



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA Y NUTRICIÓN



**INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CAMBIOS DE
ESTILO DE VIDA EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

www.bdigital.ula.ve

Autores:

Kevin Andrey Marin Cadenas

C.I. V - 28.078.746

José Gregorio Siso Sánchez

C.I. V - 27.325.895

Tutora: Prof. Milaidi de las Rosas García de Moizant

Co-tutor: Prof. Virgilio Castillo

Mérida, octubre 2025

**INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CAMBIOS DE
ESTILO DE VIDA EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.**

Trabajo Especial de Grado presentado por: Kevin Andrey Marin Cadenas CI: V-28.078.746 y José Gregorio Siso Sánchez CI: V- 27.325.895 como credencial de mérito para la obtención del título de Licenciado en Nutrición y Dietética.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA Y NUTRICIÓN



**INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CAMBIOS DE
ESTILO DE VIDA EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.**

Autores:

Kevin Andrey Marin Cadenas C.I: V - 28.078.746

José Gregorio Siso Sánchez C.I V - 27.325.895

Tutora: Prof, Milaidi de las Rosas García de Moizant

Co-tutor: Prof. Virgilio Castillo

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta a millones de personas, ante la severidad de la misma muchos de los tratamientos convencionales llegan ser ineficientes para lograr una pérdida de peso significativa, convirtiéndose la cirugía bariátrica en el tratamiento de elección para estos casos. La presente investigación tuvo como objetivo analizar la influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Se trató de una investigación descriptiva, de campo, donde se empleó la técnica denominada muestreo no probabilístico para la selección de los pacientes de la muestra. Se aplicó la técnica de encuesta a través de un instrumento de tipo cuestionario, el cual constó de unas series de preguntas cerradas y abiertas relacionada con el tema de la investigación. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25.0, los datos se expresaron mediante estadística descriptiva y se emplearon frecuencias y medidas de tendencia central. Se evidenció que, la mayoría de los pacientes no sostuvieron la pérdida de peso tras la cirugía, presentando una ganancia variable. Los pacientes con manga gástrica mostraron una reganancia significativa, influenciada por conductas alimentarias inadecuadas y la ausencia de estrategias de estilo de vida que favorecen la sostenibilidad de los resultados. Se concluyó que el mantenimiento del peso tras la cirugía requiere una intervención multidisciplinaria que articule lo nutricional y lo conductual, además de un seguimiento clínico prolongado.

Palabras claves: cirugía bariátrica, conductas alimentarias, estilos de vida, sostenibilidad de la pérdida de peso.

SUMARY

Obesity is a chronic, multifactorial disease that affects millions of people. Given its severity, many conventional treatments are ineffective in achieving significant weight loss, making bariatric surgery the treatment of choice. The present study aimed to analyze the influence of dietary habits and lifestyle changes on the sustainability of weight loss in patients undergoing bariatric surgery. This was a descriptive, field study that used non-probability sampling to select patients for the sample. A survey technique was applied through a questionnaire-type instrument, which consisted of a series of closed and open-ended questions related to the research topic. The statistical package for the social sciences (SPSS version 25.0) was used for statistical analysis. Data were expressed using descriptive statistics, using frequencies and measures of central tendency. It was evident that most patients did not maintain their weight loss after surgery, presenting variable gains. Patients who underwent gastric sleeve surgery showed significant weight regain, influenced by poor eating habits and the absence of lifestyle strategies that promote sustainable results. It was concluded that weight maintenance after surgery requires a multidisciplinary intervention that combines nutritional and behavioral aspects, in addition to prolonged clinical follow-up.

Keywords: bariatric surgery, eating habits, lifestyles, weight loss sustainability.

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme tener la dicha de estudiar fuera de mi estado, por no abandonarme ante las situaciones vividas durante la carrera, por guiar mis pasos, por concederme el don del entendimiento y por darme la fuerza necesaria para seguir adelante con fe y determinación.

A mis padres, por su muestra de amor incondicional, su apoyo infinito y por creer en mí en cada paso del camino. Este Trabajo Especial de Grado también es el reflejo de su esfuerzo, su fe y también su logro, porque sin ellos, este sueño no habría sido posible.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional en todo momento, por estar siempre pendientes de mí, y por su esfuerzo para que yo pudiera alcanzar este sueño. Este logro también les pertenece.

Kevin Marin

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien ha sido mi sustento en cada momento. Agradezco profundamente sus bendiciones sobre mi vida, su gracia que me ha iluminado, su sabiduría que me ha guiado, y, sobre todo, el haber diseñado este plan para mí. Sin su presencia constante, este camino no habría sido posible.

A mi Madre Mariela Cadenas, quien me apoyó desde el día uno. Agradezco profundamente su sacrificio, sus palabras de aliento y por ser ese reflejo constante de que con Dios todo es posible. Gracias por nunca desistir, por caminar conmigo en cada etapa, por priorizar siempre mi formación académica y por inculcarme el valor de la perseverancia y la responsabilidad.

A mi padre Pedro Marín, por su apoyo y esfuerzo. Gracia por haber formado parte de este logro.

A mi hermana Mariel Marín, quien estuvo ahí presente en todo momento, gracia por ser la base de este logro, por facilitarme mi estadía durante toda la carrera y por su esfuerzo incansable para salir adelante.

A mi hermano Keivin Marín, por su presencia constante, por su esfuerzo y por haber contribuido de manera generosa a mi sustento durante esta etapa. Su apoyo también formó parte del compromiso familiar.

A mi tía Zulay Cadenas, por su generosidad y por estar presente en este camino. Gracias por su apoyo y por ser parte fundamental en el inicio de este logro. Su gesto solidario y su fe en mí siempre serán parte de esta historia.

A mi primo Sergio Cabezas, por su generosidad y por haber contribuido de manera valiosa a que contara con herramientas útiles que facilitaron mi desempeño académico.

A mi cuñado Argenis Pérez, quien se unió al compromiso familiar y brindó su apoyo en este camino universitario.

José Siso, mi amigo y compañero de tesis tu apoyo fue fundamental en este camino. Gracias por estar siempre presente, por los momentos compartidos, las risas, los desafíos superados y, sobre todo, por la hermandad que hemos construido desde el inicio de la carrera universitaria.

A mis amigos más cercanos, por haber confiado en mí, por su apoyo en cada momento y por haberme acompañado a cumplir esta meta. También a todas esas personas que Dios puso en mi camino y me ayudaron de una u otra forma hacer esto realidad.

A mi tutora, la Dra. Milaidi García, y a mi co-tutor, el Dr. Virgilio Castillo Blanco por su valiosa orientación, paciencia y disposición durante el desarrollo de este trabajo. Gracias por hacer esto posible, por compartir sus conocimientos, por sus observaciones y por ser fuente de inspiración.

Kevin Marin

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en cada paso de este camino, por darme fortaleza en los momentos de duda y claridad en los momentos de decisión, y permitirme lograr esta meta.

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y su fé en mí. Este Trabajo Especial de Grado también es su logro.

A mis hermanas y hermano, por su motivación y apoyo sincero, por siempre resaltar su confianza en mí y estar allí en momentos buenos y malos. Este logro también es para ustedes.

A mis familiares, por su apoyo. Este logro también es para ustedes.

A mi tutora y co-tutor, por ser guías en este proceso. Sin su apoyo este trabajo no hubiese sido posible. Este logro también les pertenece.

A mi alma mater, Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina. por su magnificencia institucional y por ser cuna de formación científica, ética y humanista.

www.bdigital.ula.ve **José Siso**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la dicha y honor de ejercer mis estudios en la majestuosa y honorable Universidad de Los Andes. Por darme la sabiduría para tomar decisiones, y la fortaleza para mantenerme firme, por su amor constante y maravilloso que me cobijó en todo momento. Por siempre guiar mis pasos y permitirme lograr cada meta.

A mi Madre Yanneris Sánchez, por ser mi fuente de luz, motivación e inspiración. Por sus sabios consejos en mis momentos de desespero, y refugio de paz en mis momentos de angustia. Por ser el motor que me impulsó desde el principio de esta carrera hasta el final, por confiar plenamente en mí y darme sustento. Por su paciencia y amor verdadero. Infinitas gracias.

A mi Padre José Siso, por ser una figura paterna incondicional, por su apoyo y esfuerzo, por ser un ejemplo a seguir, por confiar plenamente en mí. Infinitas gracias.

A mis Hermanas María Victoria, María Camila y Margreth, y Hermano Luis José, por siempre darme su apoyo y motivación, por ser mis compañeros durante este proceso.

A mis Abuelos, tíos y primos, por su confianza y motivación.

A mi Tutora Dra. Milaidi García, y a mi co-tutor, el Dr. Virgilio Castillo Blanco por su valiosa orientación, paciencia, dedicación y compromiso durante el desarrollo de este trabajo. Por brindar sus conocimientos, y hacer posible este trabajo.

A mi Amiga Delfina García, por brindarme su amistad incondicional, por apoyarme y motivarme, por acompañarme en momentos difíciles y también en momentos de felicidad, por ser esa persona especial en quien pude confiar en todo momento.

A mi Amigo y compañero de estudio Kevin Marín, por su amistad a lo largo de la carrera universitaria, por brindarme su apoyo en los momentos buenos y malos, por su paciencia y motivación, por impulsarme a dar lo mejor de mí.

A mis amigos y compañeros de estudio que me apoyaron durante toda la carrera universitaria, por confiar en mí y brindarme su cariño y amistad, por ser parte de esta meta que logramos juntos.

A mi Novia Damary Velasquez, por acompañarme, apoyarme y motivarme, por confiar en mí, por brindarme palabras de aliento que hicieron este proceso más grato y llevadero, por su amor sincero.

A Gabriela Contreras, Milena Contreras y Rodrigo Contreras, por abrirme las puertas de su hogar y servir de residencia durante mi carrera universitaria, por brindarme su confianza y hacerme sentir un miembro más de su familia.

José Siso

www.bdigital.ula.ve

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I	19
EL PROBLEMA.....	19
Planteamiento del problema.....	19
Objetivos de la Investigación.....	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Justificación	21
CAPITULO II	23
MARCO TEÓRICO	23
Antecedentes de la Investigación.....	23
Bases teóricas.....	28
Obesidad: Definición, medición y comorbilidades.....	28
Tratamiento en paciente con obesidad mórbida.....	29
Cirugía bariátrica	30
Técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la obesidad mórbida	30
Criterios de indicación y contraindicación	31
Tratamiento Nutricional en el Pre y Post-Operatorio de la Cirugía Bariátrica..	31
Dietoterapia tras la Cirugía Bariátrica	32
Implicaciones Nutricionales tras la Cirugía Bariátrica	33
Hábitos alimentarios y cambio en el estilo de vida en el paciente bariátrico	35
Trastornos Alimentarios en los Pacientes Sometidos a Cirugía Bariátrica	37
Definición de términos básicos.....	38
Ansiedad	38
Conducta	39

Dieta.....	39
Dietoterapia.....	39
Hábitos alimentarios	39
IMC	39
Nutrición	39
Obesidad	39
Psicología.....	39
Psiconutrición	40
Valoración Psicológica	40
CAPÍTULO III.....	41
MARCO METODOLÓGICO.....	41
Paradigma de la investigación	41
Enfoque de la investigación	41
Tipo de investigación.....	41
Modalidad de la investigación	41
Diseño de la investigación	42
Población y Muestra	42
Población	42
Muestra	43
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de los datos.....	44
Procesamiento y análisis de los datos	45
CAPITULO IV	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
Resultados	47
Discusión	56

CAPITULO V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
Conclusiones	64
Recomendaciones	67
Nivel del paciente	67
Nivel del equipo clínico	67
Nivel institucional	68
Recomendaciones para futuras investigaciones	68
REFERENCIAS.....	70
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	80
Anexos 2. Instrumento de recolección de datos de la investigación.....	81
Anexo 3. Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátrico.....	91
Anexo 4. Cambios de estilo de vida en pacientes bariátricos	91
Anexos 5. Aumento de peso tras la cirugía	92
Anexos 6. Edad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica	92
Anexos 7. Género y estado civil de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.....	93
Anexos 8. Porcentaje de pérdida de peso máxima.....	93
Anexos 9. Meses de la intervención quirúrgica	93
Anexos 10. Control de la cantidad de alimentos consumidos	94
Anexos 11. Perspectiva de la cantidad de alimentos que consume diariamente ...	94
Anexos 12. Percepción personal sobre el consumo diario de alimentos saludables	95
Anexos 13. Combinación de proteínas, carbohidratos y grasas saludables en las comidas principales	96
Anexos 14. Consumo diario de vegetales en las comidas principales.....	96
Anexos 15. Consumo diario de frutas en las comidas principales.....	97
Anexos 16. Percepción de distribución del plato.....	97

Anexos 17. Bebidas que consumen actualmente	98
Anexos 18. Distribución de respuestas sobre el consumo y no consumo de alimentos a deshoras	99
Anexos 19. Planificación alimentaria de la semana con anticipación	99
Anexos 20. Alimentos que han dejado de consumir o ha reducido su consumo después de la intervención.....	100
Anexos 21. Cantidad de agua consumida al día	101
Anexos 22. Horas de sueños antes y después de la intervención	102
Anexos 24. Seguimiento nutricional en el primer año de la intervención	103
Anexos 25. Intervención nutricional actualmente	104
Anexos 26. Alimentos que han incorporado los pacientes después de la intervención	104
Anexos 27. Alimentos que ha incorporado o ha aumentado su consumo después de la intervención en cuanto a macronutrientes	105

www.bdigital.ula.ve

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátricos.....	91
Tabla 2. Cambios de estilo de vida.....	91
Tabla 3. Pérdida máxima de peso corporal tras la cirugía.....	49
Tabla 4. Peso previo y peso nadir.....	50
Tabla 5. Aumento de peso tras la cirugía.....	92
Tabla 6. Kilogramos de peso ganando.....	52
Tabla 7. Reganancia de peso corporal en función de la máxima pérdida de peso inicial según tipo de procedimiento quirúrgico.....	53
Tabla 8. Hábitos y conductas alimentarias, cambios de estilos de vida y reganancia de peso corporal.....	54
Tabla 9. Acciones para controlar la ganancia de peso.....	55
Tabla 10. Edad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.....	92
Tabla 11. Género y estado civil de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.....	93
Tabla 12. Porcentaje de pérdida de peso máximo tras la intervención.....	93
Tabla 13. Meses desde la intervención quirúrgica.....	93
Tabla 14. Control de la cantidad de alimentos consumidos.....	94
Tabla 15. Perspectiva de la cantidad de alimentos que consume diariamente.....	94
Tabla 16. Combinación de proteínas, carbohidratos y grasas saludables en las comidas principales.....	96
Tabla 17. Consumo diario de vegetales en las comidas principales.....	96
Tabla 18. Consumo diario de frutas en las comidas principales.....	97
Tabla 19. Percepción de distribución del plato.....	97
Tabla 20. Distribución de respuestas sobre el consumo y no consumo de alimentos a deshoras	99
Tabla 21. Alimentos que han dejado de consumir o ha reducido su consumo después de la intervención.....	100
Tabla 22. Alimentos que han incorporado los pacientes después de la intervención....	104
Tabla 23. Alimentos que ha incorporado o ha aumentado su consumo después de la intervención en cuanto a macronutrientes.....	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátricos.	48
Gráfico 2. Cambios de estilo de vida en pacientes bariátricos.	49
Gráfico 3. Aumento de peso tras la cirugía.	51
Gráfico 4. Percepción personal sobre el consumo diario de alimentos saludables.	95
Gráfico 5. Bebidas que consumen actualmente a la semana.	98
Gráfico 6. Planificación alimentaria de la semana con anticipación.	99
Gráfico 7. Cantidad de agua consumida al día.	101
Gráfico 8. Horas de sueños antes y después de la intervención.	102
Gráfico 9. Tipo de actividad física antes y después de la intervención.	102
Gráfico 10. Seguimiento nutricional en el primer año de la intervención.	103
Gráfico 11. Intervención nutricional actualmente.	104

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

La obesidad, desde la perspectiva de la psicología clínica, constituye una alteración compleja de la conducta alimentaria que se asocia con factores emocionales, cognitivos y sociales. Entre las causas identificadas se encuentran la baja autoestima, la insatisfacción personal, la internalización de estereotipos de aceptación social, la autoexigencia excesiva y la presencia de pensamientos automáticos negativos relacionados con el peso corporal y la alimentación (Behar y Marín, citado por Escalante y Ramírez, 2022).

En las últimas décadas, la magnitud del problema ha alcanzado niveles alarmantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la prevalencia mundial de obesidad se ha triplicado desde 1975. Para 2016, más de 1.900 millones de adultos presentaban sobrepeso, de los cuales 650 millones eran obesos, lo que representa aproximadamente el 13 % de la población adulta. De manera preocupante, se estima que 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años tenían sobrepeso u obesidad en ese mismo año.

Aunado a esto, todas las obesidades se consideran crónicas y potencialmente letal, asociada a una disminución significativa de la esperanza de vida y a múltiples comorbilidades, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, el síndrome metabólico, ciertos tipos de cáncer, la osteoartritis y trastornos respiratorios (Unidad de Cirugía de la Obesidad y Metabólica, 2022). La Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) la califica como “la pandemia invisible del siglo XXI”, subrayando su carácter progresivo y silencioso.

Desde el punto de vista conductual, los pacientes con obesidad mórbida suelen presentar patrones de ingesta alimentaria anormal, tales como el consumo frecuente de alimentos hipercalóricos, el picoteo entre comidas, la ingesta en ausencia de hambre, la alimentación emocional y el comer hasta experimentar incomodidad física, seguido en ocasiones de sentimientos de culpa o tristeza (Reséndiz et al., 2015, en Herrero, 2020). Estas conductas, sumadas a la alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos, disponen un escenario clínico complejo que demanda un abordaje integral.

La cirugía bariátrica se ha consolidado como el tratamiento ideal para la obesidad mórbida y sus formas más severas especialmente en casos donde las intervenciones convencionales han fracasado (Henao et al., 2023). Sin embargo, el éxito a largo plazo no

depende únicamente de la técnica quirúrgica, sino también de la adherencia del paciente a un plan nutricional individualizado, la incorporación de actividad física regular y el mantenimiento de hábitos de vida saludables. La falta de seguimiento multidisciplinario y de intervenciones psiconutricionales puede conducir a la reganancia de peso, con la consiguiente reaparición de comorbilidades y deterioro de la calidad de vida.

En este mismo sentido, López et al. (2025) destacan que los pacientes intervenidos por cirugía bariátrica no solo logran una reducción significativa de peso, sino que también adoptan hábitos saludables que contribuyen a la resolución de comorbilidades y a una mejor calidad de vida. La incorporación de actividad física regular y una alimentación equilibrada posterior a la intervención quirúrgica se consolidan como pilares fundamentales para mantener los resultados a largo plazo y prevenir la reganancia de peso.

Se evidencia entonces, que la adopción de nuevos hábitos alimentarios en el paciente bariátrico se convierte en uno de los más importantes y verdaderos retos que deben afrontar para el alcance de sus objetivos nutricionales y de vida. En consecuencia, surgió la necesidad de plantear esta investigación, que permitió el estudio de cómo los hábitos alimentarios y los cambios de estilo de vida influyen en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Esta línea de análisis permitió no solo describir el estado actual de la conducta alimentaria y la actividad física en esta población, sino también identificar estrategias efectivas para mantener los resultados a largo plazo.

Este trabajo generó evidencia útil para los profesionales de la salud, ofreciendo datos de primera mano que permiten optimizar el abordaje general del paciente bariátrico. Asimismo, buscó contribuir a la implementación de programas de intervención psiconutricional orientados a lograr cambios sostenibles en los hábitos y conductas alimentarias, con el objetivo último de favorecer la salud física y mental de esta población.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La obesidad ha dejado de ser considerada únicamente un problema estético para consolidarse como una de las principales amenazas a la salud pública global. Se trata de una enfermedad crónica y multifactorial que actúa como factor de riesgo para el desarrollo de múltiples patologías, entre ellas diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, esteatosis hepática no alcohólica y algunos tipos de cáncer. Además, se asocia con discapacidad física, estigmatización social y aumento de la morbilidad y mortalidad (Galvis et al., citado en Guasman y Torres, 2018).

Desde la perspectiva nutricional, la obesidad se produce por un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético, aunque su origen es pluridimensional e involucra factores sociales, psicológicos, orgánicos, endocrinos, genéticos y conductuales (Kaufer-Horwitz y Pérez, 2022). En este sentido, la modificación de hábitos alimentarios y la adopción de un estilo de vida saludable constituyen los pilares del tratamiento; sin embargo, en casos de obesidad mórbida y otras formas más severas las intervenciones convencionales suelen ser insuficientes para lograr una reducción de peso sostenida.

