbadora e incapacitante para muchas personas cuando se convierte en un núcleo central de su vida (Raich, 2004).

Los estudios sobre la percepción del cuerpo, lo que hoy se conoce como la imagen corporal, comenzaron a tomar relevancia en el siglo XX.

Fueron los neurólogos interesados en comprender fenómenos tales como el miembro fantasma y la anosognosia, quienes empezaron a estudiar qué ocurría cuando una persona tenía una percepción distorsionada de su cuerpo. Desde el punto de vista neurológico, se empezó a utilizar el concepto “esquema corporal” para aludir a que cada individuo construye una imagen de sí mismo que constituye un modelo con el cual se comparan los movimientos del cuerpo (Baile, 2003).

Posteriormente, a principio de la década de los sesenta, las definiciones en torno a este concepto adquirieron una perspectiva psicológica. Bruch (1962) hace énfasis en la importancia de la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, este concepto es fuertemente ligado a los trastornos de la conducta alimentaria, y por consiguiente comienzan a hacerse estudios siguiendo esta línea.

Las primeras definiciones sobre este término parten de que la imagen corporal del hombre es tridimensional, refiere a que está compuesta por una integración de factores biológicos, psicológicos y sociales (Allport, 1968 en González, 2001) que permiten a los sujetos representar su cuerpo en las

coordenadas de espacio y tiempo. Por otro lado, Schilder (1950) generó distintas definiciones que fueron evolucionando con el tiempo y que hoy en día siguen estando en curso. En primer lugar, planteó un análisis multidimensional sobre imagen corporal, es decir, abarcando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes a toda experiencia corporal percibida por los individuos. Así, define la imagen corporal como la figura del propio cuerpo que se forma en la mente, es decir, la forma en la cual el cuerpo se representa en uno mismo (Baile, 2003). Más luego, hace una definición en la cual complementa e integra los aportes de la neurología y de las ciencias sociales tomando de esta última otros términos como la autoestima y el autoconcepto. A raíz de estas contribuciones define esquema corporal como la capacidad de las personas de representarse su cuerpo en las coordenadas del espacio, de una manera tridimensional (González, 2001).

Por último Schilder (1950) propone una definición de este constructo desde la experiencia psicológica, basándose en actitudes y sentimientos que cada individuo tiene sobre su propio cuerpo. Así precisó la imagen corporal como la experiencia individual y subjetiva que tienen las personas sobre éste. Aseveró que los individuos se encargan de organizar las sensaciones corporales al ser la primera forma de patrones para interpretar el mundo que los rodea. La percepción del cuerpo es la primera experiencia vivida por el niño y es fundamental para la construcción de la imagen corporal (Baile, 2003).

Comienza a estudiar este concepto Fisher (1990), otro de los investigadores más importantes en el campo de la psicología. Dicho autor, se dedicó durante más de treinta años a realizar estudios sobre la imagen corporal desde una perspectiva psicodinámica. Una de sus principales preocupaciones fue la dispersión y desarticulación entre las investigaciones sobre la imagen corporal que se estaban produciendo durante la segunda mitad del siglo XX. Toma el concepto de conciencia corporal, es decir, la forma en la cual las personas perciben su cuerpo, como un aspecto esencial para la construcción de la imagen corporal. Sus investigaciones giraron en torno a comprender la evolución de la percepción de la imagen corporal. A raíz del análisis de sus investigaciones, Fisher (1990), se plantea algunas cuestiones: ¿Cuándo un niño toma conciencia de la diferencia de su propio cuerpo en relación con otros

objetos? ¿Cuándo se logra el aprendizaje de la espacialidad y la direccionalidad del cuerpo? ¿Cómo afecta las respuestas de los otros el atractivo físico? ¿Cuál es la relación entre la imagen corporal y adquisición de habilidades cognitivas? ¿Cuál es la relevancia de la experiencia corporal en el desarrollo del concepto de sí mismo del niño? ¿Cuál es la función del objeto transicional cuando se coloca cerca del cuerpo? ¿Cuáles son los cambios en el conocimiento del cuerpo y las actitudes de los adolescentes?

Respondiendo a estas preguntas dicho autor propone que el funcionamiento de la imagen corporal se puede dividir en cuatro momentos:

1. Organización de las fronteras
2. Significados asignados a las partes del cuerpo
3. Conciencia del cuerpo general
4. Distorsiones en la percepción del cuerpo.

Por último, propone que durante el desarrollo hay tres puntos de mayor importancia en lo que concierne a la evolución de la imagen corporal (Fisher, 1990):

1. Durante los últimos meses del segundo año de edad el niño comienza a identificar su espacio corporal como la única referencia de sí mismo.
2. Entre cuatro y cinco años, hay un avance notable en el desarrollo de la conciencia corporal, una considerable expansión de conocimientos sobre el cuerpo y la capacidad para producir representaciones corporales similares a los de la realidad.
3. Finalmente, durante los nueve años aparece la capacidad de desarrollar descripciones de cuerpo real, la percepción del mismo parece ser la primera forma de experiencia corporal experimentado por cada individuo. A través de la percepción el niño puede comunicarse con el mundo y se tiene una percepción de sí mismo de manera diferente.

El interés en el cuerpo desde la perspectiva psicológica ha aumentado en los años recientes, sin embargo las definiciones que se encuentran al respecto son pocas, dándole mayor importancia a la investigación de la imagen corporal en relación a diferentes contextos. Por ende se puede observar que la definición de imagen corporal no ha evolucionado como sí ha pasado con otros

conceptos, de los cuales a pesar de haber surgido desde tiempo atrás se sigue debatiendo su significado (Kowner, 2002).

Raich (2000) ha definido imagen corporal como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Las definiciones han sido varias en función de la perspectiva desde donde se la ha estudiado, así han sido denominadas como: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo y concepto corporal.

Raich (2000) menciona dos de las principales definiciones sobre este concepto:

1. Desde el punto de vista neurológico es una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Asimismo se ha conceptualizado a la alteración de imagen corporal como el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical por ejemplo el miembro fantasma que es el fenómeno psicológico que aparece en las personas a las que se les ha amputado una parte de su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestias en esa parte del cuerpo.
2. Siguiendo la perspectiva psicoanalítica se define este término como el límite corporal percibido por cada sujeto. De igual modo, desde esta perspectiva se postula que: el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto, cuya percepción es intensa y diferente implicándose en sus sentimientos todo su yo.

Siguiendo esta perspectiva, desde la teoría de la Gestalt se define imagen corporal como la representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo. Este término se relaciona con el de autoconcepto, salvo que en este último hay un parámetro de comparación relacionado con un modelo social (González, 2001).

De igual modo, desde la perspectiva cognitiva, Rosen (1992) conceptualiza imagen corporal de una forma más dinámica, como la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa en relación a su propio cuerpo.

## **2.2 Dimensiones de la Imagen Corporal**

Continuando con lo mencionado anteriormente la apreciación de la imagen corporal involucra componentes perceptivos, subjetivos (satisfacción e insatisfacción) y conductuales:

1. Perceptivos: refiere a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de distintos segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad (Thompson, 1990). Imágenes, valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo (Cash & Pruzinsky, 1990).
2. Subjetivos: relacionado con cognitivo- afectivo. Aludido a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo (Thompson, 1990). El enfoque de la atención en el cuerpo y creencias asociadas al mismo y la experiencia corporal así como también de placer-displacer, satisfacción-insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Cash & Pruzinsky, 1990).
3. Conductuales: son los comportamientos que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos asociados al cuerpo. Entre las conductas relacionadas con hábitos no saludables se encuentra: el evitar situaciones en las que se expone al cuerpo, rituales de comprobación del cuerpo (pesarse muchas veces, mirar continuamente su cuerpo en el espejo, compararse con otras personas, entre otras), hacer ejercicio de manera excesiva, etc. (Thompson, 1990).

Por su parte Raich (2000) sostiene que la imagen corporal incluye la percepción que tienen los individuos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como también así los movimientos y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y los comportamientos derivados de las cogniciones y sentimientos que experimenta cada sujeto. Además postula que la imagen corporal que tiene cada persona, no es fija si no que puede modificarse a lo largo de la vida.

Como se ha mencionado, la imagen corporal es la forma como las personas visualizan mentalmente su propio cuerpo, es una representación de su apariencia física, el tamaño y la forma (Azevedo Marques, Legal & Aparecida Höfelmann, 2012), no es necesariamente igual la apariencia física real. Aquellas personas que al evaluar sus dimensiones corporales, muestran

juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero Cristóbal et al., 2013). Estos autores sostienen que en la sociedad se sobrevaloran los cuerpos fuertes y delgados lo cual lleva a sentimientos de insatisfacción corporal definida como la diferencia entre la forma en que la persona percibe su cuerpo, cómo desearía que fuera y cómo es realmente (Azevedo Marques et al., 2012).

A partir de ello Freltas Azevedo y Mendoza Lopes (2010) sostienen que la percepción de la imagen corporal es construida y modificada por medio de la experiencia con el mundo exterior dado que el comportamiento es el reflejo de una cultura que favorece establecer como prioridades una buena apariencia, perfecta y aparentemente sana. Aspectos tales como el atractivo físico, la feminidad/masculinidad y confianza en sí mismos tienen que ver con la apreciación de la imagen corporal.

### **2.3 Alteraciones de la Imagen Corporal**

Uno de los grandes interrogantes es si existe una relación causal entre la distorsión de la imagen corporal por insatisfacción o bien si la relación es al revés; es decir, si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo (Fernández Canet, 2009).

No hay que dejar de lado que la preocupación por la imagen corporal, la insatisfacción por el mismo y las alteraciones perceptivas pueden aparecer como síntoma en distintos cuadros clínicos, por ejemplo pacientes con depresión muchas veces pueden verse feos o viejos cuando en realidad no lo son, o por lo contrario pacientes con manía que se vean súper atractivos. Es en pacientes esquizofrénicos donde existen alucinaciones perceptivas visuales y de tipo somático, otro caso de cuadros clínicos en donde las percepciones suelen estar muy alteradas. Será entonces que en estos casos hay que tener en cuenta que es sólo un síntoma dentro del cuadro que presenta y que por lo tanto no son abordados específicamente (Fernández Canet, 2009).

