

Estado nutricional y conductas alimentarias de riesgo: un análisis en pacientes sometidos a cirugía bariátrica de Tucumán

Nutritional status and risky eating behaviors: an analysis in patients who underwent bariatric surgery in Tucumán

LIC. ESP. CORDERO MARÍA LAURA, LIC. CAROLINI MARÍA ITALIA

Instituto Superior de Estudios Sociales (ISES). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Universidad Nacional de Tucumán (UNT), Argentina.

Correspondencia: Lic. Esp. María Laura Cordero. lcordero@ises.org.ar

Recibido: 19/12/2016 . **Envío de revisiones al autor:** 21/03/2017. **Aceptado en su versión corregida:** 15/05/2017.

Resumen

Introducción. En Tucumán, la obesidad tiene cada vez mayor prevalencia. La cirugía bariátrica es la intervención sugerida ante fracasos reiterados de tratamientos convencionales. Posteriormente, las personas deben adecuarse a una nueva figura corporal y adoptar nuevos estilos de vida. En la literatura nacional, es frecuente el reporte de tratamientos exitosos según indicadores antropométricos, no así de estudios que consideren la perspectiva psicológica en las conductas de alimentación. Los objetivos de este trabajo son: a) Valorar indicadores antropométricos en adultos tucumanos intervenidos mediante cirugía bariátrica, b) Identificar si existe asociación entre los indicadores antropométricos, técnica quirúrgica y sexo, c) Describir la presencia de conductas alimentarias de riesgo, y d) Detectar diferencias en las conductas alimentarias de riesgo según el porcentaje de exceso de índice de masa corporal perdido.

Materiales y método. Estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo en adultos intervenidos mediante cirugía bariátrica en la provincia de Tucumán, Argentina. Se analizaron indicadores antropométricos. Se aplicó el Inventario de Conductas Alimentarias de Riesgo. Se realizaron análisis univariados y bivariados con el paquete estadístico SPSS v19.

Resultados. Se trabajó con 89 adultos. El 68,5% fueron mujeres, la edad promedio fue de 40,1 años y el 57,3% fue intervenido mediante gastroplastía en manga. Se encontraron diferencias significativas en los indicadores antropométricos previos y transcurridos 12 meses de la cirugía ($p=0,01$). El 91% presentó un porcentaje de exceso de índice de masa corporal perdido considerado satisfactorio. Se detectaron conductas alimentarias riesgosas, las dimensiones Deseos de Adelgazar, Insatisfacción Corporal y Alexitimia presentaron las medias más elevadas luego de 12 meses de la intervención (Medias: 9,95; 10,43; 9,23; respectivamente).

Conclusión. Si bien los indicadores antropométricos son exitosos, se detectaron conductas riesgosas en relación con la alimentación que requiere un abordaje interdisciplinario.

Palabras clave: Cirugía Bariátrica, Estado Nutricional, Conducta Alimentaria, Obesidad.

Abstract

Introduction. In Tucuman, obesity is becoming more and more prevalent. Bariatric surgery is the intervention suggested after repeated failures of conventional treatments. Later, people must adapt to a new body figure and adopt new lifestyles. In the national literature, reporting successful treatment is frequent following anthropometric indicators, but there are no studies that consider the psychological perspective upon eating behaviors. The objectives of this study are: a) To assess anthropometric indicators among adults in Tucuman who underwent bariatric surgery, b) To identify if there is any association between anthropometric indicators, surgical technique and sex, c) To describe the presence of risky eating behaviors, and d) To detect differences in risky eating behaviors following the percentage of lost excess of BMI.

Materials and methods. Descriptive, comparative and quantitative study in adults with obesity that underwent bariatric surgery in the province of Tucuman, Argentina. Anthropometric indicators were analyzed. Food Inventory Risk Behavior was applied. Univariate and bivariate analyzes were performed with SPSS v19.