En este escenario, la cirugía bariátrica se ha consolidado como uno de los tratamientos más efectivos para la pérdida significativa de peso y la reducción de comorbilidades (Savino et al., 2013). No obstante, la literatura reporta que este procedimiento no garantiza por sí mismo resultados permanentes: entre un 15 % y un 35 % de los pacientes experimentan reganancia de peso a mediano o largo plazo, principalmente por falta de adherencia a cambios sostenibles en la conducta alimentaria y el estilo de vida (Campos-del Portillo et al., 2022; Rubio y Moreno, 2005).

En este sentido, Pérez et al. (2020) han destacado la importancia del acompañamiento psicológico del paciente bariátrico durante todo el proceso, éste, puede llegar a marcar la diferencia en el éxito o fracaso de la cirugía. Debe recordarse, que los aspectos conductuales y psicológicos influyen en el apego del paciente bariátrico al régimen dietético; muchas veces, se manifiestan en el paciente bariátrico conductas alimentarias inapropiadas que resultan en incumplimiento de las pautas dietéticas,

teniendo repercusión negativa en los efectos esperados de la cirugía y complicaciones en su estado de salud.

Por consiguiente, se planteó la presente investigación, con el propósito de investigar como los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida influye en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Para el alcance de estas afirmaciones se plantearon las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se encuentran los hábitos alimentarios, en cuanto a variedad, calidad y proporción de macronutrientes en la dieta de los pacientes postbariátricos?
- ¿Qué cambios en el estilo de vida han implementado después de la cirugía?
- ¿Cuán sostenible es la pérdida de peso en función de los hábitos alimentarios y del estilo de vida adoptado?
- ¿Qué acciones llevan a cabo los pacientes para mantener la sostenibilidad de la pérdida de peso?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar la influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar hábitos y conducta alimentaria actual de los pacientes bariátricos.
- ✓ Comparar los cambios en el estilo de vida antes y después del procedimiento bariátrico.
- ✓ Determinar la sostenibilidad de la pérdida de peso a través del mantenimiento de los nuevos hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida.
- ✓ Indagar acerca de las acciones implementadas por los pacientes para mantener la sostenibilidad de la pérdida de peso.

Justificación

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida o cirugía bariátrica es una intervención compleja. (Nieto, 2016; Reséndiz, et al., 2015) que se emplea en pacientes que no son capaces de lograr la pérdida de peso corporal que requieren para tener una mejor calidad de vida mediante la implementación de los métodos convencionales (plan de alimentación y cambio de estilo de vida).

Diversos estudios reportan la incidencia de la reganancia de peso transcurrido cierto tiempo después de la intervención, situación que no solo compromete los beneficios físicos alcanzados, sino que también puede derivar a la reaparición de enfermedades metabólicas, deterioro de la calidad de vida, frustración ante la insatisfacción con los resultados, esto puede conllevar muchas veces al paciente a la necesidad de una nueva intervención quirúrgica o por el contrario abandonar el tratamiento destinado a la solución de su estado nutricional (Henaó et al., 2023). Esta problemática subraya la necesidad de contar con un abordaje multidisciplinario que integre la cirugía con estrategias de seguimiento nutricional, psicológico y de actividad física, dirigidas a reforzar la adherencia a nuevos patrones de alimentación y conducta.

En este contexto, la presente investigación fue relevante por varias razones. Desde el plano teórico, aportó información actualizada y contextualizada sobre la ingesta alimentaria y los cambios de comportamiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, lo cual enriqueció la base de conocimiento existente, contribuyendo de esta manera a la mejora del abordaje postbariátrico.

En el ámbito práctico, permite a los profesionales de la nutrición y de la salud en general diseñar y aplicar intervenciones más efectivas, basadas en evidencia, para fomentar cambios duraderos en las conductas y hábitos alimentarios perdurables en el tiempo garantizando de esta manera los resultados de la pérdida de peso tras la cirugía. Además, permite concientizar y priorizar aún más la atención postbariátrica más allá del ámbito médico.

Asimismo, la investigación tuvo un aporte social significativo al proporcionar datos que sirvió de base para futuras estrategias integrales orientadas a combatir la obesidad y sus consecuencias, esta investigación sentó las bases para una posible mejora en la calidad de vida de los pacientes y reducción de la carga económica y sanitaria asociada a esta enfermedad. En definitiva, el estudio respondió a una necesidad real y

urgente, ofreciendo soluciones orientadas a garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos tras la cirugía bariátrica

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

En este capítulo se presentaron trabajos previos realizados en torno a la cirugía bariátrica, observándosele, como una medida paliativa para el tratamiento de la obesidad mórbida. Estas investigaciones aportaron conocimientos que facilitaron el entendimiento de los problemas de conducta alimentaria que pueden presentarse en el paciente bariátrico tras la realización del procedimiento quirúrgico y formas de abordarlos, entre otros aspectos.

Desde hace varias décadas a la obesidad se le ha sido considerada como la pandemia del siglo XXI, ante su alta incidencia, problemas de salud y sociales derivados, se buscaron alternativas más radicales y diferentes a las acciones tradicionales (dietas, cambios de conductas, hábitos y estilos de vida), como es la cirugía bariátrica. En este sentido, Cazorla et al. (2022) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la efectividad de la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad en pacientes operados en el Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Riobamba, Chimborazo, Ecuador, durante el año 2019, los mismo reportan un trabajo no experimental de alcance comparativo, sus experiencias y hallazgos encontrados al estudiar las historias clínicas de los pacientes intervenidos en dicha institución. La población estuvo conformada por 157 pacientes mayores de 20 años, en quienes se practicaron técnicas como bypass gástrico, banda gástrica, manga gástrica y/o derivación biliopancreática con cruce duodenal. Como variables de estudio se determinaron las características sociodemográficas: (edad, sexo, procedencia y autoidentificación étnica). Comorbilidades asociadas (presencia y patologías concomitantes). Estado nutricional (tomando cifra antes de la cirugía y 6 meses después de proceder quirúrgico). Los resultados de la presente investigación mostraron una disminución de la frecuencia de la obesidad en la población estudiada sometida a cirugía bariátrica. De este modo los autores concluyeron que hubo reducción del IMC estadísticamente significativa luego del acto quirúrgico, con una disminución de la incidencia de obesidad grado II y III, evidenciando la efectividad de este tratamiento en el control del peso mórbido.

Haciendo mención al estudio expresado anteriormente, se observa que la cirugía bariátrica es una de las herramientas más efectivas para la pérdida de peso y en la disminución de las comorbilidades en el paciente con obesidad mórbida; sin embargo, su éxito puede verse afectado ante la ganancia de peso que experimentan algunos pacientes.

En este orden de ideas, respecto a la influencia de los aspectos psicológicos, biológicos y conductuales sobre el mantenimiento de peso del paciente bariátrico, se presenta el trabajo efectuado por Ugarte et al. (2019) quienes desarrollaron un estudio en la ciudad de Concepción, Chile, con el objetivo de evaluar la capacidad predictiva de tres variables psicológicas: el locus de control del peso, la perspectiva temporal y la autoeficacia, en relación con la re-ganancia de peso en pacientes bariátricos. Estos autores partieron de la observación de que entre un 15 % y un 30 % de los pacientes que se someten a este tipo de intervención tienden a recuperar parte del peso perdido, siendo los factores psicológicos determinantes en este proceso. La población de este estudio, estuvo representado por 97 pacientes bariátricos, quienes fueron evaluados mediante un diseño no experimental de tipo transversal bivariado y multivariado. Para este estudio se aplicaron tres escalas psicológicas validadas en Chile para evaluar las variables mencionadas: La Escala de autoeficacia para disminuir de peso (Campos & Pérez, 2007), con 38 ítems que evalúan la autoeficacia para realizar dieta, autoeficacia para la realización de ejercicio y compra de alimentos adecuados a una dieta. La Escala Locus de control del peso (Marín, 2007), compuesta por 60 ítems tipo Likert que miden locus de control interno y externo frente a la conducta alimentaria. El Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo (Zimbardo & y dimensiones temporales (Pasado positivo, Pasado negativo, Presente hedonista, Presente fatalista y Futuro). En esta investigación los análisis estadísticos revelaron que las variables locus de control, presente fatalista y pasado positivo explican el 27,1% de la varianza en la re-ganancia del peso ($p < .001$). Además, el modelo de estas tres variables logró clasificar correctamente al 88,7% de los pacientes entre quienes mantuvieron la pérdida de peso y quienes lo recuperaron. A su vez, los resultados mostraron que los pacientes que mantenían un locus de control interno y una perspectiva temporal caracterizada por una visión de pasado positivo y presente fatalista tenían menos probabilidad de recuperar el peso perdido. Por su parte, la autoeficacia se evidenció como una variable clave que diferencia a quienes mantienen la pérdida de peso de aquellos que experimentan reganancia. Aunado a esto, dentro de los hallazgos evidenciados, específicamente con el locus de control interno se pueden enfatizar

que los pacientes que creen que su estado nutricional actual “mantención de la pérdida del peso” depende principalmente de su comportamiento presentaron un menor porcentaje de re-ganancia del peso que los pacientes que creen que su estado nutricional actual depende principalmente de factores ajenos a su comportamiento. Los autores concluyeron que los factores psicológicos evaluados representan un factor protector para la reganancia de peso. Además, acotaron que un porcentaje de pacientes intervenidos pueden requerir de un trabajo multidisciplinario que le permita mantener este estado beneficioso de pérdida de peso, por lo que los resultados encontrados son relevantes a nivel clínico y psicoterapéutico, ya que permiten evidenciar hacia dónde dirigir el enfoque psicoterapéutico en pacientes bariátricos que asisten a psicólogo por motivo de recuperación del peso.

El estudio anteriormente descrito se relaciona con nuestra investigación, al indagar cómo el aspecto psicológico repercute sobre el mantenimiento de la pérdida de peso, esto con el interés de tomar en cuenta el aspecto psicológico al momento del abordaje nutricional. De manera que les permita a los pacientes adquirir herramientas conductuales y cognitivas para sostener los cambios en los hábitos alimentarios y el estilo de vida tras la intervención, garantizando así mejores resultados a largo plazo.

De manera complementaria, Unal, Sevincer y Maner (2019) realizaron un estudio titulado “Predicción de la recuperación de peso después de la cirugía bariátrica según la alimentación nocturna, la alimentación emocional, las preocupaciones alimentarias, la depresión y las características demográficas”, publicado en la Revista Turca de Psiquiatría. Este estudio tuvo como objetivo determinar si la alimentación nocturna, la alimentación emocional, las preocupaciones alimentarias, la depresión y algunas características demográficas, se asocian con la recuperación de peso observada tras la cirugía bariátricas. El grupo de estudio estuvo conformado por 117 adultos con un rango de edad de 21 a 56 años, residentes en diferentes ciudades de Turquía. Los participantes fueron evaluados a los 12 meses hasta los 8 años del postoperatorio con los siguientes cuestionarios; Cuestionario de nocturna, Cuestionario Holandés de comportamiento alimentario, Cuestionario de examen de trastornos alimentarios, la subescala de preocupación alimentaria de la escala de trastornos alimentarios, y el Inventario de depresión de Beck. Para el análisis de los datos se utilizaron la prueba de la U de Mann Whitney, el análisis de correlación de Pearson y la regresión lineal múltiple jerárquica. Dentro de lo resultados se observó que el 13,7% de los participantes recuperaron peso.

Los resultados mostraron que las puntuaciones de depresión, alimentación nocturna, alimentación emocional y preocupación por la alimentación, eran más altas en los pacientes que recuperaron peso. Estar casado, la alimentación emocional y el tiempo transcurrido después de la cirugía predijeron positivamente, mientras que el conocimiento de sobre la cantidad de alimentos diarios necesarios, predijo negativamente la recuperación de peso. Los autores concluyeron que algunos factores demográficos y psicológicos pueden afectar a la recuperación de peso, observada tras la cirugía bariátrica, así como también recomiendan un protocolo de seguimiento multidisciplinar a largo plazo para el éxito del tratamiento de la obesidad.

Este antecedente aportó una base práctica para nuestra investigación, ya que evidencia cómo variables psicológicas pueden influir en la tendencia a la reganancia de peso tras la cirugía bariátrica. Además, destaca la importancia de un seguimiento a largo plazo para atender tanto los factores psicológicos como los hábitos alimentarios y lograr la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Desde esta perspectiva, tanto la investigación de Ugarte et al. (2019) como la de Unal, Sevincer y Maner (2019) coinciden en resaltar y ratificar la importanciaa del aspecto psicológico, como un factor clave en los resultados a mediano y a largo plazo de una cirugía bariátrica. Los factores psicológicos descritos por los autores guardan relación con la de variable “cambio de conducta” y sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes bariátricos de la presente investigación, por lo tanto, esta coincidencia teórica sustenta el interés de tomar como fundamento decisivo el aspecto emocional de los pacientes, lo cual antecede a la adquisición de hábitos alimentarios adecuados perdurable lo largo del tiempo.

Siguiendo esta línea de pensamiento, es necesario señalar que, la reganancia de peso también puede atribuirse a adaptaciones fisiológicas como anatómicas, así como también a otros factores tales como: el tipo de intervención quirúrgica, falta de adherencia postoperatoria, tolerancia a los alimentos, es decir, que a pesar de presentar ciertas intolerancias a ciertos alimentos, puede llegar a tener una ingesta que se excede a los requerimientos; así mismo, se le atribuye a la selección de opciones de alimentos y bebidas con una alta densidad calórica, prescripción energética postquirúrgica inadecuada, sedentarismos, el hábito del consumo de alcohol, falta de sueño, estimación errónea de la ingesta, traduciéndose esto en patrones conductuales y alimentarios

inapropiados que dificultan la sostenibilidad de los resultados en el tiempo. (Lasagni et al, 2018)

Aunado a esto, en el año 2018, un grupo de expertos en psicología bariátrica liderado por Lasagni et al. desarrollaron una propuesta de guía para el tratamiento de la reganancia de peso después de cirugía bariátrica, el cual tuvo como objetivo diseñar una guía de intervención psicológica dirigida a abordar la recuperación de peso en pacientes postbariátricos. Esta investigación fue elaborada en el marco del XI Congreso Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica, realizado en Mendoza, Argentina, mediante la participación de profesionales de distintos países de Latinoamérica. Para su formulación, se realizó una revisión sistemática de literatura científica y se aplicó una metodología cualitativa donde los especialistas elaboraron fichas bibliográficas de cada uno de los artículos analizados, y posteriormente se realizó un workshop durante el desarrollo del congreso donde se llevó a cabo la discusión del material bibliográfico, se integró el material y se confeccionó la guía de actuación para el tratamiento de la reganancia de peso. Los resultados de este trabajo permitieron identificar factores clave asociados a este fenómeno, tales como la baja adherencia al seguimiento nutricional, la reaparición de conductas alimentarias disfuncionales, el abandono de la actividad física, y el impacto negativo de trastornos emocionales no tratados. El diseño de la guía propone estrategias concretas para abordar la reganancia de peso desde la práctica clínica (como analizar si el paciente está asistiendo a los controles con el equipo multidisciplinario, cada cuanto tiempo, evaluar si han realizados cambios en la implementación de nuevos hábitos como los relacionados con la alimentación y la actividad física, determinar las posibles causas de la reganancia, evaluar complicaciones psicológicas, brindar psico-educación, realizar un automonitoreo de conductas y hábitos, favorecer la adherencia al plan alimentario para volver a perder peso, identificar las barreras y obstáculos que se han encontrado a lo largo del proceso de reganancia de peso, también sugieren reforzar la práctica de actividad física). Así como también para los pacientes (mantener la calma, reconocer la vulnerabilidad, analizar la situación de recaída, búsqueda de apoyo, reajustar del plan y revisar las razones para perder peso). Los autores concluyeron que la intervención psicológica especializada es esencial para garantizar la sostenibilidad de los resultados postquirúrgicos y prevenir recaídas, promoviendo así un abordaje integral donde se determine los factores que han contribuido a la reganancia de peso, y de esta manera reorientar el tratamiento, brindando consigo un acompañamiento a los pacientes

para readaptarse nuevamente a un nuevo estilo de vida, todo esto con el fin de facilitar el mantenimiento de la pérdida de peso en el tiempo.

El antecedente descrito, constata que, a pesar de estar orientado al área de la psicología, sus aportes trascienden hacia la nutrición, al considerar abordar aspectos claves en el tratamiento de la reganancia de peso, como los son las acciones orientadas a corregir las conductas y hábitos alimentarios que han comprometido la sostenibilidad de los resultados a lo largo del tiempo. Además de que enfatiza la importancia del apoyo del equipo multidisciplinario para la identificación de las posibles causas de la reganancia y de esta manera brindar intervenciones oportunas para la resolución de la misma.

Aunado a esto, es importante señalar que, el antecedente antes mencionado se relaciona con nuestra investigación, la cual buscó inquirir en las acciones que siguen los pacientes bariátricos para controlar la reganancia de peso, siendo estas de gran interés para brindar un tratamiento integral e individualizado al paciente bariátrico.

Bases teóricas

Obesidad: Definición, medición y comorbilidades

La obesidad es la acumulación anormal o excesiva de grasa en el tejido adiposo que altera la composición corporal del individuo. Dicha enfermedad es nociva para la salud al generar el escenario perfecto para el desarrollo de diversas comorbilidades. La acumulación de grasa tiene lugar debido al desequilibrio energético, es decir, la ingesta de calorías sobrepasa al gasto calórico, expresado en otras palabras, el individuo consume más calorías de las que gasta (OMS, 2021). La obesidad es considerada una enfermedad crónica multifactorial, influenciada por aspectos genéticos, ambientales, psicológicos, sociales y culturales. (SEEDO, 2000, citado en Lorence, 2008).

Durante años el indicador utilizado a nivel mundial para catalogar el padecimiento de obesidad fue el Índice de Masa Corporal (IMC), obtenido al dividir el peso corporal en kilogramos con el cuadrado de la estatura o talla corporal expresada en metros. (OMS, 2021). Por su parte, los puntos de corte según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para clasificar la obesidad según el IMC son los siguientes: obesidad grado I (30.0–34,9 Kg/m²), Obesidad grado II (35.0-39,9kg/m²) y Obesidad grado III o mórbida ($\geq$ a 40kg/m²). (Moral y Redondo, 2008)

Sin embargo, la literatura reciente señala que, la capacidad diagnóstica del IMC es limitada, ya que no refleja la distribución del tejido adiposo ni el impacto metabólico y funcional que este puede generar (Busetto et al. 2024). En respuesta a estas limitaciones, se ha propuesto un nuevo marco diagnóstico que distingue entre obesidad preclínica, cuando el exceso de grasa no ocasiona alteraciones funcionales, y obesidad clínica, cuando existe afectación orgánica o limitación de la actividad diaria (Rubino et al., 2025)

Este enfoque complementa o sustituye al IMC con mediciones como la circunferencia de cintura, la relación cintura-talla ($\geq 0,5$) y la relación cintura-cadera, las cuales han demostrado ser predictores más precisos del riesgo cardiometabólico que el IMC aislado (World Obesity Federation, 2025). Así la evaluación actual de la obesidad integra indicadores antropométricos con criterios funcionales y metabólicos, ofreciendo un diagnóstico más completo y útil para la planificación terapéutica. En el contexto de la obesidad mórbida, estas herramientas adquieren especial relevancia, dado que las complicaciones asociadas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad cardiovascular y ciertos tipos de cáncer justifican la consideración de intervenciones quirúrgicas como la cirugía bariátrica.

Tratamiento en paciente con obesidad mórbida

El manejo de la obesidad inicia habitualmente con estrategias no quirúrgicas basadas en la adopción de un estilo de vida saludable, actividad física regular, intervenciones conductuales y en algunos casos, farmacoterapia. Sin embargo, en pacientes con un IMC elevado y acompañado de comorbilidades, estas intervenciones suelen resultar insuficientes para alcanzar y mantener una reducción de peso clínicamente significativa (Gómez-Cuevas & Montero, 2017). En tales casos, la cirugía bariátrica se convierte en la opción terapéutica más efectiva, aunque su éxito depende de la integración de cambios sostenidos en los hábitos de vida.

La cirugía bariátrica ha sido descrita como una “cirugía del comportamiento”, dado que su eficacia no solo radica en la destreza técnica del cirujano, sino en la capacidad del paciente para adaptarse a modificaciones permanentes en su alimentación, actividad física y manejo conductual (Ruíz & Sánchez, 2012). La educación nutricional y psicológica, tanto en la etapa preoperatoria como en el seguimiento posterior, es un componente esencial para evitar la reganancia de peso y maximizar los beneficios metabólicos y funcionales. En este sentido, el tratamiento de la obesidad mórbida requiere

un abordaje general que articule la intervención quirúrgica con un compromiso activo del paciente hacia un nuevo estilo de vida.