En este contexto cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción ocupan la mente de una persona con gran intensidad y generan malestar significativamente negativo en la vida cotidiana de la misma, se hace referencia a Trastornos de la Imagen Corporal (TIC). Por consiguiente estas

preocupaciones e insatisfacción por el propio cuerpo pasan a ser patológicas y centrales en la vida de un sujeto y por lo tanto requieren de una evaluación e intervención específica.

Esta patología se incluye en el DSM-5 como Trastorno Dismórfico Corporal dentro de los Trastornos Somatomorfos que se define como una preocupación excesiva por un defecto corporal o aspecto físico inexistente o de escasa entidad que produce malestar significativo (APA, 2014). Para su diagnóstico se establecen los siguientes criterios:

1. Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa) (APA, 2014).

En el trastorno Dismórfico Corporal las preocupaciones y las quejas pueden ser por cualquier parte del cuerpo específica (asimetría facial, delgadez del cabello, cicatrices, boca, acné, nariz, etc.) o bien más globales.

En el caso de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, es probable que presenten niveles de distorsión de la imagen corporal, sin embargo es necesario evaluar hacia qué polo se orientan (subestimación o sobrestimación). Además resulta útil conocer si se generan cambios en el nivel de la estimación de las dimensiones corporales reales, después de la cirugía, con el fin de intervenir o prevenir futuras condiciones de riesgo que lleven a los individuos a los extremos de desarrollar condiciones como la anorexia o la obesidad mórbida.

Continuando con lo anterior estudios concluyeron en una mejoría en la distorsión de la imagen corporal, siendo los pacientes que fueron intervenidos, estimadores más precisos de las dimensiones físicas de sus cuerpos, sin embargo los autores no han dado razones claras de esta mejoría (Fernández Canet, 2009), dado que algunos sugieren el cambio en relación con el porcentaje de peso perdido (Dixox, Dixon & O'brien, 2002), mientras que otros



aseveran que aquella mejoría en la distorsión es independiente de la reducción de peso (Foster & Matz, 2002), también asocian las mejorías con la normalización de la conducta alimentaria (De Panfilis et al., 2007).

## **CAPÍTULO III: AUTOESTIMA**

### **3.1 Definición de Autoestima**

Resines Ortiz (2011), define la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que está ligado al sentimiento de competencia y valía personal. La autoestima es importante, ya que impulsa a actuar, a seguir adelante y motiva para intentar alcanzar los objetivos de la vida.

Según Rogers (1968), la autoestima es el núcleo básico de la personalidad, formado por una serie de percepciones organizadas y cambiantes propias del sujeto. Son las características, atributos, cualidades y defectos, capacidades y límites, valores y relaciones que posee cada sujeto, las cuales son reconocidas por él mismo como datos de su propia historia de vida.

Campbell (1984), se refiere a este sentimiento como la apreciación positiva o negativa que tienen los sujetos de sí mismos, es decir, la forma en que un individuo es capaz de expresar una idea positiva sobre sí mismo. En tal sentido, es la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Ser poseedor de alta autoestima permite sentirse confiadamente apto para la vida, es decir competente y merecedor; en cambio tener baja autoestima lleva a la persona a sentirse inapropiado para la vida. Es por tanto, el concepto que se tiene de la valía personal y la propia capacidad, la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la competencia y el respeto y consideración que con uno mismo.

James (1890) expresa que cada individuo nace con roles o identidades sociales que se crean a partir de distintos factores como la cultura, la historia, la familia, los intereses y las circunstancias. A medida que el tiempo pasa, la persona toma uno de estos roles o identidades como propio, proporcionando cierto orden de prioridades. A su vez, el individuo desarrolla un sentido general que evalúa si ha cumplido sus expectativas y en qué medida, creando como resultado la autoestima. Así, se infiere que la autoestima abarca todas las áreas importantes de la persona en lo que respecta a la identidad personal.

El nivel de autoestima se relaciona con la percepción que la persona tiene de sí misma, utilizando sus valores personales como punto de partida. Estos valores fundamentalmente se desarrollan y afianzan a través del proceso de socialización. A menor distancia entre el sí mismo ideal y el real, mayor autoestima. Por el contrario, a mayor distancia, menor autoestima incluso cuando otros tengan una percepción positiva de esa persona (Rosenberg, 1965).

## **2.2 Formación de la Autoestima**

Según Maslow (1987) existen dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja autoestima es la que se refiere al respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio. Esta autoestima se genera a partir de factores externos, de lo que los demás individuos provocan en esta persona. Por otro lado, la autoestima alta se compone de las necesidades de respeto por uno mismo, representado por sentimientos como la confianza, la competencia, los logros, la maestría, la independencia, la libertad, es decir, se trata de la autoestima que el individuo genera en sí mismo (Maslow, 1987).

Dicho autor refiere que el estado de la autoestima puede ser la causa de muchos fracasos o éxitos, ya que ambos se encuentran intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, con una idea positiva de uno mismo, aumentará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades e incrementará su seguridad personal. Además, funciona como base para una buena salud mental y física, mientras que una autoestima baja influenciará a la persona, y la conducirá hacia la derrota y el fracaso. Las personas con problemas de autoestima no se aceptan como son, se rechazan a sí mismos y difícilmente aman a los demás. La baja autoestima crea conflictos en el entorno familiar, laboral y social (Maslow, 1987).

Tanto Polaino-Lorente (2000) como Coopersmith (1967), la definen como la evaluación que hace el individuo respecto de sí mismo, que por lo general luego mantiene. A través de la autoestima el sujeto da muestras de su grado de aprobación o no con su persona, manifestando si se considera una persona capaz, exitosa y valiosa.

Las relaciones tempranas, caracterizadas por un apego seguro de afecto y contención podrían ayudar a la formación de una autoestima positiva en la persona. La autoestima está ligada a la percepción que los otros tienen respecto a su persona, es decir la estimación social (Polaino-Lorente, 2000).

Dicho autor refiere que en la formación de la autoestima intervienen dos modelos, aspiraciones, personas, que en edades tempranas han sido relevantes para formar un ideal del yo, que lo conduzca al modelo de persona que desea ser, pero sin olvidar que el conocimiento personal es el principal referente, ya que la autoestima recorre la biografía de la persona de principio a fin, como tal es un rasgo asociado a la personalidad.

Por su parte, James (1890) distingue entre tres tipos de autoestima: la material (vanidad personal, modestia, orgullo por la riqueza, temor por la pobreza, etc.), la social (orgullo social y familiar, vanagloria, afectación, humildad, vergüenza, etc.), y la espiritual (sentido de la espiritualidad moral o mental, pureza, sentido de la inferioridad o de culpa, etc.). Este autor opina que la autoestima está relacionada con nuestras aspiraciones y sentimientos, es una ecuación entre la propia realidad del sujeto y sus potencialidades (James, 1890). Tiene un carácter versátil, se modifica a lo largo de su vida no sólo por los cambios propios del desarrollo, sino por las transformaciones de los contextos culturales (Polaino-Lorente, 2000).

Rosenberg (1965), caracteriza a la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. De igual modo, Polaino-Lorente (2000), refiere que esta actitud se manifiesta como una creencia a su propio valor, en las que se asientan las raíces de su propio yo.

### **2.3 Autoestima y Autoconcepto**

En cierto modo, la autoestima y el autoconcepto son construcciones teóricas que permiten entender cómo funciona la mente, qué visión se tiene de uno mismo y de qué forma la opinión de los demás interfiere en la idea de la propia identidad.

Ambos conceptos, sirven para definir el modo en el que elaboramos una idea de nosotros mismos y cómo nos vinculamos con ella, pero ciertamente

muchas veces pueden llegar a confundirse entre sí. Por tanto, hay ciertas diferencias a considerar a fines de distinguirlos (Mora & Raich, 2006):

1. Uno es cognitivo, el otro es emocional.

El autoconcepto, componente cognitivo, es el conjunto de ideas y creencias que forman la imagen mental de lo que uno es según uno mismo. Por consiguiente, es un entramado de información que puede ser expresada de manera más o menos textual a través de afirmaciones sobre uno mismo. La autoestima, en cambio, es el componente emocional que está relacionado al autoconcepto, y que por lo tanto no puede ser expresada en palabras, porque es algo absolutamente subjetivo.

2. Uno se puede expresar en palabras, el otro no.

Esta divergencia entre autoestima y autoconcepto viene de la anterior. El autoconcepto puede ser proclamado a terceras personas, en tanto no ocurre lo mismo con la autoestima.

Cuando se hace referencia a aquellas cosas de uno mismo que producen malestar, verdaderamente se alude al autoconcepto, porque la autoestima no se puede simplificar en palabras. Empero, el interlocutor juntará esa información que se refiere a acerca del autoconcepto y a partir de ahí supondrá la autoestima que está asociada a éste.

3. Recurren a tipos de memoria distintas.

El concepto autoestima es una respuesta fundamentalmente emocional ante la idea que se tiene de uno mismo, lo cual significa que está vinculada con una clase de memoria implícita: la memoria emocional. Esta clase de memoria está especialmente relacionada con dos partes del cerebro: el hipocampo y la amígdala.

El término autoconcepto, no obstante, está asociado a una clase de memoria distinta: la declarativa, que está más coordinado con el hipocampo y las zonas de corteza asociativa que se reparten por la corteza cerebral. Está constituido con una serie de conceptos asociados con la idea de yo, y que puede abarcar todo tipo de conceptos: desde la alegría o la agresividad hasta el nombre de ciertos filósofos o la idea de ciertos animales, todo aquello que uno identifica consigo mismo. Ciertos términos estarán más ligados con el

núcleo del autoconcepto, mientras que otros formarán parte de la periferia de éste.