Results. 89 adults participated in the study. 68.5% were women; the average age was 40.1 years old and 57.3% was operated using sleeve gastrectomy. Significant differences were found between previous anthropometric indicators and 12 months after the surgery ($p=0.01$). 91% had a percentage of lost excess of body mass index (BMI) considered satisfactory. Risky dietary behaviors were detected, the dimensions Desire to Lose Weight, Body Dissatisfaction and Alexithymia proved to be the highest averages after 12 months of intervention (Averages: 9.95, 10.43, 9.23, respectively).

Conclusion. Even though anthropometric indicators were successful, risky behaviors in relation to food intake were detected, that require an interdisciplinary approach.

Keywords: Nutritional Status, Eating Behavior, Obesity, Bariatric Surgery.

Introducción

La obesidad es una pandemia global de índole multifactorial que presenta un acelerado incremento en las últimas décadas (1). Un reciente estudio asevera que, si esta tendencia se mantiene, en el año 2025, el 19,5% de los habitantes del planeta será obeso y el 7,5% presentará obesidad severa. Este informe, además reveló que Argentina lidera el ranking en las prevalencias de Sudamérica (2).

La provincia de Tucumán no escapa a esta realidad. Las series de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo evidencian un incremento de la tasa de prevalencia de obesidad desde 17,2% en el año 2003, hasta el 21,6%, en 2013 (3), superando la media nacional. Reportes del Ministerio de Salud provincial indican que alrededor de 200.000 personas se encuentran afectadas por esta enfermedad, de las cuales el 15% presenta alto riesgo (4).

Las personas obesas suelen presentar patrones de ingesta alimentaria anormal, alta prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria así como trastornos psiquiátricos (5), por lo que su abordaje involucra no solo la salud física, sino también la salud mental.

Cuando los tratamientos convencionales de la obesidad fracasan de manera reiterada, se indica la cirugía bariátrica dado que existen evidencias favorables de sus resultados en la reducción de peso (6). En Tucumán, desde la incorporación del tratamiento de la obesidad al Programa Médico Obligatorio, se implementa esta intervención en candidatos con obra social que cumplen los criterios de elegibilidad, especialmente obesos mórbidos y personas con obesidad que presentan comorbilidades asociadas.

Luego de la intervención quirúrgica, las personas pueden presentar algunos síntomas psicológicos dado que deben adecuarse a una nueva figura corporal y adoptar nuevos estilos de vida (7). Se ha documentado que entre los rasgos psicológicos más frecuentes de estos pacientes se encuentran las conductas bulímicas y la insatisfacción corporal (8). Estos aspectos son de interés, por cuanto las alteraciones psicopatológicas concomitantes pueden perjudicar la recuperación postoperatoria (8). En el área de estudio de la cirugía bariátrica, si bien se dispone de algunos antecedentes que valoran

estas intervenciones, en general los enfoques analizan indicadores bioquímicos, antropométricos y la remisión de comorbilidades, sin considerarse las conductas vinculadas a los alimentos (9, 10). En este sentido, los objetivos de este trabajo son a) Valorar indicadores antropométricos en adultos tucumanos intervenidos mediante cirugía bariátrica, b) Identificar si existe asociación entre los indicadores antropométricos, técnica quirúrgica y sexo, c) Describir la presencia de conductas alimentarias de riesgo, y d) Detectar diferencias en las conductas alimentarias de riesgo según el porcentaje de exceso de índice de masa corporal perdido.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo durante el año 2014.

Mediante un muestreo intencional se trabajó con adultos intervenidos quirúrgicamente que asistieron a controles periódicos en una institución médica privada de San Miguel de Tucumán, Provincia de Tucumán, Argentina.

La población elegible estuvo representada por todos los pacientes de ambos sexos, que fueron sometidos a cirugía bariátrica y alcanzaron los 12 meses bajo control posoperatorio. Fueron excluidos aquellos pacientes con edad inferior a 20 o superior a 65 años, quienes no concurren regularmente a los controles médicos, rehusaron participar o abandonaron el seguimiento. También se excluyeron protocolos dudosos o con al menos una respuesta incompleta.

Variables analizadas

Sexo: Masculino o Femenino.

Tipo de intervención: Gastroplastía en Manga (técnica restrictiva) o By Pass Gástrico (técnica mixta).