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica comprende un conjunto de procedimientos quirúrgicos destinados al tratamiento de la obesidad, particularmente en casos donde las intervenciones no quirúrgicas han fracasado. Su objetivo principal es lograr una reducción significativa y sostenida del peso corporal, lo que a su vez se traduce en una disminución del riesgo y la severidad de comorbilidades asociadas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la apnea del sueño (Marnet, citado en Guasman & Torres, 2018; Lima-Martínez et al., 2015). Estos procedimientos actúan sobre el tracto gastrointestinal, modificando la anatomía del estómago y/o del intestino, para restringir la ingesta de alimentos, reducir la absorción de nutrientes o combinar ambas estrategias (Aniceto et al., citado en Guasman & Torres, 2018).

Técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la obesidad mórbida

De acuerdo a Brasesco y Corengia (2009) las técnicas quirúrgicas que se emplean en la cirugía bariátrica, se pueden clasificar en tres grupos: técnicas restrictivas, malabsortivas y técnicas mixtas.

- **Técnicas restrictivas:** que consisten en la reducción de la capacidad del estómago dando así restricción al pasaje de los alimentos. Son técnicas fáciles de realizar, pero tienen la desventaja que, con el paso del tiempo, fracasan en un porcentaje importante, obligando a una reintervención. Dentro de estas técnicas se encuentran Gastroplastia vertical anillada, Banda gástrica (ajustable o no) Gastrectomía lineal o tubular (sleeve gastrectomy).
- **Técnicas malabsortivas:** por su parte, reducen la capacidad del estómago a la mitad y producen un cruce con el intestino de manera que existe una mala absorción de los alimentos. Son de magnífico resultado en la pérdida de peso, pero producen diarreas y deficiencias de vitaminas y proteínas que obligan a un estricto control del paciente después de la cirugía. Tales técnicas son el By-pass yeyuno cólico y By-pass yeyuno ileal.
- **Técnicas mixtas:** que tiene un carácter principalmente restrictivo y algo de malabsorción. Esta técnica consiste en la reducción del estómago hasta los 15-30 mililitros, junto con un cruce en el intestino que induce cierto grado de mala

absorción. Es un procedimiento muy bien tolerado y el paciente no tiene náuseas, vómitos ni diarreas. Dentro de estas técnicas se encuentran el Bypass en Y de Roux, Derivación bilio-pancreática y el Cruce duodenal.

Criterios de indicación y contraindicación

La Asociación Argentina de Cirugía (2019) establece que el éxito de la cirugía bariátrica comienza con una adecuada selección del paciente. Los criterios de indicación incluyen: $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ con o sin comorbilidades; $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ con al menos una comorbilidad; fracaso de tratamientos previos no quirúrgicos; edad entre 18 y 65 años; riesgo quirúrgico aceptable; y compromiso del paciente con el seguimiento a largo plazo.

Las contraindicaciones comprenden: trastornos psiquiátricos graves no controlados (psicosis, episodios maníacos o depresivos severos), retraso mental, bulimia nerviosa, ideación suicida, abuso de alcohol o drogas, enfermedades con riesgo vital a corto plazo, incapacidad para comprender o cumplir las indicaciones médicas, y embarazo.

Estos criterios garantizan que la cirugía se realice en pacientes que puedan obtener el máximo beneficio y minimizar los riesgos asociados, reforzando la necesidad de un abordaje multidisciplinario en la toma de decisiones.

Tratamiento Nutricional en el Pre y Post-Operatorio de la Cirugía Bariátrica

Si bien es cierto que, el tratamiento nutricional que debe seguir los pacientes bariátricos va dirigido a prevenir, por medio de la dietoterapia, problemas nutricionales por déficit de ciertos nutrientes, así como también va direccionado a garantizar una adecuada tolerancia a la dieta y evitar la reganancia de peso a largo plazo. (Carranza et al., 2017). Estos pacientes requieren seguir un tratamiento preoperatorio y un seguimiento riguroso en el postoperatorio. Dicho tratamiento va a condicionar en su inicio que el paciente se adapte a los cambios de conducta alimentaria y su nuevo estilo de vida tras la cirugía.

Argumentando lo expuesto anteriormente, Palacio et al. (2019) señalaron en el primer consenso chileno de nutricionistas en cirugía bariátrica del año 2019, que,

“En la evaluación pre operatoria los principales objetivos son: educar y preparar al paciente sobre los cambios de hábitos alimentarios que deben implementar a corto y largo plazo; procurar una pérdida de peso pre

operatoria, definir y ajustar las expectativas del paciente en relación con la baja de peso e ingesta alimentaria postoperatoria” (p.65).

En dicho consenso, se señala que, la dieta pre-operatoria tiene como propósito permitir una reducción de peso, pero a su vez tiene como objetivo preparar al paciente en cuanto a los cambios de la conducta alimentaria y estilos de vida que debe afrontar en la etapa post quirúrgica. Así mismo enfatiza que la pérdida de peso pre-operatoria podría revertir o mejorar el control de ciertas patologías propias de los pacientes obesos, teniendo un efecto positivo en la reducción de las dificultades técnicas y en los posibles riesgos que implica la intervención de la cirugía bariátrica.

Aunado a esto, dentro de la dieta preoperatoria se suele indicar una dieta líquida liviana un día ante de la cirugía y con un ayuno de 8 a 12h, también existen sugerencia de que el paciente se someta a una dieta líquida por 5 días previos a la cirugía, teniendo como fundamento de que la misma pauta alimentaria podría contribuir a que el paciente avance en la adaptación del régimen dietético postcirugía, además, de reducir riesgo quirúrgico. (Palacio et al., 2019).

Adicionalmente, en dicho consenso, se expresa que el tratamiento nutricional postquirúrgico esta direccionado a:

- ✓ Proveer una adecuada ingesta de nutrientes, en especial de proteínas.
- ✓ Favorecer cicatrización en el postoperatorio inmediato.
- ✓ Procurar una adecuada hidratación. Minimizar pérdida de masa muscular.
- ✓ Optimizar la pérdida de peso a corto y a largo plazo.
- ✓ Contribuir a una adecuada progresión alimentaria.
- ✓ Modificar hábitos alimentarios en el tiempo.

Dietoterapia tras la Cirugía Bariátrica

Las alteraciones anatómicas del tracto gastrointestinal tras la cirugía bariátrica exigen cambios en el régimen dietético, el cual, debe adaptarse a las nuevas condiciones fisiológica, ya sea en cuanto a la ingesta o a las propiedades de los macro y micronutrientes a administrar. (Rubio, y Moreno, 2007).

De acuerdo al Primer Consenso Chileno de Nutricionistas en Cirugía Bariátrica del año 2019, las etapas del progreso alimentarios que debe cumplir todo paciente bariátrico tras la cirugía son las siguientes:

- **Etapla líquida sin residuos:** comienza durante la hospitalización y se extiende por 3 días aproximadamente, se indica líquidos a tolerancia, tomados en pequeños sorbos.
- **Etapla líquida liviana proteica:** duración aproximada de 3 a 7 días según protocolo de cada equipo bariátrico. Por más de 7 días se recomienda aumentar el aporte proteico con lácteos descremados, claras de huevo y suplementos proteicos.
- **Etapla papilla liviana:** la característica de esta etapa es que todos los alimentos deben ser cocidos y pasados por licuadora. Se recomienda 2 papillas al día (almuerzo y cena). Cada papilla debe aportar entre 15 a 25 g de proteínas provenientes de carnes. Además, deben incluirse lácteos descremados y de ser necesario sin lactosa. La duración de esta etapa será de 2 a 3 semanas.
- **Etapla picado liviano:** en esta etapa todos los alimentos deben ser de consistencia blanda y serán cortados en trozos pequeños. Se deberá reforzar la adecuada técnica de masticación y se autoriza la incorporación de nuevos vegetales, frutas crudas y algunos hidratos de carbono complejos.
- **Etapla blando hipocalórico:** luego de completar el mes de picados se incorporarán nuevos alimentos, conservando porciones reducidas y fraccionando la alimentación a lo largo del día.

Los pacientes deberán tener una ingesta fraccionada de las comidas, en 4 tiempo de comida al día, la misma debe ir aumentando gradualmente tanto en volumen como en consistencia, así mismo, se debe tener en consideración que el paciente no sobrepase los 200cc por vez, a lo largo del día y teniendo como tarea comer lentamente cada porción de alimento. El mismo deberá seguir una dieta en los primeros meses de la cirugía de 500-800kcal. Por otra parte, la Asociación Argentina de Cirugía (2019) expresan que el aporte calórico total al final de la progresión de la dieta suele ser de 1200-1500kcal/día.

Implicaciones Nutricionales tras la Cirugía Bariátrica

Dentro de las implicaciones nutricionales que suelen desarrollar los pacientes bariátricos tras la intervención se señalan: deshidratación, distensión abdominal, diarrea,

estreñimiento, náuseas y vómitos, síndrome de dumping, reflujo gastroesofágico e intolerancias alimentarias. (Palacio et al. (2019). Al mismo tiempo, la cirugía bariátrica está estrechamente asociados a un mayor riesgo de deficiencias de micronutrientes en esta población que ya presenta un estatus nutricional subóptimo, con deficiencias nutricionales subclínicas por lo que requieren detectarse y tratarse en la evaluación preoperatoria para evitar el agravamiento del cuadro nutricional en la etapa posquirúrgica (Asociación argentina de cirugía, 2019).

Por su parte, uno de los aspectos relevante a señalar son las intolerancias alimentarias las cuales son consecuencias de las propias alteraciones del sistema digestivo producto de las diferentes técnicas de la cirugía bariátrica, como lo es la reducción del estómago o la alteración en la absorción intestinal, e incluso la mala adherencia de las pautas dietéticas. Dichas intolerancias pueden ser reversibles con el tiempo o persistir en algunos casos (Palacio et al.,2019).

Dado a los trastornos digestivos que suelen presentarse en el paciente bariátrico, Sánchez (2020) planteó una investigación observacional y transversal para evaluar la calidad de la alimentación en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Abordó 131 pacientes residentes de España y sometidos a gastrectomía vertical o bypass gástrico en Y de Roux como procedimientos bariátricos. Como resultados, demostró una buena tolerancia alimentaria y ligeros cambios postquirúrgicos en cuanto al sabor y olor de los alimentos. Mientras que los alimentos con peor tolerancia fueron las carnes rojas, verduras no cocinadas, pan, arroz y pasta. A manera de conclusión los autores señalaron que, tras cirugía bariátrica la tolerancia a la mayoría de los alimentos es adecuada.

De acuerdo a los autores mencionado anteriormente, resulta fundamental comprender la nueva fisiología - anatomía del tracto gastrointestinal en el paciente bariátrico dado al padecimiento de intolerancias alimentarias y complicaciones nutricionales que pueden desarrollar. En efecto, las intolerancias alimentarias pueden generar repercusiones en la selección de alimentos y preferencia alimentaria del paciente, por lo que es importante considerar estos aspectos, dado a que los mismos puede interferir en la calidad de la dieta e incluso en la adopción de hábitos saludables, en el sentido de un posible remplazo de alimentos no tolerados por otros que pueden aportar una alta densidad calórica en su dieta.

Por ello, es conveniente que los pacientes reciban el debido control y seguimiento nutricional tras la intervención. Así mismo, la oportuna educación nutricional, antes y después de la cirugía, de modo, que el paciente asimile de forma natural los cambios de la alimentación y puedan manejar de la mejor forma esta situación si la llega a padecer.

Hábitos alimentarios y cambio en el estilo de vida en el paciente bariátrico

Los pacientes bariátricos deben modificar radicalmente su estilo de vida, estas modificaciones van entorno a los hábitos alimentarios, en donde deberán cuidar la calidad de alimentos y nutrientes, la cantidades de las porciones, además de las recomendaciones dietéticas que deberán seguir, de igual forma, estos deben acompañar su estilo alimentario con la práctica de actividad física, misma que contribuye a la pérdida de peso corporal y el mantenimiento, así como también otro aspecto de gran interés que deberá cuidar el paciente es su conducta psicológica, la cual radica en el manejo de sus emociones, mismas que pueden incidir en la ingesta alimentaria.(Sainz, 2014, pp.47-48).

En complemento a lo mencionado anteriormente, CANCINO-RAMIREZ et al (2019) retoma la perspectiva de (Muschitz C, et al 2016; Bond DS et al 2010) quienes argumentan que “el paciente que se somete a cirugía bariátrica se caracteriza por tener un comportamiento más sedentario que sujetos con normopeso.”

En este sentido, los mismos autores señalan lo expuesto por (Herman KM, et al, 2014) quienes exponen en su estudio que, la actividad física, el tiempo en el que permanece o no sentado y el comportamiento sedentario postcirugía se correlacionan de manera positiva e inversa con la pérdida y más aún con sostenibilidad del peso a largo plazo. Esto significa y respalda que a mayor actividad física mayor pérdida y mantenimiento de peso perdido, mientras que a mayor tiempo de sedentarismo menor pérdida de peso y por ende mayor riesgo de reganancia de peso.

A pasar de los años transcurrido, la literatura sigue sosteniendo que el ejercicio sigue siendo una intervención oportuna para la pérdida y mantenimiento del peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Asimismo, reafirma, que la práctica de actividad física garantizará resultados eficaces siempre y cuando los pacientes tengan en consideración los niveles de intensidad, frecuencia, duración, tipo de actividad, etc. (Vela-Macías, J. 2023)

En relación a esto, es de gran interés señalar que, según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2018) los ejercicios físicos que pueden implementar los pacientes tras la cirugía bariátrica suelen ser un primer inicio, particularmente en los primeros días es caminar pocos minutos, también sugieren caminatas entre 20 y 30 minutos los primeros días e ir aumentando el tiempo de la actividad de forma progresiva hasta llegar a 60 minutos al día. Por su parte, se destaca que los pequeños ejercicios de resistencia o fuerza son igualmente necesarios desde los primeros días, para evitar la pérdida de masa magra. Siendo está muy relevante para la salud y sobre todo para la mejora del metabolismo. Dentro del ejercicio de resistencia que puede implementar están las sentadillas, levantarse de la silla, flexiones contra la pared, banda elástica suaves, entre otras, dicha ejecución de ejercicio físico puede durar entre 10-15 minutos. Posteriormente a los 3 meses de la intervención, los pacientes bariátricos pueden implementar otras actividades físicas, como bailo terapia, yoga, gimnasia de mantenimiento, de manera alternada a la semana.

Por otra parte, los beneficios de la práctica de actividad física de baja intensidad generan mejoras adicionales en el perfil cardiometabólico (es decir, aptitud cardiorrespiratoria, perfil de glucosa y lípidos), mientras que la pérdida de peso saludable después de la cirugía bariátrica (es decir, preservar la funcionalidad muscular) está más relacionado con una actividad física de moderada a vigorosa. Es por esto que, promover la práctica de actividad física más intensa debería incluirse en las estrategias posquirúrgicas, no sólo por sus beneficios en la pérdida de peso, sino para promover un estilo de vida más saludable. Esto es aún más importante ya que la evidencia muestra que la actividad física es menor 5 años después de la cirugía en comparación con 1 año después de la intervención. (Elagizi, et al., 2020; Reinmann, et al., 2021; Sundgot-Borgen et al., 2023).

Tomando como referencia los autores consultados, se puede afirmar que es fundamental la implementación de intervenciones oportunas que le permita a los pacientes bariátrico poder integrar e incrementar de manera progresiva sus niveles de actividad física, de modo que puedan lograr y sostener este cambio tan relevante en su estilo de vida. Además, se sugiere la necesidad de seguimiento post cirugía para optimizar la sostenibilidad resultados en el tiempo. Así como también una adecuada evaluación de la condición física de cada paciente para una prescripción segura y efectiva.

Por lo tanto, un cambio en el estilo de vida relacionado con mayores niveles de actividad física se destaca como una estrategia no farmacológica que permite a las personas maximizar los beneficios para la salud después de someterse a una cirugía bariátrica. Por lo que comprender los cambios en la actividad física de los pacientes postbariátricos es clave, considerando su potencial aumento del efecto protector sobre la pérdida de peso asociada a la cirugía bariátrica a largo plazo.

Trastornos Alimentarios en los Pacientes Sometidos a Cirugía Bariátrica

Según Campos del Portillo et al (2022) señalan que, tras la cirugía bariátrica (CB) aparecen cambios en la conducta alimentaria derivados de la propia alteración anatómica de la cirugía, de las pautas alimentarias que los pacientes deben seguir y de las complicaciones intercurrentes que se han considerado como posibles causas para el desarrollo de un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) tras la intervención. Por su parte, también señalan que la prevalencia de TCA es probable que aumente a medida que transcurre el tiempo desde la cirugía, por lo que se requiere tiempo de seguimiento prolongado para detectar su aparición.

Es importante destacar que, desde un punto de vista técnico existe una dificultad añadida en cuanto al diagnóstico del TCA tras la CB con los criterios habituales, pues no permiten contemplar presentaciones atípicas derivadas de la cirugía, un claro ejemplo de este particular, es el trastorno por atracón, el cual es definido como la ingesta de una cantidad de alimentos superior en un periodo determinado a la que la mayoría de las personas ingiere en un periodo similar en circunstancias parecidas. Sin embargo, en el paciente bariátrico esto se convierte en un criterio difícil de cumplir, dado a la disminución de la capacidad del estómago para recibir alimentos como consecuencia de la propia cirugía. (Campos del Portillo et al.,2022).

Por consiguiente. Conceição y Goldschmidt (2019) proponen:

“En centrar el diagnóstico de los TCA tras la CB en la “falta de control sobre la ingesta” de tal forma que si esta se asocia a una “ingesta de gran cantidad de alimentos” hablamos de TA; si la ingesta es de pequeña cantidad de alimentos se habla de “subjective binge eating”; y si la ingesta es de pequeñas cantidades de alimentos pero muy repetidas a lo largo del día y de forma no planificada (ni atendiendo a las señales de hambre/saciedad), se trata de “grazing” (picoteo o "pastoreo")” (p123).

Dicho autor señala que la justificación de esta propuesta se basa en estudios donde se sugiere que la falta de control sobre la ingesta, independientemente de la cantidad de alimentos ingeridos, puede ser el indicador más importante para definir los atracones.

Por otra parte. El picoteo es una de las conductas más frecuente que experimentan los pacientes bariátricos. En relación a esto, según Pinto-Bastos et al., (2019) señalan que la presencia de picoteo en el postoperatorio de la CB fue un factor predictor de peores resultados en cuanto a pérdida de peso. Es importante acotar que esta conducta merece total atención dado a que debe ser claramente diferenciada de las pautas alimentarias a seguir tras la intervención, cuyas pautas son totalmente planificada en varios tiempos de comida en pequeñas cantidades a lo largo del día.

Aunado a esto, Pérez et al, (2020) señalan que dentro del seguimiento postquirúrgico los aspectos a evaluar suelen ser: Ansiedad, Depresión y Patologías Psiquiátrica, dado que por lo general los pacientes con obesidad mórbida sufren al menos uno de estos trastornos previo a la intervención, a pesar de que la cirugía bariátrica promete una pérdida de peso significativa y con ella una mejoría de la calidad de vida, salud general y mental, los pacientes postbariátricos pueden desarrollar y/o experimentar trastornos ansiosos y depresivos a largo plazo cuando no consiguen lograr la esperada pérdida de peso. Así mismo, llegan a experimentar trastorno por síndrome de ingesta nocturna de alimentos.

Definición de términos básicos

Ansiedad: es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. (Fernández et al, 2012).

Cirugía bariátrica: conocida también como cirugía metabólica (CM) es el conjunto de intervenciones que se realizan sobre el tubo digestivo, con el objetivo de conseguir la mejoría o remisión de la DM2 y patologías asociadas en pacientes obesos. (Asociación Argentina de Cirugía,2019)

Comorbilidad: presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista aguda o crónica que es el objeto principal de la atención. (Blanco et al., 2017).

Conducta: la conducta se refiere a las acciones observables de un individuo en respuesta a estímulos internos o externos. Según Ardila, R. (2013), la conducta es el resultado de la interacción entre el organismo y su entorno, y puede ser estudiada de manera objetiva y científica a través de la observación y el análisis de las respuestas del individuo.

Dieta: según Clavijo (S.F.) la dieta se define como “el conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente, aunque también puede hacer referencia al régimen que, en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber” (p.16).

Dietoterapia: es una disciplina que pertenece al ámbito de la dietética. Se enfoca en el estudio de la combinación óptima de nutrientes y la identificación de los aspectos claves para prevenir, tratar o curar algunas enfermedades. (Universidad Europea, 2022).

Estilo de vida: se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social. (Lorenzo y Díaz, 2019).

Hábitos alimentarios: son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales. (Fundación Española de la Nutrición, 2014).

IMC: según la OMS (2021), el índice de masa corporal IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Nutrición: es el proceso mediante el cual el cuerpo aprovecha los alimentos ingeridos. Implica digestión, absorción, asimilación y excreción. (Guerrero, 2017)

Obesidad: se define como la acumulación anormal o excesiva de masa grasa que incide en el peso corporal, la misma que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2021).

Psicología: de acuerdo a lo que expresa Alonso, D. (2018), la Psicología es la ciencia que se ocupa tanto teórica como prácticamente, al estudio de los aspectos biológicos, sociales

y culturales del comportamiento humano, tanto a nivel social como individual, así como también del funcionamiento y desarrollo de la mente humana.