4. Una tiene una parte moral, el otro no.

La autoestima implica una forma crítica con uno mismo, y por lo tanto depende de la similitud percibida entre el propio autoconcepto y la imagen construida del yo ideal.

En consecuencia, en tanto el autoconcepto está al margen de juicios de valor, la autoestima está sustentada en el juicio de valor principal respecto a lo que vale uno mismo: hasta qué punto se cree estar cerca de la idea de lo bueno, indicando la lejanía o cercanía del deber ser.

5. Una de ellas es más sencillo de cambiar que la otra.

Al ser parte de la memoria emocional, la autoestima es muy difícil de cambiar, ya que no cumple con los criterios de la lógica. De la misma manera que en las fobias, que también dependen de la memoria emocional, producen temor a estímulos y circunstancias, desproporcionadas en base a la razón (Mora & Raich, 2006).

Aunque haya desigualdades entre el autoconcepto y la autoestima, hay que tener claro que los dos son constructos teóricos de la psicología, que contribuyen a deducir cómo cada persona piensa y actúa, pero que no detallan componentes de la realidad distintos. En verdad, uno y otro suceden a la vez; como casi todos los procesos mentales y fenómenos subjetivos, son el producto de un sistema en bucle de partes del cerebro que resultan a una increíble velocidad y que están interactuando continuamente con el entorno coordinándose entre sí. Esto quiere decir que, por lo menos en la raza humana, no puede existir autoconcepto sin autoestima, y viceversa (Mora & Raich, 2006).

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

Se realizó un plan de investigación cuantitativo. Utilizando el tipo de estudio denominado *ex post-facto*, el cual permite una búsqueda sistemática y empírica no teniendo el investigador control sobre las variables independientes pues los acontecimientos ya se manifestaron o son intrínsecamente manipulables. Es decir, son investigaciones donde el fenómeno o situación objeto de análisis no se modifica pues primero se produjo el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias (Carrasco & Caldero Hernández, 2000 citado por Cancela Gordillo, Cea Mayo, Gabildo Lara & Valilla Gigante, 2010).

A partir de la clasificación de los estudios *ex post facto* (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Galindo Lara & Valilla Gigante, 2010) se realizan cuatro niveles de análisis: 1- Estudios descriptivos, 2- Estudios de desarrollo, 3- Estudios comparativo-causales y, 4- Estudios correlacionales. Estos son explicitados a continuación:

1. Estudios descriptivos: Los análisis estadísticos en el estudio descriptivo permitirán, por un lado, percibir la muestra (medidas de tendencia central: media; medidas de dispersión: desvío estándar; y frecuencia: porcentaje) a través de las preguntas sociodemográficas y, por el otro, describir los ítems y dimensión de la escala a través de la medida de tendencia central (media) y la medida de dispersión (desvío estándar).

2. Estudios de desarrollo: Los estudios transversales no realizan el seguimiento de los mismos sujetos a través del tiempo sino que estiman la magnitud y distribución en el aquí y ahora.

3. Estudios comparativo-causales: Los análisis estadísticos en los estudios comparativo-causales implican, fundamentalmente, comparar grupos, generalmente las medias (estadísticos para pruebas paramétricas: t de Student para comparar dos grupos y ANOVA de un factor para tres o más grupos); es decir, diferenciar la media, y el desvío estándar, de la/s dimensión/es de la/s escala/s según las variables sociodemográficas.

4. Estudios correlacionales: Los estudios correlacionales comprenden aquellos estudios interesados en evaluar las relaciones existentes entre las dimensiones de diferentes escalas, utilizando los coeficientes de correlación.

Estos coeficientes son indicadores matemáticos que brindan información sobre el grado, intensidad y dirección de la vinculación entre variables. El coeficiente de Pearson o producto-momento es el más conocido. Es un coeficiente bivariado diseñado para relacionar dos variables y fluctúa entre los valores -1 a +1. Así cuando dos variables covarían en la misma dirección existirá una vinculación denominada positiva y quedará reflejada en el coeficiente con valores entre 0 y 1, cuanto más cerca de 1 más intensa será la asociación entre las variables. Inversamente, cuando el coeficiente es cercano a cero señalaría la ausencia de vinculación entre las variables; y, si el coeficiente es de signo negativo indicaría la existencia de una vinculación intensa entre las variables de direccionalidad opuesta.

Existen otros índices para el establecimiento de correlaciones bivariadas y dependerá, la utilización de uno u otro, de la naturaleza de las variables.

#### **Tipo de diseño**

No experimental-transversal.

#### **Objetivo general**

Indagar la relación entre Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cirugía Bariátrica.

#### **Objetivos específicos**

- a) Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas: edad, nivel de educación, estado civil, zona de residencia, tipo de cirugía, cantidad de peso bajado, tiempo transcurrido de la cirugía.
- b) Describir la Imagen Corporal y el Autoestima en mujeres con Cirugía Bariátrica.
- c) Comparar la Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cirugía Bariátrica según edad, nivel de educación, estado civil, zona de



residencia, tipo de cirugía, cantidad de peso bajado, tiempo transcurrido de la cirugía.

d) Determinar la asociación entre la Imagen Corporal y la Autoestima.

### Hipótesis

1. La imagen corporal y autoestima se asocian de forma negativa, entendiendo que a mayor distorsión de la imagen corporal menor autoestima del paciente.
2. Las mujeres con menor pérdida de peso presentan mayores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y menores niveles de autoestima, que las mujeres con mayor pérdida de peso.

### Muestreo

Se tomó una muestra no probabilística según muestreo subjetivo por decisión razonada: las unidades de la muestra se eligieron en función de algunas de sus características, el proceso de elección se realizó aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007). Se detalló como criterio de exclusión de la muestra aquellas personas que no fueron intervenidas con cirugía bariátrica.

### Muestra

La muestra estuvo conformada por 197 mujeres que se realizaron cirugía bariátrica con una edad promedio de (DT=10,48, Max.=68, Min.=19). La misma se obtuvo durante los meses de agosto y septiembre del año de 2018.

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
<b>Edad (en rango)</b>	19 a 38 años	103	52,3%
	39 a 68 años	94	47,7%
<b>Nivel de Educación</b>	Primario	1	0,5%
	Secundario	41	20,8%
	Terciario	82	41,6%
	Universitario	73	37,1%

<b>Estado Civil</b>	Soltera	53	26,9%
	Concubinato	53	26,9%
	Casada	74	37,6%
	Separada	16	8,1%
	Viuda	1	0,5%
<b>Zona de Residencia</b>	Zona Sur	153	77,7%
	Zona Norte	6	3%
	Zona Oeste	27	13,7%
	CABA	11	5,6%
<b>Tipo de Cirugía</b>	Manga Gástrica	89	45,2%
	Bypass Gástrico	108	54,8%
<b>Cantidad de Peso Bajado</b>	0-10 kg	5	2,5%
	11-20 kg	18	9,1%
	21-30 kg	30	15,2%
	31-40 kg	45	22,8%
	41-50 kg	43	21,8%
	51 kg o más	56	28,4%
<b>Tiempo Transcurrido de la Cirugía</b>	0-3 años	167	84,8%
	4-8 años	26	13,2%
	Más de 8 años	4	2%

Tabla 1. Resumen variables sociodemográficas

### **Instrumentos de relevamiento de datos**

#### **- Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).**

La escala fue validada al español por Rojas-Barahona et al. (2009) ( $\alpha=.75$ ), consta de 10 ítems, de los cuales cinco están redactados de manera positiva y otros cinco se encuentran redactados de manera negativa. Se trata de un instrumento unidimensional, el cual presenta una escala de tipo Likert que contiene cuatro opciones de respuesta para acordar, éstas son: “Muy de acuerdo”; “De acuerdo”; “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

Los ítems direccionados en forma positiva son: 1, 2, 4, 6, y 7 mientras que, los que se encuentran direccionados de manera negativa son: 3, 5, 8, 9 y

10. La forma en que se puntúa esta escala es asignando un puntaje de 4 a 1 para los ítems redactados de manera positiva y otorgando el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente, es decir de 1 a 4. Posteriormente, se suman todos los ítems. La puntuación total puede oscilar entre 10 y 40. La obtención de 30 a 40 puntos implica una autoestima elevada, considerada como normal. Por otro lado, la obtención entre 26 y 29 puntos significa que la autoestima es media y si bien no presenta problemas graves, se estima que es conveniente trabajar para mejorarla. Por último, un puntaje de 25 o inferior implica una autoestima baja que representa la existencia de problemas significativos de autoestima (Rojas-Barahona et al., 2009).

#### **- Cuestionario sobre Forma Corporal (BSQ).**

Elaborado en su versión original por Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor (1987) y adaptado a la población española por Mora y Raich (1993).

El cuestionario está compuesto por 34 ítems que se puntúan en una escala Likert de 1 a 6 que miden la frecuencia con que la persona se preocupa por cuestiones referidas a su imagen. En esta escala, 1 representaría "Nunca", 2 "Raramente", 3 "A veces", 4 "A menudo"; 5 "Muy a menudo" y 6 "Siempre". Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) en donde a mayor puntaje mayor insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. Además, se derivan en 6 subescalas:

Insatisfacción con la imagen corporal: sentimientos de disconformidad con el propio cuerpo (Ítems 2, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 29, 34).

Preocupación por el peso: presencia excesiva de sentimientos de miedo por llegar a ganar peso y deseo por perderlo (Ítems 2, 6, 14, 17, 19, 21, 23).

Preocupación por aspectos antiestéticos: preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física del sujeto (Ítems 5, 16, 28, 30).

Preocupación corporal general: disconformidad con la propia figura (Ítems 7, 13, 18).

Preocupación por la parte inferior del cuerpo: preocupación excesiva y exagerada del individuo respecto de sus muslos caderas y piernas (ítems 3, 10).

Empelo de vómitos o laxantes: conductas purgativas y/o compensatorias para perder peso (Ítems 26, 32).

El BSQ presenta una consistencia interna de 0,93, lo que indica una alta correlación entre los ítems que conforman la escala.

