

# Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfagia) en pacientes con gastrectomía en manga

## *Religiosity and postoperative recovery (pain, nausea, and dysphagia) in sleeve gastrectomy patients*

*Cittim Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayaro Ortega-Luyando y Adriana Amaya-Hernández*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Cittim Bernardo Palomares Palomares, [cittim@hotmail.com](mailto:cittim@hotmail.com).

### RESUMEN

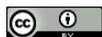
La religiosidad ha mostrado tener una relación positiva con una mejor salud y con mejores resultados posquirúrgicos; sin embargo, ha sido escasamente estudiada en el contexto de la cirugía bariátrica (CB). Así, el objetivo de este trabajo fue examinar la relación entre la religiosidad y la recuperación posterior a la CB (dolor, náuseas y disfagia) en 72 pacientes. Se midieron religiosidad, dolor, náuseas y disfagia postoperatorios en todos los pacientes utilizando escalas de autorreporte ampliamente utilizadas. La religiosidad y sus dimensiones se asociaron con más náuseas 12 horas después de la cirugía, mientras que a las 24 hrs., las náuseas solamente se asociaron con la puntuación total más alta de la religiosidad y la dimensión pública. Las variables posquirúrgicas no mostraron diferencias estadísticas entre ninguno de los grupos (conformados en términos de la religión). Las náuseas fueron significativamente más frecuentes en el grupo con mayores niveles de religiosidad. En el presente estudio, la religiosidad no supuso una condición favorable en ninguno de los tres parámetros de recuperación posquirúrgica evaluados; por el contrario, una mayor religiosidad supuso más náuseas en los pacientes, aunque no así en cuanto al dolor o la disfagia.

**Palabras clave:** Religiosidad; Manga gástrica; Dolor; Náusea; Disfagia; Cirugía bariátrica.

### ABSTRACT

*Religiosity has a positive relationship with better health and outcomes after surgical procedures. Bariatric surgery (BS) is becoming more common worldwide. However, religiosity has been scarcely studied in the BS context. This study examines the relationship between religiosity and recovery from BS (pain, nausea, and dysphagia). Seventy-two patients who underwent surgery took part in the study. The study measured religiosity, post-surgery pain, nausea, and dysphagia in all patients through self-report scales. We found that religiosity was associated with higher nausea measured 12 h post-BS but not with nausea measured 24 h after the BS. Nausea –reported at 12 hours post-BS– correlated positively with religiosity and its dimensions. At 24 hours post-BS, nausea was only associated with the highest total religiosity score and the public dimension. Post-surgical variables*

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de Mexico, México, correos electrónicos: [alvarezr@unam.mx](mailto:alvarezr@unam.mx), [psic.mayaro@gmail.com](mailto:psic.mayaro@gmail.com) y [aamayah@hotmail.com](mailto:aamayah@hotmail.com).



*showed no statistical differences between groups (composed by religion). Nausea was significantly higher in the group with the highest levels of religiosity. In this study, religiosity did not presume a favorable condition on the three post-surgical recovery parameters evaluated; on the contrary, a greater religiosity was supposed to result in more significant nausea in the patients, although not so for pain or dysphagia.*

**Key words:** Religiosity; Sleeve gastrectomy; Pain; Nausea; Dysphagia; Bariatric surgery.

Recibido: 25/08/2021

Aceptado: 02/08/2022

La obesidad es considerada como una de las condiciones médicas que mayor riesgo representa para la salud (Djalalinia, Qorbani, Peykari y Kelishadi, 2015; Finucane *et al.*, 2011; Klesges, DeBon y Meyers, 2001) y una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Finocchiaro *et al.*, 2018; Sjöström, 1992; Xu *et al.*, 2018). La mortalidad de personas con obesidad aumenta a medida que lo hace el índice de masa corporal (IMC) (Flegal, Kit, Orpana y Graubard, 2013; Prospective Studies Collaboration *et al.*, 2009), la que puede llegar a ser hasta doce veces mayor que la de individuos normopeso (Molina *et al.*, 2015). Dicha tasa de mortalidad aumenta con el grado de obesidad, y especialmente cuando se relaciona con un incremento de la grasa abdominal.

Hoy día la obesidad constituye el quinto factor de riesgo de muerte en el mundo, estimándose que anualmente fallecen al menos 2.8 millones de adultos por afecciones concomitantes a esa condición (Organización Mundial de la Salud, 2016). En cuanto a los costos económicos que implica, se ha señalado que en México la obesidad puede representar hasta 25% del presupuesto público destinado a la salud (Molina *et al.*, 2015).

Las personas presentan obesidad mórbida (OM) cuando su IMC corresponde al de la obesidad grado II o III, condición que se asocia con mayores complicaciones y enfermedades, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión, la apnea del sueño o las enfermedades cardíacas, entre otras, así

como con una menor calidad y esperanza de vida (Escobedo, De Jesús, Schargodsky y Champagne 2014; Sjöström, 2013).

Ogden, Carroll, McDowell y Flegal (2007) advierten que si bien en 1970 la OM era poco prevalente en el mundo, ha mostrado un crecimiento acelerado desde entonces. Así, pasó de 0.8% en 1990 a 3.5% en 2008, y se estima que para 2030 afectará a 9% de la población mundial (Finkelshtein *et al.*, 2012), tendencia constatada en diversos países, como Brasil (Pacheco, Vasconcellos, Rose y Lisboa, 2010), Canadá (Twells, Gregory, Reddigan y Midodzi, 2014), España (Basterra *et al.*, 2011) y Estados Unidos (Sturm y Hattori, 2013). Según los datos más recientemente (*cf.* Hernández *et al.*, 2016) reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT) señalan que la prevalencia de obesidad de grados II y III fue de 8.2% y 2.9%, respectivamente; por sexo, 8.9% y 4.1% en las mujeres vs. 7.5% y 1.7% en los hombres. Por tanto, en México, como puede apreciarse, en 2016 la prevalencia de OM rebasaba ya 11%, ubicándose 2% por encima del valor predicho para 2030.

