

Creencias en obesidad y cirugía bariátrica: análisis de contenido para diseñar una escala

María Victoria González¹, María Antonia Rodríguez²

Pontificia Universidad Católica del Ecuador¹,

Pontificia Universidad Católica del Perú²

El objetivo de este estudio fue describir el proceso por el cual se generaron los ítems de una escala de creencias en obesidad y cirugía bariátrica mediante métodos mixtos. Participaron 22 pacientes bariátricos, ecuatorianos entre 22 y 50 años ($M = 37.5$, $DE = 8.91$). Se construyó, validó y aplicó una entrevista semiestructurada; la información se procesó mediante análisis de contenido dirigido por las dimensiones del Modelo de creencias en salud. Las creencias variaron en función de características sociodemográficas y clínicas, particularmente edad, sexo, técnica quirúrgica y evolución. El nivel de susceptibilidad, gravedad y beneficios percibidos se asoció principalmente a las consecuencias de perder el bienestar psicológico y aceptación social. Además, se encontró una mayor percepción de barreras en tres subpoblaciones: mujeres, personas que experimentaron emociones negativas y quienes reportaron menos soporte social.

Palabras clave: obesidad, cirugía bariátrica, Modelo de creencias en salud, métodos mixtos, análisis de contenido.

Obesity and bariatric surgery beliefs: Content analysis to design a scale

We describe the process by which items of a belief scale in obesity and bariatric surgery were generated using mixed methods. Participants were 22 Ecuadorian bariatric patients between 22 and 50 years old ($M = 37.5$, $SD = 8.91$). A semi-structured interview was constructed, validated, and conducted. The information was analyzed using directed content analysis, guided by the Health Belief Model. The beliefs varied according to sociodemographic and clinical characteristics, particularly age, sex, surgical technique, and postoperative evolution. The level of susceptibility, severity and benefits were mainly associated with the consequences of the loss of psychological well-being and social acceptance. Meanwhile, a greater perception of barriers was found in women, people who experienced negative emotions and those with less social support.

Keywords: obesity, bariatric surgery, Health belief model, mixed methods, content analysis.

¹ Psicóloga clínica, Candidata doctoral por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Profesora auxiliar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dirección postal: Av. 12 de Octubre 1076 y Vicente Ramón Roca, PUCE, Torre 1, 5º piso, Quito – Ecuador. Dirección electrónica: mgonzalez505@puce.edu.ec

² Ph.D. en Psicología Clínica con una concentración en la salud y una maestría en Psicología de Yeshiva University en EE.UU. Profesora asociada de la PUCP y Northcentral University en EE.UU. Dirección postal: Av. Universitaria 1801 San Miguel, Lima 32, Lima – Perú. Dirección electrónica: marodriguez@pucp.edu.pe

Crenças em obesidade e cirurgia bariátrica: Análise de conteúdo para desenho de escala

Descreve-se o processo pelo qual foram gerados os elementos de uma escala de crenças em obesidade e cirurgia bariátrica utilizando métodos mistos. Um total de 22 pacientes foram envolvidos, equatorianos entre 22 e 50 anos ($M = 37.5$, $DP = 8.91$). Uma entrevista semiestruturada foi elaborada, validada e aplicada, sendo as informações processadas por meio de uma análise de conteúdo orientada pelas dimensões do Modelo de crenças em saúde. As crenças variaram de acordo com as características sociodemográficas e clínicas, particularmente idade, sexo, técnica cirúrgica e evolução. O grau de susceptibilidade, gravidade e benefícios percebidos está ligado principalmente às consequências de perda de bem-estar psicológico e de aceitação social. Enquanto, uma maior percepção de barreiras foi encontrada em três subpopulações: mulheres, pessoas que experimentaram emoções negativas e aquelas que relataram menos apoio social.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, Modelo de crenças em saúde, métodos mistos, análise de conteúdo.

Croyances relatives à l'obésité et à la chirurgie bariatrique: analyse de contenus pour construire une échelle de mesure

Description du processus qui a permis d'élaborer les items d'une échelle de mesure des croyances relatives à l'obésité et à la chirurgie bariatrique au moyen de méthodes mixtes. 22 patients bariatriques, équatoriens et âgés de 22 à 50 ans participèrent ($EM = 37.5$, $S = 8.91$). Un questionnaire semi-structuré fut conçu, validé et appliqué ; l'information fut traitée en appliquant une analyse de contenu basée sur les paramètres du modèle de croyances en Santé. Les croyances varièrent en fonction de caractéristiques socio-démographiques et cliniques, notamment l'âge, le sexe, la technique chirurgicale et l'évolution. Le niveau de susceptibilité, de gravité et d'avantages perçus furent essentiellement associés aux conséquences de la perte du bien-être psychologique et de l'acceptation sociale. Bien qu'une perception plus grande des obstacles ait été observée dans trois sous-populations: les femmes, les personnes qui ont éprouvé des émotions négatives et celles qui ont déclaré moins de soutien social.

Mots-clés : obésité, chirurgie bariatrique, modèle de croyances en santé, méthodes mixtes, analyse de contenu.

La obesidad es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica y recurrente cuyo síntoma principal es el almacenamiento de tejido adiposo, al que pueden añadirse distintas comorbilidades (Organización Mundial de la Salud, 2020). Aunque su etiología es múltiple, la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas, producto del ambiente *obesogénico* -sedentarismo y alimentación hipercalórica- propios de la contemporaneidad (DeAngelo et al., 2017; Piché et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, desde el año 1975 la población con obesidad se ha triplicado, calculándose que en el año 2016 habían 650 millones de afectados (World Health Organization (WHO), 2018). Asimismo, informes de la OMS indican que en año 2014, 62.8% de la población ecuatoriana tenía sobrepeso u obesidad y, según la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2017), solo en el año 2017 se diagnosticaron 100000 nuevos casos en el país. En cuanto a las comorbilidades, para este mismo año, el 17% de ecuatorianos de entre 20 y 29 años tenía hipercolesterolemia y el 9.3% de entre 18 y 59 años, hipertensión arterial. Por su parte, la diabetes mellitus afectaba al 3.4% de la población entre 40 y 49 años; al 10.3% de la población de entre 50 y 59 años; y al 15.2% de los adultos mayores. Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyeron la principal causa de mortalidad prematura entre los ecuatorianos (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Frente a la evidencia de fracaso de los tratamientos convencionales en obesidad, la cirugía bariátrica (CB) es un procedimiento de primera elección (International Federation for the surgery of obesity and bariatric surgery (IFSO), 2019). La CB corresponde al nivel de prevención terciaria y tiene como objetivo el control de las complicaciones físicas y/o psiquiátricas de la obesidad (Lecube et al., 2017). Sin embargo, su efectividad está condicionada al nivel de adherencia al tratamiento

a largo plazo, sobre todo, dieta y ejercicio (Adler et al., 2018; Groven et al., 2013).

En el Ecuador, se estima que se realizan 1000 CB anualmente (Redacción Médica Ecuador, 2017). Pese a la creciente demanda de CB, las investigaciones que se han llevado a cabo en el país son muy limitadas. Las pocas que han podido rastrearse, se plantean mayoritariamente desde el enfoque médico o nutricional (Arteaga et al., 2018; León et al., 2018; Negrete et al., 2015) y muy escasamente consideran aspectos de orden psicológico tales como la autoestima y la calidad de vida de esta población (Romero-Urréa et al., 2018; Suñol et al., 2018).

Pese a que los equipos interdisciplinarios de CB insisten en la reeducación del paciente, ya en el primer año postquirúrgico se reportan bajas tasas de cumplimiento (Hood et al., 2018). Este hallazgo, ha impulsado el interés por estudiar las conductas de adherencia frente a tratamientos drásticos. Uno de los enfoques más utilizados para ello, es el Modelo de creencias en salud (MCS) (Hochbaum, 1958). Su idea central es que las creencias (ideas o expresiones verbales) que tiene una persona influyen en los patrones comportamentales que se ponen en marcha en respuesta a la necesidad de prevenir o enfrentar una enfermedad (Stretcher & Rosenstock, 1997).