#### **- Variables Sociodemográficas.**

Se utilizó un cuestionario estructurado el cual describió la muestra según: edad, sexo, nivel de educación, estado civil, nivel socioeconómico, zona de residencia, tipo de cirugía, cantidad de peso bajado.

#### **Procedimiento**

La participación fue voluntaria. Se informó a los sujetos que se trató de una investigación y se solicitó el consentimiento informado correspondiente. Los participantes contestaron de forma anónima, voluntaria y sin límite de tiempo.

Los datos recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS versión 21.

#### **Justificación y relevancia**

La investigación se considera relevante, ya que permitirá conocer qué papel juega la imagen corporal y autoestima en pacientes bariátricos luego de la cirugía y la relación entre estas variables.

La cirugía bariátrica se presenta como un método alternativo, una intervención quirúrgica en conjunto con un tratamiento terapéutico, que permite controlar la enfermedad y precaver recaídas y comorbilidades. Como consecuencia de esta cirugía se pretende que las personas con obesidad desciendan de peso y no vuelvan a recobrarlo. Esto implica un proceso de revaloración y preparación previo y posterior a la intervención quirúrgica, especialmente en los componentes psicológicos que intervienen en el proceso y determinan el descenso de peso y los cambios de hábitos en las personas

que sufren esta enfermedad (Lasagni, 2012), como la autoestima y la imagen corporal.

Luego de la cirugía se reportan beneficios respecto al bienestar psicológico (Coulman et al., 2017; Kubik et al., 2013), a la vez que se advierten percepciones asociadas con autoevaluaciones negativas, ya sea por los efectos secundarios de la cirugía o por la amenaza de recuperar el peso original previo a los procedimientos (Alegría & Larsen, 2015; Faccio et al., 2016; Gilmartin, 2013; Groven & Glenn, 2016). Además, se observa una disonancia entre las expectativas que se tenía sobre una imagen corporal ideal después de la cirugía y la imagen corporal actual que no se acomoda a esas expectativas.

## CAPITULO V: RESULTADOS

### Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 197 mujeres con cirugía bariátrica. En la Tabla 2 se presentan los datos estadísticos descriptivos de la variable edad, la cual se recodificó a fines de obtener dos grupos de rangos etarios (Gráfico 1).

Edad	
Media	38,7614
Mediana	38,0000
Moda	40,00
Desv. típ.	10,48852
Mínimo	19,00
Máximo	68,00
Rango	49,00

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable edad.

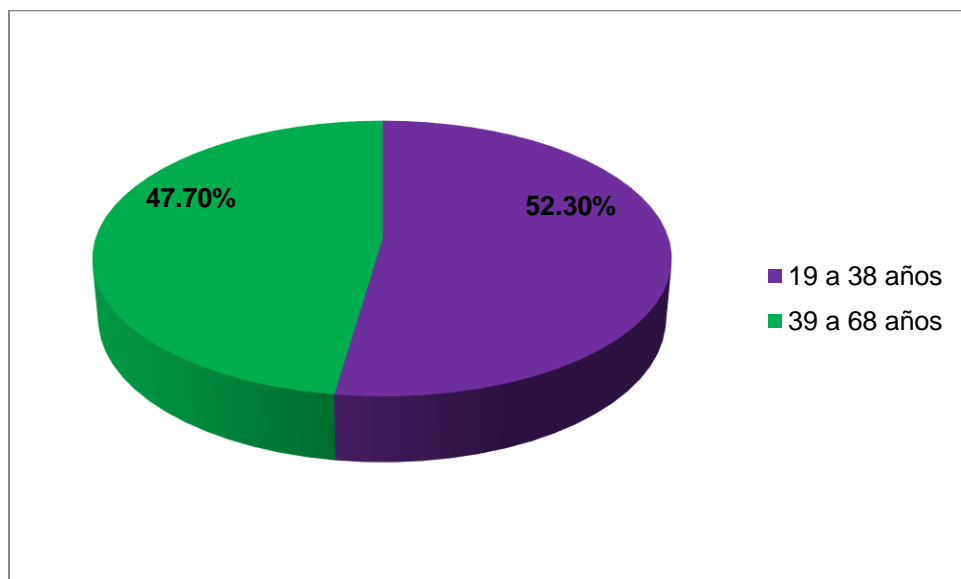


Gráfico 1. Edad en rango

En cuanto a la distribución de la muestra en relación al nivel de educación el 0,5% (n=1) tenía nivel primario, el 20,8% (n=41) nivel secundario, seguido por el 41,6% (n=82) con nivel terciario, mientras que el 37,1% de la muestra (n=73) presentó un nivel universitario (Gráfico 2).

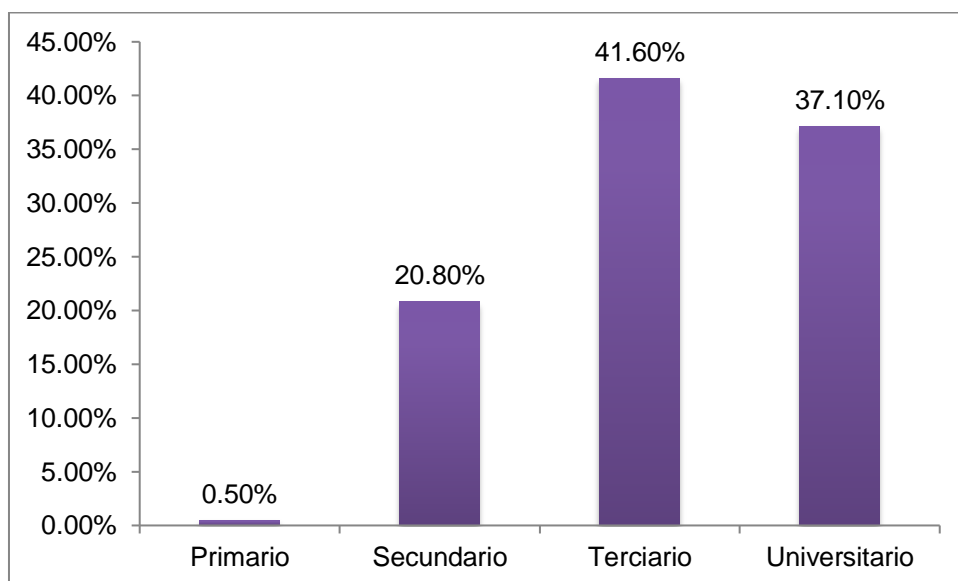


Gráfico 2. Nivel de educación

Respecto al estado civil, como puede observarse en el Gráfico 3, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por casadas (37,6%, n=74), en segundo lugar solteras y en concubinato (26,9%, n=53), en tercer lugar aquellas que se encontraban separadas (8,1%, n=16) y por último viudas (0,5%, n=1).

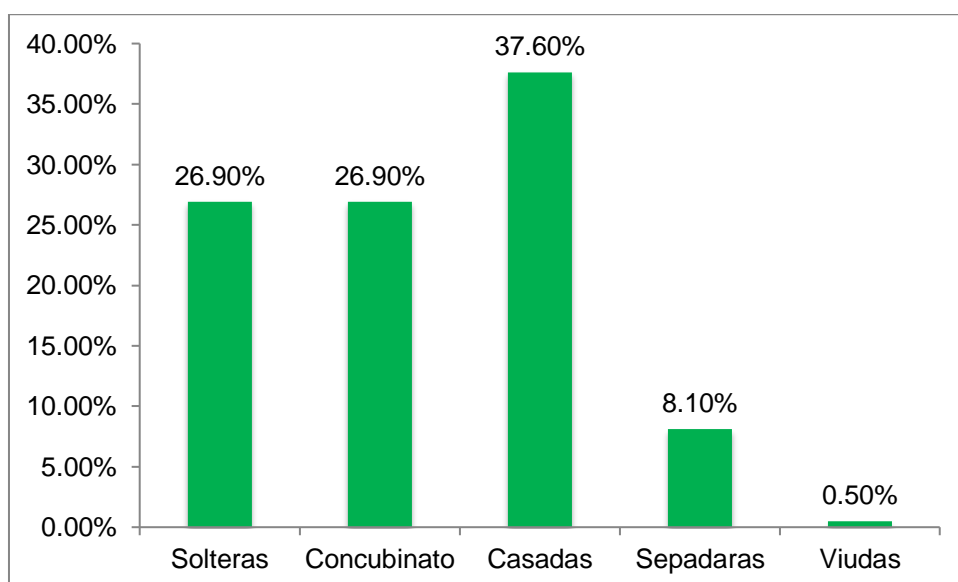


Gráfico 3. Estado civil

Por otra parte, el 77,7% (n=153) de los encuestados perteneció a la Zona Sur del Gran Buenos Aires, seguido del 13,7% (n=27) perteneciente a la

Zona Oeste. Además, un 5,6% (n=11) de la muestra perteneció a C.A.B.A, y el resto a la Zona Norte (3%, n=6) (Gráfico 4).

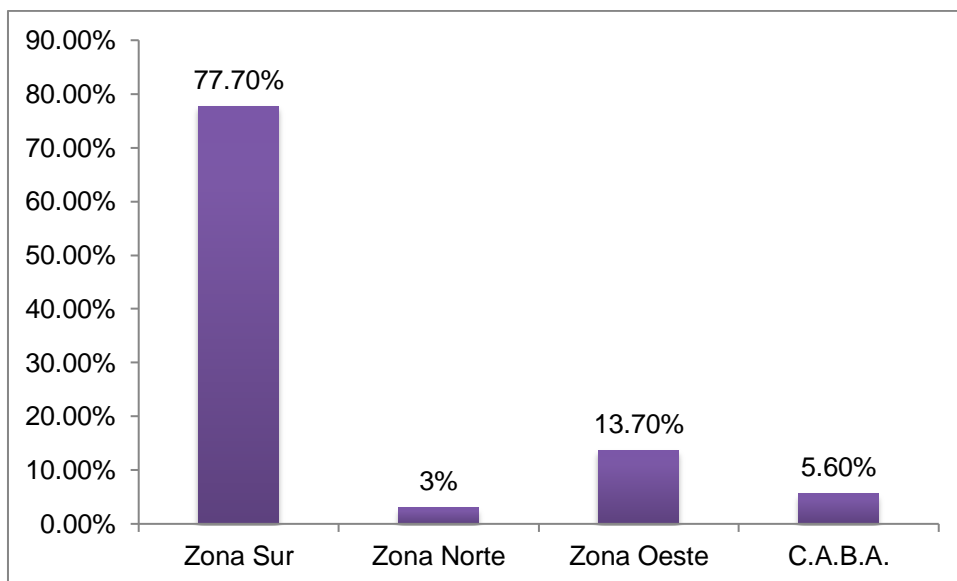


Gráfico 4. Zona de residencia

Siguiendo los propósitos de la investigación, se preguntó a las encuestadas por el tipo de cirugía que se habían realizado. El 45,2% de muestra indicó haberse realizado la manga gástrica (n=89), mientras que el 54,8% (n=108) refirió haberse sometido al bypass gástrico (Gráfico 5).