La última línea de tratamiento a considerar cuando los pacientes sufren OM es el tratamiento quirúrgico, denominado *cirugía bariátrica* (CB) o “cirugía para la obesidad” (National Institutes of Health, 2000). Genéricamente, el término se refiere a aquellos procedimientos que suponen efectuar modificaciones morfológicas y funcionales en el estómago o intestinos para inducir la pérdida de peso corporal, tratamiento que en general ha mostrado tener efectos favorables no solamente en términos de reducir el peso corporal, sino también sobre diferentes parámetros de comorbilidad, como hiperglucemia, hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y apnea obstructiva del sueño (Schauer *et al.*, 2017; Secretaría de Salud, 2009). Sin embargo, como ocurre con todo procedimiento quirúrgico, la CB entraña algunas complicaciones inmediatas, como dolor, náusea y disfagia (dificultad para tragar o mover alimentos líquidos de la boca al estómago), que aparecen en las horas inmediatamente posteriores al procedimiento. Estas pueden llegar a ser tan severas que el paciente podría extender su tiempo de estadía en la clínica, aumentando así el riesgo y los costos

del procedimiento (Nath *et al.*, 2016; Woźniewska, Diemiszczyk y Hady, 2021). Por lo anterior, es importante encontrar alternativas que hagan que la transición postoperatoria sea más fácil, siendo la religiosidad del paciente una opción a considerar, la cual no ha sido estudiada en el contexto bariátrico.

La religiosidad es una variable que conduce a un debate constante entre especialistas de la salud debido a la dificultad inherente a su definición, tanto conceptual como operativa, lo que complica su análisis. No obstante, en los últimos años han aumentado las investigaciones centradas en la religiosidad y la espiritualidad, especialmente las que las relacionan con la salud mental y física (Abu *et al.*, 2018; Cordero *et al.*, 2018; Damiano *et al.*, 2016; Drabble, Veldhuis, Riley, Rostosky y Hughes, 2017; Koenig, 2012).

De acuerdo con Ross (2006), la religión es la sistematización de un conjunto de elementos rituales y simbólicos que impregnan la forma en que las personas pueden acceder a lo “divino” o a lo “sagrado”; así, la religiosidad se entiende como la práctica de estos rituales. Koenig, McCullough y Larson (2001) afirman que la religiosidad es la práctica institucionalizada de la espiritualidad; sin embargo, este punto de vista ha sido ampliamente cuestionado debido a que la espiritualidad se manifiesta en medios sociales y, a su vez, posee también elementos de la experiencia individual (Marler y Hadaway, 2002). A pesar del escaso acuerdo en cuanto a la definición de “religiosidad”, hay consenso de que incluye un sistema de creencias compartido por un grupo de personas que implica rituales, prácticas y reglas mediante de los cuales se busca una conexión o proximidad con la divinidad (Koenig, Koenig, King y Carson, 2012; Lucchetti, Koenig, Pinsky, Laranjeira y Vallada, 2015; Pargament, 2002).

Asimismo, la religiosidad se ha asociado con el bienestar. Las investigaciones al respecto han encontrado que prácticas tales como la oración y la meditación tienen un efecto favorable en el bienestar físico y mental (Ahrenfeldt *et al.*, 2017; Joshi, Kumari y Jain, 2008; Winkeljohn, Pössel, Rosmarin, Tariq y Jeppsen, 2017). Varios estudios han demostrado que la religiosidad puede ayudar a mitigar el estrés y los sentimientos de soledad,

con efectos positivos sobre el afrontamiento y la recuperación de los problemas de salud (Abdel-Khalek, 2014; Alves, Alves, Barboza y Souto, 2010; Gonçalves, Lucchetti, Menezes y Vallada, 2015; Morton, Lee y Martin, 2017; Oates, 2016; Pargament, 2002; Peterman *et al.*, 2002; Pirutinsky *et al.*, 2011). Más concretamente, las investigaciones demuestran que la religiosidad contribuye a la calidad de vida de los pacientes con cáncer (Salsman *et al.*, 2015), reduce el estrés preoperatorio (Nigussie, Belachew y Wolando, 2014) y promueve mejores resultados de la operación en pacientes sometidos a cirugía cardíaca (Ai *et al.*, 2007; Amjadian *et al.*, 2017; Lucchese y Koenig, 2013). Otros autores han documentado que rezar puede aminorar los efectos negativos –tanto mentales como físicos– de una intervención quirúrgica; es decir, la religiosidad no únicamente ayuda a las personas a afrontar mejor las consecuencias negativas del procedimiento, sino que a veces también puede disminuir tales efectos (Beiranvand *et al.*, 2014; Pellino *et al.*, 2005; Schaffer y Yucha, 2004).

Sin embargo, otros estudios han obtenido resultados opuestos. Se ha reportado que la religiosidad puede afectar negativamente a los pacientes (Koenig *et al.*, 2012; Koenig y Büssing, 2010; Meisenhelder y Chandler, 2000; Pargament, Koenig, Tarakeshwar y Hahn, 2001). La creencia, por ejemplo, en una “vida después de la muerte” en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada se correlaciona con una mala salud mental (Park, Lim, Newlon, Suresh y Bliss, 2014). Ahrenfeldt *et al.* (2017) observaron que los signos de un estado de “crisis religiosa”, como solamente rezar sin realizar otra actividad religiosa, se correlacionaban con una menor salud autodeclarada y con una depresión más acentuada.

A pesar del creciente número de investigaciones que buscan relacionar la religiosidad con la salud, no se han emprendido suficientes trabajos respecto a la CB, área que busca ayudar a aminorar uno de los más grandes problemas de salud actuales: la obesidad, y más concretamente la obesidad mórbida.

La gastrectomía en manga (GM) es un procedimiento que se ha convertido en una opción independiente para el tratamiento de la obesidad

gracias a sus resultados en la resolución de comorbilidad y pérdida de peso (Castagneto *et al.*, 2018; Hong, Park, Menzo y Rosenthal, 2018; Msika y Castel, 2010). No obstante, dicha intervención conlleva consecuencias físicas negativas inmediatas en razón de las modificaciones anatómicas efectuadas en el paciente, mismas que incluyen dolor, náuseas y disfagia. Por lo tanto, identificar las variables no médicas que intervienen en la disminución o mitigación de los efectos secundarios postoperatorios negativos del procedimiento podría ayudar no tan solo a reducir los costos del tratamiento (duración de la estancia hospitalaria), sino también a disminuir el malestar del paciente, aspectos que repercuten en su recuperación y calidad de vida (Lam *et al.*, 2019; Małczak *et al.*, 2017; Yorke, Wallis y McLean, 2004).