Psiconutrición: es una disciplina que conjuga los conocimientos de la Psicología y la Nutrición para comprender mejor nuestra relación con la comida y su influjo en nuestro equilibrio emocional, con el objetivo de mejorar nuestro estilo y calidad de vida. (Universidad Europea, 2023).

Valoración Psicológica: la evaluación psicológica es una disciplina que se enfoca en explorar y analizar el comportamiento, la personalidad, las habilidades cognitivas y otras características de la persona, pareja, familia o grupo. (Universidad Europea, 2022).

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Toda investigación necesita una delimitación metodológica, es por ello que el objetivo de este capítulo es señalar la estrategia o plan general para lograr cumplir los objetivos planteados del presente trabajo. Tal como lo afirma Arias, (2012, p.110) “La metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el “cómo” se realizará el estudio para responder al problema planteado”.

Paradigma de la investigación

Esta investigación se realizó bajo un *paradigma crítico o dialéctico*, dado que, se ahondó en las conductas alimentarias y cambios de estilo de vida que llevaban los pacientes bariátricos tras la realización de la intervención. Es decir, se observó e interpretó la realidad con miras hacia la transformación de los procesos que incluyen los fenómenos y no en la sola descripción de los fenómenos (Váldez, 2016).

Enfoque de la investigación

Se trató de una *cuantitativa*, al considerar tanto variables cuantificables medibles como porcentaje de cada categoría nutricional, entre otros.

Tipo de investigación

Se trató de una investigación *descriptiva* ya que se abocó a estudiar un fenómeno sin intervenir en su realidad, es decir, sin hacer manipulación deliberada de las variables, únicamente se centró en describir o caracterizar la realidad encontrada (Arias, 2016).

Modalidad de la investigación

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), esta investigación se realizó con la modalidad de *estudio transversal o transeccional*, dado que los datos se “recolectaron en un solo momento, en un tiempo único, con el objeto de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos)” (p.270).

Diseño de la investigación

El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. En este sentido, la presente investigación adoptó un diseño *no experimental o de campo* (Arias, 2016, p. 31). Ya que los datos primarios fueron obtenidos directamente de los protagonistas del fenómeno (pacientes bariátricos) en el sitio donde ocurren los sucesos, Unidad Bariátrica Internacional, Hospital Clínico del Valle, Mérida, Venezuela.

Población y Muestra

Población

De acuerdo a lo que expresa Bavaresco (2006) la población es el conjunto total de unidades de observación que se consideran en el estudio tales como: estados, localidades, grupos, comunidades, objetos, instituciones asociaciones, empresas, personas, animales, cosas, es decir, la totalidad de elementos que conforman un conjunto.

Por lo antes expuesto, la población de la presente investigación estuvo vinculada a la comunidad a investigar, tal es el caso de los pacientes postbariátricos intervenidos en la Unidad Bariátrica Internacional del Hospital Clínico del Valle, Mérida, Venezuela, que cumplieron con los:

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

✓ Criterios de inclusión

- Pacientes postbariátricos con más de un 1 años y 6 meses de la intervención
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes postbariátricos con edades comprendida de 18-65 años de edad
- Pacientes postbariátricos independientemente del tipo de técnica quirúrgica.

✓ Criterios de exclusión

- Pacientes postbariátricos con menos de un 1 años y 6 meses de la intervención
- Pacientes postbariátricos menor de 18 años de edad

Muestra

Se acude a la muestra cuando es imposible abarcar la totalidad de los elementos que constituyen la población. Por su parte, la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible que permite hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población estudiada con un margen de error. Para escoger la muestra se utiliza una técnica denominada muestreo. (Arias, 2012, p. 83).

Por consiguiente, se fracciona la población con la finalidad de realizar una investigación efectiva y eficaz, por lo tanto, dicha muestra estuvo conformada por 10 pacientes postbariátricos de ambos géneros, en edades comprendida entre 31 y 56 años de edad que decidieron participar voluntariamente en la realización de la encuesta y lo manifestaron a través de una carta de consentimiento informado (Anexo 1)

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para llevar cabo una investigación con autenticidad y efectividad se requiere emplear una variedad de procedimientos los cuales permitirán obtener datos importantes para analizarlos, así como también la recolección de información fundamental para el completo desarrollo del estudio en curso. La técnica, es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información, son particulares y específicas de una disciplina, por lo que sirven de complemento al método científico el cual posee una aplicabilidad general. (Arias, 2012, pág. 67).

La técnica empleada fue una encuesta vía online a través de un cuestionario diseñado para esta investigación mediante el procedimiento metodológico de operacionalización de las variables, elaborado por los investigadores (Anexo 2). Este instrumento, estuvo constituido por una totalidad de 47 preguntas con opciones de respuestas abiertas y cerradas dicotómica y opción múltiples, relativas a la alimentación y estilo de vida adoptado por el paciente bariátrico tras la realización de la cirugía

Así mismo, el instrumento estuvo estructurado en varias secciones: sección A. Datos personales, sección B. Información del procedimiento quirúrgicos, sección C. Hábitos y conductas alimentarias en pacientes bariátricos, sección D. Cambios de estilo de vida, sección E. Sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes intervenidos por cirugía bariátrica y sección F. Acciones implementadas por los pacientes para mantener la sostenibilidad de la pérdida de peso.

Por otro lado, para sintetizar los resultados de hábitos y conductas alimentarias de los pacientes bariátricos se efectuó la agrupación de las preguntas relacionadas con el propósito de crear un indicador de la siguiente manera: se asignó 2 puntos a las opciones correctas y 1 punto a las incorrectas, específicamente a las preguntas correspondientes (1, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 19) obteniéndose el rango de 9-14 puntos para hábitos inadecuados y de 15-18 adecuados.

Con respecto a los cambios de estilo de vida, se aplicó el mismo procedimiento de asignación de puntaje previamente señalado, específicamente en las preguntas correspondientes a los ítems 22, 23, 26, 27, 28, 30, 32, 33, y 34 de la sección D del cuestionario, obteniéndose el rango de 7-11 puntos para los pacientes que no presentaron cambios y de 12-24 puntos los que si presentaron cambios en el estilo de vida.

El indicador para ver si los pacientes realizaron cambios en el consumo de alimentos fue calculado asignando 2 puntos si señalaban la opción que han dejado de consumir y 1 punto para las demás opciones, obteniéndose el rango de 36-56 puntos si no ha cambiado y de 57-72 si ha tenido cambios en el consumo de alimentos.

Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de los datos

La validez del instrumento de recolección de datos, se obtuvo por el método de Juicio de expertos; este consiste según Silva (2014) en:

Consultar un número impar de expertos con experiencia en el tema que se estudia y en metodología de la investigación, a quienes se les suministra un ejemplar del instrumento, la tabla de operacionalización de las variables y una matriz de análisis del instrumento, en la que vaciaran sus apreciaciones y observaciones en torno al instrumento y efectuaran las sugerencias que consideren pertinentes (Pág.115).

En este particular, se acudió a 3 especialistas: 1 nutricionista, 1 estadístico y 1 médico bariátrico.

Una vez validado el instrumento, este se aplicó en una muestra piloto o un test preliminar, en 2 pacientes intervenidos para ratificar el tiempo en el que se hacia el llenado del instrumento, posibles dudas y otros percances que pudieran ser encontrados a fin de aplicar sin problema alguno, el instrumento diseñado.

Procesamiento y análisis de los datos

Aplicación del instrumento: el día 18/06/2025 se envió el enlace del cuestionario a los pacientes mediante vía WhatsApp de la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle, el mismo fue enviado con las respectivas instrucciones. En el primer llamado respondieron 6 pacientes, quienes tardaron cinco días en responder la encuesta (23/06/2025). Para maximizar la tasa de respuesta, y en vista de la baja participación, se realizaron tres recordatorios posteriores:

Primer recordatorio: se llevó a cabo 12 días después del envío, el día (30/06/2025), mediante mensaje de texto por el mismo medio de comunicación. En esta ocasión no se obtuvo ninguna respuesta.

Segundo recordatorio: aplicado 8 días después del primer recordatorio, el día (08/07/2025), mediante mensaje de texto. En esta ocasión respondieron 3 pacientes, quienes tardaron entre uno y seis días en responder la encuesta. (13/07/2025).

Tercer recordatorio: se realizó 7 días después del segundo recordatorio, el día (14-07-2025), mediante mensaje de texto. En esta oportunidad respondió 1 paciente, quien tardó 3 días en responder la encuesta.

Tasa de respuesta: de los 130 pacientes, 10 completaron y respondieron la encuesta dentro del plazo establecido (28/07/2025). En este sentido, al tratarse de un estudio de campo no experimental de carácter descriptivo y transversal, la muestra quedó conformada por los pacientes que manifestaron participar, así como la accesibilidad de los investigadores. Desde el punto de vista metodológico, esta limitación en la tasa de respuesta se atribuyó a factores externos (voluntad y disponibilidad de los pacientes) y no a la deficiencia en el diseño metodológico o falta de compromiso de los investigadores.

Es de interés detallar que estos factores externos puede involucrar la falta de tiempo de los pacientes para responder las encuestas, falta de interés, preocupación por la privacidad para compartir sus datos personales (por lo que evitan participar en la encuesta online), así como también puede atribuirse al abandono del tratamiento o seguimiento tras la intervención e incluso deberse a un fenómeno muy particular en esta población, la cual suele mostrarse muy cerrada y discreta, por lo que muchos prefieren guardar silencio a la hora de hablar sobre su intervención quirúrgica.

En otro orden de idea, una vez obtenida la información, esta fue depurada, vaciada y analizada en el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25.0. Los datos fueron representados mediante estadística descriptiva (tablas y gráficos). Se empleó frecuencias y medidas de tendencia central (promedio y desviación estándar).

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados

El presente capítulo muestra los principales resultados de la investigación, con el propósito de analizar la influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, a través de tablas y gráficos.

No obstante, antes de abordar los hallazgos, se presenta la caracterización de la población, la cual estuvo conformada por 8 pacientes femeninos y 2 masculinos, con un promedio de edad de $46,7 \pm 7,73$ años. Con respecto al estado civil, la mayoría se encontraba casado (a) y proveniente principalmente de los estados Mérida y Trujillo. En relación con la profesión, se identificó una variedad de ocupaciones profesionales entre los participantes, predominando aquellas vinculadas al área de salud. Asimismo, en cuanto al tipo de intervención quirúrgica, los participantes fueron sometidos principalmente a procedimientos de cirugía bariátrica tipo manga gástrica y bypass gástrico en y de Roux.

■ Hábitos adecuados
■ Hábitos inadecuados

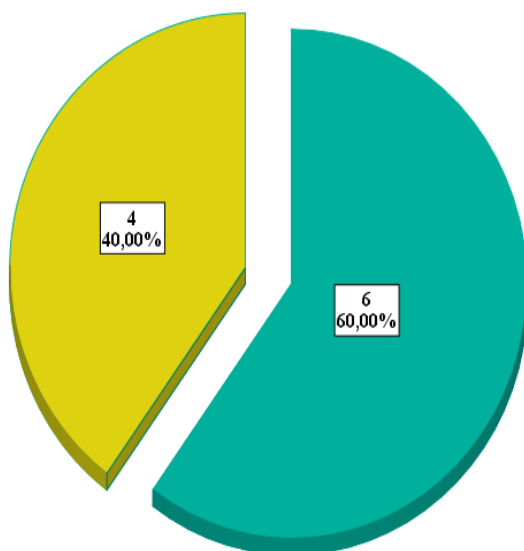


Gráfico 1. *Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátricos.*

Nota: Datos obtenidos de la Tabla 1 en anexo 3.

En el gráfico 1 se observa que el 60% de los encuestados presentó hábitos adecuados, mientras que el 40 % presentó hábitos inadecuados.

■ Si hubo cambio
■ No hubo cambio

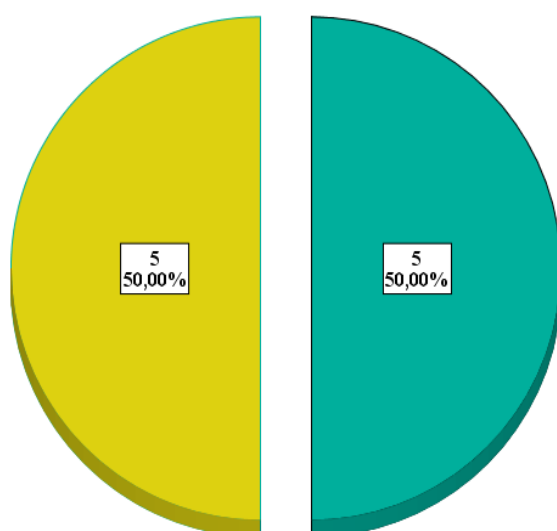


Gráfico 2. Cambios de estilo de vida en pacientes bariátricos.

Nota: Datos obtenidos de la Tabla 2 en anexo 4.

Se observa que 50 % de los encuestados manifestó haber realizado modificaciones positivas en sus hábitos cotidianos, mientras que el otro 50 % indicó no haber efectuado cambios significativos.

Tabla 3.

Pérdida máxima de peso corporal (Kg) tras la cirugía bariátrica.

Pérdida máxima de peso corporal (Kg) tras la cirugía		Nº	Mínimo	Máximo	Media
Tipo de procedimiento	Manga gástrica	5	27,00	36,00	31,40
	Bypass en y de roux	5	36,00	78,00	53,00

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle. 2025.

La Tabla 3 muestra la pérdida de peso corporales mínima y máxima de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica de acuerdo con el tipo de procedimiento efectuado. Se observa que, en el grupo de manga gástrica, la pérdida mínima fue de 27

kg y la máxima de 36 kg, con una media de 31,40 kg. En comparación, los pacientes intervenidos con bypass gástrico en Y de Roux presentaron una variación más amplia, con una pérdida mínima de 36 kg y una máxima de 78 kg, alcanzando una media de 53 kg. Estos resultados evidencian que, en la muestra estudiada, ambos procedimientos quirúrgicos permitieron una reducción significativa del peso corporal.

Tabla 4.

Peso previo y peso nadir (Kg)

		Peso previo al procedimiento bariátrico		Peso nadir	
		Nº	Media	Nº	Media
Tipo de procedimiento	Manga gástrica	5	98	5	64
	Bypass en y de roux	5	119	5	66

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle. 2025.

La Tabla 4 presenta la comparación entre el peso previo al procedimiento bariátrico y el peso más bajo alcanzado después de la cirugía (peso nadir), diferenciados por tipo de técnica quirúrgica. En los pacientes sometidos a manga gástrica, el peso previo tuvo una media de 98 kg, mientras que el peso nadir alcanzado fue de 64 kg. En el grupo intervenido con bypass gástrico en Y de Roux, el peso previo mostró una media de 119 kg, y el peso nadir una media de 66 kg.

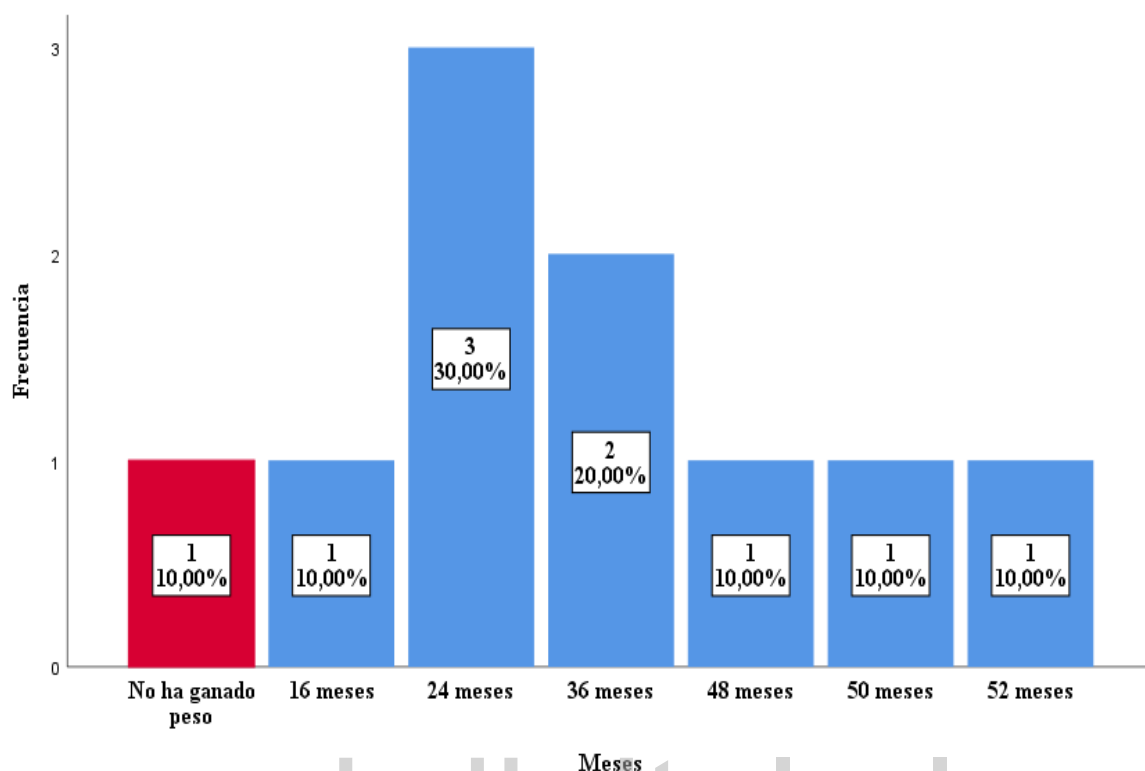


Gráfico 3. *Aumento de peso tras la cirugía.*

Nota: Datos obtenidos de la Tabla 5 en anexo 5.

El Gráfico 3 muestra los resultados sobre el aumento de peso en relación con el tiempo después de la cirugía bariátrica. Se observa que un 10% de los pacientes indicó no haber ganado peso, mientras que el resto reportó diferentes lapsos en los que experimentó este fenómeno: un 10% a los 16 meses, un 30% a los 24 meses, un 20% a los 36 meses, y finalmente un 10% a los 48, 50 y 52 meses. Los resultados reflejan que la ganancia de peso postquirúrgica se presenta en distintos momentos del seguimiento, siendo más frecuente entre los 24 y 36 meses posteriores a la cirugía, donde se concentra el 50% de los casos.

Tabla 6.*Kilogramos de peso ganando*

		Kilogramos de peso corporal ganado		
		Mínimo	Máximo	Media
Tipo de procedimiento	Manga gástrica	3	18	9
	Bypass en y de roux	3	29	10

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

La Tabla 6 presenta los valores de peso corporal ganado después de la cirugía bariátrica, diferenciados por tipo de procedimiento. En los pacientes sometidos a manga gástrica, la ganancia mínima fue de 3 kg y la máxima de 18 kg con una media de 9 kg. En el grupo intervenido con bypass gástrico en Y de Roux, la ganancia mínima también fue de 3 kg mientras que la máxima alcanzó los 29 kg con una media de 10 kg. Los resultados muestran que en ambos procedimientos se registró un aumento de peso posterior a la cirugía, con medias relativamente similares (9 kg en manga gástrica y 10 kg en bypass gástrico). Sin embargo, en el grupo de bypass gástrico se observa una mayor amplitud en el rango de ganancia de peso, lo que refleja una variabilidad más pronunciada entre los pacientes de este grupo. Este aumento se presentó en el 90% de los pacientes evaluados.

Tabla 7.

Reganancia de peso corporal en función de la máxima pérdida de peso inicial según tipo de procedimiento quirúrgico.

		Tipo de procedimiento				Total	
		Manga gástrica		Bypass en y de roux		N°	%
		N°	%	N°	%		
Porcentaje de reganancia de Peso	0,00	1	10,0	-	-	1	10,0
	6,57	-	-	1	10,0	1	10,0
	7,35	-	-	1	10,0	1	10,0
	7,50	-	-	1	10,0	1	10,0
	9,67	1	10,0	-	-	1	10,0
	15,38	1	10,0	-	-	1	10,0
	20,93	-	-	1	10,0	1	10,0
	25,80	1	10,0	-	-	1	10,0
	42,85	1	10,0	-	-	1	10,0
	80,55	-	-	1	10,0	1	10,0
Total		5	50,0	5	50,0	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

La Tabla 7 presenta la distribución de los pacientes en relación con la ganancia de peso corporal posterior a la cirugía bariátrica. De los 10 pacientes evaluados, 50% presentaron reganancia, mientras que el otro 50% no evidenciaron este fenómeno. Los porcentajes de ganancia variaron desde un 6,57% hasta un 80,55%, lo cual refleja una amplia variedad en la magnitud de este problema. Los datos muestran que la reganancia de peso afecta a la mitad de los pacientes evaluados, dado a que presentaron una ganancia significativa mayor a 15% de su máxima pérdida de peso inicial. Asimismo, se observó que los pacientes que tuvieron una ganancia significativa, la mayoría presentaban como intervención quirúrgica la técnica de la manga gástrica.