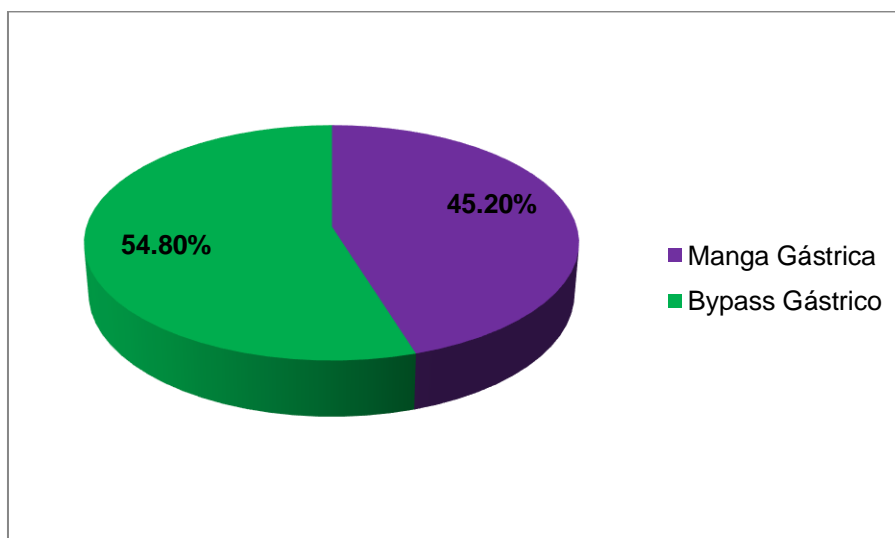


Gráfico 5. Tipo de cirugía



A los efectos de profundizar en los datos obtenidos, se interrogó respecto al peso total bajado luego de la cirugía. El 28,4% de la muestra indicó haber bajado 51 kg o más (n=56). El 22,8% (n= 45) indicó una baja de entre 31-40 kg, seguido por un 21,8% (n=43) que llevaban bajado entre 41-50 kg. Asimismo un 15,2% de la muestra (n=30) logró bajar entre 21-30 kg, seguido por un 9,2% (n=18) que bajó entre 11 y 20 kg, y por último un porcentaje menor indicó una pérdida de entre 0-10 kg (2,6%, n=5) (Gráfico 6).

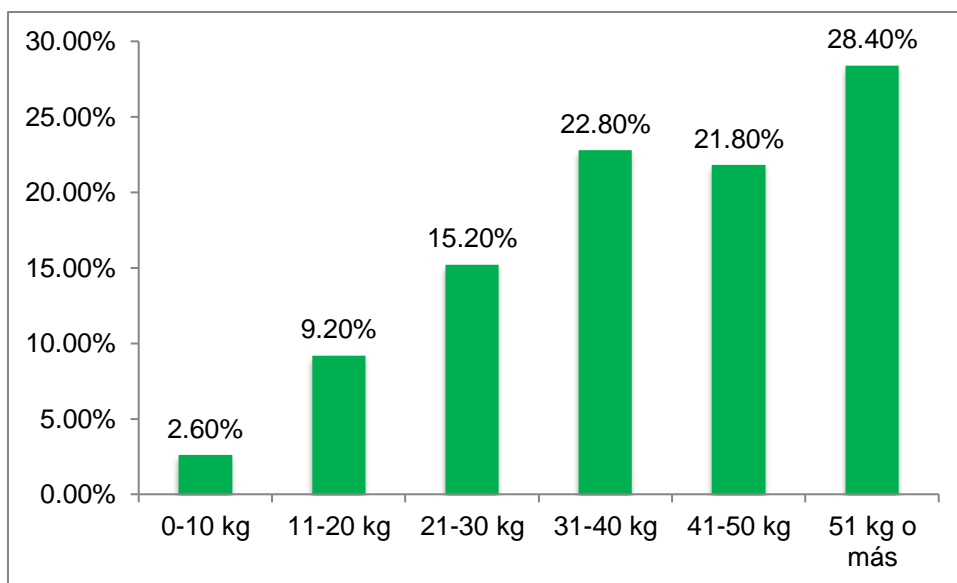


Gráfico 6. Peso bajado desde la cirugía

Por último, se indagó en relación al tiempo transcurrido luego de la cirugía. La mayoría de las participantes se realizaron la operación hace no más de 3 años (84,8%, n=167), seguido por un grupo que fue intervenido en un período de entre 4 a 8 años atrás (13,2%, n=26) y otro que indicó un tiempo transcurrido de más de 8 años (2%, n=4) (Gráfico 7).

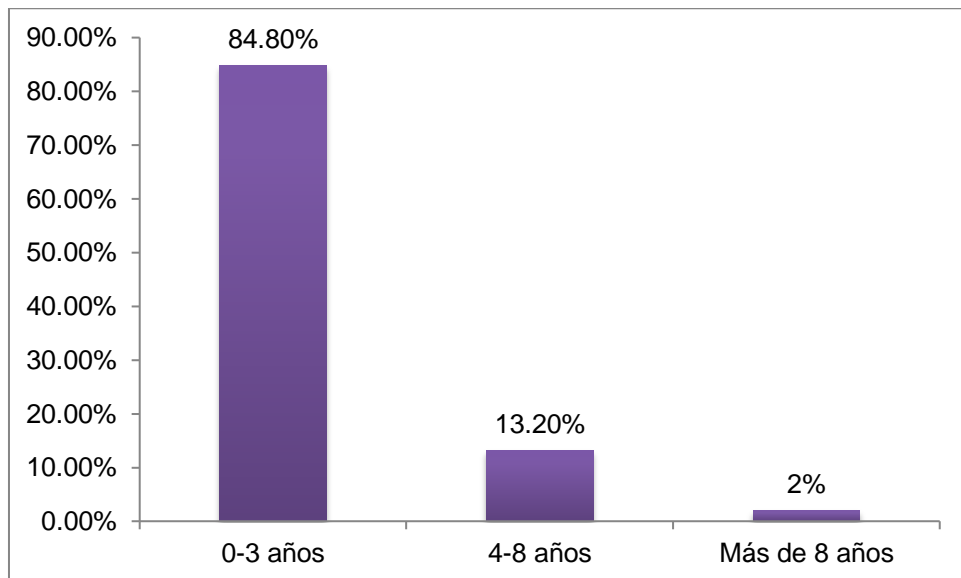


Gráfico 7. Tiempo transcurrido de la cirugía

### Descripción de las variables

Con el objetivo de describir la imagen corporal de la muestra, se calculó la puntuación media de las participantes siendo la misma de 103,78 (DT=29,92) y se indagaron los estadísticos descriptivos (Tabla 3). La muestra obtuvo en general un nivel alto al límite de la puntuación de corte establecida (ME=105), lo que indica una distorsión en la imagen corporal. Por otro lado se calcularon los estadísticos para las subescalas (Tabla 4), mientras que se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .938, similar al obtenido por Mora y Raich (1993) en su procedimiento de validación ( $\alpha = .93$ ).

Imagen Corporal	
Media	103,7868
Mediana	101,0000
Moda	100,00
Desv. típ.	29,92123
Mínimo	186,00
Máximo	47,00
Rango	139,00

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable imagen corporal

	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Rango
Preocupación por el peso	23,88	23,00	20,00	7,60	7	42	35
Preocupación por aspectos antiestéticos	12,87	12,00	11,00	4,73	4	24	20
Preocupación Corporal General	7,57	7,00	5,00	3,67	3	18	15
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	5,55	5,00	4,00	2,79	2	12	10
Empleo de vómitos o laxantes	2,86	2,00	2,00	1,51	2	9	7
Insatisfacción con la imagen corporal	57,55	57,00	54,00	16,94	24	78	102

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las subescalas de la variable imagen corporal

Asimismo, se procedió a efectuar los estadísticos descriptivos para la variable Autoestima (Tabla 5). Se obtuvo un puntaje medio alto que indica una autoestima elevada-normal en general (ME= 30,97; DT= 5,39). Además se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .848, superior al obtenido por Rojas Barahona et al. (2009) en su proceso de validación ( $\alpha=.75$ ).

<b>Autoestima</b>	
Media	30,9746
Mediana	32,0000
Moda	33,00
Desv. típ.	5,39410
Mínimo	16,00
Máximo	40,00
Rango	16,00

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la variable autoestima

### **Análisis de normalidad**

Se llevó a cabo la prueba de normalidad para las variables imagen corporal y autoestima a efectos de dar cuenta de la distribución de la muestra. Como puede observarse en la Tabla 6, se obtuvieron valores asimétricos para

todas las variables ( $p \leq .05$ ) por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos. Con el fin de correlacionar las variables se utilizó el coeficiente *Rho de Spearman* y para realizar comparaciones entre diferentes grupos se utilizó la prueba de *U de Mann-Whitney* (para asociación de dos grupos) y *H de Kruskal-Wallis* (para tres o más grupos).