Debido a la inconsistencia entre los estudios sobre el papel que desempeña la religiosidad en el afrontamiento de las consecuencias posquirúrgicas y a la falta de conocimientos sobre el tema de los procedimientos bariátricos, el objetivo de esta investigación transversal fue examinar si la religiosidad de los pacientes sometidos a GM está relacionada con tres variables postoperatorias: el dolor, las náuseas y la disfagia. La hipótesis a plantear es que la religiosidad tendrá una relación negativa con el dolor postoperatorio, las náuseas y la disfagia.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron voluntariamente 72 pacientes consecutivos de cirugía bariátrica, con edades de 22 a 74 años ( $M = 43.68$ ,  $DE = 11.61$ ), quienes fueron reclutados en una clínica especializada, ubicada en el norte de la República Mexicana. Todos los participantes fueron sometidos a GM vertical y cumplieron con los criterios de elegibilidad para la cirugía establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad (Secretaría de Salud, 2017). Esto significa que tenían un  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$

con comorbilidades médicas (diabetes o hipertensión, por ejemplo) y que antes ya habían intentado perder peso. Se excluyeron del estudio los pacientes sometidos a alguna cirugía gastrointestinal previa (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características de los participantes ( $N = 72$ ).

Variable	f (%)
<i>Sexo</i>	
Hombre	10 (13.9)
Mujer	62 (86.1)
<i>Etnia</i>	
Caucásico	58 (80.6)
Hispano	8 (11.1)
Afroamericano	5 (6.9)
Otro	1 (1.4)
<i>Religión</i>	
Cristiano	38 (52.8)
Católico	19 (26.4)
Ninguna	11 (15.3)
Otra	4 (5.5)
<i>M (DE)</i>	
Edad (años)	43.68 (11.61)
Peso (kg)	119.82 (25.51)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	43.32 (8.36)

### Materiales e instrumentos

*Escala de Centralidad de la Religiosidad (CRS)* (Huber, 2007).

Este instrumento mide la influencia de las creencias religiosas en los sentimientos, cogniciones y acciones de las personas. Consta de 15 ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta que van de 1, “Nunca”, a 5, “Casi siempre”. Una puntuación más alta denota una mayor religiosidad. La CRS mide cinco dimensiones diferentes de la religiosidad con tres ítems cada una: Intelectual, Ideológica, Pública, Privada y De experiencia. La dimensión intelectual se refiere a la expectativa de información que tienen los practicantes religiosos sobre su religión (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia piensa en cuestiones religiosas?”); la dimensión ideológica abarca las creencias sobre una “realidad

trascendente” (por ejemplo, “¿Hasta qué punto cree que Dios o algo divino existe?”); la dimensión pública incluye las prácticas religiosas sociales, como ser miembro de una comunidad religiosa o ir a misa (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia participa en servicios religiosos?”); la dimensión privada se refiere a las prácticas en soledad, como meditar o rezar (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia reza?”); por último, la dimensión de experiencia implica que los practicantes religiosos informen de algún tipo de conexión con la divinidad (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia experimenta situaciones en las que tiene la sensación de que Dios o algo divino interviene en su vida?”). La puntuación total de la escala indica la religiosidad global del individuo, la que puede interpretarse utilizando tres niveles (Huber, 2008): marginal (15-30 puntos), heterónoma (31-59) y autónoma (60-75), que permiten identificar el grado de autonomía extrínseca o intrínseca. La CRS ha mostrado una alta fiabilidad test-retest ( $r = .92-.96$ ) (Huber y Huber, 2012) y coeficientes alfa de Cronbach de entre 0.72 y 0.97 (Huber, 2007; Huber y Huber, 2012).

#### *Escala Visual Analógica (EVA)* (Scott y Huskisson, 1976)

Mide la presencia y la magnitud del dolor, las náuseas y la disfagia de los pacientes. Consiste en una línea recta de diez centímetros de longitud que en un extremo representa la ausencia del síntoma, y en el otro su máxima intensidad (por ejemplo, ausencia de dolor o máxima sensación de dolor). Teniendo en cuenta este continuo, los pacientes marcan su autopercepción del síntoma. La distancia en centímetros entre el punto final que denota la ausencia del síntoma y el punto indicado por el paciente es la medida del rasgo. Así, en cuanto a su intensidad, el síntoma puede definirse como leve-moderado (1-3), moderado-grave (4-6) y grave ( $> 6$ ) (Collins, Moore y McQuay, 1997). En general, la EVA ha demostrado tener una validez y fiabilidad adecuadas en pacientes posquirúrgicos (Boogaerts, Vanacker, Seidel, Albert y Bardiau, 2000; Gupta y Kapoor, 2007), y se ha utilizado en

el pasado para medir todas las variables incluidas en este trabajo (Watcha, Medellín, Lee, Felberg y Bidani, 2018; Wikström, Nilsson, Broström y Eriksson, 2019), incluyendo la disfagia (Brodsky *et al.*, 2017; Wallace *et al.*, 2000).

#### **Procedimiento**

Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento escrito para participar. Antes de la cirugía, los pacientes llenaron la medida de religiosidad, mientras que la EVA se completó después de la cirugía en dos momentos: a las doce y a las veinticuatro horas después de la cirugía durante su estancia en el hospital.

#### **Análisis estadísticos**

Los datos se analizaron mediante el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 19), con un nivel de significación fijado en  $p < 0.05$ . Debido al pequeño tamaño de la muestra, así como a la gran dispersión de los datos correspondientes a las variables posquirúrgicas, se decidió transformar los datos en puntuaciones Z. Inicialmente, se estimaron los coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas relacionadas con la religiosidad y las variables posquirúrgicas. A continuación, para las comparaciones entre grupos, formados en función de la religión profesada y el nivel de religiosidad, se efectuó un análisis de la varianza (ANOVA) de una vía con la prueba *post-hoc* de Tukey.

#### **RESULTADOS**

Teniendo en cuenta el nivel de religiosidad de los participantes, se formaron tres grupos: autónomos ( $n = 36$ ), heterónomos ( $n = 29$ ) y marginales ( $n = 7$ ), y se compararon con tres variables postquirúrgicas (Tabla 2).