Índice de Masa Corporal (IMC): A partir de los registros de Talla (T - m.-) y Peso (P - kg. -) de las historias clínicas se calculó el IMC previo a la cirugía (IMC inicial) y cumplidos los 12 meses de la intervención (IMC final). Se aplicó la fórmula $IMC = P/T^2$. Se clasificó considerando los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud, la cual propone

que un IMC con valores comprendidos entre 18,5 y 24,9 kg/m², corresponde a un peso normal; IMC entre 25 - 29,9 kg/m² significa sobrepeso; IMC entre 30 - 34,9 kg/m² se considera obesidad I; IMC entre 35 - 39,9 kg/m², obesidad II; y valores ≥ 40 kg/m² implican obesidad III o mórbida.

Porcentaje de Exceso de Índice de Masa Corporal Perdido (PEIMCP) (11, 12): se determinó al cabo de los 12 meses de la cirugía. La fórmula aplicada fue PEIMCP = [(IMC inicial- IMC final/IMC inicial-25) x 100]. A partir del mismo se consideran los resultados como *excelentes* si el PEIMCP supera el 65%, como *buenos* cuando la pérdida se encuentra entre un 50-65% y como *fracasos* si la misma es inferior al 50%.

Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR): se trabajó con el Inventario de Conductas Alimentarias (ICA), validado para la población argentina (13). Consiste en la versión adaptada del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (14), el instrumento de cribado más usado en el mundo sobre este tipo de trastornos (15). A través de su empleo, se busca dar cuenta de rasgos psicológicos clínicamente relevantes en la población con trastornos alimentarios. Los participantes del estudio respondieron los enunciados cerrados mediante una escala Likert de cuatro puntos (*siempre, generalmente, a veces, nunca*). Estos enunciados correspondieron a 10 dimensiones psicológicas que evalúan la presencia de síntomas asociados con desórdenes alimentarios (Deseos de Adelgazar, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza, Alexitimia, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social). Para el análisis de las dimensiones, se calculan puntajes brutos que luego son convertidos a percentiles. Cuando en la dimensión se encuentran valores superiores al percentil 90, se considera indicativo de alta probabilidad de presentar un trastorno de la conducta alimentaria (14). La aplicación del ICA fue auto-administrada, una vez cumplidos los 12 meses de la cirugía.

Análisis estadístico

La información fue procesada con el programa SPSS versión 19 que permitió el análisis univariado y bivariado. Se calcularon prevalencias. Para identi-

ficar asociación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de χ^2 con un valor de $p \leq 0,05$.

Para las variables cuantitativas se empleó la prueba t para muestras relacionadas, al comparar las diferencias en P e IMC previo y posterior a la intervención; mientras que la prueba t para muestras independientes permitió contrastar las dimensiones del ICA entre los pacientes con pérdida de peso satisfactoria (categorías bueno y excelente del indicador PEIMCP) e insatisfactoria (personas con PEIMCP categorizado como fracaso). En ambos casos se consideró como valor de significación estadística un $p \leq 0,001$.

Aspectos éticos

El trabajo se desarrolló conforme a los principios proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las Normas éticas instituidas por el Código de Núremberg de 1947, la Declaración de Helsinki de 1964 y sus sucesivas enmiendas y clarificaciones y las normas Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Se prestó especial atención a lo normado por la ley Nacional 25.326 modificada por ley 26343/08 de Protección de datos personales, su reglamentación y normas que la complementan y perfeccionan. Se consideraron los aspectos relativos a la recolección y tratamiento de datos personales. La recolección se realizó de acuerdo al Artículo 4º, mediando en todos los casos autorización escrita en la que constó el consentimiento libre, expreso e informado en los términos de los Artículos 5º y 6º. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Departamento de Epidemiología del Sistema Provincial de Salud de Tucumán.

Resultados

De un total de 156 pacientes bajo control post quirúrgico que cumplieron los criterios de inclusión (población elegible), aceptaron y firmaron consentimiento informado el 57% (89 personas).