Tabla 8.

Hábitos y conductas alimentarias, cambios de estilos de vida y reganancia de peso corporal

Reganancia de peso corporal			Hábitos y conductas alimentaria				Total	
			Inadecuados		Adecuados			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	Cambios de estilo de vida	No hubo	3	60,0	-	-	3	60,0
		Si hubo	-	-	2	40,0	2	40,0
	Total		3	60,0	2	40,0	5	100,0
No	Cambios de estilo de vida	No hubo	1	20,0	1	20,0	2	40,0
		Si hubo	-	-	3	60,0	3	60,0
	Total		1	20,0	4	80,0	5	100,0
Total	Cambios de estilo de vida	No hubo	4	40,0	1	10,0	5	50,0
		Si hubo	-	-	5	50,0	5	50,0
Total			4	40,0	6	60,0	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

La Tabla 8 presenta la relación entre la reganancia de peso corporal, los hábitos y conductas alimentarias y la adopción de cambios en el estilo de vida tras la cirugía bariátrica. De los 5 pacientes que reportaron reganancia de peso, el 60% presentó hábitos alimentarios inadecuados sin cambios en el estilo de vida, mientras que el 40% mostró hábitos adecuados acompañados de modificaciones positivas en su estilo de vida. Por otro lado, entre los 5 pacientes que no evidenciaron reganancia, el 60% mantuvo hábitos adecuados y realizó cambios en su estilo de vida, mientras que el 40% restante se dividió entre hábitos inadecuados sin cambios (20%) y hábitos adecuados sin cambios (20%).

Tabla 9.*Acciones para controlar la ganancia de peso*

	N°	%
Nada	1	10,0
Omite el consumo de ciertos alimentos	1	10,0
Ha retomado el plan de alimentación, Ha reducido el consumo	1	10,0
Ha retomado el plan de alimentación, Hace más ejercicio, Omite el consumo de ciertos alimentos	1	10,0
Ha retomado el plan de alimentación, Ha reducido el consumo, Omite el consumo de ciertos alimentos	1	10,0
No ha ganado peso	1	10,0
No se ha preocupado	4	40,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

La Tabla 9 presenta las acciones implementadas por los pacientes para controlar la ganancia de peso corporal tras la cirugía bariátrica. Se observa que un 10% de los encuestados manifestó omitir el consumo de ciertos alimentos, otro 10% señaló no haber realizado ninguna acción y un 10% refirió haber retomado el plan de alimentación y reducido su consumo de alimentos. Asimismo, un 10% indicó haber combinado varias estrategias como retomar el plan de alimentación, aumentar la actividad física y omitir ciertos alimentos, mientras que otro 10% aplicó una combinación de plan de alimentación, reducción en la ingesta y omisión de ciertos alimentos. Además, un 10% corresponde a quienes no han ganado peso y un 40% indicó que no se ha preocupado por este aspecto. Los resultados muestran que existe una gran diversidad en las estrategias utilizadas por los pacientes.

Discusión de los Resultados

A partir de los datos recolectados en esta investigación, se establece la discusión de los aspectos evaluados. En primer lugar, se abordan los hábitos y conductas alimentarias actuales de los pacientes bariátricos, en segundo lugar, los cambios en el estilo de vida tras intervención quirúrgica, seguidamente, se discute la sostenibilidad de la pérdida de peso a través del mantenimiento de los nuevos hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida y finalmente las acciones implementadas por los pacientes para sostener la pérdida de peso, considerando su relevancia clínica y su concordancia con la literatura científica.

En relación a los hábitos y conductas alimentarias se evidenció que, la mayoría de los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica lograron incorporar hábitos alimentarios adecuados, caracterizados por la mejora de la calidad, variedad y proporción de macronutrientes en su dieta, predominando en la misma el consumo de proteínas magras según lo reportado por los participantes. Si bien la literatura refuerza que las modificaciones de los hábitos alimentarios es un factor determinante para optimizar los resultados de la cirugía bariátrica y la sostenibilidad de la pérdida de peso a mediano y a largo plazo, la evidencia generada en este estudio, sugiere que, estas modificaciones son necesarias, pero por sí solas no son suficientes.

Esto dado a que, a pesar de presentar hábitos adecuados, los pacientes mostraron tener conductas alimentarias inapropiadas, específicamente de picoteos, conducta que llega a contrarrestar los beneficios de la adopción de hábitos alimentarios saludables en el contexto de pérdida y mantenimiento de peso corporal, al comprometer el balance energético, ya que este comportamiento se caracteriza por un consumo de alimentos de forma no planificada y de manera frecuente entre las comidas principales y meriendas lo que puede suponer un consumo elevado de calorías. Por lo tanto, la consecuencia de esta conducta se vio reflejada de una u otra manera en la ganancia de peso que se observó en la mayoría de los pacientes estudiados.

En complemento al hallazgo anterior, estas conductas, sobre todo de picoteo se vinculan con estados emocionales como ansiedad, estrés y depresión, los cuales fueron reportados por más del 50% de los encuestados. En este contexto los datos reflejan que una proporción considerable de los pacientes (40%) reconoce la importancia del acompañamiento psicológico para manejar emociones vinculadas con la alimentación, lo que constituye un aspecto positivo en términos de autocuidado y adherencia al tratamiento

postbariátricos. Sin embargo, el 30% que no buscó apoyo, evidencia un grupo potencialmente vulnerable y a su vez, resaltando una brecha en el acompañamiento psicológico postoperatorio, ya que las dificultades emocionales no atendidas pueden repercutir en la conducta alimentaria y en la sostenibilidad de la pérdida de peso.

Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Ivezaj., et al (2021) quienes retomaron lo expuesto por Conceição., et al (2013) los cuales señalan que este comportamiento tiene una alta prevalencia tras la cirugía, llegando a afectar entre un 18,6% a un 46,6% de los pacientes y asociarse con resultados desfavorables en la pérdida de peso tras la intervención e incluso predisponer la recuperación de peso a largo plazo.

En concordancia con la literatura consultada a lo largo del estudio en relación a la conducta alimentaria, se pudo evidenciar que los hallazgos de este estudio reafirman que situaciones emocionales suelen tener una fuerte influencia en la ingesta de alimentos sobre todo de aquellos con alta densidad energética, lo que favorece el desenlace de este tipo de comportamiento.

En línea con lo reportado por Monsalve (2023), quien en su estudio constata que los cambios tanto en el bienestar psicológico como el estilo de vida saludable de los pacientes postbariátricos se mantienen hasta el año y medio del postoperatorio, luego de los dos años varía. Este reporte coincide con los hallazgos generados en el presente estudio, donde se evidenció que los pacientes comenzaron a ganar peso corporal a partir de los 16 meses teniendo una mayor frecuencia a los 24 y 36 meses del postoperatorio. Esto refleja un punto de flexibilización en los límites alimentarios con el paso del tiempo. A la vez, los mismos sienten mayor libertad de recurrir a ciertos alimentos cuando presentan alguna situación de carácter emocional, la frecuencia en la que esto ocurra puede llevar al paciente a retomar nuevamente las conductas alimentarias inapropiadas que hacían parte de sus hábitos antes de la intervención.

Además, de los hallazgos descrito anteriormente, es pertinente destacar algunas prácticas observadas tanto de los resultados que derivan de las preguntas agrupadas como la aquellas que complementan el apartado de los hábitos y conductas alimentarias, las cuales podrían influir negativamente en la adherencia de los hábitos alimentarios que presentan actualmente la mayoría de los pacientes. Tal es el caso de las estrategias utilizadas por los pacientes bariátricos para controlar la cantidad de alimentos consumidos, donde se evidenció que la mitad de la muestra no utiliza ningún método para

este fin. Este hallazgo puede representar un riesgo, ya que la ausencia de estrategias estructuradas se asocia con mayor probabilidad de ingesta excesiva y, en consecuencia, con la posibilidad de reganancia de peso a mediano y largo plazo (Papapietro, 2012). Otro de los hallazgos evidenciados muestra que el 60% de los pacientes manifestó una ingesta variable, es decir, algunos días comen más y otros menos, reafirmando que los pacientes no mantiene un patrón estable en cuanto a la cantidad de alimentos ingeridos diariamente. También se observó que, pese a que la mayoría de los pacientes restringió la ingesta de bebidas ultraprocesadas, la cual contribuyó a la mejora de la dieta, un pequeño grupo refirió ingerirlas entre 1 y 3 veces por semana, lo cual puede representar un riesgo a mediano plazo si estas prácticas se intensifican. En lo que contempla el consumo de alcohol, se identificó que un 40% de pacientes estudiados presentó una ingesta entre 1-2 veces por semana. La literatura ha señalado que su consumo se asocia a mayor predisposición de reganancia de peso, además de aumentar el riesgo de desarrollar adicción y carencias de micronutrientes. Por lo que su consumo debe limitarse a una práctica ocasional y de manera controlada para prevenir sus consecuencias.

Teniendo en cuenta el panorama de los resultados referentes a la sección presentada de los hábitos y conducta alimentaria, se reafirma la importancia de enfatizar la educación alimentaria en los pacientes postbátricos, a su vez, sugiere la necesidad de una abordaje más allá del aspecto dietético, muchas veces el verdadero desafío que enfrentan los pacientes es el manejo de su comportamiento, el cual no es intervenido por el procedimiento bariátrico, y es por ello que se expone la necesidad de no ignorar las intervenciones que prioricen la conducta alimentaria y psicológica, de modo que se puedan identificar y tratar patrones alimentarios desordenados, que predisponen al paciente a tener una ingesta energética excesiva a pesar de la calidad de la dieta. Convirtiéndose finalmente esto en uno de los aspectos clave para la consolidación de hábitos y conductas saludables sostenible en el tiempo. No obstante, estas intervenciones deben complementarse con cambios sostenidos en el estilo de vida.

En lo que concierne a los cambios de estilo de vida se pudo precisar que, el 50% de los pacientes tuvieron cambios significativos, mientras que el otro 50% no tuvo. Sin embargo, en ambos grupos se pudo evidenciar una mejoría de la calidad de la alimentación, donde los pacientes eliminaron o disminuyeron el consumo de algunos alimentos ultra procesados y de alta densidad calórica. De manera complementaria, se observó que los pacientes incorporaron alimentos como carnes, pescados y huevos en

preparaciones más saludables, alimentos que antes de la cirugía solían ser consumidos mayormente en preparaciones fritas. Asimismo, incorporaron lácteos y derivados bajo en grasa, granos, arepa asada de vegetales y/o tubérculos, plátanos y papas sancochadas o al horno, grasas saludables e incluso incorporaron opciones de postres con ingredientes saludables. En termino de macronutrientes los pacientes postbariátricos manifestaron tener un aumento por el consumo de pollo y huevos (Proteínas), granos, avena en hojuela, papa, yuca y vegetales (Carbohidratos) y en cuanto a las grasas manifestaron el aumento del consumo de aguacate, frutos secos y aceite de oliva. Si bien la mejoría en el patrón alimentario de los pacientes representa un punto positivo en termino de salud general, sobre todo cardiovascular, su efecto en la sostenibilidad de la pérdida de peso puede verse mitigado por las debilidades conductuales y emocionales que aún persisten en los pacientes, en el contexto de causar un desbalance energético.

Es importante resaltar que tanto los pacientes que sí realizaron cambios y los que no lo hicieron, en la mayoría de ellos predominó la práctica de ejercicio aeróbico, lo cual representa un hallazgo relevante a considerar. Según Gómez et al. (2020), tras la cirugía bariátrica se producen cambios en la composición corporal que afectan negativamente la masa muscular, lo que puede influir significativamente en los resultados al predisponer a la reganancia de peso. Para contrarrestar este efecto, resulta fundamental la incorporación de ejercicio combinado con entrenamiento de fuerza. Adicionalmente, es de interés acotar que hubo una proporción considerable de pacientes que incorporaron la práctica de actividad física con rutinas regulares con frecuencias que oscilan entre 4 a 7 veces por semana, considerándose esta una frecuencia óptima para disminuir la incidencia de reganancia de peso. No obstante, esto dependerá también del tipo de ejercicio realizado.

Así mismo, se pudo identificar que la mayoría de los pacientes que realizaban actividad física no contaban con apoyo profesional, esto pude explicar la falta de orientación estratégica en cuanto al tipo de ejercicio a incorporar en su rutina. De acuerdo a la literatura existente, la práctica de actividad física con una prescripción adecuada genera cambios significativos y garantiza tanto la sostenibilidad de la pérdida de peso como la adherencia al ejercicio físico. En efecto, el acompañamiento profesional resulta ser fundamental en esta área, a mediano y a largo plazo, ya que el seguimiento regular o periódico de estas intervenciones permitirán que estas sean efectivas para lograr la reestructuración de cambios sólidos.

Entre los hallazgos de los cambios de estilo de vida, destaca también que, la mitad de los pacientes realizaron un cambio positivo en la planificación de su alimentación semanal tras la cirugía. Además, se reflejó un leve aumento en la proporción de pacientes en cuanto a la ingesta diaria de agua representado un aspecto favorable para el correcto funcionamiento del organismo, del mismo modo, se logró visualizar una mejoría en el patrón de sueño de los pacientes lo cual es clínicamente relevante, al contribuir a la recuperación física y psicológica e incluso en la salud metabólica del paciente, así como también al mejorar la apnea obstructiva del sueño y el insomnio asociado al exceso de peso (Navarro-Martínez et al., 2022). Estos cambios permiten visualizar el impacto que induce la cirugía en la modificación del estilo de vida.

Previo a los resultados referente a la sostenibilidad de la pérdida de peso, es de interés resaltar que, se evidenció la efectividad de la cirugía bariátrica al considerar la pérdida máxima de peso tras el procedimiento quirúrgico en ambas técnicas.

Referente a la sostenibilidad de la pérdida de peso a través del mantenimiento de los nuevos hábitos alimentarios y cambios en el estilo de vida, se pudo precisar que el 90% de los pacientes ganaron peso tras la cirugía, situación que se atribuyó a conductas alimentarias inapropiadas, a pesar de mantener hábitos adecuados la mayoría de ellos, y a no realizar cambios o no llevar un estilo de vida estratégico. Lo que supone que, a pesar de mantener la adopción de nuevos hábitos alimentarios y de realizar cambios su estilo de vida, la sostenibilidad va a estar mayormente influenciada por la conducta alimentaria que puedan retomar nuevamente o desarrollar el paciente tras la intervención y de cuan estratégico puedan llegar a ser su estilo de vida.

Es importante destacar que el umbral del 15% a partir de la máxima pérdida del peso inicial utilizado como referencia para determinar la significancia de la ganancia de peso, permitió identificar la tendencia de la recuperación significativa tras la cirugía que, podría anticipar en conjunto, con un comportamiento inapropiado un escenario desfavorable a largo plazo y por ende el retorno progresivo del estado nutricional inicial.

En el contexto de cuan estratégicos puede llegar a ser el estilo de vida, es de interés reconsiderar que la mayoría de los pacientes que presentaron ganancia de peso y reganancia significativa priorizaron el ejercicio aeróbico por encima del entrenamiento de fuerza. Esta decisión condicionó tales resultados, en el sentido de no contrarrestar posible

efecto de los cambios de la composición corporal tras la cirugía, teniendo estos resultados coherencia con lo descrito anteriormente en el presente trabajo

De tal manera, este hallazgo relacionado con los cambios de estilo de vida, específicamente en lo que concierne a la actividad física, sugiere que no basta con hacer cambios al azar, estos deben ser de manera intencionada, planificada y supervisada estableciendo objetivos que favorezcan la preservación de la masa muscular y sobre todo la recomposición corporal (aumento de masa muscular y disminución de masa grasa). Teniendo está un impacto significativo en la mejora del perfil metabólico de los pacientes y siendo una gran aleada para la sostenibilidad de la pérdida de peso a largo plazo, al ser el músculo un órgano metabólicamente activo, traduciéndose esto en un aumento de la tasa metabólica basal, la cual su disminución se ha asociado con predisponer la reganancia de peso postcirugía.

Aunado a esto, resulta interesante enfatizar que, aquellos pacientes que tuvieron reganancia significativa (50%) a diferencia de aquellos que ganaron peso por debajo del umbral (40%), la mayoría de ellos presentaron hábitos y conductas alimentarias inadecuadas y no realizaron cambios significativos en su estilo de vida. Coincidiendo este resultado con la literatura consultada en la presente investigación, donde reseña que la no adopción de hábitos y cambios de estilo de vida favorece a una mayor incidencia de reganancia de peso.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de concientizar que el tratamiento de la obesidad debe continuar después de la intervención, ya que el mismo no cesa en el quirófano ni cuando se logra alcanzar la estabilidad de la pérdida de peso. La obesidad es una enfermedad multifactorial que requiere tratar a fondo todos los factores condicionantes de la misma, factores que han persistido en el paciente incluso por años, por lo que su intervención o modificación puede demorar tiempo en lo que respecta a factores modificables, un claro ejemplo de esto son los hábitos, conductas alimentarias y estilo de vida, donde los pacientes requieren de tiempo para lograr cambios conscientes y sostenibles, dado a que, en los primeros años estos cambios están influenciado por la propia intervención y por los resultados obtenidos, sin embargo pueden desaparecer a cabo de un tiempo. Por lo tanto, las intervenciones deben de reforzarse aún más en los periodos críticos donde ocurre una flexibilización por parte de los pacientes, tal como se ha señalado anteriormente. De esta manera el paciente no solo logrará combatir la pérdida

de peso y su mantenimiento a largo plazo sino también superar los obstáculos físicos y emocionales con lo que ha vivido.

En relación a las acciones para controlar la ganancia de peso corporal se evidenció que la mayoría de los pacientes tomaron acciones concretas para contrarrestar en lo posible un aumento aún más significativo. Dichas acciones se basaron en retomar el plan de alimentación, reducir el consumo de alimentos hipercalóricos, incrementar la actividad física y en algunos casos dejar el consumo de alcohol. No obstante, es de interés resaltar que un pequeño grupo señaló recibir en la actualidad intervención nutricional, reflejando esto un punto favorable para abordar el incremento de peso corporal. Esto también dejó en evidencia que, la adherencia al seguimiento nutricional también mostró una disminución preocupante. Aunque el 90% recibió acompañamiento en el primer año postoperatorio, actualmente solo el 30% mantiene este seguimiento. Esta caída en la continuidad del cuidado clínico se asocia directamente con la reganancia de peso. El acompañamiento a largo plazo permite reforzar y guiar aquellas conductas que el paciente aún no ha podido enfrentar por sí solo, y que de no ser corregida a tiempo estas pueden ser retomada nuevamente en su rutina diaria.

Por otro lado, en conjunto, los hallazgos confirman que la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes postbariátricos es un fenómeno multifactorial, donde la cirugía representa solo el punto de partida. La adherencia a hábitos alimentarios saludables, la incorporación de actividad física estructurada, el manejo emocional y el seguimiento clínico prolongado son elementos clave para evitar la reganancia y garantizar el bienestar general del paciente. La evidencia obtenida en este estudio respalda la necesidad de un abordaje multidisciplinario, personalizado y sostenido en el tiempo, que permita transformar la intervención quirúrgica en un proceso de cambio real y duradero.

Los resultados obtenidos gozan de total validez interna, por lo que proporcionaron conocimientos sólidos a pesar de tamaño muestral limitado, esto debido a la rigurosidad metodológica que se siguió para la recolección de los datos, donde se aseguró que los participantes cumplieran los criterios de inclusión, además, el instrumento aplicado contó con la validación por parte de un grupo de expertos en el área, así como también los distintos llamados de participación que se hicieron para maximizar la tasa de respuesta. Asimismo, el tamaño de la muestra no invalida el estudio; simplemente define el alcance

de los resultados. Por lo tanto, la información proporcionada es fiable en coherencia con el enfoque descriptivo de la presente investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La presente investigación permitió analizar de manera exhaustiva la influencia de los hábitos alimentarios y los cambios en el estilo de vida sobre la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Dicha investigación demostró que la sostenibilidad de la pérdida de peso a largo plazo requiere una intervención multidisciplinaria que articule lo nutricional, dietético, lo conductual y lo emocional.

Los resultados obtenidos permiten concluir que la recuperación del peso perdido guarda estrecha relación con las debilidades presentes en el contexto de seguimiento posterior a la cirugía: la falta de seguimiento profesional, el abandono o no incorporación de rutinas saludables y la ausencia de apoyo psicológico limitan la capacidad del paciente para sostener los cambios iniciados tras la cirugía.

En relación con los objetivos planteados en el inicio, se pudo concluir que, si se cumplieron, ya que se logró conocer los hábitos y conductas alimentarias de los pacientes, donde los hallazgos dictaron que la mayoría de ellos preservaban hábitos adecuados, sin embargo, sus conductas alimentarias fueron inapropiadas, en el sentido de presentar episodios de picoteos, siendo estos influenciado por la ansiedad, estrés y depresión que manifestaban experimentar los pacientes. Solo un 30% de los pacientes ha presentado episodios de ingesta compulsiva de manera esporádica, lo que sugiere una relación emocional con la comida que aún no ha sido completamente abordada. Además, se pudo concluir que existe una tendencia significativa hacia la reincidencia en prácticas alimentarias inadecuadas, especialmente en aquellos pacientes que han experimentado reganancia de peso.