Como se puede observar, las náuseas fueron significativamente mayores en el grupo de religiosidad autónoma que en los otros dos grupos a las 12 horas ( $F = 8.82, p = .001$ ) y a las 24 horas

( $F = 3.99$ ,  $p = .02$ ) después de la cirugía. En el total de la muestra, la edad no se correlacionó significativamente con ninguna dimensión de la religiosidad, pero sí entre la edad y dos de los tres indicadores posquirúrgicos a las 12 horas: la disfagia y las náuseas (Tabla 3). Además, las náu-

seas –informadas a las 12 horas– se correlacionaron positivamente con la puntuación total del CRS y sus dimensiones, excepto la ideológica, mientras que a las 24 horas las náuseas únicamente se asociaron con la puntuación total más alta del CRS y con la dimensión pública.

**Tabla 2.** Comparación de niveles de religiosidad.

Variable	Autónoma (n = 36) M (DE)	Heterónoma (n = 29) M (DE)	Marginal (n = 7) M (DE)	F	p
<b>12 horas</b>					
Dolor	5.34 (2.71)	5.42 (2.65)	4.87 (2.41)	0.20	.82
Náusea	5.48 (3.26)	2.44 (2.46)	2.96 (2.44)	8.82	< .001
Disfagia	2.75 (2.89)	2.82 (2.90)	1.81 (1.73)	0.40	.67
<b>24 horas</b>					
Dolor	3.55 (2.36)	4.00 (2.64)	4.90 (2.31)	0.77	.47
Náusea	3.62 (3.06)	1.55 (2.34)	1.80 (1.87)	4.00	.02
Disfagia	1.71 (2.21)	2.57 (2.39)	2.57 (2.39)	2.22	.12

Nota: A efectos descriptivos, se muestran la media (M) y la desviación estándar (DE) antes de la transformación de las puntuaciones Z; p = nivel de significancia.

**Tabla 3.** Análisis de correlación entre las variables de interés.

Variable	12 h (n = 72)			24 h (n = 60)		
	Dolor	Náusea	Disfagia	Dolor	Náusea	Disfagia
Edad	-.19	-.27*	-.35**	-.24	-.24	-.25
<b>Religiosidad</b>						
Intelectual	-.09	.35**	.03	-.21	.28*	-.11
Ideológica	.06	.14	.08	-.06	.22	.15
Pública	.07	.42***	.03	-.09	.32**	-.08
Privada	.09	.26*	.06	-.10	.23	.11
Experiencia	.03	.28*	.06	-.07	.21	.01
Global	.04	.33**	.06	-.12	.29*	.01

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Teniendo en cuenta la autodefinición de los pacientes sobre su religión, se compararon los grupos de cristianos ( $n = 38$ ), católicos ( $n = 19$ ) y no religiosos ( $n = 11$ ) (Tabla 4). En cuanto a las dimensiones de la religiosidad, solamente se identificaron diferencias entre los dos grupos religiosos

frente al grupo que no lo era. Las variables posquirúrgicas no mostraron diferencias estadísticas entre ninguno de los grupos. Sin embargo, cabe destacar que en cuanto al dolor y las náuseas, la puntuación obtenida por los pacientes católicos fue notablemente superior.

**Tabla 4.** Comparación entre grupos religiosos.

Variables	Cristianos (n = 38) M (DE)	Católicos (n = 19) M (DE)	No religiosos (n = 11) M (DE)	F	p
<b>Religiosidad</b>					
Intelectual	3.46 (1.15)	3.25 (0.98)	2.45 (1.36)	1.75	.15
Ideológica	4.33 (0.90)	4.39 (0.63)	2.88 (1.53)	3.30	.003
Pública	3.60 (1.21)	3.70 (1.02)	1.82 (1.09)	4.70	.001
Privada	4.22 (0.96)	4.46 (0.61)	2.58 (1.57)	4.19	.001
Experiencia	3.85 (0.98)	3.91 (0.67)	2.42 (1.51)	3.06	.006
Global	58.42 (13.23)	59.10 (8.27)	36.45 (19.93)	4.19	.001
<b>Escala Visual Analógica</b>					
Dolor 12 horas después	5.09 (2.87)	6.22 (2.11)	4.91 (2.00)	0.64	.74
Náusea 12 horas después	3.79 (3.33)	4.96 (3.35)	3.54 (2.58)	0.46	.88
Disfagia 12 horas después	2.72 (2.88)	2.61 (2.93)	2.01 (1.82)	0.58	.79
Dolor 24 horas después	3.78 (2.62)	4.03 (2.31)	3.68 (2.22)	0.25	.98
Náusea 24 horas después	2.73 (3.04)	3.47 (3.11)	2.21 (2.16)	0.64	.74
Disfagia 24 horas después	1.85 (2.42)	1.97 (2.04)	1.04 (1.44)	0.73	.65

*Nota:* A efectos descriptivos, se muestran la media (M) y la desviación estándar (DE) antes de la transformación de las puntuaciones z; p = nivel de significancia.

## DISCUSIÓN

En este trabajo se examinó la relación entre la religiosidad y tres variables posquirúrgicas: el dolor, las náuseas y la disfagia, en pacientes sometidos a una GM vertical. Aunque se esperaba encontrar que la religiosidad y sus dimensiones correlacionaran negativamente con dichas variables posquirúrgicas, no hubo evidencia que apoyara ese supuesto. Por el contrario, se encontró una asociación positiva entre las náuseas posquirúrgicas (principalmente en la medición efectuada a las doce horas de la operación) y la religiosidad, considerando tanto la puntuación total como cuatro de sus cinco dimensiones (pública, intelectual, privada y experiencia). Sin embargo, destaca la asociación con la dimensión pública, que se refiere, como se dijo antes, a las prácticas religiosas de carácter social.