En cuanto a la composición de la muestra, el 68,5% perteneció al sexo femenino, la edad pro-

medio fue de 40,12 años (Desvío Estándar-DE: $\pm 11,33$) (Tabla 1). El 57,3% fue intervenido mediante gastroplastía en manga; el porcentaje restante, mediante bypass gástrico.

En la Tabla 1, se presentan los valores medios (x) y desvíos estándar (DE) de las características antropométricas de la muestra total estudiada y discretizada según sexo.

Las diferencias entre el peso inicial y final fueron significativas [Dif. Media: 48,63 kg (IC 95%: 44,26; 52,98) $p < 0,001$], al igual que los valores de IMC antes y después de la intervención [Dif. Media: 32,63 kg/m^2 (IC 95%: 39,76; 25,49) $p < 0,001$].

En la Tabla 2, se advierte la distribución inicial de las categorías de estado nutricional según

IMC y transcurridos 12 meses de la intervención quirúrgica. Al inicio, el 86,5% de la muestra presentó obesidad de grado III. Luego de la cirugía, se encontró una redistribución con predominio de sobrepeso (36,11%) y obesidad de grado I (25%).

En cuanto al PEIMCP, la valoración se concretó en 72 pacientes debido a la pérdida de casos. De este total, el 73,61% reportó una pérdida excelente, 13,89% buena y 9% tuvo un descenso de peso categorizado como fracaso. No se evidenciaron asociaciones según el sexo o el tipo de intervención quirúrgica y el PEIMCP (Tablas 3 y 4).

Para la valoración de las conductas alimentarias de riesgo, se trabajó con una submuestra integra-

Tabla 1. Características de la muestra total y según sexo (n=89).

Variables	Muestra total			Masculino			Femenino		
	N	X	DE	N	X	DE	N	X	DE
Edad [años]	89	40,12	11,33	28	40,68	13,39	61	39,87	10,36
Peso inicio [Kg]	89	136,05	30,16	28	159,42	34,89	61	125,32	20,38
Peso final [Kg]	72	87,36	20,45	23	98,72	20,93	49	82,04	18,08
Talla [m]	89	1,68	0,09	28	1,78	0,09	61	1,65	0,06
IMC inicial [kg/m^2]	89	47,52	7,94	28	50,17	8,77	61	46,31	7,29
IMC final [kg/m^2]	72	30,58	6,31	23	30,88	5,43	49	30,44	6,74

N: Número de casos, X: Media, DE: Desvío Estándar. **Resaltado:** diferencia de medias significativas calculada mediante prueba t para muestras relacionadas ($p < 0,001$)

Tabla 2. Distribución de pacientes según estado nutricional medido por el Índice de Masa Corporal (IMC) previo y a los 12 meses de la cirugía bariátrica (n=89).

Categorías	IMC inicial		IMC final	
	N	%	N	%
Peso Normal	-	-	14	19,44
Sobrepeso	-	-	26	36,11
Obesidad I	3	3,40	18	25,00
Obesidad II	9	10,10	6	8,33
Obesidad III	77	86,50	8	11,11
Total	89	100	72	100

Tabla 3. Distribución de pacientes (total y por sexos) según evaluación del Porcentaje de Exceso de Índice de Masa Corporal Perdido (PEIMCP) (n=72).

PEIMCP	Total		Masculino		Femenino		p	X2
	N	%	N	%	N	%		
Excelente	53	73,61	18	78,26	35	71,43	0,54	0,38
Bueno	10	13,89	3	13,04	7	14,29	0,89	NA
Fracaso	9	12,50	2	8,70	7	14,29	0,50	NA
Total	72	100	23	100	49	100		

p: significancia estadística calculada mediante X2, NA: No Aplica.

Tabla 4. Porcentaje de Exceso de Índice de Masa Corporal Perdido (PEIMCP) según tipo de intervención quirúrgica (n=72).