El MCS ha demostrado capacidad predictiva sobre las conductas en salud (Calderón et al., 2018; Villar et al., 2017). Uno de los primeros estudios realizados desde este enfoque, fue precisamente en obesidad (Becke et al., 1977). El MCS sigue vigente y es posible encontrar estudios muy recientes aplicados al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (Al-Noumani et al., 2019; Mascioli & Davis, 2019; Neelakandan et al., 2018; Swaleh & Yu, 2018).

Las creencias, entendidas desde el marco conceptual de la teoría cognitiva, son entidades no observables, nacen de las interacciones sociales, se plantean como verdaderas y no requieren demostración (Ellis, 1975). Aunque las creencias se expresan individualmente, son el producto de la interacción de la persona con su cultura y el resultado del legado de las generaciones que la precedieron (Ellis, 1975). Por tanto, las pautas comportamentales relacionadas con la salud

resultan del aprendizaje y la sistematización de patrones familiares y de grupos más amplios que modelan la concepción y las decisiones que toman las personas (Bush & Iannotti, 1988). Así, las creencias pasan a formar parte de la estructura de la personalidad y tienden a ser consistentes a lo largo del ciclo vital (González, 2004; Kaufman et al., 2015). Esto explica cómo un aumento en la información sobre hábitos saludables debería incrementar las conductas pro salud, pese a lo cual un alto porcentaje de la población continúa practicando conductas de riesgo, tal como se ha demostrado en condiciones como el tabaquismo o el manejo de la diabetes tipo 2 (Grzywacz et al., 2014; Hoseini et al., 2014; Pisano González & González Pisano, 2014).

El MCS considera cuatro dimensiones: (a) percepción de susceptibilidad, (b) percepción de gravedad, (c) barreras percibidas y (d) beneficios percibidos (Rosenstock, 1974). Así, para que una persona ejecute una acción concreta para evitar o enfrentar una enfermedad, debe creer que es susceptible de sufrirla, que contraerla le traerá consecuencias graves y que tomar una alternativa, sorteando ciertas limitaciones, podría reducir tales consecuencias. Becker et al. (1977) redefinieron el MCS e incorporaron factores modificantes que provocan diferentes *arousals* en la manifestación de las creencias tales como variables demográficas, sociales y psicológicas (Goong et al., 2016).

Los hallazgos en población bariátrica norteamericana, indican que las percepciones de susceptibilidad y gravedad, se generan a partir del deterioro que la obesidad produce a causa de las comorbilidades (Prasad et al., 2014); las mayores barreras para el cumplimiento de la dieta son la dificultad de autocontrol y las complicaciones cotidianas (Westerveld & Yang, 2016); para el ejercicio, la falta de tiempo, de motivación y el dolor físico (Beltrán-Carrillo et al., 2019); mientras que, los principales beneficios son la remisión de comorbilidades, el mejoramiento de la salud y de la apariencia (Sasdeli et al., 2018).

El presente estudio propone que cada cultura tiene su propio repertorio de creencias y comprensión de la salud, de ahí que es importante estudiar estas variables de forma contextualizada (Breilh, 2010; Cabrera et al., 2001; Tham & Letendre, 2014). La estrecha relación

entre la cultura, la comida y los comportamientos alimentarios requiere un análisis riguroso donde las diferencias entre las distintas poblaciones se tomen en cuenta. Se ha encontrado, por ejemplo, que en inmigrantes hispanos candidatos a CB residentes en los Estados Unidos, el impacto de la aculturación aumenta su vulnerabilidad a conductas como la adicción a la comida (Lawson et al., 2019); así también se resalta la preferencia por el chocolate en hispanos que comen por ansiedad, frente a población española (Osman & Sobal, 2006); en CB, se ha encontrado diferencias en los resultados posquirúrgicos en las distintas etnias del Asia (Koh et al., 2019), siendo que los japoneses tienen los mejores resultados y los malayos los peores, medidos en términos de porcentaje de exceso de peso perdido. Los hallazgos se relacionaron con distintos estilos de vida, preferencias alimentarias, pero también, con el nivel de educación, factores socio económicos y tasas de seguimiento post operatorio.

De acuerdo con nuestro conocimiento, en el Ecuador no hay instrumentos que permitan evaluar creencias en obesidad y CB, lo que sugiere que los equipos de salud ignoran cuáles son las expectativas de adherencia luego de la cirugía, de quiénes se pueden esperar mejores resultados y de qué variables dependería su mantenimiento. Además, dada su estabilidad incluso frente a la experiencia de tratamientos invasivos, es importante considerar el impacto de las creencias a lo largo de los procesos de salud – enfermedad (Beltrán-Carrillo et al., 2019; Schure et al., 2019; Shahin et al., 2019).

Con estos antecedentes, el objetivo de esta investigación fue describir el proceso por el cual se generaron los ítems de una escala de creencias en obesidad y CB a partir de un análisis de contenido. Se realizó un estudio de carácter mixto mediante la construcción y validación de una entrevista semiestructurada; la información se procesó mediante un análisis de contenido de tipo dirigido frecuencial – relacional y las categorías de análisis resultantes se construyeron a partir de las cuatro dimensiones del MCS.

Método

Participantes

La selección de participantes se realizó en una clínica privada en la ciudad de Quito. Se utilizó muestreo teórico, eligiendo los casos paralelamente al procesamiento y análisis de los datos, hasta llegar a la saturación teórica. Los criterios de inclusión para los participantes fueron: (a) hombres y mujeres ecuatorianos entre 22 y 50 años, divididos en dos grupos: de 22 años a 34 años 11 meses y de 35 a 50 años; (b) intervenidos con cirugía bariátrica, con técnica de bypass o manga gástrica; (c) tiempo post operatorio: 2 a 3 años, respecto del momento de la recolección de los datos (Lecaros et al., 2015), independientemente de la evolución. Conformaron la muestra 22 participantes, 13 mujeres (59%) y 9 hombres (41%); la media de la edad fue de 37.5 años y la desviación estándar, 8.91. El 68% estaba casado o vivía en pareja y el 32%, era soltero. El detalle de las características clínicas consta en la Tabla 1 (Insertar Tabla 1). El 40.9% fue intervenido con manga gástrica y el 59.09% con bypass gástrico y en todos los casos las comorbilidades asociadas, remitieron. El 77% de los participantes pertenecía a estrato socioeconómico alto; el 18%, a medio alto; y el 5%, a medio típico (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2011).

Para la conformación del grupo de participantes se consideró la revisión bibliográfica previa sobre el tema, lo que orientó en datos tales como edad promedio de cirugía, técnicas quirúrgicas de primera elección, entre otros (Salinas & Cárdenas, 2009).

Este estudio se acogió a las normas éticas internacionales (Asociación Médica Mundial, 2008). Fue aprobado por dos comités de ética de investigación debido a que es una exigencia de la legislación ecuatoriana, país donde se recogieron los datos (Corrales, 2010; Vance, 2014). Por otra parte, el trabajo constituye parte de una tesis de investigación doctoral (Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), 2011). Hay que indicar que los entrevistados participaron voluntariamente; todos firmaron previamente un consentimiento informado y a cada uno se le asignó un código para el manejo confidencial de sus datos.

Medición

El constructo *creencias en obesidad y cirugía bariátrica*, se adaptó del MCS y se definió como las ideas y verbalizaciones sobre: (a) la obesidad como enfermedad y (b) la CB como tratamiento. Sobre esta definición, se adaptaron las cuatro dimensiones del MCS:

- Percepción de susceptibilidad: Creencias sobre el riesgo de volver a ganar peso, recuperar comorbilidades o generar condiciones *de novo*, físicas o psicológicas, luego de la CB.
- Percepción de gravedad: De los efectos que tendría en la salud y en los resultados de la CB la falta de adherencia a dieta y ejercicio.
- Barreras percibidas: Impedimentos o limitaciones intrínsecas o extrínsecas que interfieren en la adherencia, luego de la cirugía.
- Beneficios percibidos: Consecuencias positivas de la CB.