Estos resultados son contrarios a los presentados por la mayoría de los estudios, que en general han documentado la existencia de una asociación positiva entre religiosidad y bienestar mental y físico en muestras de adolescentes (Abdel-Khalek, 2014) o adultos (Friedrich-Killinger, 2020; Litalien, Atari y Obasi, 2021; Morton *et al.*,

2017), pero sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer o las cardiopatías (Kearns *et al.*, 2020; Peterman, Fitchett, Brady y Hernandez, 2002; Salsman *et al.*, 2015; Sherman *et al.*, 2015), o pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico mayor (Ai, Park, Bu, Rodgers y Tice, 2007; Amjadian, Ehsan, Rostami y Vahedi, 2017; Lucchese y Koenig, 2013). Por el contrario, los resultados de esta investigación coinciden con los de autores que han afirmado que la religiosidad puede en ocasiones afectar negativamente la salud (Brodsky *et al.*, 2017; Meisenhelder y Chandler, 2000; Pargament *et al.*, 2001; Wikström *et al.*, 2019).

La influencia negativa de la religiosidad puede atribuirse a algunas características dogmáticas de la religión practicada, en la que el dolor, el sufrimiento o el malestar se justifican a veces como “signos divinos” de que algo debe ser expiado, como es el caso del cristianismo o el catolicismo (Pargament, 2002; Wallace *et al.*, 2000). Varios textos bíblicos contienen pasajes que hacen referencia al cuerpo, la alimentación y la salud (Friedrich-Killinger, 2020). Así que la obesidad en tal contexto puede considerarse como una consecuen-

cia tanto de la gula como de la pereza, por lo que las personas obesas suelen ser juzgadas como carentes de disciplina o como individuos “corruptos” (Litalien *et al.*, 2021; Sherman *et al.*, 2015). Un ejemplo de esta “culpa” y “expiación” puede verse en los comentarios de los pacientes de CB, que expresaron que las molestias posquirúrgicas eran el “castigo” por su comportamiento inadecuado, refiriéndose principalmente al síndrome de *dumping* (Wallace *et al.*, 2000). Cabe señalar que este se caracteriza por mareos, náuseas, vómitos, hinchazón, debilidad, cansancio, sudoración, calambres o diarrea tras la ingesta de “alimentos prohibidos”, predominantemente aquellos con alto contenido de grasas o azúcares. En ciertas posiciones extremistas del cristianismo se juzga la obesidad como el resultado de la desobediencia a los “mandatos de Dios”. Se supone que la obesidad refleja la comisión de dos de los “siete pecados capitales” de la tradición católica-cristiana: la gula y la pereza. Como estigma, se cree que los obesos llevan la marca de sus pecados en la corpulencia de sus cuerpos (Bautista *et al.*, 2020; Brammli-Greenberg, Glazer y Shapiro, 2018).

La estigmatización por la condición corporal (en este caso la obesidad) trae consigo un “castigo” en términos de la señalización social seguida de la discriminación. Las personas obesas no solo son juzgadas por incumplir el ideal estético socio-cultural predominante en las últimas décadas, esto es, una apariencia delgada o atlética; se cree que un individuo obeso es propenso a desarrollar un sinnúmero de condiciones médicas crónicas (Weber y Pargament, 2014). Aún más: entre aquellas personas con un alto grado de interiorización de los preceptos religiosos, una persona que se percibe a sí misma como portadora del estigma que la marca como transgresora de un dictado divino puede desarrollar un conflicto o una intensa lucha religiosa (Herndon, 2008) que pueden causarle vergüenza y culpa (Hoverd y Sibley, 2007; Moore, Brooks y King, 2017), asociadas ambas a una mala salud (Conceição *et al.*, 2013; Gerber, Hill y Manigault-Bryant, 2015; Kahan y Puhl, 2017; Khan, Tarrant, Weston, Shah y Farrow, 2018). Pargament *et al.* (2001) reportaron que en los pacientes “enfadados con Dios” la mortalidad aumentaba; por lo tanto, concluyen que un afrontamiento

religioso negativo está relacionado con una salud más pobre y una mayor mortalidad. De este modo, un paciente muy religioso puede “sentir la presencia de Dios” como causa de su enfermedad, o bien sentirse abandonado y resentido, lo que hace que la religiosidad se asocie negativamente con la recuperación de su salud.

Si bien en el presente estudio no se encontró que la religión de los pacientes generara diferencias significativas en las variables posquirúrgicas evaluadas (dolor, náuseas y disfagia), sí se halló que los pacientes con el mayor nivel de religiosidad (el autónomo), padecían más náuseas a las 12 y 24 horas de transcurrida la operación, en comparación con los niveles que denotan una menor religiosidad (heterónimo y marginal). Además, considerando que aunque los participantes de este trabajo fueron operados en México, todos ellos eran extranjeros, por lo que es posible que se sintiesen aislados o alienados, toda vez que algunas de las principales variables religiosas relacionadas con la salud son la asistencia a la iglesia y la pertenencia a una congregación (Ahrenfeldt *et al.*, 2017; Bautista, Márquez, Ortega, García y Álvarez, 2019; Hill *et al.*, 2017), lo que se entiende como apoyo social; al estar en un país distinto al suyo, a estos pacientes les fue imposible beneficiarse de dicho apoyo. Ya investigaciones anteriores advierten sobre los efectos negativos en la religiosidad ante la imposibilidad de practicar actividades congregacionales (Ahrenfeldt *et al.*, 2017).

Como limitaciones del presente análisis, cabe subrayar el tamaño pequeño de la muestra y la mínima representación de varones, así como la escasa variabilidad del tipo de religión en virtud de que la mayoría eran cristianos y católicos, factores que disminuyen las posibilidades de generalizar los resultados a otras poblaciones o religiones. Además, una mayor representación étnica hubiera enriquecido el estudio, siendo que la mayoría de los participantes eran caucásicos; se ha establecido que diferentes grupos étnicos muestran diferentes relaciones con la religiosidad (Abu-Raiya, Pargament y Krause, 2016; Conradt *et al.*, 2008; Mensinger, Tylka y Calamari, 2018).

En cuanto a las mediciones utilizadas, el uso de la EVA para medir las variables posquirúrgicas

no arroja resultados tan precisos; algunos pacientes podrían haber sobreestimado o subestimado las variables, lo que podría haber modificado los resultados. Además, quizá no se tomaron en cuenta algunas consecuencias postoperatorias en el largo plazo por la naturaleza del procedimiento dado que los pacientes regresan a sus hogares, lo que además impidió que no todos los pacientes fueran medidos a las 24 horas posteriores al procedimiento.