PEIMCP	Gastroplastía		By Pass		p	X2
	N	%	N	%		
Excelente	32	74,42	21	72,41	0,85	0,36
Bueno	4	9,3	6	20,69	NA	1,88
Fracaso	7	16,28	2	6,9	NA	1,39
Total	43	100	29	100		

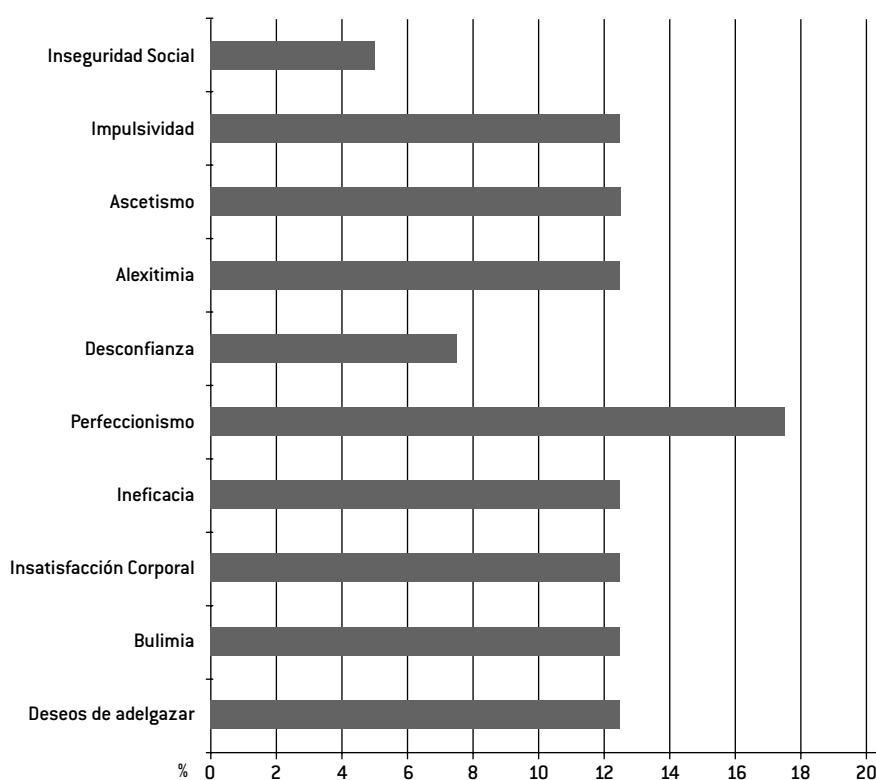
p: significancia estadística calculada mediante X2, NA: No Aplica

Tabla 5. Valoración media según los registros en las Dimensiones y significados del Inventario de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Dimensión	Significado (11)	X	DE
Deseos de adelgazar	Necesidad de estar mucho más delgado o temor a ser gordo.	9,95	5,07
Bulimia	Comportamientos que implican comer de manera excesiva.	3,33	3,68
Insatisfacción Corporal	Perturbación de la imagen corporal.	10,43	7,39
Ineficacia	Inseguridad, desamparo, baja autoestima, soledad.	6,30	5,58
Perfeccionismo	Creencias de que los demás esperan conductas exitosas.	7,45	4,46
Desconfianza	Necesidad de mantenerse alejado de las personas.	6,18	3,73
Alexitimia	Imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.	9,23	4,53
Ascetismo	Tendencia a comportarse de manera virtuosa.	6,70	3,98
Impulsividad	Hiperactividad, hostilidad.	8,93	5,11
Inseguridad Social	Percepción de que las relaciones sociales son tensas, desagradables.	7,28	4,99

X: media; (DE): Desvío Estándar.

Figura 1. Presencia de conductas alimentarias de riesgo en la muestra estudiada (n=40).



da por 40 participantes, dado la presencia de encuestas incompletas (10 protocolos) y el rechazo de algunos pacientes a participar en esta instancia de la investigación (22 casos). La Tabla 5, describe los significados de las dimensiones analizadas y los valores encontrados, detectándose que los Deseos de Adelgazar, la Insatisfacción Corporal y la Alexitimia presentaron puntuaciones medias más elevadas al cabo de los 12 meses de la intervención. La Figura 1, muestra que la dimensión Perfeccionismo

(17,5%) fue la más reportada por la población encuestada, mientras que las dimensiones Deseos de Adelgazar, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Alexitimia, Ascetismo e Impulsividad superaron el percentil 90 en el 12,5% de la muestra estudiada.