En síntesis, la conducta psicológica y alimentaria representa uno de los grandes desafíos que llegan a experimentar los pacientes postbariátricos para mantener los resultados en el tiempo. A su vez, estos hallazgos reflejan que no basta solo con promover la adopción de patrones saludables sin simultáneamente no se prioriza el abordaje psicológico para modular los comportamientos arraigados en pacientes que han padecido de obesidad.

Así mismo, se logró comparar los cambios en el estilo de vida antes y después del procedimiento bariátrico, cuyos resultados permitieron concluir que la cirugía generó un punto de inflexión en los hábitos cotidianos de los pacientes, promoviendo mejoras en áreas clave como la planificación alimentaria, el consumo de agua, la calidad del sueño y la incorporación de actividad física. Sin embargo, solo el 50% de los pacientes lograron tener cambios mientras que el otro 50% no tuvieron cambios de manera significativa.

Dentro del marco de actividad física, se concluyó que, si bien algunos pacientes lograron incorporar rutinas regulares, el 30% continúa sin practicar ningún tipo de ejercicio, y la mayoría lo hace por iniciativa propia y sin orientación profesional. Además, se evidenció que no llegan a ser lo suficientemente estratégicos para disminuir la incidencia de la reganancia de peso, dado a que los pacientes no combinan los ejercicios recomendados por la literatura para tal fin.

También se pudo concluir que, la ausencia del apoyo profesional, especialmente en el área de actividad física, representa una debilidad que podría comprometer la estabilidad de los resultados obtenidos. En conjunto, los hallazgos evidencian que la cirugía bariátrica puede catalizar cambios positivos en el estilo de vida, pero su consolidación depende del compromiso individual, el entorno de apoyo y la presencia de un seguimiento clínico estructurado.

En cuanto a la sostenibilidad de la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica, se concluye que misma está estrechamente vinculada con la capacidad del paciente para mantener conductas saludables y cambios estratégicos en su estilo de vida en el tiempo. Aunque, la mayoría llegaron a tener ganancia de peso, solo un 50% llegó alcanzar una reganancia significativa, con porcentajes que oscilaron entre el 15,38% y el 80,55%. Dicho porcentaje llegan a estar fuertemente influenciado por los hábitos y estilos de vida desfavorables que llevan los pacientes.

En este mismo orden de idea, los datos permiten concluir que existe un periodo crítico donde la mayoría de los pacientes tiende a empezar a ganar peso, siendo este frecuentemente a los 24 y 36 meses de la intervención, este hallazgo también refleja el punto en el que el paciente suele empezar a reincorporar hábitos o conductas inapropiadas, por lo que sugiere

la necesidad de priorizar y reforzar las intervenciones en este periodo tan crucial de la etapa postquirúrgica.

Con respecto a las acciones implementadas por los pacientes para contrarrestar la ganancia de peso y por ende mantener la sostenibilidad de los resultados, se concluye que la mayoría de los pacientes toma la iniciativa de implementar acciones concretas. Aunque también persisten pacientes que no suele mostrar preocupación alguna ante esta ganancia por lo que no consideran tomar ninguna acción al respecto. Situación que puede generar mayor incidencia de alcanzar un elevado porcentaje de reganancia de peso.

Estos hallazgos confirman que la sostenibilidad de la pérdida de peso no depende únicamente del tipo de procedimiento quirúrgico, sino de la consolidación de un estilo de vida saludable, del acompañamiento clínico continuo y de la capacidad del paciente para adaptarse emocional y conductualmente a las exigencias del postoperatorio. La cirugía bariátrica debe entenderse como el inicio de un proceso integral, donde la adherencia a nuevos hábitos alimentarios y conductuales es el principal determinante del éxito a largo plazo.

En conjunto, se concluye que las acciones implementadas para mantener la pérdida de peso son diversas, pero en muchos casos insuficientes o no estructuradas. Por lo tanto, se reafirma la necesidad de fortalecer el acompañamiento multidisciplinario, promover la educación alimentaria continua y diseñar estrategias personalizadas que permitan a los pacientes enfrentar con éxito los desafíos del entorno postoperatorio.

Y finalmente, este estudio propone reflexionar acerca el abordaje postbariátrico en Venezuela, incorporando una visión más amplia y humana del proceso de cambio, donde la cirugía sea el inicio de una intervención prolongada, educativa y emocionalmente sostenida. Solo así se podrá garantizar no solo la pérdida de peso, sino el bienestar general del paciente a lo largo del tiempo.

Recomendaciones

Con base en los hallazgos obtenidos y el análisis crítico realizado, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Estas sugerencias se agrupan en tres niveles de intervención: individual, clínico e institucional.

1. Nivel del paciente

- Fomentar la autorregulación alimentaria mediante el uso de herramientas prácticas como diarios de comida, aplicaciones móviles de monitoreo y planificación semanal de menús.
- Promover la práctica regular de actividad física, adaptada a las capacidades individuales, con metas progresivas y seguimiento profesional.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento emocional, a través de estrategias como la participación en grupos de apoyo y buscar ayuda con profesionales en el área para regular las emociones y controlar las conductas alimentarias.
- Incentivar el compromiso con el seguimiento nutricional, resaltando su papel en la prevención de la reganancia y en el fortalecimiento de hábitos saludables.

2. Nivel del equipo clínico

- Priorizar el modelo de atención multidisciplinario, que incluya médicos tratantes, nutricionistas, psicólogos y especialistas en actividad física, con roles claramente definidos y una coordinación continua.
- Establecer protocolos de seguimiento prolongado, que se extiendan más allá del primer año postoperatorio, con evaluaciones periódicas y adaptadas a la evolución del paciente.
- Diseñar intervenciones educativas personalizadas, que aborden temas como la selección de alimentos, el control de porciones, la lectura de etiquetas y la prevención de recaídas conductuales.

- Asegurar planes de entrenamientos físico dirigido a pacientes bariátricos a corto, mediano y a largo plazo, siendo esto prescritos por profesionales en el área bariátrica y metabolismo de la obesidad.

3. Nivel institucional

- Incluir la cirugía bariátrica en políticas de salud pública, reconociéndola como el inicio de un proceso integral que requiere recursos, seguimiento y educación continua.
- Crear campañas informativas sobre la reganancia de peso, dirigidas tanto a pacientes como a profesionales de la salud, que promuevan el autocuidado y la prevención como parte integral del proceso postbariátrico.

Recomendaciones para futuras investigaciones

A partir de los hallazgos obtenidos y las limitaciones metodológicas identificadas en esta investigación, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a enriquecer el abordaje clínico y científico de la cirugía bariátrica en relación con la sostenibilidad de la pérdida de peso:

- Incluir mediciones antropométricas y de composición corporal, como bioimpedancia eléctrica, perímetros corporales o densitometría (DEXA), para diferenciar si la reganancia de peso corresponde a masa grasa o masa muscular. Esta distinción es fundamental para interpretar correctamente la evolución postquirúrgica y evitar conclusiones erróneas basadas únicamente en el peso total.
- Explorar el impacto de intervenciones psiconutricionales estructuradas, como programas grupales de educación emocional, terapia cognitivoconductual adaptada al paciente bariátrico y estrategias de prevención de ingesta emocional. Aunque esta investigación abordó variables psicológicas, futuras investigaciones podrían evaluar la efectividad de intervenciones específicas en la mejora de la adherencia y el control de la ingesta.
- Evaluar el uso de tecnologías digitales en el seguimiento postoperatorio, como aplicaciones móviles, teleconsultas, recordatorios automatizados y plataformas de

monitoreo remoto. Estas herramientas podrían facilitar el acceso al acompañamiento clínico, especialmente en pacientes que residen fuera del área de influencia directa del equipo médico.

- Investigar el papel del entorno familiar y social como modulador de la sostenibilidad de los resultados postquirúrgicos. El apoyo emocional, la dinámica alimentaria en el hogar y la percepción del cambio por parte de los allegados pueden influir significativamente en la consolidación de hábitos saludables.
- Incorporar análisis cualitativos complementarios, como entrevistas, que permitan comprender las vivencias, motivaciones y barreras percibidas por los pacientes en su proceso de cambio. Este enfoque enriquecería la interpretación de los datos cuantitativos y aportaría una visión más humana del fenómeno estudiado.

Estas recomendaciones buscan ampliar el conocimiento sobre los factores que influyen en la sostenibilidad de la pérdida de peso y contribuir al diseño de intervenciones más efectivas, accesibles y contextualizadas para los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS

- Alonso, D. (2018). Definición de Psicología. Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa_ixtlahuaco/2018/Psicologia.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45, 2, 315-319.
- Arias, (2006). El proyecto de investigación. Guía para su elaboración. 5ta. edición. Caracas Editorial Episteme, Venezuela.
- Arias, (2012). El proyecto de investigación. introducción a la metodología. Caracas – Venezuela. 6ta edición.
- Arias, F. (2016). *El Proyecto de Investigación* (7.^a ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Asociación Argentina de Cirugía (2019). Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/consenso-intersocietario-cirugia-cariatica-y-metabolica.pdf>
- Bavaresco, A. (2006). Proceso Metodológico en la Investigación. Cómo hacer un Diseño de Investigación. Maracaibo Venezuela: Universidad del Zulia.
- Blanco, M., ShunchaoI, K., Xueqing, L. (2017). La Comorbilidad y su Valor para el Médico Generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 16(1),15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n1/rhcm04117.pdf>
- Brasesco, O. Y Corengia, M. (2009). Cirugía bariátrica: técnicas quirúrgicas. pág. 1-2. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dsetentaydos.pdf>
- Busetto, L., Dicker, D., Frühbeck, G., Halford, J., Sbraccia, P., Yumuk. V., Goossens, H., (2024). Un nuevo marco para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento de la obesidad en adultos. *Nature Medicine*. 30, 2395–2399. <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03095-3>

- Campos del Portillo, R., Martín, P. Castro, M. Martinez, M. Gomez, C. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 28(3), 124–125. https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/17_Campos_del_Portillo_R_et_al__Prevencion_TCAs_en_obesidad_RENC_2022_Supl_3.pdf
- Cancino-Ramírez, J., Troncoso-Ortiz, E., Pino, J., Olivares, M., Escaffi, M., Riffo, A., Podestá, I., Vásquez, M., & Gonzales-Rojas, L. (2019). Recomendaciones de actividad física y ejercicio en el paciente adulto sometido a cirugía bariátrica: Documento de consenso. *Revista Médica de Chile*, 147(11), 1468–1486. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019001101468
- Carranza, T., León, A., Serna-Thomé, M. (2017). Tratamiento nutricional en el paciente con superobesidad y bypass gástrico en Y de Roux. *Nutrición Clínica en Medicina*, 6 (1): 42-58. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5049.pdf>
- Cazorla, G., Shinin, E., Urbano, S. (2022). Efectividad de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad. *Revista Eugenio Espejo*. 16(2), 25-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572870672009/572870672009.pdf>
- Clavijo, Z. (S.F.). Nutrición, Dietética Y Alimentación. pp 16. Disponible en: [Dialnet-NutricionDieteticaYAlimentacion-697532 \(1\).pdf](#)
- Conceição EM, Goldschmidt A. Disordered eating after bariatric surgery: clinical aspects, impact on outcomes, and intervention strategies. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32(6):504-9. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000549
- Elagizi A, Kachur S, Carbone S, Lavie CJ, Blair SN. Una revisión de la obesidad, la actividad física y las enfermedades cardiovasculares. *Representante Curr Obes*. 2020;9:571–81.
- Escalante, A. Y Ramírez, D. (2022). Cambios Psicológicos en pacientes adultos con Obesidad Mórbida después la Cirugía Bariátrica.

Fernández, O., Jiménez, B., Almirall, R., Sabina, D. y Cruz, J.(2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 10 (5);466. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

Fundación Española de la Nutrición. (2014). Hábitos Alimentarios. Disponible en: <https://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>

Gómez, J., Cases, J., Reynoso, C., Antar, N., & Curriá, M. (2020). Cambios en la composición corporal en pacientes sometidos a cirugía. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 54(3). Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/456/402>

Gómez, J., Cases, J., Reynoso, C., Antar, N., & Curriá, M. (2020). Cambios en la composición corporal en pacientes sometidos a cirugía. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 54(3). Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/456/402>

Gómez-Cuevas, Y., & Montero. (2017). *II Consenso Latinoamericano de Obesidad* (p. 25). Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad. Disponible en <http://www.administracion.usmp.edu.pe/institutoconsumo/wp-content/uploads/LIBRO-II-CONSENSO-LATINOAMERICANO-DE-OBESIDAD-2017.pdf>

Guasman, J. Torres, S. (2018). *Manejo Nutricional en Pacientes Sometidos a Cirugía Bariátrica: Una Propuesta de Revisión Bibliográfica*. [Trabajo de titulación de grado, Universidad Estatal de Milagro, Ecuador] Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4231/1/MANEJO%20NUTRICIONAL%20EN%20PACIENTES%20SOMETIDOS%20A%20CIRUG%3%8DA%20BARI%3%81TRICA%20UNA%20PROPUESTA%20DE%20REVISI%3%93N%20BIBLIGR%3%81.pdf>

Guerrero, A. (2017). Concepto Básicos de Nutrición. Disponible en: https://www.uv.mx/personal/lbotello/files/2017/02/conceptos_basicos_de_nutricion-1.pdf

Henao, D., Gómez, A., Muñoz, O., Rubio, C., Rodríguez, N., Úrsida, V., Forero, A., Pinzón, F y Mikler, R. (2023). Factores asociados a la reganancia de peso clínicamente significativa en pacientes tratados con cirugía bariátrica. *Revista Colombiana de Endocrinología Diabetes y Metabolismo*, 10(1), 22-24. Disponible en: <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/download/760/1082>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). D.F., México: McGraw Hill Education https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232017000200161

Ivezaj, V., Carr, M. M., Brode, C., Devlin, M., Heinberg, L. J., Kalarchian, M. A., Sysko, R., Williams-Kerver, G., & Mitchell, J. E. (2021). Trastornos de la alimentación tras la cirugía bariátrica: Una revisión de la medición y consideraciones conceptuales. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(8), 1510–1520. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8865052/>

Kaufer-Horwitz, M. y Pérez, J. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina*, 10(26), 147-175. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244857052022000100147

Lasagni, V., Palma, R., Ríos, B., Vázquez-Velázquez, V., Severo Duarte-Guerra, L., Malischesqui Paegle, I., Graf, B., Lyng, V., & Sánchez Salvatierra, M. (2018). Propuesta de guía para el tratamiento de la reganancia de peso después de cirugía bariátrica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 8.2.12, 2318-2322

Lima-Martínez, M., Zerpa, J., Guerrero, Y., Zerpa, Y., Guillen, M. y Rivera, J. (2015). Tratamiento con cirugía bariátrica en el paciente obeso. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 13(1), 54-59. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102015000100007

López Pérez, A. M., López Carmona, M. H., Echenique Gazzotti, M. I., & Padrón Sanabria, J. A. (2025). *Pérdida de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida actual en pacientes intervenidos por cirugía bariátrica: Estudio prospectivo*. *Revista*

Venezolana de Cirugía, 78(1).
<https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/621>

Lorence, L. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apunte de Psicología*, 26(1), 52. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/190375474.pdf>

Lorenzo, J. y Díaz, H. (2019). Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*. 23 (2);170. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n2/1561-3194-rpr-23-02-170.pdf>

Monsalve, K. (2023). El impacto psicológico de la cirugía bariátrica en pacientes obesos postoperados. *Revista Psicología*, 42(1-2), 55-83. Disponible en https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/27433

Moral y Redondo, F. (2008). La obesidad. Tipos y clasificación. *Efdeportes*, 13(122). Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd122/la-obesidad-tipos-y-clasificacion.htm>

Navarro-Martínez, S., Díez-Ares, J. Á., Carrasco-Llatas, M., Peris-Tomás, N., Matarredona-Quiles, S., Trullenque-Juan, R., & Domingo-del-Pozo, C. (2025). *Factores predictores de curación de la apnea obstructiva del sueño en pacientes bariátricos*. *Cirugía Española*, 103(5), 295-301. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-factores-predictores-curacion-apnea-obstructiva-S0009739X25000417>

Nieto, C. (2016). Obesidad Mórbida. [Tesis de Pregrado, Universidad Fasta, Argentina] Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/1255>

Núñez Flores, M. i. (Julio-diciembre 2007). Las variables estructura y función en la hipótesis. *Revista de Investigación Educativa*. Vol II (20), 169

OMS, (2021). Obesidad y sobrepeso. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2).)

- Palacio, A., Vargas, P., Ghiardo, D., Rios, M., Vera, G., Vergara, C., Gabarroche, R., Rubilar, J., Reyes, A., Álamo, M. y Cosentino, M. (2019). Primer Consenso Chileno de Nutricionistas en Cirugía Bariátrica. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(1): 64-75. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000100061&script=sci_arttext&tlng=en
- Pérez, J. Gastañaduy, M. y Basanta, R. (2020). EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA. *Psychologist Papers*, Vol. 41(1), 45.
- Pérez, J., Gastañaduy, M. y Basanta, R. (2020). Evaluación psicológica postcirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 43-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7300693>
- Pinto-Bastos A, de Lourdes M, Brandão I, Machado PPP, Conceição EM. Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surg Obes Relat Dis* 2019;15(7):1104-12. DOI: 10.1016/j.soard.2019.04.018
- Reinmann A, Gafner SC, Hilfiker R, Bruyneel AV, Pataky Z, Allet L. Cirugía bariátrica: consecuencias sobre las capacidades funcionales en pacientes con obesidad. *Frente Endocrinol (Lausana)*. 2021; 12:646283. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.646283>.
- Reséndiz, A. Hernández, S., Sierra, M. y Torres, M. Et al (2015) Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112015000200018
- Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Brown, W. A., Stanford, F. C., Batterham, R. L., Farooqi, I. S., Farpour-Lambert, N. J., le Roux, C. W., Sattar, N., Baur, L. A., Morrison, K. M., Misra, A., Kadowaki, T., Tham, K. W., Sumithran, P., Garvey, W. T., ... Mingrone, G. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221–262. <https://nvdietist.nl/app/uploads/2025/01/ClinicalObesity-artikel.pdf>

Rubio, M. y Moreno, C. (2005). Nutrición y cirugía bariátrica. *Revista Española de Obesidad*; 2. Disponible en: http://www.seco2007.es/archivos/dr_rubio_nutricion.pdf

Rubio, M. y Moreno, C. (2007). Implicaciones nutricionales de la cirugía bariátrica sobre el tracto gastrointestinal, R. *Nutrición Hospitalaria*.22(2),124. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/nutricion6.pdf>

Ruiz, A. Sánchez, R. (2012). *Cirugía de la Obesidad Mórbida*. (2da.ed.) Arán Ediciones. Madrid (España). Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-de-la-obesidad-2-edic.pdf>

Papapietro, K. V. (2012). *Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica*. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(1), 79–83. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000100015

Sainz, B. (2014). *Nutrición en la Cirugía Bariátrica*. Editorial El Manual Moderno: México.

Sánchez, J. (2020). *Evaluación de la calidad de la alimentación en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42075/TFG-H1961.pdf?sequence=1>

Savino, P. Zunde, N. y Carvajal, C. (2013). Manejo nutricional perioperatorio en pacientes con cirugía bariátrica. *Revista Colombia de Cirugia*.28,73-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20117582201300010009

Silva, J. (2014). *Metodología de la Investigación: elementos básicos*. Caracas: COBO.