Las dimensiones, así planteadas, se recogieron a través de una entrevista semi estructurada, cuyo proceso de construcción y características se describen en el apartado siguiente.

Procedimiento

Siguiendo el modelo que proponen McGartland et al. (2003), la entrevista se diseñó a partir de la revisión de la teoría y de estudios con metodología mixta. El instrumento incluyó 11 preguntas generales y 6 sub-preguntas basadas en las dimensiones del MCS, referidas a las creencias sobre la obesidad y CB. Con el fin de asegurar el nivel de validez del estudio y el rigor metodológico, se realizó una evaluación de la delimitación conceptual de las dimensiones del constructo *creencias en obesidad y CB*, así como del contenido de las preguntas. Participaron 11 expertos en CB: siete psicólogos clínicos, dos psiquiatras, una nutricionista y un licenciado en enfermería (Corral, 2009). A cada uno se le proveyó de dos matrices para la evaluación (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Todos los expertos estuvieron de acuerdo en la descripción del constructo, por lo que se mantuvo la propuesta original. Para obtener el grado de ajuste, se calculó el Coeficiente de validez de contenido V

de Aiken (1980). Todas las preguntas obtuvieron V superiores a .75 ($p = .95$) por lo que se conservaron. Tras realizar cambios mínimos en la redacción, se logró una versión definitiva del instrumento que se administró de forma piloto, luego de lo cual tampoco fue necesario hacer ajustes.

El levantamiento de la información tomó dos meses. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos. Su contenido fue íntegramente grabado y transcrito con el fin de mantener intacta la intención de los participantes. Se respetaron todas las verbalizaciones, incluyendo conductas audibles así como términos propios de la región (Schilling, 2006).

Se definió como unidad de análisis, a un segmento de texto dentro de cada pregunta, que era comprensible por sí mismo y remitía a una idea relacionada con las dimensiones del modelo, a la que se asignaría un código. Todo el proceso de codificación se realizó manualmente (Zhang & Wildemuth, 2009). La decisión de no utilizar programas informáticos obedeció, en primer lugar al hecho de que se trató de un estudio con una muestra pequeña, manejable para el equipo de investigadores (Creswell, 1998). Por otra parte, aunque los softwares pueden ser útiles para gestionar los datos, de todas maneras las decisiones en relación a cómo dar forma al proceso de análisis, requiere necesariamente la participación de los investigadores (Alexa & Züll, 1999). Finalmente, la meticulosidad del proceso de análisis, que se refleja en la transparencia de los resultados obtenidos, exige la prolijidad y el tiempo que el equipo invierte en la discusión de los hallazgos (Schilling, 2006).

El libro de códigos, se organizó en cinco columnas: (1) categorías, correspondientes a las dimensiones del MCS; (2) subcategorías, para las distintas facetas de las categorías; (3) definición de cada subcategoría; (4) ejemplos “tipo” y (5) reglas de codificación (Zhang & Wildemuth, 2009). Con las primeras cinco entrevistas, las investigadoras realizaron una lectura sistemática y simultáneamente formaron la primera versión del libro de códigos (Glaser & Strauss, 1977).

Con el fin de triangular los datos, se sumaron dos psicólogos clínicos. En sucesivas reuniones, realizadas por cada nuevo grupo de

cinco entrevistas analizadas, el equipo discutía las decisiones de codificación, revisaba la consistencia del material y corregía y afinaba el libro de códigos. Desde la entrevista número 15, no se requirió construir más códigos ni reformular los existentes. La comparación constante no evidenciaba nuevas relaciones entre los códigos, lo que indicaba que se alcanzó saturación teórica.

Resultados

La información recogida fue deconstruida y reducida a 517 citas, agrupadas en 101 códigos. Se contabilizaron: 69 citas para susceptibilidad, 72 para gravedad, 137 para barreras, 189 para beneficios y 50 para temas no relacionados con el MCS. Con el fin de asegurar la confiabilidad del proceso de análisis, se consideraron las notas de campo metodológicas, personales y teóricas (Zhang & Wildemuth, 2005). El material se sometió a análisis de contenido de tipo dirigido, frecuencial y relacional. Tras el cálculo de las frecuencias de los códigos, se realizó un análisis semántico de la información y se establecieron relaciones (Amezcuza & Gálvez, 2002). La Tabla 2 resume la frecuencia de los códigos por características sociodemográficas (Insertar Tabla 2).

Percepción de susceptibilidad

Se preguntó a los pacientes, en una escala del uno al diez, qué tan probable creían que sería volver a ganar peso, tener comorbilidades o generar otras complicaciones ahora que están operados. Las respuestas no registraron citas con una percepción de intensidad moderada. Noventa y cinco citas hicieron referencia a una alta probabilidad de ocurrencia (percepción de 9 y 10) argumentando que la falta de adherencia es crucial para mantener los resultados de la CB:

Yo creo que sí, en mi forma de ver. Pienso que sí se podría volver a ganar peso si es que me descuidase en la alimentación. Sí se puede recuperar el peso y volver a lo que se tenía. Si no se cumple, claro (Mujer, 47 años).

Contrariamente, quienes mostraron una baja percepción de susceptibilidad (112 citas) es decir, quienes calificaron la intensidad de su percepción con 1 o 2 en la escala propuesta, confiaban en el efecto fisiológico de la CB e insistían en que solo transgresiones muy importantes a la adherencia podrían afectarles. Esto se registró en tres subpoblaciones: pacientes entre 22 y 35 años (82%); solteros (71%) y quienes presentaban malestar, pero no comorbilidad antes de la cirugía (67%).

Yo creería que no, lo que pasa es que cuando uno tiene ya el estómago reducido, uno trata de priorizar lo que tiene que comer... pero netamente no porque usted se esté cuidando, sino que su estómago es reducido y ya no entra la misma cantidad de comida (Mujer, 23 años).

Percepción de gravedad

La mayoría de las citaciones (184) referían a que sería muy grave volver a ganar peso, volver a tener comorbilidades u otras complicaciones de salud (puntuación de 9 o 10, en una escala del 1 al 10). Solo 29 citaciones expresaban una baja percepción. Tampoco se registraron percepciones de intensidad media en esta dimensión. La percepción de gravedad se asoció a consecuencias que se agruparon en dos grandes categorías con una frecuencia muy similar: complicaciones físicas (91 citaciones) y complicaciones psicológicas (93 citaciones).

El nivel de gravedad mostró diferencias según género. Las mujeres dieron más importancia a las consecuencias psicológicas (51.4%), es decir, temor de volver a sentirse frustradas, deprimidas o fracasadas. Las pocas citaciones de baja percepción (3 citas) se asociaron a consecuencias físicas. En contraste, para los varones, las consecuencias físicas fueron más importantes (51.5%): volver a tener comorbilidades, sentir cansancio físico o falta de agilidad. Así mismo, entre los hombres se registraron más citaciones de bajo nivel de percepción (8 citas).

En cuanto a grupo de edad, estado civil y técnica quirúrgica, la gravedad asociada a consecuencias físicas se registró mayormente en el grupo de más de 35 años (81%) y en los operados con bypass (76%):

Eso para mí sería lo más terrible porque yo tengo artrosis de rodillas, soy operado y en Traumatología ya me dieron el alta por lo que bajé de peso y ya no hay esa molestia ...[reganar peso] sería para mí lo peor (Operado con bypass, 50 años).