Por último, la dimensión Insatisfacción Corporal reveló diferencias significativas, donde el mayor puntaje se encontró entre los participantes cuyo PEIMCP reveló fracaso de la intervención (Tabla 6).

Tabla 6. Dimensiones del Inventario de Conductas Alimentarias según Porcentaje de Exceso de Índice de Masa Corporal Perdido (PEIMCP).

Dimensiones	PEIMCP	N	X	DE	DX	p
Deseo de Adelgazar	Fracaso	3	12,33	6,11	2,57	0,41
	Satisfactorio	37	9,76	5,03		
Bulimia	Fracaso	3	5,67	4,93	2,53	0,25
	Satisfactorio	37	3,14	3,58		
Insatisfacción corporal	Fracaso	3	23,33	4,04	13,95	0,01
	Satisfactorio	37	9,38	6,58		
Ineficacia	Fracaso	3	12,00	9,64	6,16	0,06
	Satisfactorio	37	5,84	5,06		
Perfeccionismo	Fracaso	3	8,00	3,61	0,59	0,83
	Satisfactorio	37	7,41	4,56		
Desconfianza	Fracaso	3	5,67	4,04	-0,55	0,81
	Satisfactorio	37	6,22	3,77		
Alexitimia	Fracaso	3	13,67	6,43	4,80	0,08
	Satisfactorio	37	8,86	4,26		
Ascetismo	Fracaso	3	8,00	1,00	1,41	0,56
	Satisfactorio	37	6,59	6,59		
Impulsividad	Fracaso	3	10,67	9,61	1,88	0,55
	Satisfactorio	37	8,78	4,78		
Inseguridad social	Fracaso	3	6,00	6,08	-1,38	0,65
	Satisfactorio	37	7,38	4,99		

X: Media, DE: Desvío Estándar, DX: Diferencia de medias, p: significancia estadística calculada mediante prueba t para muestras independientes.

Discusión

Los beneficios de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad refractaria a tratamientos convencionales han sido ampliamente reseñados (9-12). Sin embargo, los mismos parecerían explicar las mejoras en cuanto a los aspectos clínicos más que psicológicos, siendo limitados los estudios que articulen estas miradas multidisciplinares (6-8).

La literatura científica reporta cambios significativos en el IMC a consecuencia de la intervención quirúrgica (18-20) coincidentes con los hallazgos del presente trabajo donde se advirtió una reducción significativa del IMC en 32,63 kg/m² promedio. Así, en este estudio, el 91% de los pacientes tucumanos tuvo un descenso de peso satisfactorio. Este hallazgo, se suma al acervo de antecedentes que refuerzan a la cirugía bariátrica como la intervención de elección (21).

En Tucumán, la mayoría de las instituciones que realizan esta práctica quirúrgica son de tipo privado, aunque eventualmente se practican cirugías en uno de los tres hospitales públicos de adultos. Las técnicas que se aplican pueden ser de tipo restrictiva, cuando buscan limitar la ingesta a partir de la reducción de la capacidad gástrica; como es el caso de la Gastroplastía en Manga, o el Bypass gástrico, donde se combinan procedimientos que afectan la

absorción y también se reduce la capacidad gástrica. El empleo de diferentes técnicas obedece a la necesidad de alcanzar mejores resultados y con la menor cantidad de complicaciones quirúrgicas (anemia, déficit de vitaminas liposolubles, síndrome de dumping, entre otras). Estudios previos que comparan las técnicas restrictivas y mixtas evidencian mejores resultados con el bypass gástrico (22-24), sin embargo, en el presente trabajo la técnica empleada no se asoció al PEIMCP de los pacientes evaluados. Resultaría interesante un seguimiento prolongado para detectar eventuales asociaciones que podrían manifestarse luego del año.