	Kolmogorov-Smirnov	Sig.
Imagen corporal		,059
Preocupación por el peso		,041
Preocupación por aspectos antiestéticos		,003
Preocupación Corporal General		,000
Preocupación por la parte inferior del cuerpo		,000
Empleo de vómitos o laxantes		,000
Insatisfacción con la imagen corporal		,200
Autoestima		,000

Tabla 6. Prueba de normalidad de las variables.

### Análisis de comparación de variables

Siguiendo los objetivos de la presente investigación se llevaron a cabo los estadísticos para la comparación de las variables.

En primer lugar, respecto a la variable de agrupación edad en rango se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables preocupación por aspectos antiestéticos, preocupación corporal general y autoestima (Tabla 7). De esta manera, los participantes de menor edad que se encontraron en el rango de 19 a 38 años presentaron mayores niveles de preocupación por aspectos antiestéticos y preocupación corporal general, mientras que aquellas mujeres de mayor edad presentaron niveles más altos de autoestima (Tabla 8).

	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Imagen corporal	4204,000	-1,594	.111
Preocupación por el peso	4712,000	-,323	.747
Preocupación por aspectos antiestéticos	3427,000	-3,546	<b>.000</b>
Preocupación Corporal General	3963,000	-2,207	<b>.027</b>
Preocupación por la parte inferior del	4626,000	-,542	.588

cuerpo			
Empleo de vómitos o laxantes	4724,500	-,349	.727
Insatisfacción con la imagen corporal	4667,500	-,434	.664
Autoestima	3722,500	-2,803	<b>.005</b>

Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney para variable de agrupación edad en rango.

	Edad en Rango	Rango Promedio
Preocupación por aspectos antiestéticos	19 a 38 años	112,73
	39 a 68 años	83,96
Preocupación Corporal General	19 a 38 años	107,52
	39 a 68 años	89,66
Autoestima	19 a 38 años	88,14
	39 a 68 años	110,90

Tabla 8. Diferencias de rangos según edad en rango.

En cuanto a la variable de agrupación nivel de educación los resultados no arrojaron diferencias de grupos en ninguna de las variables de contraste ( $p > .05$ ) (Tabla 9).

	Chi-cuadrado	gl.	Sig. asintót.
Imagen corporal	6,254	3	.100
Preocupación por el peso	5,271	3	.153
Preocupación por aspectos antiestéticos	3,805	3	.283
Preocupación Corporal General	3,450	3	.327
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	2,831	3	.418
Empleo de vómitos o laxantes	1,529	3	.676
Insatisfacción con la imagen corporal	4,411	3	.220
Autoestima	5,157	3	.161

Tabla 9. Prueba H de Kruskal-Wallis para variable de agrupación nivel de educación.

Por su parte, el análisis comparativo según la variable de agrupación estado civil sólo dio diferencias significativas en la subescala preocupación por aspectos antiestéticos de imagen corporal (Tabla 10). A través de la comparación de los rangos se observó, como puede verse en la Tabla 11, que aquellas participantes viudas presentaron niveles más altos, seguido de las de en concubinato, solteras, casadas y separadas.

	Chi-cuadrado	gl.	Sig. asintót.
Imagen corporal	8,370	4	.079
Preocupación por el peso	4,237	4	.375
Preocupación por aspectos antiestéticos	17,434	4	<b>.002</b>
Preocupación Corporal General	7,884	4	.096
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	8,588	4	.072
Empleo de vómitos o laxantes	8,810	4	.066
Insatisfacción con la imagen corporal	5,856	4	.210
Autoestima	3,910	4	.418

Tabla 10. Prueba H de Kruskal-Wallis para variable de agrupación nivel de educación.

	Estado civil	Rango Promedio
Preocupación por aspectos antiestéticos	Soltera	107,92
	Concubinato	119,80
	Casada	82,34
	Separada	76,25
	Viuda	120,00

Tabla 11. Diferencias de rangos según estado civil.

En lo que refiere a la zona de residencia, los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables (Tabla 12).

	Chi-cuadrado	gl.	Sig. asintót.
Imagen corporal	1,744	3	.627
Preocupación por el peso	1,723	3	.630
Preocupación por aspectos antiestéticos	3,731	3	.292
Preocupación Corporal General	1,151	3	.764
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	1,512	3	.680
Empleo de vómitos o laxantes	2,081	3	.556
Insatisfacción con la imagen corporal	2,337	3	.505
Autoestima	,905	3	.824

Tabla 12. Prueba H de Kruskal-Wallis para variable de agrupación zona de residencia.

Por otro lado, se indagó respecto a datos referidos al tipo de cirugía, el peso total bajado y el tiempo transcurrido desde la intervención. En primer lugar, los resultados evidencian que no existieron diferencias significativas entre los grupos del tipo cirugía, por lo que las variables en aquellos que se

realizaron manga gástrica o bypass gástrico se comportan de forma similar (Tabla 13).

	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Imagen corporal	4690,000	-,291	.711
Preocupación por el peso	4707,000	-,249	.804
Preocupación por aspectos antiestéticos	4722,500	-,210	.834
Preocupación Corporal General	4786,000	-,050	.960
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	4540,000	-,673	.501
Empleo de vómitos o laxantes	4667,500	-,417	.677
Insatisfacción con la imagen corporal	4614,000	-,482	.630
Autoestima	4691,500	-,288	.733

Tabla 13. Prueba U de Mann-Whitney para variable de agrupación tipo de cirugía.

En segundo lugar, respecto a la cantidad de peso bajado luego de la cirugía se realizó una recategorización a fines de obtener tres grupos más homogéneos y se llevó a cabo la prueba H de Kruskal. Se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables menos en las subescalas preocupación por aspectos antiestéticos ( $\chi^2 = 2,186$ ;  $gl = 2$ ;  $p = .335$ ) y preocupación por la parte inferior del cuerpo ( $\chi^2 = ,550$ ;  $gl = 2$ ;  $p = .760$ ) (Tabla 14). Según la observación de los rangos promedios (Tabla 15), el grupo que menos peso bajó presentó mayores niveles de distorsión de la imagen corporal, preocupación por el peso, preocupación corporal general, empleo de vómitos o laxantes e insatisfacción con la imagen corporal, a la vez que presentó menores niveles de autoestima. Por el contrario, el grupo que bajó más peso fue el que reportó mayores niveles de autoestima y menores niveles de distorsión corporal y sus subescalas.

	Chi-cuadrado	gl.	Sig. asintót.
Imagen corporal	8,452	2	<b>.015</b>
Preocupación por el peso	10,478	2	<b>.005</b>
Preocupación por aspectos antiestéticos	2,186	2	.335
Preocupación Corporal General	7,147	2	<b>.028</b>
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	,550	2	.760
Empleo de vómitos o laxantes	11,131	2	<b>.004</b>

Insatisfacción con la imagen corporal	10,709	2	<b>.005</b>
Autoestima	9,722	2	<b>.008</b>

Tabla 14. Prueba H de Kruskal-Wallis para variable de agrupación peso bajado desde la cirugía.

	Peso bajado desde la cirugía	Rango Promedio
Imagen corporal	0-20 kg	<b>119,98</b>
	21-40 kg	107,25
	41 kg o más	87,88
Preocupación por el peso	0-20 kg	<b>120,72</b>
	21-40 kg	108,97
	41 kg o más	86,40
Preocupación corporal general	0-20 kg	<b>122,22</b>
	21-40 kg	104,18
	41 kg o más	89,68
Empleo de vómitos o laxantes	0-20 kg	<b>128,61</b>
	21-40 kg	99,31
	41 kg o más	91,89
Insatisfacción con la imagen corporal	0-20 kg	<b>123,43</b>
	21-40 kg	107,85
	41 kg o más	86,62
Autoestima	0-20 kg	72,54
	21-40 kg	92,47
	41 kg o más	<b>110,10</b>

Tabla 15. Diferencias de rangos según cantidad de peso bajado desde la cirugía.

Por último, en relación al tiempo transcurrido desde la cirugía, la prueba H de Kruskal no arrojó diferencias significativas entre los grupos (Tabla 16).

	Chi-cuadrado	gl.	Sig. asintót.
Imagen corporal	,541	2	.763
Preocupación por el peso	2,002	2	.367
Preocupación por aspectos antiestéticos	,056	2	.972
Preocupación corporal general	2,184	2	.336
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	,265	2	.876
Empleo de vómitos o laxantes	,241	2	.887
Insatisfacción con la imagen corporal	,875	2	.646
Autoestima	1,905	2	.386

Tabla 16. Prueba H de Kruskal-Wallis para variable de agrupación tiempo transcurrido desde la cirugía.



### Análisis de correlación entre variables

Con el objetivo de determinar la asociación entre las variables se llevó a cabo la prueba Rho de Spearman. Como puede observarse en la Tabla 17, se obtuvo una asociación negativa entre las variables de imagen corporal y autoestima.

<b>Rho de Spearman</b>		<b>Autoestima</b>
Imagen corporal	Coeficiente de correlación	-,507
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Preocupación por el peso	Coeficiente de correlación	-,426
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Preocupación por aspectos antiestéticos	Coeficiente de correlación	-,320
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Preocupación corporal general	Coeficiente de correlación	-,501
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	Coeficiente de correlación	-,252
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Empleo de vómitos o laxantes	Coeficiente de correlación	-,278
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>
Insatisfacción con la imagen corporal	Coeficiente de correlación	-,479
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>

Tabla 17. Prueba Rho de Spearman para las variables imagen corporal y autoestima

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN**

A partir del análisis de los datos obtenidos se puede concluir que, las dos hipótesis planteadas para la presente investigación han sido confirmadas.

De tal manera, se ha encontrado una asociación significativa y negativa entre la imagen corporal y la autoestima (Hipótesis 1). Asimismo, se halló una diferencia significativa para las variables respecto a la cantidad de peso bajado (Hipótesis 2), siendo las mujeres con menor pérdida de peso las que presentaron mayores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y menores niveles de autoestima. Asimismo, las mujeres con mayor pérdida de peso reportaron menores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y mayores niveles de autoestima.