En contraste, el grupo más joven (91.2%), los solteros (71.4%) y quienes no presentaban comorbilidad previa (68%), asociaron una alta percepción de gravedad a aspectos de orden psicológico, principalmente, volver a sentir emociones negativas, desmejorar su vida social y ver afectada su autoestima. Respecto de la autoestima, las siguientes viñetas ponen de manifiesto dos de sus aspectos. Primero, la competencia, es decir, la experiencia de eficacia para manejar su condición y para adaptarse al tratamiento post quirúrgico:

Yo creo que [volver a ganar peso] sería bastante grave empezando por el tema de la autoestima porque yo veo que se operan por salud, pero eso demostraría también que no tuve el suficiente carácter para hacerlo, que faltó voluntad, que me descuidé completamente, entra bastante el tema de autoestima (Hombre, 24 años).

Y, segundo, el merecimiento personal, es decir, el sentimiento resultante de la evaluación que el participante hace de sí mismo en torno a su obesidad:

Sí, muy grave [volver a ganar peso], por la autoestima, la autoestima de uno ha subido, ya no me siento, ¿cómo decir?, como un animal raro ¿no? [Antes] me sentía burlado, mofado por todos los compañeros por la gente, era el ojo de la gente ¿no? Del grupo. Sí, del grupo, porque era “Ve ese gordo”, “Ve como está” Entonces me sentía con la autoestima por el suelo (Hombre, 27 años).

Los que mostraron baja percepción de gravedad, justificaban que la reganancia de peso es un fenómeno relacionado con la evolución propia de la CB (varones 15.2%) o con estados como el embarazo y la menopausia (mujeres 8.1%): “Bueno eso no lo considero muy grave. Porque es algo que quizás después de dar a luz, pasa. Uno por lo general gana peso, puede ser eso, pero no le veo muy grave...” (Mujer, 36 años).

Barreras percibidas

Preguntados por los factores que han dificultado adherirse a la dieta, las tres barreras más citadas fueron la dificultad para cambiar los hábitos, lidiar con la presión social y con los estados emocionales (ansiedad, estrés, depresión). Con menos frecuencia se mencionaron: el costo de los alimentos, la dieta monótona y las intolerancias alimentarias (8.2%).

La dificultad para cambiar hábitos fue mayor en las mujeres (37.6%), los casados o viviendo en pareja (50%) y los del grupo mayor a 35 años (48,9%). Las mujeres indican que es complejo cocinar dos menús distintos en casa; para los casados, es difícil conjugar su dieta con las preferencias alimentarias de su familia y tener que comprar comida “especial” solo para ellos; y los mayores de 35 años, piensan que es demasiado complejo romper viejos hábitos: “Es complicado mantener una dieta para toda la vida. No sé si le pase a los demás, pero yo creo que ningún paciente va a hacer dieta toda su vida” (Hombre, 37 años).

La presión social para comer en exceso o ingerir alimentos indebidos, se encontró principalmente en los solteros, que suelen tener una vida social más amplia (51.5%) y respecto de las variables clínicas, en quienes perdieron menos peso (75%): “En cambio mis hermanas me dicen: <<ay ya ves de gana te operaste, porque ahora no comes, ay que no comes, ay que te llevas, ay no te da vergüenza>>” (Mujer, 50 años). Las mujeres (16 citaciones) y los jóvenes (10 citaciones) explicaron que cuando están expuestos a situaciones ansiógenas, o frente a conflictos interpersonales, suelen picotear, tener atracones o saltar comidas.

Las barreras para el ejercicio fueron principalmente tres: dificultad para habituarse, falta de tiempo y malestar físico. Los menores de 35 años (42.6%) y los solteros (53.8%) referían la falta de voluntad para tomar el hábito de ejercitarse, porque encontraban placer en otras actividades (dormir más tiempo o dedicarse a actividades sociales). Los casados o en pareja indicaban que las actividades familiares impedirían el establecimiento de una rutina de ejercicios (36.8%).

La falta de tiempo fue la barrera más citada entre las mujeres (44.4%) quienes argumentaron tener múltiples tareas a su cargo como labores del hogar, cuidado de hijos o familiares enfermos y la profesión. Los casados/en pareja (46.2%) citaron respuestas muy similares. El malestar físico (debilidad muscular, dolor articular, lesiones) fue la barrera más citada entre los varones (66,7%) quienes también mencionaron: la distancia al gimnasio, el tener más hambre luego de ejercitarse (que se asociaba a reganancia de peso), mal clima, entre otras. No hubo diferencias importantes de esta dimensión en relación con las variables clínicas.

Beneficios percibidos

El mejoramiento general de la salud es el beneficio más citado, principalmente entre los jóvenes (37.2%) y los solteros (36.1%), quienes referían que antes de la CB se veían restringidos para realizar una serie de actividades propias de su edad y su estado civil como bailar, salir de excursión, o realizar deportes grupales. Términos como “más vital”, “más ágil” y “menos aburrido”, fueron utilizados para describir su salud luego de la CB. Mientras que los operados con bypass (85%) mencionaban que ya no requerían medicación para el control de las comorbilidades, los sometidos a manga gástrica tuvieron un porcentaje de este tipo de citaciones muy inferior (36.4%). Este grupo daba más importancia al mejoramiento de la apariencia física (52.4%) y de la vida social (67%): “Lo mejor fue curarme de la diabetes, dejando la medicina. Era horrible, horrible, muy complicado, la medicina, la insulina, inyectarme por 10 años, fue terrible” (Operada con bypass, 42 años).

En cuanto a las características sociodemográficas, solo entre los casados/en pareja, se mencionó dejar la medicación, lo que se relacionaba con un ahorro de recursos (15.6%). Los mayores de 35 años (64%) así como los que lograron bajar más peso (77%), indicaban que ahora se sienten más responsables con su salud. Ellos relataban lo complejo que había sido poder lograr un peso saludable y la crítica y la culpabilización que recibieron por ser obesos.

Los varones (21.3%) citaron con más frecuencia que las mujeres (4%), cambios positivos en la relación de pareja y con los hijos: “Igual, la relación con mi esposa ha mejorado muchísimo, entonces todo eso ha ayudado porque puedo hacer más cosas con ellos, soy más ágil” (Casado, 47 años). El beneficio más citado entre los solteros (16.4%), los jóvenes (13.9%) y los varones (12.4%) fue el aumento de la autoestima, lo que no ocurrió en los mayores de 35 años (2.9%) ni en las mujeres (4%). La población femenina manifestó con más frecuencia beneficios estéticos (19%) pero no tanto el mejoramiento de la autoestima (4%).

Bueno primero la salud porque ya no volver a sentir las molestias que uno sentía, es lo mejor. Bueno, a ver yo fui una de las pocas personas gordas que realmente no le afectó en cuanto a mi personalidad, a mi ego, porque sé que afecta a muchas personas la autoestima, a mí en ese aspecto nunca me afectó para nada (Mujer, 48 años).

A partir de los resultados precedentes, se generaron 25 ítems (Apéndice B) que conformarán una escala de creencias en obesidad y CB cuya descripción detallada y propiedades psicométricas se reportarán en otra publicación.

Discusión

El objetivo de este estudio fue describir el proceso por el cual se generaron los ítems de una escala de creencias en obesidad y cirugía bariátrica mediante métodos mixtos. El análisis de contenido dirigido por las dimensiones del MCS permitió confirmar sus principios y ampliarlos a partir de las relaciones encontradas en la población de estudio. La exhaustividad de las relaciones encontradas entre las dimensiones del modelo y los factores sociodemográficos y clínicos, se logró en tanto se respetó el criterio de saturación teórica (Glaser & Strauss, 1977) y la triangulación interdisciplinaria (Rodríguez et al., 2006), fundamental para la contrastación de datos. Los aspectos éticos incluyeron el acercamiento a la realidad de cada participante de manera holística y el respeto a su libertad (Rubio et al., 2003).

Los hallazgos descritos ilustran cómo las creencias influyen en la evaluación de la obesidad y de su tratamiento. Este estudio encontró que las variables sociodemográficas —edad y género— y las clínicas —técnica quirúrgica y presencia de comorbilidad previa— son las de mayor influencia.