Por otra parte, si bien se documenta una predominancia del sexo femenino en la demanda e indicación de estas cirugías, no se ha registrado, en antecedentes o en el presente estudio, asociación entre el sexo y la magnitud del descenso de peso (25).

Respecto a los rasgos psicológicos, se han reportado mejoras en la calidad de vida posteriores a la intervención a partir de diferentes instrumentos (26), sin registrarse la exploración de conductas alimentarias de riesgo en pacientes de Argentina. El análisis en este trabajo permitió detectar que, habiendo transcurridos 12 meses desde la intervención, las personas registraron elevados deseos de estar mucho más delgados y perturbación en

la imagen corporal. Semejantes resultados se encontraron en dos estudios españoles publicados, a partir de la aplicación del ICA (27, 28). Además, la insatisfacción con el propio cuerpo se asoció al fracaso de la intervención.

Resulta importante destacar que, si bien los indicadores antropométricos analizados indicarían una intervención exitosa, un importante porcentaje manifestó temor a ser gordos, conductas bulímicas, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, imposibilidad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales, tendencias a comportamientos virtuosos e impulsividad. Este hallazgo resulta relevante dado que estas dimensiones se han asociado, en otros trabajos, a una probabilidad de trastorno de la conducta alimentaria (6, 29, 30). Otros autores han descripto la importancia de la salud mental en el éxito del tratamiento (31, 32).

En el contexto local, resultaría de interés que, herramientas de cribado tales como el Inventario de Conductas Alimentarias, sean consideradas en las evaluaciones de rutina del paciente bariátrico a los fines de poder valorar la magnitud de los cambios en los rasgos psicológicos. Por otra parte, los resultados presentados permiten reflexionar acerca de la periodicidad de las consultas que autorizan las obras sociales durante el seguimiento po-

soperatorio (controles) y cómo las mismas pueden contribuir al éxito del tratamiento a largo plazo.

Como limitaciones de este trabajo se puede mencionar, en una primera instancia la baja participación y la pérdida de casos durante el transcurso de los 12 meses de la intervención, situación que condicionó los análisis estadísticos, especialmente al considerar las dimensiones del ICA. Esto podría vincularse a que se trata de una temática especialmente sensible en el contexto de este tipo de intervenciones y patología. Sin embargo, consideramos que los resultados de este trabajo son valiosos dado que se sustentan en apreciaciones de pacientes comprometidos con su tratamiento y los controles, a la vez que constituye, hasta donde conocemos, el primer estudio local en documentar aspectos nutricionales y psicológicos de pacientes bariátricos.

Para concluir, se destaca la importancia de la producción de conocimientos científicos integrados en la aproximación de problemas de salud actuales, tales como la obesidad. A través del estudio de las conductas de alimentación riesgosas de los pacientes bariátricos, este trabajo aporta herramientas para la comprensión y abordaje de esta intervención en la provincia, a la vez que propone nuevas líneas de investigación en el área de la nutrición y la psicología.

Referencias bibliográficas

- Chagnon YC, Rankinen T, Zinder EE, et al. The human obesity gene map: the 2002 update. *Obes Res.* 2003; 11 (3): 313-67.
- NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *The Lancet.* 2016; 387(10026): 1377-1396.
- Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. 2013. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública. Gobierno de Tucumán. Unos 200.000 tucumanos padecen obesidad y el 15% son "mórbidos". 2014. Disponible en: <http://msptucuman.gov.ar/unos-200-000-tucumanos-padecen-obesidad-y-el-15-son-morbidos/>.
- Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales Sis San Navarra.* 2011; 34(2): 253-261.
- Crespo Rosales ML, Ruiz Cala, S. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas Médica.* 2006; 47 (2): 157-176.
- Álvarez Valdeita MS. Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica. Valencia. Universidad de Valencia, 2012.
- Delgado Calvete C, Morales Gorriá MJ, Maruri Chimenó I y col. Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2002; 30 (6): 376-381.
- Ocón Bretón J, Pérez Naranjo S, Gimeno Laborda S, Benito Ruesca P, García Hernández R. Effectiveness and complications of bariatric surgery in the treatment of morbid obesity. *Nutr. Hosp.* 2005; 20(6): 409-414.
- Velasco N, Häberle S, Alfaro R, Araya A, Lancellotti D. Experiencia en cirugía bariátrica en un hospital regional. *Rev Chil Cir.* 2008; 60(2): 108-115.
- Larrad A, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cirugía Española.* 2004; 75(5): 301-304.
- Gutiérrez Hervás AI; Reig García-Galbis M; Rizo Baeza MM y col. Unidades de medida utilizadas en los tratamientos para reducir el peso y la obesidad: Revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2014; 30(3): 478-485.