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2018). Recomendaciones Dietéticas Tras By-Pass Gástrico. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1084/140420_012741_1352286268.pdf

- Sundgot-Borgen C, Bond DS, Sniehotta FF, Kvaalem IL, Hansen BH, Bergh I, et al. Asociaciones de cambios en la actividad física y el tiempo sedentario con la recurrencia de peso después de la cirugía bariátrica: un estudio prospectivo de 5 años. *Int J. Obes.* 2023; 47:463–70. <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01284-7>
- Ugarte, Carla, Quiñones, Álvaro, & Vicente, Benjamín. (2019). Predictores psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos. *Terapia psicológica*, 37(3), 199-209. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v37n3/0718-4808-terpsicol-37-03-0199.pdf>
- Unal, S. Sevincer, G. Maner, A. (2019). Predicción de la recuperación de peso tras la cirugía bariátrica según la alimentación nocturna, la alimentación emocional, las preocupaciones alimentarias, la depresión y las características demográficas. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31170305/>
- Unidad de Cirugía de la Obesidad y Metabólica (UCOM, 2022). Todo sobre la obesidad mórbida. Disponible en: <https://cirugiayobesidad.es/todo-sobre-obesidad-morbida/>
- Universidad Europea (2022). Evaluación Psicológica. Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-evaluacion-psicologica/>
- Universidad Europea (2023). ¿Qué es la psiconutrición o psicología de alimentación? Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-psiconutricion/>
- Universidad Europea, (2022). ¿Qué es la dietoterapia? Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-dietoterapia/>
- Valdés, P. (2016). Paradigmas de la Investigación en Salud. *Material de apoyo*. Santiago, Chile: Centro de Capacitación, Investigación y Gestión en Salud para la Medicina Basada en Evidencias.
- Vela-Macías, J. P., Caicedo-Tello, S., Carvajal-Tello, N., Caballero-Lozada, A. F., & Segura-Ordóñez, A. (2023). Prescripción del ejercicio en paciente post operatorio de cirugía bariátrica 2010–2020: Revisión exploratoria. *Revista de Cirugía*, 75(5), 368–378. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492023000500368

World Obesity Federation. (2025). Obesity classification and risk: Combining BMI and waist circumference. <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/obesity>

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS
www.bdigital.ula.ve



Anexo 1 Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autor: Univ. Kevin Marin V-28.078.746

Autor: Univ. José G. Siso V-27.325.895

Estimado(a) Participante.

De antemano reciba un cordial saludo, a través de este formulario queremos hacerle llegar una invitación a participar voluntariamente en nuestra investigación titulada **“INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA”**. La cual tiene como objetivo principal analizar la influencia de los cambios en la alimentación y del estilo de vida en el éxito de la cirugía en pacientes post bariátricos.

El presente **Consentimiento Informado** tiene como objetivo comunicarle en que consiste su participación en nuestro estudio, de esta manera usted puede tomar una decisión informada. Su participación consistirá en responder una encuesta diseñada para recabar información relacionada con los aspectos antes mencionados. De ante mano le aseguramos que toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación. Lo cual contribuirá al desarrollo de conocimientos en la atención integral y tratamiento del paciente bariátrico.

Tu participación es completamente voluntaria. Al responder este formulario, usted declara que comprende la información proporcionada sobre el estudio y acepta participar de manera voluntaria, conforme a lo establecido.

Anexos 2 Instrumento de recolección de datos de la investigación



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



Instrumento de recolección de datos de la investigación:

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

SECCIÓN A. DATOS PERSONALES:

Edad: _____	Género: Femenino _____ Masculino _____
Estado civil: _____	Procedencia: _____
Profesión: _____	

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BARIÁTRICO

Tipo de procedimiento: _____, Peso previo al procedimiento bariátrico: _____	Peso actual: _____ % peso perdido: _____, Años y Meses de la Intervención Quirúrgica: _____
Motivo de la intervención: Por estética y apariencia _____; Por salud y calidad de vida _____; Por motivo profesional _____ Otros _____	

SECCIÓN C. HÁBITOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES BARIÁTRICOS:

1. ¿Aún controla la cantidad de alimentos consumidos?	
Pesada de alimentos (Balanza)	_____
Tazas y/o cucharas medidoras	_____
Modelo de plato saludable	_____
Todos los anteriores	_____
Ninguno	_____
2. ¿Has notado aumento significativo en los tamaños de las raciones de alimentos en los últimos meses?	
Si	_____
No	_____

3. ¿Como consideraría la cantidad de alimentos que consume diariamente? Excesiva (considero que como más de lo necesario) _____ Adecuada (considero que como la cantidad justa) _____ Insuficiente (como menos de lo que necesito) _____ Variable (hay días que como más y otros días que como menos) _____	
4. ¿Consume diariamente en tu dieta alimentos de los siguientes grupos: ¿frutas, vegetales, proteínas magras, cereales integrales y grasas saludables? Si _____ No _____ A veces _____	
5. ¿En tus comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) diariamente combina proteínas, carbohidratos y grasas saludables? Si, en cada comida _____ Si, pero en una o dos comidas _____ No siempre _____	
6. ¿En tus comidas principales incluye diariamente vegetales? Si, en cada comida _____ Si, pero en una o dos comidas _____ No siempre _____	
7. ¿En tus comidas principales incluye diariamente frutas? Si, en cada comida _____ Si, pero en una o dos comidas _____ No siempre _____ Solo en las meriendas _____	
8. ¿Como consideraría usted visualmente la proporción de macronutrientes en tus platos principales? Mayormente está conformado por proteínas magras _____ Mayormente está conformado por carbohidratos _____ Mayormente está conformado por grasas saludables _____ Equilibrado: está conformado por proporción similar _____	
9. ¿Qué tipo de preparaciones culinarias predominan actualmente? Frituras _____ Al vapor _____ Al horno _____ Hervido _____ Guisado _____ Rebozado _____ Varias (Especifique): _____	
10. ¿Ha experimentado intolerancia a ciertos alimentos tras la intervención? Si _____	

_____ PASE A LA 11

No	_____ PASE A LA 12																																				
11. ¿Con cuales alimentos ha experimentado intolerancias? Lácteos _____ Trigo _____ Azucares simples _____ Otro (Especifique:) _____																																					
12. ¿De los siguientes tipos de bebidas cuales consume actualmente y con qué frecuencia a la semana la consume?																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tipo de bebidas Veces/Semana</th> <th style="width: 12.5%;">Nunca</th> <th style="width: 12.5%;">1-2</th> <th style="width: 12.5%;">2-3</th> <th style="width: 12.5%;">4-6</th> <th style="width: 12.5%;">Todos los días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jugos pasteurizados</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gaseosas con azúcar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas alcohólicas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas energéticas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas en polvo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de bebidas Veces/Semana	Nunca	1-2	2-3	4-6	Todos los días	Jugos pasteurizados						Gaseosas con azúcar						Bebidas alcohólicas						Bebidas energéticas						Bebidas en polvo						
Tipo de bebidas Veces/Semana	Nunca	1-2	2-3	4-6	Todos los días																																
Jugos pasteurizados																																					
Gaseosas con azúcar																																					
Bebidas alcohólicas																																					
Bebidas energéticas																																					
Bebidas en polvo																																					
13. ¿Consume alimentos fuera de los 3 platos principales y las 3 meriendas? Si _____ PASE A LA 14 No _____ PASE A LA 19																																					
14. ¿Cuáles alimentos suele consumir a deshoras? _____																																					
15. ¿Qué situaciones o emociones te hacen comer de más? Ansiedad _____ Depresión _____ Estrés _____ Otra (Especifique:) _____ Ninguna _____																																					
16. ¿Siente remordimiento de culpa luego de comer? Si _____ No _____																																					
17. ¿Ha buscado ayuda profesional para manejar los episodios de ansiedad y depresión? Si _____ No _____																																					
18. ¿Qué estrategias has implementado en el manejo de la ansiedad, depresión, irritabilidad o estrés después de la cirugía? _____																																					

19. ¿Ha presentado episodios de comer en exceso sin tener control?	
Si	_____ PASE A LA 20
No	_____ PASE A LA 22
20. ¿Con que frecuencia ha presentado los episodios de comer en exceso sin tener control?	
1-2 veces/ semana	_____
2-3 Veces/semana	_____
4-6 Veces/semana	_____
Todos los días	_____
Esporádicamente	_____
21. ¿Ha buscado ayuda profesional para manejar los episodios de impulso de comer sin control?	
Si	_____
No	_____

SECCIÓN D. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

22. ¿Antes de la intervención solía planificar su alimentación de la semana con anticipación, actualmente lo hace?				
	Si	No		
Antes				
Actualmente				
23 ¿De los siguientes alimentos cuales ha dejado de consumir o ha reducido su consumo después de la intervención?				
Alimentos	He dejado de consumir	He reducido su consumo	Aun lo consumo	No lo consumía
Comida rápida (hamburguesas, pizzas, etc.)				
Pasteles y Empanadas				
Arepas fritas				
Pan blanco				
Arroz blanco				
Pasta				
Legumbres				

Papas fritas				
Plátano frito (tajadas y/o tostones)				
Pollo empanizado				
Carnes rojas frita				
Huevos fritos				
Pescado empanizado o frito				
Cochino frito				
Chuletas de cerdo empanizadas o fritas				
Leche entera				
Yogures azucarados con saborizantes				
Queso mozzarella				
Queso amarillo				
Queso para untar				
Queso crema				
Salsas comerciales (Mayonesa, salsa de tomate, etc.)				
Aceites vegetales				
Margarinas				
Mantequilla				
Salchichas				
Mortadela				
Jamón procesado				
Chorizo				
Postres				
Galletas dulces				
Dulces y golosinas				
Gaseosas				
Jugos pasteurizado comercial				
Jugos de frutas con adición de azúcar				
Alcohol				

24 ¿De los siguientes alimentos cuales ha incorporado después de la intervención?

Alimentos	He incorporado	No he incorporado
Pollo al horno, a la plancha, desmechado o guisado.		
Pescados al horno, a la plancha, desmechado o guisado.		
Carnes rojas magras a la plancha, guisada o desmechada.		
Chuleta a la plancha		
Huevos revueltos, sancochado		
Queso bajo en grasa		
Yogurt natural sin azúcar añadido ni saborizantes		
Yogur griego		
Leche descremada		
Legumbres		
Arroz integral		
Quinoa		
Pastas integrales		
Pasta con vegetales		
Pan integral		
Avena en hojuela		
Arepa asada de vegetales y/o tubérculos		
Arepa asada de harina de maíz precocido		
Pasteles y empanadas de harina de tubérculos al horno o al air fryer		
Plátanos sancochados		
Papa sancochada o al horno		
Aguacate		
Aceite de oliva		
Frutos secos		
Chía		
Frutas enteras		
Vegetales crudos		

Vegetales cocidos		
Postres con ingredientes saludables e integrales y bajo en azúcar o sin azúcar.		
Galletas caseras de avena y/o ingredientes integrales		

25 ¿Qué alimentos ha incorporado o ha aumentado su consumo después de la intervención en cuanto a macronutrientes?

Alimentos	Ha incorporado	Ha aumentado	Lo consumo con moderación	No lo consumo
Pollo				
Atún				
Pescados				
Carnes rojas magras				
Huevos				
Queso blanco				
Queso blanco bajo en grasa				
Yogurt				
Leche descremada				
Legumbres				
Arroz blanco				
Arroz integral				
Pastas integrales				
Pan integral				
Avena en hojuela				
Plátanos				
Papa				
Apio				
Yuca				
Aguacate				
Frutos secos				
Aceite de oliva				
Frutas				
Vegetales				

26 ¿Qué cantidad de agua o líquidos tomaba al día antes de la intervención, y cuanto toma actualmente?				
	1-2 vasos	3-4 vasos	5-6 vasos	7-8 vasos
Antes				
Actualmente				

27 ¿Cuántas horas dormía antes de la intervención y cuantas horas duerme actualmente?			
	2-3 horas	4-5 horas	6-8 horas
Antes			
Actualmente			

28. ¿Antes de la intervención, practicabas actividad física?	
Si	_____ PASE A LA 29
No	_____ PASE A LA 32

29. ¿Qué tipo de actividad física practicaba?	
Caminata	_____
Trotar	_____
Correr	_____
Bailoterapia	_____
Crossfit	_____
Entrenamiento de fuerza	_____
Combinado	_____
Otro (Especifique:)	_____

30. ¿Con qué frecuencia realizaba dicha actividad física?	
1-2 veces/ semana	_____
2-3 Veces/Semana	_____
4-6 Veces/Semana	_____
Todos días	

31. ¿Qué estrategias implementaba para incorporar la práctica de actividad física?	
Ninguna	_____
Autodecisión	_____
Apoyo familiar	_____
Apoyo profesional (Entrenador)	_____
Otras (Especifique)	_____

32. ¿Actualmente, practicas actividad física?	
Si	_____ PASE A LA 33
No	_____ PASE A LA 36

33. ¿Qué tipo de actividad física practicas?	
Caminata	_____
Trotar	_____
Correr	_____
Bailoterapia	_____
Crossfit	_____
Entrenamiento de fuerza	_____
Combinado	_____
Otro (Especifique:)	_____
34. ¿Con qué frecuencia realizas dicha actividad física?	
1-2 veces/ semana	_____
2-3 Veces/semana	_____
4-6 Veces/semana	_____
Todos días	_____
35. ¿Qué estrategias implementas para incorporar la práctica de actividad física?	
Ninguna	_____
Autodecisión	_____
Apoyo familiar	_____
Apoyo profesional (Entrenador)	_____
Otras (Especifique)	_____

SECCIÓN E. SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGÍA BARIÁTRICA

36. ¿Cuántos kilogramos ha perdido desde la cirugía?	

37. ¿Cuál fue su peso más bajo después de la cirugía?	

38. ¿Has mantenido la pérdida de peso corporal y por cuánto tiempo? Si respondió si, por favor señale el tiempo.	
Si	_____
No	_____
Tiempo	_____
39. ¿Ha ganado peso?	
Si	_____ PASE A LA 40
No	_____ PASE A LA 46

40. ¿Cuánto peso ha ganado?
41. ¿En qué lapso de tiempo ha ganado ese peso?
42. ¿A los cuantos meses de la cirugía empezó a ganar peso?

SECCIÓN F. ACCIONES IMPLEMENTADAS POR LOS PACIENTES PARA MANTENER LA SOSTENIBILIDAD DE LA PÉRDIDA DE PESO.

43. En caso de presentar ganancia de peso, ¿Se ha preocupa por la ganancia de peso? Si _____ PASE A LA 44 No _____ PASE A LA 46 No he pensado al respecto _____ PASE A LA 46
44. ¿Qué ha hecho para controlar la reganancia de peso? Ha retomado el plan de alimentación _____ Hace más ejercicio _____ Ha reducido el consumo _____ Omite el consumo de ciertos alimentos (comida rápida, frituras, pan) _____ Todas las anteriores _____ Otra (Especifique:) _____
45. En el caso de tener el hábito de consumo de alcohol, ¿ha dejado su consumo para evitar y controlar la reganancia de peso tras la cirugía? Si _____ No _____
46. ¿Durante el primer año de la intervención recibió seguimiento nutricional? Si _____ No _____
47. ¿Recibe actualmente intervención nutricional? Si _____ No _____

Anexo 3. Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátricos

Tabla 1

Hábitos alimentarios adecuados e inadecuados en pacientes bariátricos

Hábitos alimentarios		
	N°	%
Hábitos adecuados	6	60,0
Hábitos inadecuados	4	40,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexo 4. Cambios de estilo de vida en pacientes bariátricos

Tabla 2

Cambios de estilo de vida en pacientes bariátricos

Cambios de estilo de vida		
	N°	%
Si hubo cambio	5	50,0
No hubo cambio	5	50,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 5. Aumento de peso tras la cirugía

Tabla 5

Aumento de peso tras la cirugía

	Nº	%
No ha ganado peso	1	10,0
16 meses	1	10,0
24 meses	3	30,0
36 meses	2	20,0
48 meses	1	10,0
50 meses	1	10,0
52 meses	1	10,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 6. Edad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Tabla 10.

Edad de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	10	31	56	46,70	7,732
Total	10				

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 7. Género y estado civil de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Tabla 11.

Género y estado civil de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica

		Estado civil					
		Soltero (a)		Casado (a)		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Genero	Masculino	-	-	2	20,0	2	20,0
	Femenino	1	10,0	7	70,0	8	80,0
Total		1	10,0	9	90,0	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 8. Porcentaje de pérdida de peso máxima

Tabla 12.

Porcentaje de pérdida de peso máximo tras la intervención

		Porcentaje de pérdida de peso máximo		
		Mínimo	Máximo	Media
Tipo de procedimiento	Manga gástrica	27,35	45,00	35,03
	Bypass en y de roux	34,61	47,25	44,29

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 9. Meses de la intervención quirúrgica

Tabla 13.

Meses desde la intervención quirúrgica

		Meses de la intervención		
		Mínimo	Máximo	Media
Tipo de procedimiento	Manga gástrica	24,00	63,00	45,80
	Bypass en y de roux	20,00	72,00	51,00

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 10. Control de la cantidad de alimentos consumidos

Tabla 14.

Control de la cantidad de alimentos consumidos

Control de la cantidad de alimentos consumidos		
	Nº	Porcentaje
Tazas y/o cucharas medidoras	1	10,0
Modelo de plato saludable	3	30,0
Todos los anteriores	1	10,0
Ninguno	5	50,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 11. Perspectiva de la cantidad de alimentos que consume diariamente

Tabla 15.

Perspectiva de la cantidad de alimentos que consume diariamente

Cantidad de alimentos consumidos diariamente		
	Nº	Porcentaje
Adecuada (considero que como la cantidad justa)	4	40,0
Variable (hay días que como más y otros días que como menos)	6	60,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 12. Percepción personal sobre el consumo diario de alimentos saludables

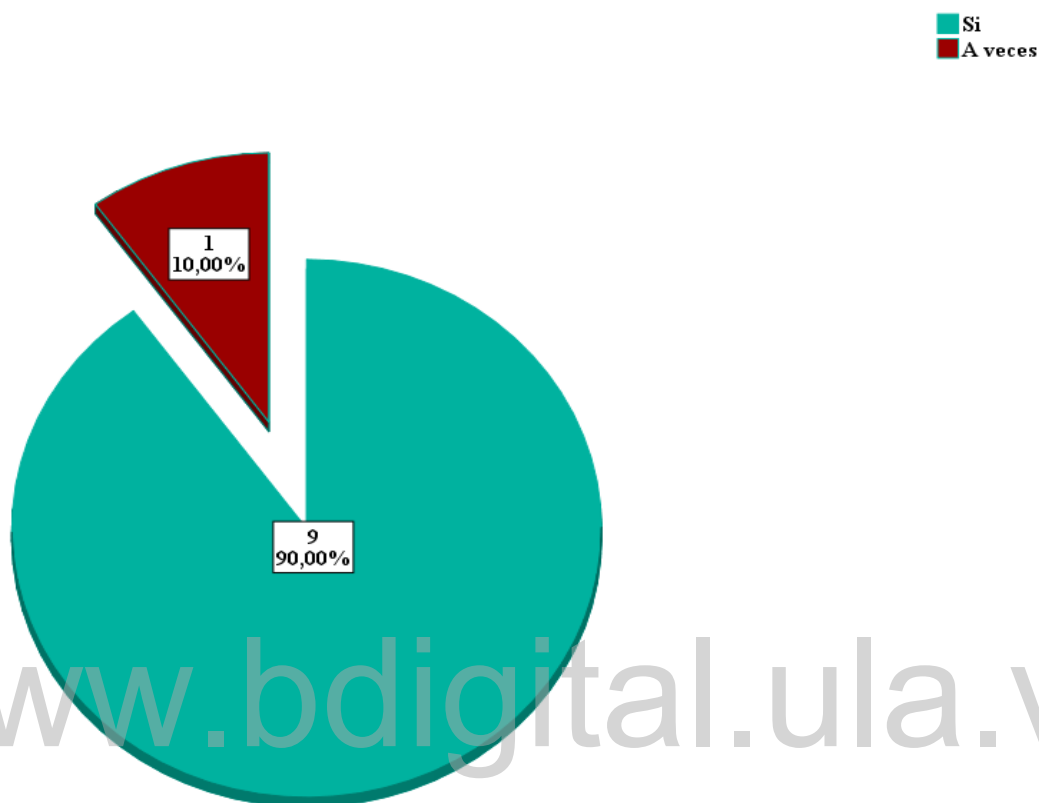


Gráfico 4. *Percepción personal sobre el consumo diario de alimentos saludables.*

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 13. Combinación de proteínas, carbohidratos y grasas saludables en las comidas principales

Tabla 16.

Combinación de proteínas, carbohidratos y grasas saludables en las comidas principales

Combinación de macronutrientes		
	Nº	Porcentaje
Si, en cada comida	5	50,0
Si, pero en una o dos comidas	4	40,0
No siempre	1	10,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 14. Consumo diario de vegetales en las comidas principales

Tabla 17.

Consumo diario de vegetales en las comidas principales

Consumo diario de vegetales en las comidas principales		
	Nº	Porcentaje
Si, en cada comida	4	40,0
Si, pero en una o dos comidas	4	40,0
No siempre	2	20,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 15. Consumo diario de frutas en las comidas principales

Tabla 18.

Consumo diario de frutas en las comidas principales

Consumo diario de frutas en las comidas principales		
	N°	Porcentaje
Si, pero en una o dos comidas	3	30,0
No siempre	6	60,0
Solo en las meriendas	1	10,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 16. Percepción de distribución del plato

Tabla 19.