## **CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN**

La finalidad de la presente investigación consistió en indagar la relación entre Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cirugía Bariátrica. Para ello se realizó una investigación cuantitativa con un tipo de estudio descriptivo, correlacional y de diferencia entre grupos, y un diseño no experimental – transversal.

La muestra estuvo conformada por 197 mujeres que se realizaron cirugía bariátrica con una edad promedio de (DT=10,48, Max.=68, Min.=19). La misma se obtuvo durante los meses de agosto y septiembre del año de 2018.

Mikler y Guevara (2014) definen a la cirugía bariátrica como un conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados con la finalidad de perder peso, y con esto mejorar las condiciones de vida del paciente. Tales procedimientos, consisten básicamente en modificar quirúrgicamente el tracto digestivo, ya sea para disminuir la absorción de nutrientes en el intestino delgado o reducir la capacidad estomacal removiendo segmentos del estómago. Finalmente, como consecuencia de esta cirugía, se generan cambios hormonales que reducen el apetito y/o restringen la cantidad de alimento que pueden consumir los pacientes, lo cual lleva a la pérdida final de peso. El interés de estudiar dicha

variable surge a partir de conocer qué papel juega la imagen corporal y la autoestima en pacientes bariátricos.

Es relevante conocer la distorsión que perciben los pacientes bariátricos ya que éstos no pueden comprenderla, producto de la imagen corporal que perciben. Saber lo que implica una autoestima alta en estos pacientes es lo que los motivará para cumplir futuros objetivos.

En primer lugar, los resultados obtenidos apoyan la hipótesis planteada respecto a la imagen corporal y autoestima en mujeres con cirugía bariátrica, y permiten afirmar que se asocian de forma negativa, entendiendo que a mayor distorsión de la imagen corporal menor autoestima del paciente.

La imagen corporal hace referencia a la forma en que se representa la figura del cuerpo en la mente de las personas y cómo ésta es experimentada psicológicamente, es decir, qué actitudes y sentimientos despierta además de cómo estas sensaciones se organizan internamente (Martins Saur et al., 2010). La autoestima por su parte, se vive como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que está ligado al sentimiento de competencia y valía personal. Por lo tanto, se comprende que una mayor distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, se acompañe de una baja autoestima. El nivel de autoestima se relaciona con la percepción que la persona tiene de sí misma, y por lo tanto con la percepción de su propio cuerpo. En tal sentido, la disconformidad con la propia imagen repercutiría en la valoración de la propia persona, y por ende en su autoestima. Además, estos pacientes al experimentar una rápida baja de peso los primeros meses luego de la cirugía, genera en ellos un exceso de piel en regiones corporales donde han perdido más peso, produciendo anormalidades en la silueta corporal. Esto mismo, produce una insatisfacción con el cuerpo real, que no condice con las expectativas o ideales previos.

Respecto a los resultados que demuestran que los pacientes después de la cirugía bariátrica manifiestan distorsión de la imagen corporal, malestar, disconformidad y dificultades para la aceptación y adaptación de la nueva imagen corporal, resultados similares fueron hallados por Olgúin et al. (2014); Camacho-Laraña et al. (2015); Coulman et al., 2017; Kubik et al. (2013); Alegría & Larsen, (2015); Faccio et al. (2016), Gilmartin (2013), Groven &

Glenn, (2016); Magdaleno et al. (2010); Klassen et al. (2012); Müller et al. (2013); Cortés et al. (2013); y Cruzat-Mandicha et al. (2019).

En segundo lugar, lo que refiere a la cirugía Bariátrica y su relación con imagen corporal y autoestima, como se indicó anteriormente en la conclusión, la otra hipótesis es que las mujeres con mayor pérdida de peso reportaron menores niveles de distorsión e insatisfacción en la imagen corporal y mayores niveles de autoestima. Kowner (2002) realizó un estudio cuyo objetivo fue examinar la relación entre la percepción de la imagen corporal con la autoestima, encontrando que a mejor percepción de la imagen corporal mayor autoestima.

En cuanto a los resultados que afirman que al bajar más de peso, hay menor distorsión corporal y un incremento en la autoestima, los estudios realizados describen una mejoría en la distorsión de la imagen corporal, por lo tanto estos resultados van en consonancia con lo investigado por Carrasco et al. (2014), Hoyos-Duque y Salazar-Maya (2016), Cruzat-Mandicha et al. (2019); Malik et al. (2014); Ferrer y Cruz (2017); y Rojas et al. (2011).

Finalmente, otros datos que interesan destacar se desprenden de la diferencia de las variables con aquellos datos sociodemográficos que fueron considerados importantes en la presente investigación. En relación a la cirugía bariátrica se hallaron respecto a la variable de agrupación edad en rango diferencias significativas. Los participantes de menor edad presentaron mayores niveles de preocupación por aspectos antiestéticos y preocupación corporal general, mientras que mujeres de mayor edad presentaron niveles más altos de autoestima. Según la variable de agrupación estado civil sólo dio diferencias significativas en la subescala preocupación por aspectos antiestéticos de imagen corporal, se observó que aquellas participantes viudas presentaron niveles más altos, seguidos de las de concubinato, solteras, casadas y separadas. Respecto a la cantidad de peso bajado luego de la cirugía, como se observó en la segunda hipótesis planteada, se obtuvieron diferencias significativas en todas las variables menos en las subescalas preocupación por aspectos antiestéticos y preocupación por la parte inferior del cuerpo. El grupo que menos bajó presentó mayores niveles de distorsión de la imagen corporal, preocupación por el peso, preocupación corporal general,

empleo de vómitos o laxantes e insatisfacción con la imagen corporal, a la vez que presentó menores niveles de autoestima. En cambio, el grupo que bajó más de peso fue el que reportó mayores niveles de autoestima y menores niveles de distorsión corporal. Resultados confirmados por otras investigaciones (Olguín et al., 2014; Coulman et al., 2017; Kubik et al., 2013; Alegría & Larsen, 2015; Faccio et al., 2016; Gilmartin, 2013; Groven & Glenn, 2016; Carrasco et al., 2014; Cruzat-Mandicha et al., 2019; Marín Leal et al., 2017).

A modo de conclusión, se considera la importancia de la presente investigación ya que los datos obtenidos sostienen las hipótesis y refuerzan datos de investigaciones precedentes. Es de gran relevancia la evaluación preoperatoria del paciente, para que éste tenga expectativas realistas, considere y comprenda los riesgos de la cirugía y posterior cambio en el estilo de vida que deberá realizar.

Por consiguiente y con perspectivas a futuro se considera necesario desarrollar nuevas líneas de investigación a fines de desarrollar planes de acción y evaluación específicos para atender la transformación de estos pacientes, sus procesos y cambios psicológicos, sobre la calidad de vida del mismo después de la cirugía. En tal sentido, sería oportuno por ejemplo llevar a cabo un diseño cuasi experimental que evalúe las variables indagadas pre y post cirugía a efectos de evaluar sus cambios correspondientes. Además, se considera importante ampliar la investigación con mayor alcance de muestra, a la vez de extender la misma al género masculino.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeles, D. & Shikora, S. A. (2008). Bariatric surgery: current concepts and future directions. *Aesthetic surgery journal*, 28 (1), 79-84.
- Alastrué, A., Rull, M., Formiguera, J., Johnston, S., Casas, D. & Sánchez Planell, L. (1995). Obesidad mórbida. Reflexiones sobre un protocolo quirúrgico (II) Protocolo clínico y preoperatorio. *Nutrición Hospitalaria*, 10 (6), 321-330.
- Alegría, C. A. & Larsen, B. (2015). That's who I am: A fat person in a thin body: Weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of The American Association Of Nurse Practitioners*, 27(3), 137-144.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Azevedo Marques, F., Legal, E. J. & Aparecida Höfelmann, D. (2012). Body dissatisfaction and common mental disorders in adolescents. *Paul Pediatric*, 30 (4), 553-561.
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de humanidades*, 2, 53-70.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 25 (4), 537-546. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>
- Bjorntorp, P. (1992) Treatment of obesity. *Obesity*, 16 (3), 81– 84.
- Brolin, R. E. (2001). Gastric bypass. *Surgery Clinical*, 81, 1077-1095.
- Bruch, H. (1962) Perceptual and conceptual disturbance in nervosa. *Psychosom Med*, 24 (2), 187-195.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K. & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 292(14), 1724-1737.
- Burgmer, R., Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., Fischer, C. & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 24, 1670-1678.

- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V. & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 189-197.
- Campbell, R. N. (1984). *The new science: Self-esteem psychology*. Lanham, MD: University Press of America.
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G. & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Carrasco, D. D., Appelgren, D. D., Núñez, M. J. C. & Schlanbush, C. (2014). Cambios en la significación de su propio cuerpo en mujeres adultas obesas que se han sometido a cirugías bariátricas. *Revista chilena de nutrición*, 41 (1), 40-45. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000100005>
- Carrasco, D., Gómez, E. & Staforelli, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia Psicológica*, 27(1), 143-149. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100014>
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. New York: Pergamon Press.
- Cash, T.F. & Strachan, M.D. (2002). Cognitive-behavioral approaches to changing body image. En TF. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. (pp. 478-486). New York: Guilford Press.
- Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. C. & Ferreira, M. E. (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motricidade*, 9(3), 87-100.
- Cooper, P.J., Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Taylor, M.J. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman and Company.
- Corbetta, P. (2007). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGraw-hill/Interamerica.
- Cortés, S., Cruzat, C., Díaz, F. & Pandolffo, C. (2013). Imagen corporal en mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida, luego de dos años post cirugía bariátrica. *Prensa médica de Argentina*, 99, 471-478.
- Coulman, K. D., MacKichan, F., Blazeby, J. M. & Owen-Smith, A. (2017). Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews*, 18(5), 547-559.
- Cruzat-Mandicha, C., Díaz-Castrillóna, F., García Troncoso, A. & Díaz Paredes, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 10 (1), 95-108.
- De Panfilis, C., Cero, S., Torre, M., Salvatore, P., Dall'Aglio, E., Adorni, A. & Maggini, C. (2007). Changes in body image disturbance in morbidly obese patients 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 17(6), 792-799.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E. & O'brien, P. E. (2002). Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. *Obesity surgery*, 12(1), 65-71.
- Domínguez-Cherit, G., González, R., Borunda, D., Pedroza, J., González-Barranco, J. & Herrera, M. F. (1998). Anesthesia for morbidly obese patients. *World J Surgery*, 22, 969-973.
- Faccio, E., Nardin, A. & Cipolletta, S. (2016). Becoming ex-obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (11), 1713-1720.
- Fernández Canet, R. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que puedan afectar a la pérdida de peso* (Tesis de doctorado). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Fernández Meré, L. A. & Álvarez Blanco, M. (2004). Obesidad, anesthesia y cirugía bariátrica. *Española de anestesiología*, 51, 80-84.