El uso del CRS presenta ciertas dificultades; aunque proporciona mucha información sobre la religiosidad del individuo, hay pocos estudios que lo hayan utilizado en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica mayor. Asimismo, la falta de trabajos que relacionen la religiosidad y las consecuencias posquirúrgicas negativas inmediatas de una CB dificulta la comparación directa con los resultados de las investigaciones previas.

Por último, es muy posible que en futuros estudios se pueda profundizar en la significación que el binomio comida-náusea puede representar según los preceptos religiosos de los pacientes, así como en las evaluaciones durante el lapso postoperatorio de la hospitalización, incluyendo también registros específicos de *dumping* y culpabilidad.

En este trabajo, la religiosidad no consideró una condición favorable en los tres parámetros de recuperación posquirúrgica evaluados; por el contrario, una mayor religiosidad supuso que los pacientes sufrieran más náuseas, lo que puede indicar ciertas características de somatización de los pacientes, sobre lo cual se sugiere profundizar en futuras investigaciones, tomando como referencia la estigmatización religiosa hacia la obesidad (Brammli-Greenberg *et al.*, 2018; Kearns *et al.*, 2020).

Esta investigación representa solamente una primera aproximación al estudio de la influencia de la religiosidad en la recuperación posquirúrgica de los pacientes sometidos a CB. Es evidente la necesidad de llevar a cabo futuros trabajos que aclaren la compleja relación que parecen tener estas variables, lo que es de vital importancia para los pacientes y los profesionales de la salud, pues la premisa dicta que cuando un profesional de la salud está dispuesto a considerar la religiosidad del paciente, el tratamiento es mejor recibido y conlleva mejores resultados (Moreira, Koenig y Lucchetti, 2014; Pirutinsky *et al.*, 2011; Wikström *et al.*, 2019).

*Citación:* Palomares-Palomares, C.B., Álvarez-Rayón, G.L. Ortega-Luyando, M. y Amaya-Hernández, A. (2023). Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfgia) en pacientes con gastrectomía en manga. *Psicología y Salud*, 33(2), 441-453. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2826>.

## REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. (2014). Happiness, health, and religiosity: significant associations among Lebanese adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(1), 30-38. Doi: 10.1080/13674676.2012.742047.
- Abu, H., Pargament, K. y Krause, N. (2016). Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265-1274. Doi: 10.1007/s11136-015-1163-8.
- Abu, H., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. y Kiefe, C. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 1-21. Doi: 10.1007/s11136-018-1906-4.
- Ahrenfeldt, L., Möller, S., Andersen-Ranberg, K., Vitved, A., Lindahl-Jacobsen, R. y Hvidt, N.C. (2017). Religiousness and health in Europe. *European Journal of Epidemiology*, 32(10), 921-929. Doi: 10.1007/s10654-017-0296-1.
- Ai, A., Park, C., Bu Huang, B., Rodgers, W. y Tice, T. (2007). Psychosocial mediation of religious coping styles: A Study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(6), 867-882. Doi: 10.1177/0146167207301008.
- Alves, R., Alves, H., Barboza, R. y Souto, W. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciencia y Saude Coletiva*, 15(4), 2105-2111. Doi: 10.1590/s1413-81232010000400024.

- Amjadian, M., Ehsan, H., Rostami, R. y Vahedi, S. (2017). The effectiveness of Islamic religion therapy and breathing and HRV biofeedback therapy on increasing HRV and decreasing depression among CABG patients. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 22(2), 1-11.
- Basterra, F., Beunza, J., Bes R., M., Toledo, E., García L., M. y Martínez G., M. (2011). Increasing trend in the prevalence of morbid obesity in Spain: From 1.8 to 6.1 per thousand in 14 years. *Revista Española de Cardiología*, 64(5), 424-426. Doi: 10.1016/j.recesp.2010.06.010.
- Bautista D., M.L., Márquez H., A.K., Ortega A., N.A., García C., R. y Álvarez R., G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133. Doi: 10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516.
- Boogaerts, J., Vanacker, E., Seidel, L., Albert, A. y Bardiau, F. (2000). Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(4), 470-474.
- Brammli-Greenberg, S., Glazer, J. y Shapiro, E. (2018). The inverse u-shaped religion-health connection among Israeli jews. *Journal of Religion and Health*, 57(2), 738-750. Doi: 10.1007/s10943-018-0577-3.
- Brodsky, M., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez T., P., Palmer, J., Colantuoni, E. y Needham, D. (2017). Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors. A 5-year longitudinal study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 376-383. Doi: 10.1513/AnnalsATS.201606-455OC.
- Castagneto, L., Casella, J., Genco, A., Troisi, A., Basso, N. y Casella, G. (2018). 10-year follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy: Outcomes in a monocentric series. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Doi: 10.1016/J.SOARD.2018.06.021.
- Collins, S., Moore, R. y McQuay, H. (1997). The Visual Analogue Pain Intensity Scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*, 72(1-2), 95-97.
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., Lahaise, K., Jorgensen, M., Woodbury, K., Hass, N., Garcia, L. y Wonderlich, S. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 274-279. Doi: 10.1002/eat.22074.
- Conradt, M., Dierk, J.M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J. y Rief, W. (2008). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144. Doi: 10.1002/jclp.20501.
- Cordero, R., Romero, B., de Matos, F., Costa, E., Espinha, D., Tomasso, C., Lucchetti, A. y Lucchetti, G. (2018). Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2804-2813. Doi: 10.1111/jocn.14340.
- Damiano, R., Costa, L., Viana, M., Moreira A., A., Lucchetti, A. y Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on "Spirituality, Religion and Health." *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(1), 11-16. Doi: 10.1590/0101-60830000000073.
- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N. y Kelishadi, R. (2015). Health impacts of obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 239-242. Doi: 10.12669/pjms.311.7033.
- Drabble, L., Veldhuis, C., Riley, B., Rostosky, S. y Hughes, T. (2017). Relationship of religiosity and spirituality to hazardous drinking, drug use, and depression among sexual minority women. *Journal of Homosexuality*, 1-24. Doi: 10.1080/00918369.2017.1383116.
- Escobedo P., J., De Jesús P., R., Schargodsky, H. y Champagne, B. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la Ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Médica de México*, 150, 128-136.
- Finkelstein, E., Khavjou, O., Thompson, H., Trogon, J., Pan, L., Sherry, B. y Dietz, W. (2012). Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), 563-570. Doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.026.
- Finocchiaro, G., Papadakis, M., Dhutia, H., Cole, D., Behr, E., Tome, M., Sharma, S. y Sheppard, M. (2018). Obesity and sudden cardiac death in the young: Clinical and pathological insights from a large national registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(4), 395-401. Doi: 10.1177/2047487317751291.
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim, A.N., Farzadfar, F., Riley, L.M., Ezzati, M. y Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index) (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. *The Lancet*, 377(9765), 557-567. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5.
- Flegal, K., Kit, B., Orpana, H. y Graubard, B. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71. Doi: 10.1001/jama.2012.113905.
- Friedrich-Killinger, S. (2020). Centrality of religiosity as a resource for therapy outcome? *Religions*, 11(4), 155. Doi: 10.3390/rel11040155.
- Gerber, L., Hill, S. y Manigault-Bryant, L. (2015). Religion and fat = protestant christianity and weight loss? On the intersections of fat studies and religious studies. *Fat Studies*, 4(2), 82-91. Doi: 10.1080/21604851.2015.1018071.