En relación con la gravedad y la susceptibilidad percibidas, las respuestas encontradas fueron dicotómicas (percepciones extremas). La literatura explica que este estilo de pensamiento es propio de los pacientes obesos y se relaciona con una personalidad rígida y con baja tolerancia a la frustración, lo que afecta la adherencia (Rogerson et al., 2016). Incluso, estudios como los de Watson et al. (2020) explican que esta es la razón por la que muchos pacientes posbariátricos desarrollan patrones restrictivos de alimentación, parecidos a los de la anorexia nerviosa, precisamente debido a sus tendencias obsesivas. Se ha encontrado también que la rigidez es más acusada en población obesa mórbida comparada con obesos menos severos (van Hout, van Oudheusden et al., 2006).

El nivel de susceptibilidad percibida de reganar peso se relacionó inversamente con el grado en que se atribuía el éxito de la CB a su efecto fisiológico. Los jóvenes, los solteros y quienes no tenían comorbilidades antes de la CB, son poblaciones más proclives a negar su propia importancia como agentes de cambio en la pérdida de peso que aquellos con alta percepción de susceptibilidad (Elfhag & Rossner, 2005). No se encontró diferencias en relación con el sexo, lo que difiere de otras publicaciones como la de van Hout, van Oudheusden et al. (2006) que refieren un menor locus de control en población femenina. Las diferencias de género también se han relacionado con el hecho de que las mujeres obesas son más vulnerables a tener psicopatología que los varones (Perdue et al., 2020) por lo que es esperable mayor impulsividad y estilos atribucionales disfuncionales.

En general, la población estudiada tiene un alto nivel de gravedad percibida. Es decir, interpreta a la obesidad como una enfermedad con importantes repercusiones sobre la calidad de vida, cuyos efectos no desearían volver a experimentar. La población femenina y los jóvenes,

en su mayoría asociaron la gravedad de la reganancia de peso a consecuencias psicológicas. Esto informa sobre una historia de presión social, autocrítica y mala calidad de vida debido a su condición (Beltrán-Carrillo et al., 2019). Por otra parte, en la población obesa que busca tratamiento quirúrgico se ha reconocido una elevada prevalencia de psicopatología, principalmente, depresión (Srivatsan et al., 2018). Watson et al. (2020) resaltan el impacto de la historia de discriminación previa y cómo esta se relaciona con conductas alimentarias disfuncionales en pacientes posbariátricas.

Otros autores (Meadows & Higgs, 2019; Williams & Annandale, 2019) también proponen una relación directa entre los años de evolución de la obesidad, la experiencia de discriminación y la presencia de psicopatología en población femenina. En nuestro estudio, no consideramos como variable el tiempo de evolución de la obesidad, por lo que no podemos concluir si la percepción de gravedad de reganancia de peso relacionada a consecuencias psicológicas, se asocia a esta variable, sin embargo, podría ser interesante considerarla en futuros trabajos.

Tampoco se encontraron diferencias de género significativas en el nivel de percepción de gravedad. En esto, nuestros hallazgos difirieron de otros estudios donde las mujeres presentan niveles más altos (Bullivant et al., 2019). La percepción de gravedad asociada a consecuencias físicas se encontró en pacientes de mayor edad y en quienes fueron intervenidos con bypass. En el primer caso, por la etapa del ciclo vital que atraviesan, parecería que hay más conciencia de la prevención de enfermedades (Bautista-Castaño et al., 2004), así como una mejor gestión de las emociones que favorece conductas pro salud (López-Pérez et al., 2017); y en el segundo, por las experiencias de sufrimiento relacionadas con intervenciones quirúrgicas, uso de medicina continua y dolor físico (Prasad et al., 2014). Esto es consistente con los hallazgos referentes a la calidad de vida de estos pacientes, en los que obtienen puntuaciones muy bajas, principalmente en Función física (Bond et al., 2012). Estos resultados también dan luces sobre la motivación que los diferentes grupos humanos tienen al optar por la CB.

La obesidad es generalmente el producto de una historia de hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, por lo que hay una resistencia a modificarlos. Esto fue encontrado independientemente de las características socio demográficas o clínicas, tanto para el cumplimiento de dieta como de ejercicio.

En cuanto a la dieta, esta es muy restrictiva en la fase posquirúrgica temprana (aproximadamente, los primeros tres meses). Pasada esta etapa, aunque la variedad de alimentos permitidos se amplía, resulta muy complejo lograr habituarse a largo plazo a una serie de indicaciones como la elección consciente de la comida, el cumplimiento de porciones y la evitación de grasas y azúcares (Peacock et al., 2016). Esto implica renunciar a patrones inadecuados de alimentación y lograr nuevos aprendizajes. En un estudio (Sarwer et al., 2008) en el que se evaluaba la adherencia a la dieta, incluso pacientes que habían tenido un buen desempeño inicial, tendían a decaer significativamente tras 92 semanas luego de la intervención. Aunque se describen una multiplicidad de barreras para la dieta (Rogerson et al., 2016; Sharifi et al., 2013) las de tipo interno (problemas para habituarse, alteraciones en el estado de ánimo) son las más comunes y las que más impactan en la reganancia de peso (Hammarström et al., 2014; Peacock et al., 2016; Reyes et al., 2012).

Las estadísticas informan (Zabatiero et al., 2016) que previo a la CB, los pacientes obesos ocupan el 80% de su tiempo de vigilia de forma sedentaria y que luego de la cirugía, ese tiempo solo se reduce en un 10%, llegando a invertir un máximo del 5% del día en ejercicio físico moderado. Las barreras para el ejercicio descritas por los participantes en este estudio, son similares a las que arrojan otros (Bond et al., 2014; Zabatiero et al., 2016) donde la falta de tiempo, el dolor o la falta de disciplina son las percepciones más comunes.

El soporte social parece jugar un importante papel en la adherencia a la dieta, aunque desde contextos distintos (Pratt et al., 2016). Las redes de apoyo social pueden alentar o desalentar los comportamientos de salud y, en última instancia, el desarrollo de la obesidad. Nuestros resultados sugirieron que mientras que los más jóvenes se

enfrentaron a la presión de amigos o compañeros de trabajo, el grupo de los que reganaron más peso, las mujeres y los casados, lo hicieron frente al juicio y la crítica de su familia (Montanari, 2003). Una excepción se encontró, en los pacientes con obesidad tipo 3, quienes no percibieron que la interacción social haya interferido en la adherencia, quizá porque debido a la gravedad de su condición, tienden a ser más ansiosos e introvertidos y, por tanto, evaden las situaciones sociales (Pratt et al., 2016).

Sin embargo, el impacto de las redes de apoyo social ha arrojado resultados mixtos en la población bariátrica. Por tanto, también es posible que los pacientes con mayor obesidad prequirúrgica no sean capaces de discriminar estresores como la presión social y, por ende, esto no se haya evidenciado en sus entrevistas. Martinelli et al. (2020) y Reiter-Purtill et al. (2019) reportan que pacientes jóvenes con niveles de obesidad más graves, pero con puntuaciones en salud mental que reflejan buena adaptación, usan como mecanismo de defensa la minimización del sufrimiento afectivo.

La presencia de emociones negativas, estrés emocional y ansiedad, fueron barreras para el cumplimiento a la dieta tanto en jóvenes como en mujeres. Se ha establecido la relación directa entre emociones negativas, pérdida de control al comer y resultados post quirúrgicos pobres (Williams-Kerver et al., 2020). Se ha descrito que los jóvenes obesos tienen mayor dificultad para el manejo de eventos ansiógenos y les resulta más complejo establecer relaciones interpersonales satisfactorias, lo que les genera conflictos. Además, suelen confundir los estados emocionales con la sensación de hambre y saciedad (Williams-Kerver et al., 2020). Según las investigaciones, un tercio de los jóvenes obesos presenta psicopatología y el 75% de ellos la padecerá de por vida (Dreber et al., 2015). Las mujeres, por su parte están expuestas al desbalance en la división de responsabilidades del hogar, lo que les somete a más estrés que los varones y las vuelve más proclives a usar la comida como recompensa (Marquez et al., 2016).