Percepción de distribución del plato

Percepción de distribución en platos principales		
	N°	Porcentaje
Mayormente está conformado por proteínas magras	6	60,0
Mayormente está conformado por grasas saludables	1	10,0
Equilibrado: está conformado por proporción similar	3	30,0
Total	10	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 17. Bebidas que consumen actualmente

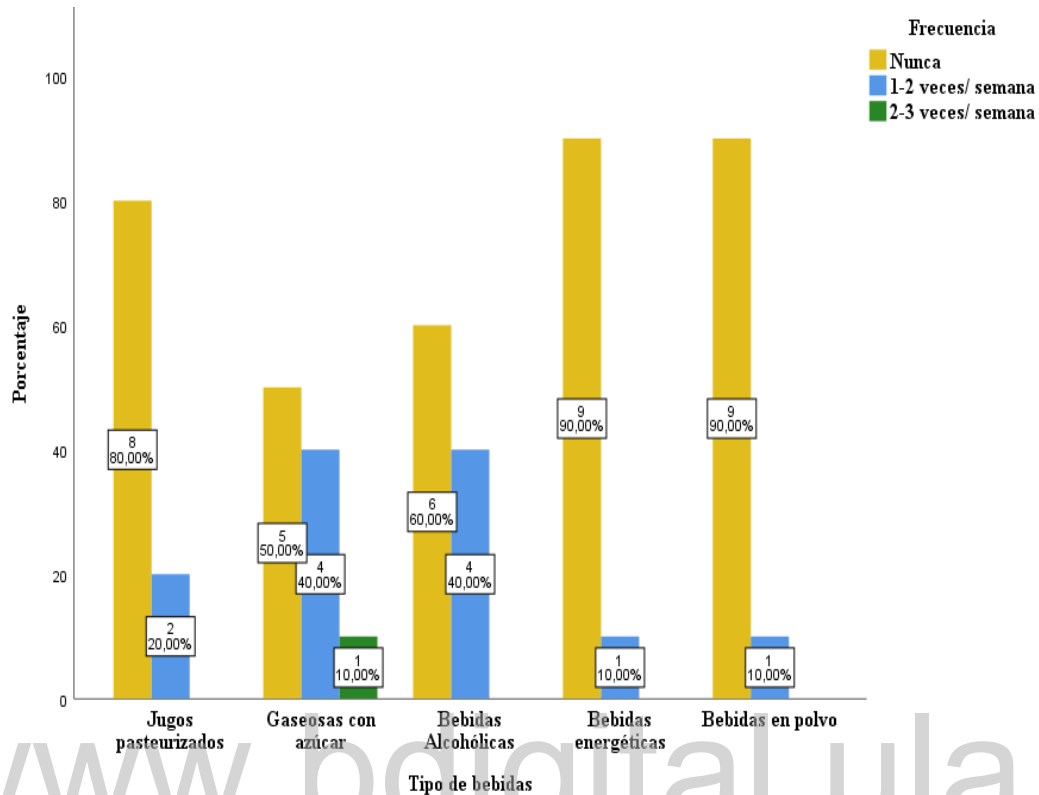


Gráfico 5. Bebidas que consumen actualmente a la semana.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 18. Distribución de respuestas sobre el consumo y no consumo de alimentos a deshoras

Tabla 20.

Distribución de respuestas sobre el consumo y no consumo de alimentos a deshoras

		Respuestas	
		N	%
Distribución de respuestas sobre el consumido y no consumido de alimentos a deshoras	Grasas	4	28,6
	Proteínas	2	14,3
	Carbohidratos refinados	2	14,3
	No consume a deshoras	2	14,3
	Carbohidratos complejos	3	21,4
	Semillas	1	7,1
Total		14	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 19. Planificación alimentaria de la semana con anticipación

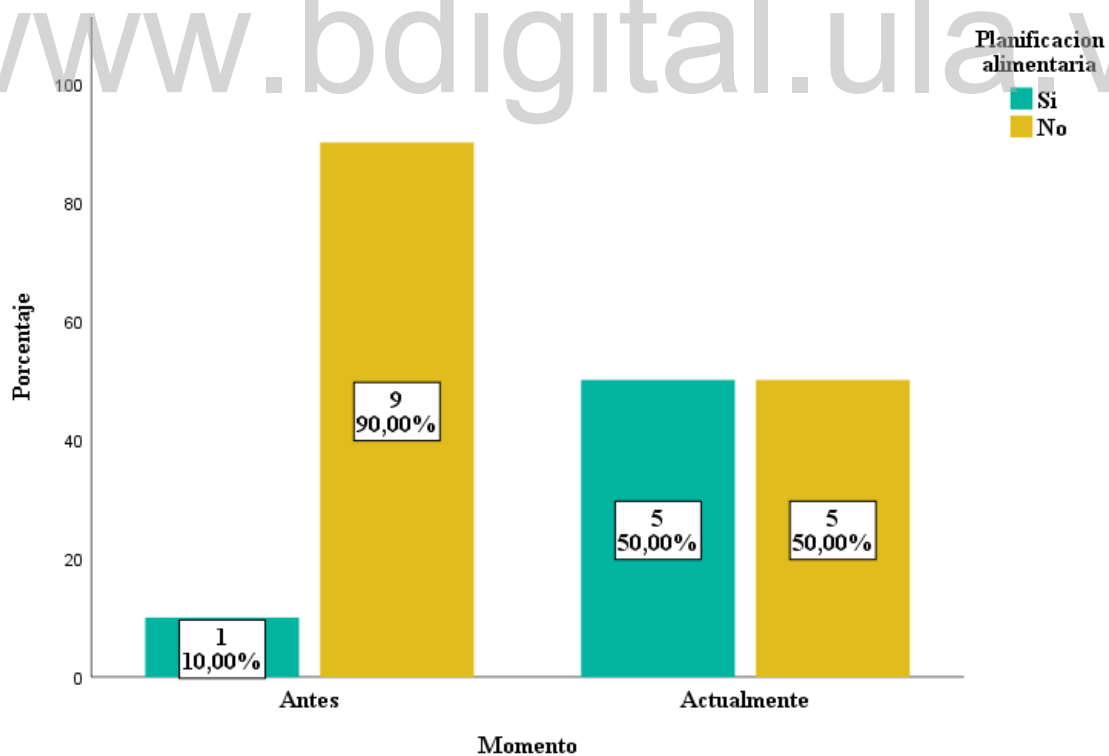


Gráfico 6. Planificación alimentaria de la semana con anticipación.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 20. Alimentos que han dejado de consumir o ha reducido su consumo después de la intervención

Tabla 21.

Alimentos que han dejado de consumir o ha reducido su consumo después de la intervención

Grupos de alimentos	Ha dejado de consumir %	Ha Reducido su consumo %	Aún lo consume %	No lo consumía %	Total
Frituras y comida rápida	41,81	30,90	17,27	10,00	100,00
Harina refinadas y cereales	36,66	46,66	16,66	-	100,00
Lácteos y derivados con alto contenido graso y azúcar	30,00	33,33	31,66	5,00	100,00
Grasas y aceites	32,50	32,50	32,50	2,50	100,00
Embutidos y carnes procesadas	27,50	47,50	20,00	5,00	100,00
Dulces y postres	26,66	66,66	6,66	-	100,00
Bebidas azucaradas y alcohólicas	42,50	40,00	15,00	2,50	100,00
Granos	-	20,00	70,00	10,00	100,00
Total	29,70	39,69	26,21	4,37	100,00

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 21. Cantidad de agua consumida al día

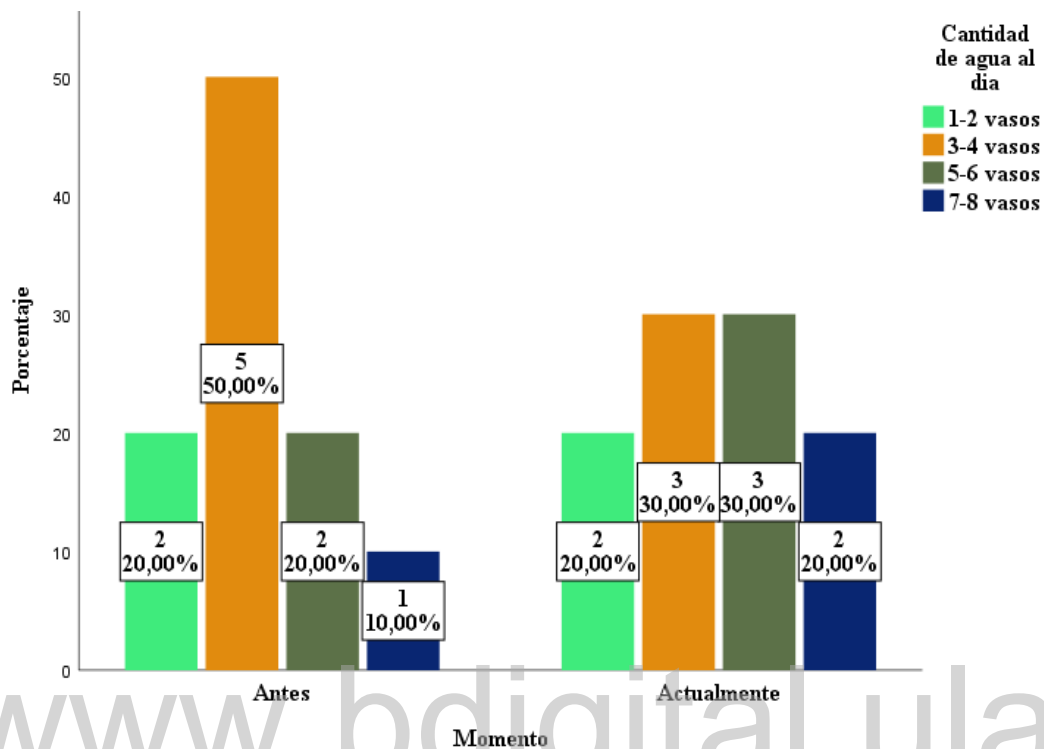


Gráfico 7. Cantidad de agua consumida al día.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 22. Horas de sueños antes y después de la intervención

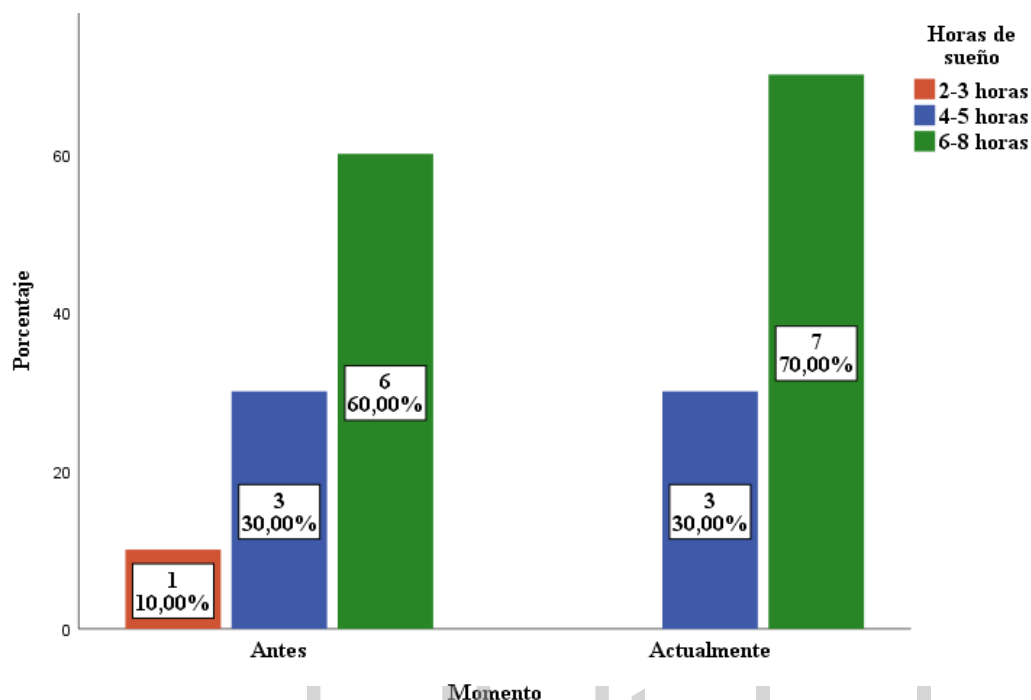


Gráfico 8. Horas de sueños antes y después de la intervención.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 23. Tipo de actividad física antes y después de la intervención

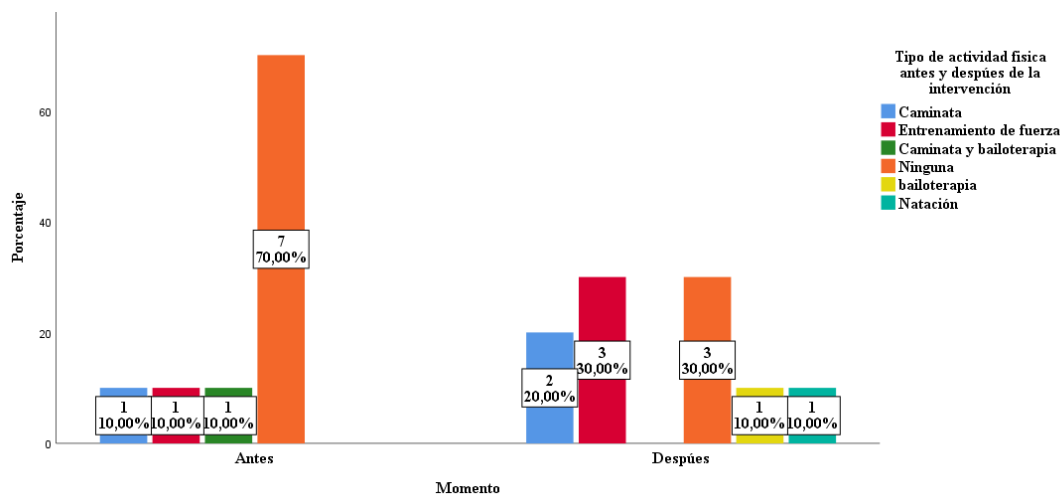


Gráfico 9. Tipo de actividad física antes y después de la intervención.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 24. Seguimiento nutricional en el primer año de la intervención

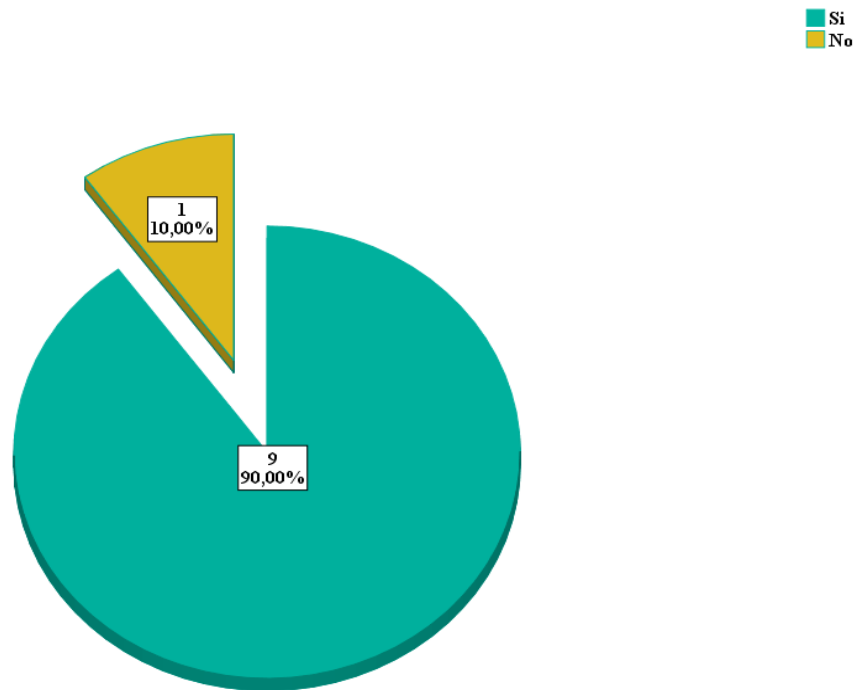


Gráfico 10. Seguimiento nutricional en el primer año de la intervención.

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 25. Intervención nutricional actualmente

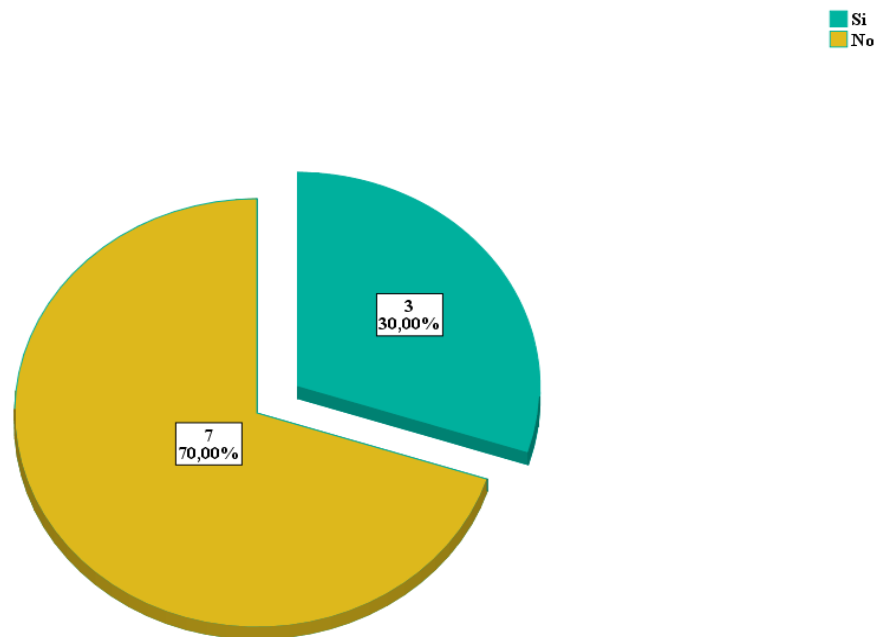


Gráfico 11. *Intervención nutricional actualmente.*

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 26. Alimentos que han incorporado los pacientes después de la intervención

Tabla 22.

Alimentos que han incorporado los pacientes después de la intervención

Alimentos	He Incorporado	No He Incorporado	Total
Carnes Y Pescado al horno, a la plancha, guisado, desmechado	85,00	15,00	100,00
Huevos revueltos y sancochados	90,00	10,00	100,00
Lácteos bajo en grasas y derivados	82,50	17,50	100,00
Cereales Integrales	32,50	67,50	100,00
Granos	90,00	10,00	100,00
Pasta con vegetales	40,00	60,00	100,00
Avena en hojuela	60,00	40,00	100,00
Arepa asada de vegetales y/o tubérculos	80,00	20,00	100,00
Arepa asada de harina de maíz precocido	80,00	20,00	100,00

Pasteles y empanadas de harina de tubérculos al horno o al air fryer	70,00	30,00	100,00
Plátanos y papas sancochadas y al horno	90,00	10,00	100,00
Grasas saludables	83,00	16,66	100,00
Semilla	80,00	20,00	100,00
Frutas enteras	80,00	20,00	100,00
Vegetales cocidos y crudos	85,00	15,00	100,00
Postres con ingredientes saludables e integrales y bajo en azúcar o sin azúcar	70,00	30,00	100,00
Galletas caseras de avena y/o ingredientes integrales	40,00	60,00	100,00
Total	72,82	27,15	100,00

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.

Anexos 27. Alimentos que ha incorporado o ha aumentado su consumo después de la intervención en cuanto a macronutrientes

Tabla 23.

Alimentos que ha incorporado o ha aumentado su consumo después de la intervención en cuanto a macronutrientes

Alimentos	CONSUMO				Total
	He incorporado	He aumentado	Lo consumo con moderación	No lo consumo	
Pollo	20,0	70,0	10,0		100,0
Atún	30,0	40,0	30,0		100,0
Pescados	30,0	30,0	40,0		100,0
Carnes rojas magras	30,0	40,0	30,0		100,0
Huevos	30,0	60,0	10,0		100,0
Queso blanco	30,0	40,0	30,0		100,0
Queso blanco bajo en grasa	30,0	40,0	30,0		100,0
Yogur	30,0	30,0	40,0		100,0
Leche descremada	30,0	20,0	30,0	20,0	100,0
Legumbres	20,0	60,0	20,0		100,0

Arroz blanco	10,0	10,0	50,0	30,0	100,0
Arroz integral		20,0	20,0	60,0	100,0
Pastas integrales		10,0	20,0	70,0	100,0
Pan integral	20,0	10,0	30,0	40,0	100,0
Avena en hojuela	30,0	30,0	20,0	20,0	100,0
Plátanos	30,0	30,0	40,0		100,0
Papa	30,0	40,0	30,0		100,0
Apio	20,0	20,0	30,0	30,0	100,0
Yuca	20,0	40,0	30,0	10,0	100,0
Aguacate	20,0	70,0	10,0		100,0
Frutos secos	20,0	70,0	10,0		100,0
Aceite de oliva	30,0	60,0	10,0		100,0
Frutas	40,0	60,0			100,0
Vegetales	30,0	60,0	10,0		100,0
Total	24,2	40,0	24,2	11,7	100,0

Nota: Datos obtenidos de la encuesta influencia de los hábitos alimentarios y cambios de estilo de vida en la sostenibilidad de la pérdida de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en la Unidad Internacional de Cirugía Bariátrica del Hospital Clínico del Valle.2025.