- Gonçalves, J., Lucchetti, G., Menezes, P. y Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 46(14), 2937-2949. Doi: 10.1007/s10865-008-9159-2.
- Gupta, S. y Kapoor, V. (2007). *Fundamentals of applied statistics* (4<sup>th</sup> rev. ed.). New Delhi: Sultan Chand & Sons.
- Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gómez, L., Gaona, E., Romero, M., Gómez-Humarán, I., Saturno, P., Villalpando, S., Gutiérrez, J., Ávila, A., Mauricio, E., Martínez, J. y García, D. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herndon, A. (2008). Taking the devil into your mouth: ritualized American weight-loss narratives of morality, pain, and betrayal. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(2), 207-219. Doi: 10.1353/pbm.0.0004.
- Hill, T., Christie-Mizell, C., Vaghela, P., Mossakowski, K., Johnson, R., Hill, T., Christie-Mizell, C., Vaghela, P., Mossakowski, K. y Johnson, R. (2017). Do religious struggles mediate the association between day-to-day discrimination and depressive symptoms? *Religions*, 8(8), 134. Doi: 10.3390/rel8080134.
- Hong, J., Park, S., Menzo, E. y Rosenthal, R. (2018). Midterm outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy as a stand-alone procedure in super-obese patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(3), 297-303. Doi: 10.1016/j.SOARD.2017.11.021
- Hoverd, W. y Sibley, C. (2007). Immoral bodies: The implicit association between moral discourse and the body. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(3), 391-403. Doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00365.x.
- Huber, S. (2007). Are religious beliefs relevant in daily life. En H. Streib (Ed.): *Religion inside and outside traditional institutions* (pp. 211-230). Leiden (Netherlands): Brill Academic Publishers.
- Huber, S. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal Für Psychologie*, 16(3).
- Huber, S. y Huber, O. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*, 3(4), 710-724. Doi: 10.3390/rel3030710.
- Joshi, S., Kumari, S. y Jain, M. (2008). Religious belief and its relation to psychological well-being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(2), 345-354.
- Kahan, S. y Puhl, R. (2017). The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity*, 25(2), 280-281. Doi: 10.1002/oby.21772.
- Kearns, N., Becker, J., McMinn, K., Bennett, M., Powers, M., Warren, A.M. y Edgerton, J. (2020). Increased spiritual well-being following cardiovascular surgery influences one-year perceived posttraumatic growth. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(3), 288-293. Doi: 10.1037/rel0000291.
- Khan, S., Tarrant, M., Weston, D., Shah, P. y Farrow, C. (2018). Can raising awareness about the psychological causes of obesity reduce obesity stigma? *Health Communication*, 33(5), 585-592. Doi: 10.1080/10410236.2017.1283566.
- Klesges, R., DeBon, M. y Meyers, A. (2001). Obesity in African American women: Epidemiology, determinants, and treatment issues. En J. Thompson (Ed.): *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 461-477). Washington, D.C.: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10502-019.
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012, 1-33. Doi: 10.5402/2012/278730.
- Koenig, H. y Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78-85. Doi: 10.3390/rel1010078.
- Koenig, H., King, D. y Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Koenig, H., McCullough, M. y Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Lam, J., Suzuki, T., Bernstein, D., Zhao, B., Maeda, C., Pham, T., Sandler, B., Jacobsen, G., Cheverie, J. y Horgan, S. (2019). An ERAS protocol for bariatric surgery: Is it safe to discharge on post-operative day 1? *Surgical Endoscopy*, 33, 580-586. Doi: 10.1007/s00464-018-6368-9.
- Litalien, M., Atari, D. y Obasi, I. (2021). The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. *Journal of Religion and Health*, 1-42. Springer. Doi: 10.1007/s10943-020-01148-8.
- Lucchese, F.A. y Koenig, H.G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 103-128. Doi: 10.5935/1678-9741.20130015.
- Lucchetti, G., Koenig, H., Pinsky, I., Laranjeira, R. y Vallada, H. (2015). Spirituality or religiosity: is there any difference? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1).
- Małczak, P., Pisarska, M., Piotr, M., Wysocki, M., Budzyński, A. y Pędziwiatr, M. (2017). Enhanced recovery after bariatric surgery: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*, 27(1), 226-235. Doi: 10.1007/s11695-016-2438-z.
- Marler, P. y Hadaway, C. (2002). "Being religious" or "being spiritual" in America: A zero-sum proposition? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 289-300. Doi: 10.1111/1468-5906.00117.
- Meisenhelder, J. y Chandler, E. (2000). Prayer and health outcomes in church members. *Alternative Therapies, Health and Medicine*, 6(4), 56-60.