Con independencia del estado preoperatorio y la evolución, los participantes encontraron que el mayor beneficio de la CB, es el

mejoramiento general de la salud y todos afirmaron que volverían a tomar la decisión de operarse. Vale decir que la calidad de vida del paciente obeso y en particular de los que buscan la CB es extremadamente reducida (Duarte et al., 2017).

Es paradójico, que los mismos espacios de socialización que se amplían a partir de la CB se constituyen luego en una fuente de malestar (Hansen & Dye, 2018). Las mujeres aceptaban que su red social se había ampliado, atribuyéndolo al mejoramiento del aspecto físico, pero a la vez, evocaban con malestar experiencias pasadas de discriminación, por lo que les parecía injusto ser ahora valoradas por su apariencia. La evocación de memorias negativas, muchas veces de cariz intrusivo, se explica como el efecto de un proceso de internalización del estigma que han experimentado a lo largo de su vida y del que es difícil deshacerse (Watson et al., 2020).

Respecto de la autoestima -entendida como el producto de la interrelación del sentido de eficacia y de merecimiento personal (Branden, 1969)- las respuestas no evidenciaron la experiencia de un cambio positivo, sobre todo en el componente de merecimiento (auto respeto, auto valoración) de las entrevistadas. Otros estudios (Cherick et al., 2019; Dymek et al., 2002; Hult et al., 2019) que sí reportan un aumento en este aspecto, incluyen pacientes con postoperatorios de seis meses o máximo un año lo que podría explicar esta divergencia. Se conoce (Maddi et al., 2001; van Hout, Boekestein et al., 2006) que una normalización de la función psicosocial se puede obtener en los dos primeros años tras la cirugía, cuando la mayoría de pacientes han logrado una reducción de peso sustancial, sin embargo, en adelante, el peso tiende a estabilizarse, e incluso a incrementar, lo que hace que el mejoramiento psicológico inicial disminuya e incluso regrese a los niveles previos a la CB. En contraste, los hombres y los pacientes de más edad, aceptaron sin reparos que la autoestima mejoró, lo que se puede asociar con una menor experiencia de discriminación previa, considerando que los hombres están 80% menos expuestos a ello (Poves et al., 2005). Por otra parte, con los años y la madurez emocional, hay mayor capacidad para integrar aspectos negativos de la propia historia, se tiene

una autopercepción más realista y se acepta el cambio más fácilmente (Rivero, 2016).

Quienes reportaron que uno de los beneficios ha sido responsabilizarse más por la salud, registraron mayor pérdida de peso, en contraste con aquellos que tuvieron mayor reganancia, que no mencionaron esta creencia. La literatura reporta que el paciente obeso es permanentemente juzgado por no poder autocontrolar su condición (Hansen & Dye, 2018) por lo que no es extraño que bajar de peso se perciba como un logro que motive a adherirse.

Es una limitación que estos resultados no sean generalizables, pues se derivan del estudio de un grupo con características socioeconómicas muy particulares. Futuras investigaciones podrían confirmar si las conclusiones expuestas son extrapolables a la población bariátrica general. Se resalta la necesidad de evaluar las creencias en salud durante la evolución pre y postoperatoria, así como la necesidad del trabajo multidisciplinario con especial atención a subpoblaciones más vulnerables como los jóvenes, las mujeres y los obesos severos. Los hallazgos aquí descritos pueden ser útiles para orientar los focos de atención psicoterapéutica, a partir del análisis del perfil de creencias de los pacientes.

Los estudios de tipo cualitativo son particularmente interesantes para comprender los pensamientos y sentimientos de grupos humanos, pues favorecen la emergencia espontánea de información. Este estudio es el primer paso para desarrollar una escala de creencias en obesidad y cirugía bariátrica para población ecuatoriana y puede servir de fundamento para futuros estudios cuantitativos.

Referencias

- Adler, S., Fowler, N., Robinson, A. H., Salcido, L., Darcy, A., Toyama, H., & Safer, D. L. (2018). Correlates of Dietary Adherence and Maladaptive Eating Patterns Following Roux-en-Y Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 28(4), 1130-1135. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2987-9>

- Aiken, L. R. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959. <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- Al-Noumani, H., Wu, J. R., Barksdale, D., Sherwood, G., AlKhasawneh, E., & Knafl, G. (2019). Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1045-1056. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.022>
- Alexa, M., & Züll, C. (1999). *Commonalities, differences and limitations of text analysis software: the results of a review*. ZUMA Working Paper, 6, 1-29. Recuperado de https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20045/ssoar-1999-alexa_et_al-commonalities.pdf;jsessionid=F1B594CD4FA1802370E0A98EC04CEBCD?sequence=1
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis de investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(1135-5727), 15. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500005>
- Arteaga, C., Jirón, G., Sierra, V., Soriano, G., Fonseca, D., & Álvarez, L. (2018). Cambios en las concentraciones sérica de micronutrientes selectos después de cirugía bariátrica. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 28(1), 82-94. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxibib.pucp.edu.pe:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=f796d2b0-0683-42c5-bcf5-6c8cc41a68e1%40sdc-v-sessmgr03>
- Asociación Médica Mundial. (2008, October). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano*. Health Promotion Practice. Seúl. Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- Bautista-Castaño, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A., & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects.

- International *Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(5), 697-705. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802602>
- Becker, M., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D., & Drachman, R. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348-366. <https://doi.org/10.1177/0022146512436742>
- Beltrán-Carrillo, V. J., Jiménez-Loaisa, A., Jennings, G., González-Cutre, D., Navarro-Espejo, N., & Cervelló, E. (2019). Exploring the socio-ecological factors behind the (in)active lifestyles of Spanish post-bariatric surgery patients. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1626180>
- Bond, D. S., Jakicic, J. M., Unick, J. L., Vithiananthan, S., Pohl, D., Royce, G. D., ... Wing, R. R. (2014). *Pre-to Postoperative Physical Activity Changes in Bariatric Surgery Patients: Self-Report vs. Objective Measures* (Vol. 18). <https://doi.org/10.1038/oby.2010.88>.Pre-
- Bond, D. S., Unick, J. L., Jakicic, J. M., Vithiananthan, S., Trautvetter, J., CO'Leary, K., & Wing, R. R. (2012). Physical activity and quality of life in severely obese individuals seeking bariatric surgery or lifestyle intervention. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-5. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-86>
- Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-esteem*. New York: Bantan Books.
- Breilh, J. (2010). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una vision crítica de la determinacion social de la vida y la salud. En *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp. 87-125). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. <https://doi.org/http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Bullivant, B., Mitchison, D., Skromanis, S., & Mond, J. (2019). Elucidating individuals' beliefs about the severity of eating

- disorders and obesity: implications for public health programs. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, (0123456789). <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00708-6>
- Bush, P.J., & Iannotti, R.J. (1988). Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use. *Social Science & Medicine*, 27(4), 345-352. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90268-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90268-7)
- Cabrera, Tascón, J., & Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>
- Calderón, C., Carrete, L., & Vera, J. (2018). Validación de una escala de creencias de salud sobre diabetes tipo 1 para el contexto mexicano: HBM-T1DM. *Salud Pública de México*, 60(2, mar-abr), 175. <https://doi.org/10.21149/8838>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Health Psychology*, 5(3), 521-551. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705307>
- Cherick, F., Te, V., Anty, R., Turchi, L., Benoit, M., Schiavo, L., & Iannelli, A. (2019). Bariatric Surgery Significantly Improves the Quality of Sexual Life and Self-esteem in Morbidly Obese Women. *Obesity Surgery*, 29(5), 1576-1582. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03733-7>
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33), 1-20. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Corrales, M. (2010). Dirección general académica políticas de investigación de la PUCE 2010 1 Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjACahUKEwiA0em3zbTIAhUE7IAKHvzDI&url=http%3A%2F%2Fwww.fraserhealth.ca%2Fmedia%2F2>