13. Casullo MM, Pérez M. Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICA). Buenos Aires. Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA, 2003.
14. Garner DM. Eating Disorder Inventory -2, Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
15. Rutzstein G, Maglio AL, Armatta AM, Leonardelli. Adaptación lingüística y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un estudio piloto. 2006. Presentado en XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
16. Castro Parga ML. Efectividad y seguridad derivados del empleo de balones intragástricos en el tratamiento de la obesidad. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela, 2012.
17. Castillo Camacho, KJ. Evolución del peso y parámetros bioquímicos en pacientes postoperados de cirugía bariátrica en el centro médico ISSEM y M Toluca, 2013. Toluca. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, 2014.
18. Van-der Hofstadt Román, CJ. Evolución de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. BMI. 2016; 6(1): 954-961.
19. Cánovas Gailllemin B, Sastre Martos J, Moreno Segura G y col. Comparación de resultados previos y posteriores a la aplicación de un protocolo de actuación en cirugía bariátrica. Nutr. Hosp. 2011; 26(1): 116-121.
20. Giraldo Villa A, Serna López AM, Mustiöla Calleja KG y col. Factores relacionados con la pérdida de peso en una cohorte de pacientes obesos sometidos a bypass gástrico. Nutr Hosp. 2013; 28(3): 623-630.
21. Mateo Gavira, I, Vilchez López FG, Cayón Blanco M y Col. Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. Nutr Hosp. 2014; 29(3): 508-512.
22. Fernando Carrasco F, Klaassen JL, Papapietro K y col. Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Rev. Méd. Chile. 2005; 133(6): 699-706.
23. Buchwald H, Buchwald JN. Evolution of operative procedures for the management of morbid obesity 1950-2000. Obes Surg. 2002; 12(5): 705-17.
24. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2004.
25. Sabench Pereferrer F, Hernández González M, Abelló Salas y col. Obesidad mórbida: factores predictivos postquirúrgicos y priorización de la lista de espera. Rev. Esp. Enferm. 2005; 97(3): 161-169.
26. Dymek M, Le Grange D, Neven R, Alberdi J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after roux en y gastric bypass: a brief report. Obes Surg. 2001; 11(1): 32-39.
27. Gómez MS. Análisis en población obesa mórbida de los cambios en cuanto a hábitos alimentarios, personalidad, malestar psicológico y calidad de vida tras la cirugía bariátrica y la asociación con la pérdida de peso postcirugía. Extremadura. Universidad de Extremadura, 2015.
28. Arriagada Solar MI. Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2015.
29. Behar R, Gramagna G, Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2014; 52(2): 103-114.
30. Taiariol M. La imagen corporal del obeso antes y después de la cirugía bariátrica interpretada a través del test proyectivo. Dibujo de la Figura Humana. BMI. 2012; 2.4.1, 107-115.
31. Segal, A, Kusunoki, DK, Larino, MA. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. Obesity surgery. 2004; 14(3): 353-360.
32. Clark M, Balsinger B, Sletten C, et al. Psychosocial Factor and 2-year Outcome Following Bariatric Surgery for Weight Loss. Obes Surg. 2003; 13 (5): 739-745.

El consumo de
bebidas alcohólicas
debe ser responsable.

Los niños,
adolescentes y
mujeres embarazadas
no deben consumirlas.



10º MENSAJE
DE LAS
GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA
POBLACIÓN ARGENTINA