- Mensingher, J., Tylka, T. y Calamari, M. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139-147. Doi: 10.1016/J.BODYIM.2018.03.001.
- Molina, H., Pérez, I., Azamar, A., Martínez, J., Pizarro, M., Fernández, C., Reyes, J., Botello, B. y Azamar, A. (2015). Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*, 12(4), 115-122. Doi: 10.1007/s40277-015-0045-3.
- Moore, D., Brooks, J. y King, E. (2017). The meaning of obesity in the church: A pastoral leader's perspective. *Pastoral Psychology*, 66(1), 45-64. Doi: 10.1007/s11089-016-0716-2.
- Moreira A., A., Koenig, H. y Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176-182. Doi: 10.1590/1516-4446-2013-1255.
- Morton, K., Lee, J. y Martin, L. (2017). Pathways from religion to health: Mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 106-117.
- Msika, S. y Castel, B. (2010). Present indications for surgical treatment of morbid obesity: how to choose the best operation? *Journal of Visceral Surgery*, 147(5 Suppl), e47-e51. Doi: 10.1016/j.jviscsurg.2010.08.015.
- Nath, A., Yewale, S., Tran, T., Brebbia, J., Shope, T. y Koch, T. (2016). Dysphagia after vertical sleeve gastrectomy: Evaluation of risk factors and assessment of endoscopic intervention. *World Journal of Gastroenterology*, 22(47), 10371. Doi: 10.3748/WJG.v22.I47.10371.
- National Institutes of Health (2000). *The Practical Guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Rockville Pike, Bethesda, MD: NIH.
- Nigussie, S., Belachew, T. y Wolando, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(67), 1014-1025. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05801.x.
- Oates, G. (2016). Effects of religiosity dimensions on physical health across non-elderly black and white american panels. *Review of Religious Research*, 58(2), 249-270. Doi: 10.1007/s13644-015-0239-9.
- Ogden, C., Carroll, M., McDowell, M. y Flegal, K. (2007). Obesity among adults in the United States--no statistically significant change since 2003-2004. *NCHS Data Brief*, 1, 1-8.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Centro de prensa: Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Pacheco, L., Vasconcellos, I., Rose, L. y Lisboa, W. (2010). Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. *Obesity Surgery*, 20(7), 943-948. Doi: 10.1007/s11695-008-9570-3.
- Pargament, K.I. (2002). Target Article: The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168-181. Doi: 10.1207/s15327965PLI1303\_02.
- Pargament, K.I., Koenig, H., Tarakeshwar, N. y Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881-1885.
- Park, C., Lim, H., Newlon, M., Suresh, D. y Bliss, D. (2014). Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 579-590. Doi: 10.1007/s10943-013-9714-1.
- Pellino, T., Gordon, D., Engelke, Z., Busse, K., Collins, M., Silver, C. y Norcross, N. (2005). Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopedic Nursing*, 24(3), 182-190.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L. y Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy: Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58. Doi: 10.1207/S15324796ABM2401\_06.
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D., Holt, C., Feldman, R., Caplan, L., Midlarsky, E. y Pargament, K. (2011). Does social support mediate the moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between physical health and depressive symptoms among Jews? *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 489-496. Doi: 10.1007/s10865-011-9325-9.
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R. y Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083-1096. Doi: 10.1016/s0140-6736(09)60318-4.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x.
- Salsman, J., Pustejovsky, J., Jim, H., Munoz, A., Merluzzi, T., George, L., Park, C., Danhauer, S., Sherman, A., Snyder, M. y Fitchett, G. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768. Doi: 10.1002/cncr.29353.
- Schaffer, S. y Yucha, C. (2004). Relaxation and pain management: the relaxation response can play a role in managing chronic and acute pain. *The American Journal of Nursing*, 104(8), 75-76.

- Schauer, P., Bhatt, D., Kirwan, J., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S., Navaneethan, S., Singh, R., Pothier, C., Nissen, S. y Kashyap, S. (2017). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes — 5-year outcomes. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 641-651. Doi: 10.1056/NEJMoa1600869.
- Scott, J. y Huskisson, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2), 175-184. Doi: 10.1016/0304-3959(76)90113-5.
- Secretaría de Salud (2009). *Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida*. México: SS.
- Sherman, A., Merluzzi, T., Pustejovsky, J., Park, C., George, L., Fitchett, G., Jim, H., Munoz, A., Danhauer, S., Snyder, M. y Salsman, J. (2015). A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*, 121(21), 3779-3788. Doi: 10.1002/cncr.29352.
- Sjöström, L. (1992). Mortality of severely obese subjects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2 Suppl), 516S-523S.
- Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, 273(3), 219-234. Doi: 10.1111/joim.12012.
- Sturm, R. y Hattori, A. (2013). Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the United States. *International Journal of Obesity*, 37(6), 889-891. Doi: 10.1038/ijo.2012.159.
- Twells, L., Gregory, D., Reddigan, J. y Midodzi, W. (2014). Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *Canadian Medical Association Journal Open*, 2(1), E18-E26. Doi: 10.9778/cmajo.20130016.
- Wallace, K.L., Middleton, S., Cook, I.J., Bloem, B., Lagaay, A., Beek, W., van Haan, J., Roos, R., Wintzen, A., Siebens, H., Trupe, E., Siebens, A., Cook, F., Anshen, S., Hanauer, R., Oster, G., Croghan, J., Burke, E., Caplan, S. y Tugwell, P. (2000). Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, 118(4), 678-687. Doi: 10.1016/S0016-5085(00)70137-5.
- Watcha, M., Medellín, E., Lee, A., Felberg, M. y Bidani, S. (2018). Validation of the Pictorial Baxter Retching Faces Scale for the measurement of the severity of postoperative nausea in Spanish-speaking children. *British Journal of Anaesthesia*, 121(6), 1316-1322. Doi: 10.1016/J.BJA.2018.07.036.
- Weber, S. y Pargament, K. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000080.
- Wikström, L., Nilsson, M., Broström, A. y Eriksson, K. (2019). Patients' self-reported nausea: Validation of the Numerical Rating Scale and of a daily summary of repeated numerical rating scale scores. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 959-968. Doi: 10.1111/jocn.14705.
- Winkeljohn, S., Pössel, P., Rosmarin, D., Tariq, A. y Jeppsen, B. (2017). Prayer type, disclosure, and mental health across religious groups. *Counseling and Values*, 62(2), 216-234. Doi: 10.1002/cvj.12060.
- Woźniewska, P., Diemiszczuk, I. y Hady, H.R. (2021). Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy: a review. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 16(1), 5. Doi: 10.5114/PG.2021.104733.
- Xu, H., Cupples, L., Stokes, A. y Liu, C.T. (2018). Association of obesity with mortality over 24 years of weight history. *JAMA Network Open*, 1(7), e184587. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4587.
- Yorke, J., Wallis, M. y McLean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(1), 33-41. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2003.09.002.