- 011%252001%252019%2520Best%2520practices%2520in%2520retrospective%2520chart%2520review.pdf&usg=A
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- DeAngelo, L. P., Kalumuck, K. P., & Adlin, E. M. (2017). *Obesity. Magill'S Medical Guide*. Salem Press.
- Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2017). *Anuario de vigilancia epidemiológica*. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-vigilancia-epidemiologica/>
- Dreber, H., Reynisdottir, S., Angelin, B., & Hemmingsson, E. (2015). Who is the Treatment-Seeking Young Adult with Severe Obesity: A Comprehensive Characterization with Emphasis on Mental Health. *PLoS ONE*, 10(12), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145273>
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R. J., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J. P., & Gilbert, P. (2017). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PLoS ONE*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167571>
- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167571>
- Dymek, M. P., Le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2002). Quality of Life after Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. *Obesity Research*, 10(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.154>
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Ellis, A. (1975). *A new guide to rational living*. Hollywood: Prentice Hall.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1977). *The Discovery of Grounded Theory. Strategie for Qualitative Research* (Eight). Chicago: Aldine Publishing Company.

- González, T. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Revista de La Unión Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 1-6. Recuperado de www.psicolatina.org
- Goong, H., Ryu, S., & Xu, L. (2016). A structural model of health behavior modification among patients with cardiovascular disease. *Applied Nursing Research*, 29, 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.005>
- Groven, K. S., Råheim, M., Braithwaite, J., & Engelsrud, G. (2013). Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 699-708. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9471-7>
- Grzywacz, J., Arcury, T., Nguyen, H., Saldana, S., Ip, P., J., K., ... Quandt, S. (2014). Patterns and stability over time of older adult's diabetes-related beliefs. *Health Behavior Policy*, 1(2), 111-121. <https://doi.org/10.14485/HBPR.1.2.3.Patterns>
- Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C., & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention - a qualitative study of women in northern Sweden. *BMC Women's Health*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-59>
- Hansen, B., & Dye, M. H. (2018). Damned if You Do, Damned if You Don't: The Stigma of Weight Loss Surgery. *Deviant Behavior*, 39(2), 137-147. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1263081>
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study*. Washington: Government Printing Office.
- Hood, M. M., Kelly, M. C., Feig, E. H., Webb, V., & Bradley, L. E. (2018). Measurement of adherence in bariatric surgery: a systematic review. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(8), 1192-1201. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.04.013>
- Hoseini, H., Maleki, F., & Moeini, M. (2014). Investigating the effect of an education plan based on the health belief model on the physical activity of women who are at risk for hypertension.

- Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(6), 647-653. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/eds/detail/detail?vid=10&sid=283d94f5-b836-4d86-a8e5-52a9d83780f6%40sessionmgr4004&hid=4103&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtGl2ZQ%3D%3D#AN=99932546&db=a9h>
- Hult, M., Bonn, S. E., Brandt, L., Wirén, M., & Lagerros, Y. T. (2019). Women's Satisfaction with and Reasons to Seek Bariatric Surgery-a Prospective Study in Sweden with 1-Year Follow-up. *Obesity Surgery*, 29(7), 2059-2070. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03834-3>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- International Federation for the surgery of obesity and bariatric surgery (IFSO). (2019). May 2019: Message from the President. Recuperado de <https://ifso.com/pdf/newsletter/ifso-newsletter-may-2019.pdf>
- Kaufman, A., Koblit, A., Persoskie, A., Ferrer, R., Klein, W., Dwyer, L., & Park, E. (2015). Factor Structure and Stability of Smoking-Related Health Beliefs in the National Lung Screening Trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(3), 1-9. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv091>
- Koh, Z. J., Tai, B. C., Kow, L., Toouli, J., Lakdawala, M., Delko, T., ... Shabbir, A. (2019). Influence of Asian Ethnicities on Short- and Mid-term Outcomes Following Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obesity Surgery*, 29(6), 1781-1788. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03716-8>
- Lawson, J. L., Goldman, R. L., Swencionis, C., Wien, R., Persaud, A., & Parikh, M. (2019). Examining Food Addiction and Acculturation Among a Hispanic Bariatric Surgery-Seeking Participant Group. *Obesity Surgery*, 29(7), 2151-2157. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03799-3>

- Lecaros, J., Mandich, C., Díaz, F., & Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1504-1512. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8515>
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., ... Casanueva, F. F. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(7), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- León, B., Hernández, J., Perón, I., Valle, A., & Caiza, M. (2018). Obesidad como estado proinflamatorio y cirugía bariátrica. *Novedades. Medicinencias UTA*, 2(3), 2-10. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i3.108.2018>
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Márquez-González, M. (2017). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 501-522. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1286>
- Maddi, S. R., Ross Fox, S., Harvey, R. H., Lu, J. L., Khoshaba, D. M., & Persico, M. (2001). Reduction in Psychopathology following Bariatric Surgery for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 11(6), 680-685. <https://doi.org/10.1381/09608920160558605>
- Marquez, B., Anderson, A., Wing, R.R., West, D.S., Newton, R.L., Meacham, M., Hazuda, H.P., Peters, A., Montez, M.G., Broyles, S.T., Walker, M., & Evans-Hudsnall, G. (2016). The relationship of social support with treatment adherence and weight loss in Latinos with type 2 diabetes. *Obesity*, 24(3), 568-575. <https://doi.org/10.1002/oby.21382>
- Martinelli, V., Cappa, A., Zugnoni, M., Cappello, S., Masi, S., Klersy, C., Pellegrino, E., Muggia, C., Cavallotto, C., Politi, P., Bruno, F., Mineo, N., Peri, A., Lobascio, F., Chiappedi, M., Dakanalis, A., Pietrabissa, A., & Caccialanza, R. (2020). Quality of life and psychopathology in candidates to bariatric surgery: relationship with BMI class. *Eating and Weight Disorders - Studies on*

- Anorexia, Bulimia and Obesity*, (0123456789), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00881-z>
- Mascioli, B. A., & Davis, R. (2019). Health-protective eating style among students at a Canadian university. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, August. <https://doi.org/10.1037/cbs0000145>
- McGartland, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Meadows, A., & Higgs, S. (2019). Internalised Weight Stigma Moderates the Impact of a Stigmatising Prime on Eating in the Absence of Hunger in Higher- but Not Lower-Weight Individuals. *Frontiers in Psychology*, 10(MAY), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01022>
- Montanari, M. (2003). *El mundo en la cocina: historia, identidad e intercambios*. Buenos Aires: Paidós.
- Neelakandan, B. V., Gopalakrishnan, S., Ramachandran, H., R, A., & Gopichandran, V. (2018). Health Beliefs Regarding Uptake of Hypertension Screening in an Urban Setting: A Population Segmentation Strategy. *International Journal of Medicine and Public Health*, 8(1), 11-17. <https://doi.org/10.5530/ijmedph.2018.1.3>
- Negrete, J. R., Ayala, A. V., & Guadalupe, R. A. (2015). Cirugía para la obesidad y sus efectos metabólicos. Artículo de revisión. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 33(2), 89-99. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/944>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Notas descriptivas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Salud en las Américas*. Recuperado de <https://www.paho.org/>

- salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes-de-pais/ecuador&lang=es
- Osman, J. L., & Sobal, J. (2006). Chocolate cravings in American and Spanish individuals: Biological and cultural influences. *Appetite*, 47(3), 290-301. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.04.008>
- Peacock, J. C., Schmidt, C. E., & Barry, K. (2016). A Qualitative Analysis of Post-operative Nutritional Barriers and Useful Dietary Services Reported by Bariatric Surgical Patients. *Obesity Surgery*, 26(10), 2331-2339. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2096-1>
- Perdue, T. O., Schreier, A., Swanson, M., Neil, J., & Carels, R. (2020). Majority of female bariatric patients retain an obese identity 18-30 months after surgery. *Eating and Weight Disorders*, 25(2), 357-364. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0601-3>
- Piché, M.-È., Auclair, A., Harvey, J., Marceau, S., & Poirier, P. (2015). How to Choose and Use Bariatric Surgery in 2015. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(2), 153-166. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.12.014>
- Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). (2011). *Comité de ética para la investigación con seres humanos y animales: Reglamento y manual de procedimientos*. Recuperado de <http://vicerrectorado.pucp.edu.pe/investigacion/comite-de-etica/>
- Poves, I., Macías, G., Cabrera, M., Situ, L., & Ballesta, C. (2005). Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), 192-195. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000300007&script=sci_arttext&tlng=es
- Prasad, C., Batsis, J. A., Lopez-Jimenez, F., Clark, M. M., Somers, V. K., Sarr, M. G., & Collazo-Clavell, M. L. (2014). Risk perception of obesity and bariatric surgery in patients seeking

- treatment for obesity. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(6), 692-703. <https://doi.org/10.1177/2047487312466904>
- Pratt, K. J., Balk, E. K., Ferriby, M., Wallace, L., Noria, S., & Needleman, B. (2016). Bariatric Surgery Candidates' Peer and Romantic Relationships and Associations with Health Behaviors. *Obesity Surgery*, 26(11), 2764-2771. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2196-y>
- Redacción Médica Ecuador. (2017, April 27). *En Ecuador la cirugía bariátrica es cada vez más accesible para el paciente*. Recuperado de <https://www.redaccionmedica.ec/>
- Reiter-Purtill, J., Ley, S., Kidwell, K. M., Mikhail, C., Austin, H., Chaves, E., Rofey, L. D., Jenkins, T. M., Inge, T. H., & Zeller, M. H. (2019). Change, predictors and correlates of weight-and health-related quality of life in adolescents 2-years following bariatric surgery. *International Journal of Obesity*. <https://doi.org/10.1038/s41366-019-0394-0>
- Reyes, N. R., Oliver, T. L., Klotz, A. A., LaGrotte, C. A., Vander Veur, S. S., Virus, A., Bailer, B. A., & Foster, G. D. (2012). Similarities and Differences between Weight Loss Maintainers and Regainers: A Qualitative Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(4), 499-505. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2011.11.014>
- Rivero, V. (2016). Identidad y expectativas psicosociales. *Revista de Investigación Psicológica*, 10(dic.). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n10/n10_a04.pdf
- Rodríguez, C., Pozo, T., & Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12(2), 289-305. Recuperado de http://www.uv.es/relieve/v12n2/RELIEVEv12n2_6.htm
- Rogerson, D., Soltani, H., & Copeland, R. (2016). The weight-loss experience: a qualitative exploration. *BMC Public Health*, 16(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3045-6>

- Romero-Urréa, H., Suarez Lima, G., Ramírez Morán, L., & Arbeláez Rodríguez, G. (2018). Bariatric surgery in the capitalist system, solution for self-esteem or obesity. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 111-121. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438573>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Behaviour*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Salinas, P., & Cárdenas, M. (2009). *Métodos de investigación social*. Quito: Ediciones CIESPAL. Recuperado de www.flacsoandes.edu.ec
- Sarwer, D., Wadden, T., Moore, R., Baker, A., Gibbons, L., Raper, S., & Williams, N. (2008). Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 640-646. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.04.013>
- Sasdelli, A. S., Petroni, M. L., Delli Paoli, A., Collini, G., Calugi, S., Dalle Grave, R., & Marchesini, G. (2018). Expected benefits and motivation to weight loss in relation to treatment outcomes in group-based cognitive-behavior therapy of obesity. *Eating and Weight Disorders*, 23(2), 205-214. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0475-9>
- Schilling, J. (2006). On the pragmatics of qualitative assessment designing the process for content analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 28-37. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.1.28>
- Schure, M., Goins, R. T., Jones, J., Winchester, B., & Bradley, V. (2019). Dietary Beliefs and Management of Older American Indians With Type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition Education*

- and Behavior*, 51(7), 826-833. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.11.007>
- Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1019-1035. <https://doi.org/10.2147/PPA.S212046>
- Sharifi, N., Mahdavi, R., & Ebrahimi-Mameghani, M. (2013). Perceived Barriers to Weight loss Programs for Overweight or Obese Women. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 11-22. <https://doi.org/10.5681/hpp.2013.002>
- Srivatsan, S., Guduguntla, V., Young, K. Z., Arastu, A., Strong, C. R., Cassidy, R., & Ghaferi, A. A. (2018). Clinical versus patient-reported measures of depression in bariatric surgery. *Surgical Endoscopy*, 32(8), 3683-3690. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6101-8>
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. En *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (pp. 31-36). Jones and Bartlett Publishers. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x>
- Suñol, A. E. P., Reyna, C. K., & España, N. (2018). Calidad de vida en obesos y sometidos a cirugía bariátrica. *Hallazgos21*, 3. Recuperado de <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>
- Swaleh, R. M., & Yu, C. H.-Y. (2018). "A Touch of Sugar": The Impact of Health Beliefs on Self-Management of Diabetes Among Black Canadians: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(5), S24. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2018.08.062>
- Tham, J., & Letendre, M. (2014). Health Care Decision Making. *The New Bioethics*, 20(2), 174-185. <https://doi.org/10.1179/2050287714Z.00000000051>
- van Hout, G., Boekestein, P., Fortuin, F., Pelle, A., & van Heck, G. (2006). Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16(6), 787-794. <https://doi.org/10.1381/096089206777346808>

- van Hout, G., van Oudheusden, I., Krasuska, A., & van Heck, G. (2006). Psychological Profile of Candidates for Vertical Banded Gastroplasty. *Obesity Surgery*, 16(1), 67-74. <https://doi.org/10.1381/096089206775222023>
- Vance, C. (2014). *Reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado de https://www.google.com.ec/?gfe_rd=c&r&ei=8VELVvOHGLHI8Af6nY6IDg&gws_rd=ssl#q=Reglamento+de+los+comites+de+etica+en+ecuador+carina+vance
- Villar, O., Montañez-Alvarado, P., Gutiérrez-Vega, M., Carrillo-Saucedo, I., Gurrola-Peña, G., Ruvalcaba-Romero, N., García-Sánchez, M., & Ochoa-Alcaraz, S. (2017). Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health*, 17(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4150-x>
- Watson, C., Riazi, A., & Ratcliffe, D. (2020). Exploring the Experiences of Women Who Develop Restrictive Eating Behaviours After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 30(6), 2131-2139. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04424-4>
- Westerveld, D., & Yang, D. (2016). Through Thick and Thin: Identifying Barriers to Bariatric Surgery, Weight Loss Maintenance, and Tailoring Obesity Treatment for the Future. *Surgery Research and Practice*, 2016, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/8616581>
- Williams-Kerver, G. A., Steffen, K. J., Smith, K. E., Cao, L., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2020). Negative Affect and Loss of Control Eating Among Bariatric Surgery Patients: an Ecological Momentary Assessment Pilot Investigation. *Obesity Surgery*, 30(6), 2382-2387. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04503-6>
- Williams, O., & Annandale, E. (2019). Weight Bias Internalisation as an Embodied Process: Understanding how obesity stigma gets under the skin. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00953>

- World Health Organization (WHO). (2018). Obesity and overweight. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zabatiero, J., Hill, K., Gucciardi, D. F., Hamdorf, J. M., Taylor, S. F., Hagger, M. S., & Smith, A. (2016). Beliefs, Barriers and Facilitators to Physical Activity in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 26(5), 1097-1109. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1867-4>
- Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2005). *Qualitative Analysis of Content*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Qualitative-Analysis-of-Content-by-Zhang-Wildemuth/b269343ab82ba8b7a343b893815a0bae6472fcca>

Recibido: 27/11/2019

Revisado: 05/06/2020

Aceptado: 16/08/2020