- Ferrer, C. & Cruz, C. (2017). La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes chilenos. *Psiquiatría y salud mental*, 34 (3/4), 179-191.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. En T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp. 3-20). Nova lorque: The Guilford Press.
- Foster, G. D. & Matz, P. E. (2002). Weight loss and changes in body image. En TF. Cash & T. Pruzinsky (Eds), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 405-413). New York: Guilford Press.
- Freltas Azevedo, R. & Mendoza Lopes, R. L. (2010). Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Emfermagem*, 63 (6),1067-1070.
- Gargallo Fernández, M. A. & Moreno, B. E. (2001). Sobrepeso y Obesidad. *Drug Pharma*, 2, 133-141.
- Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(10), 1299-1309.
- González, G. A. (2001). Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido. *Perinatol reprod Hum*, 15 (1), 145-152.
- Groven, K. S. & Glenn, N. M. (2016). The experience of regaining weight following weight loss surgery: A narrative-phenomenological exploration. *Health Care for Women International*, 37(11), 1185-1202.
- Haslam, D. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366 (9492), 1197-1209.
- Heusser, N. & Muñoz, B. (2013). Cirugías para bajar de peso: explosivo aumento. *La Hora*. Recuperado de: <http://papeldigital.info/lahora/2013/08/22/01/paginas/006.pdf>
- Hoyos-Duque, T. N. & Salazar-Maya, A. M. (2016). La cirugía bariátrica una vivencia espinosa pero satisfactoria. *Enfermería global*, 46, 212-227.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbaek, H. N. & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149.

- Klassen, A. F., Cano, S. J., Scott, A., Johnson, J. & Pusic, A. L. (2012). Satisfaction and quality-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study. *Obes Surg.*, 22, 1527-1534.
- Knol, J. A. (1994). Management of the problem patient after bariatric surgery. *Gastrointestinal clinical*, 23, 345-369.
- Kowner, R. (2002). Japanese body image: Structure and esteem scores in a cross-cultural perspective. *International Journal of Psychology*, 37 (3), 149-159.
- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M. & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*, 1-5.
- Lasagni, V. (2012). Estado psicológico de los postulantes a cirugía bariátrica. *BMI*, 23 (1), 118-124.
- Lecaros, B. J., Cruzat-Mandich, C., Diaz-Castrillon, F. & Moore, I. C. (2015). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 53(2),77-85. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200002>.
- Lier, H. Ø., Aastrom, S. & Rørtveit, K. (2016). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(4), 322-331.
- Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H. & Tsai, C. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13, 1-8.
- Magdaleno, R. J., Chaim, E. A. & Turato, E. R. (2010). Understanding the Life Experiences of Brazilian Women after Bariatric Surgery: a Qualitative Study. *Obes Surg.*, 20,1086-9.
- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R. & Wonderlich, S. (2014). Psicopatología en candidatos a cirugía bariátrica: una revisión de estudios utilizando entrevistas diagnósticas estructuradas. *Comper Psychiatric*, 55, 248-259.
- Marín Leal, L., Cortés Mellado, S., Díaz-Castrillóna, F. & Cruzat-Mandicha, C. (2017). Imagen corporal de mujeres con obesidad tipo I tras 2-5 años de una gastrectomía subtotal vertical. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (2), 151-160.

- Martins Saur, A., Pasian, S. R. & Loureiro, S. R. (2010). Desenho da figura humana e a avaliação da imagem corporal. *Psicologia em Estudo*, 15 (3), 497- 507.
- Marzolo, M. & Cuevas, A. (2010). El peso de la obesidad en el siglo XXI. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(1),77-85.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. New York: HarperCollins Publisher.
- Massanet, F. A., Rivero Pérez, J., Fandiño Cobos, E., Vera Osorio, J. A., de Vera Porcell, M., & Montero Sánchez, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos. *Revista de Enfermería*, 6 (2). 24-29.
- Mikler, R. & Guevara, C. (2014). *Guías de manejo en cirugía bariátrica*. Bogotá: Distribuna.
- Mora, M. & Raich, M. M. (2006). *Autoestima. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis
- Mora, M. & Raich, R.M. (1993). *Adaptación del bulimia test i BSQ en una muestra universitaria*. VIII Jornada de Terapia del Comportamiento y Medicina Conductual en la Práctica Clínica presentado en la Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Moreno, E. B. & Zugasti Murillo, A. (2004). Cirugía bariátrica: situación actual. *Revista Médica de la Universidad de Navarra*, 48 (2), 66-77.
- Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C. & de Zwaan, M. (2013). Psychiatric Aspects of Bariatric Surgery. *Curr Psychiatry Rep*, 15, 397-406.
- Neven, K., Dymek, M., leGrange, D., Maasdam, H., Boogerd, A. C. & Alverdy, J. (2002). The effects of Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery on Body Image. *Obesity Surgery*, 12, 265- 269.
- Olguín V. P., Carvajal A. D. & Fuentes, S. M. (2014). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista Chilena De Cirugía*, 67(4), 441-447.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/es/>
- Pantano, M. & Santoanastaso, P. (1989). A case of dysmorphophobia following recovery from anorexia nerviosa. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 8, 701-704.

- Pecori, L., Serra Cervetti, G. G., Marinari, G. M., Migliori, F. & Adami, G. F. (2007). Attitudes of morbidly obese patients to weight loss and body image following bariatric surgery and body counterung. *Obesity Surgery*, 17, 68-73. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17355771>
- Polaino-Lorente, A. (2000). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación*, 11, (01) 105-136.
- Puhl, R. M., Henderson, K. E. & Brownell, K. D. (2004). *Clinical obesity and related, metabolic disease in adults and children*. Oxford, UK: Blackwell.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el otro cuerpo*. Madrid, España: Pirámide
- Resines Ortiz, R. (2011). *¿Qué es la autoestima?* Recuperado de: [http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/18/Unidad1/Tema3/que\\_es\\_la\\_Autoestima.pfd](http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/18/Unidad1/Tema3/que_es_la_Autoestima.pfd)
- Rogers, C. (1968). *Le Développement de la Personne*. París: Bordas.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E. & Perez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile*, 139, 571-578.
- Rojas-Barahona, C.A., Zegers, B. & Forster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137 (6), 791-800.
- Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En JH. Crowther, DL. Tennenbaum, SE. Hobfoll & MAP. Stephens (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J. C., Salzberg, E., Srebnik, D. & Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.

- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Salinas, P., Naranjo, D., Rojas, C., Retamales, M., Vera, N. & Sobrón, B. M. (2006). Cirugía bariátrica y embarazo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(5), 357-363. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000500011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500011&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-75262006000500011.
- Schauer, P. R. & Ikramuddin, S. (2001). Laparoscopic surgery for morbid obesity. *Surgery Clinical*, 81, 1145-1179.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.
- Summers, G. & Hocking, M. P. (1992). Surgical approach to the obese patient. *Medical Association*, 79, 396-399.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. Washington: American Psychological Association.
- Van Hout, G. C. M., Fortuin, F. A. M., Pelle, A. J. M. & van Heck, G. L. (2008). Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 18, 115-120. Recupeado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-007-9309>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vázquez, V. V. & López, A. J. C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.
- Vega Meza, M. P. (2017). *Imagen corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia.

Wardle J., Williamson, S., Johnson, F. & Edwards, C. (2006). Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *International Journal of Obesity*, 30, 634-643.

## ANEXO

### Protocolo de relevamiento de datos

**Lo invitamos a participar de una investigación para la realización de tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología.**

**La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.**

**Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ningún punto y responder a todo el cuestionario.**

***A.** Por favor a continuación complete o seleccione los siguientes datos solicitados.*

**1. Edad:** \_\_\_\_\_ años.

**2. Nivel de educación actual/en curso:**

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

**3. Estado civil**

- Soltero/a
- Concubinato
- Casado/a
- Separado/a
- Viudo/a

**4. Zona de residencia**

- Zona Sur del Gran Buenos Aires.
- 70

- Zona Norte del Gran Buenos Aires.
- Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**5. Tipo de cirugía realizada**

- Manga gástrica
- Bypass gástrico

**6. Cantidad de peso bajado**

- 0-10 kg
- 11-20 kg
- 21-30 kg
- 31-40 kg
- 41-50 kg
- 51 kg o más

**7. Tiempo transcurrido de la cirugía**

- 0-3 años
- 4-8 años
- Más de 8 años

**B.** Nos gustaría saber su opinión respecto a la percepción de su cuerpo. Lea cada pregunta y señale con una cruz la respuesta que considere más adecuada.

	Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						



6. ¿Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9. ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)?						
14. Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
24. ¿Te ha preocupado que la gente vea "linitas" en tu cintura?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras personas sean más delgadas que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar						

demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
29. Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?						
34. La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

**C.** Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con una cruz la alternativa elegida.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
10. A veces pienso que no sirvo para nada				

**¡Muchas Gracias!**

**Protocolo de relevamiento de datos: link digital**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfSspjHhqCF4dvvZBSSCs1DEePnhRIE84RITOE43fNY7IB\\_Rw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfSspjHhqCF4dvvZBSSCs1DEePnhRIE84RITOE43fNY7IB_Rw/viewform?usp=sf_link)