

Hacia un lenguaje común en el tratamiento de la obesidad: una mirada psicosomática

*Towards a common language in the treatment of obesity: a
psychosomatic view*

Paula García Jorge

Psiquiatra. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Resumen

Este artículo trata de repasar la etiología y el tratamiento de la obesidad desde una perspectiva psicosomática lo que requiere una mirada complementaria entre los distintos profesionales. Desde la salud mental la labor será descifrar el síntoma, entendiendo que cada paciente enferma de manera única en base a una biografía.

El tipo de apego que el paciente ha tenido con sus progenitores o cuidadores principales nos revela la forma de relacionarse con pares, pero también con el alimento.

Otro de los objetivos del artículo es engranar el tratamiento médico y quirúrgico actual de la obesidad, con el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, entendiendo que todos forman parte de un mismo proceso. A través de una revisión bibliográfica encontramos que la psicoterapia ayuda a los pacientes incluidos en el circuito de cirugía bariátrica a mejorar el reconocimiento emocional en base a sus estados internos, dándonos una oportunidad de resignificar el síntoma y su utilidad. Con la terapia grupal estos pacientes mejoran sus sistemas relacionales, consiguiendo una mejor adaptación al cambio que supone su imagen corporal,

permitiendo mejorar su autoconcepto lo que se traduce en una optimización de los resultados del tratamiento global.

Palabras clave: cirugía bariátrica, obesidad, psicoterapia grupal, perspectiva psicósomática.

Abstract

This article tries to review the etiology and treatment of obesity from a psychosomatic perspective, which requires a complementary look between the different professionals. From mental health the task will be to decipher the symptom, understanding that each patient is ill in a unique way based on a biography. The type of attachment that the patient has had with their parents or caregivers reveals the way of relating to peers, but also with the food. Another objective of the article is to mesh the current medical and surgical treatment of obesity with individual and group psychotherapeutic treatment, understanding that they are all part of the same process. Through a bibliographic review we found that psychotherapy helps patients included in the bariatric surgery circuit to improve emotional recognition based on their internal states, giving us an opportunity to re-signify the symptom and its usefulness. With group therapy, these patients improve their relational systems, achieving a better adaptation to the change that their body image implies, allowing them to improve their self-concept, which translates into an optimization of the results of the global treatment.

Keywords: bariatric surgery, obesity, group psychotherapy, perspective psychosomatic.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad es una enfermedad multidimensional que se trata desde un prisma multidisciplinar, donde intervienen una serie de profesionales que tratan de conseguir el normopeso en el paciente. No obstante, la perspectiva o el enfoque desde donde miramos al paciente con obesidad es muy diferente si lo hacemos como nutricionistas, enfermeros, endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos o cirujanos, lo que nos lleva a limitar la potencia terapéutica.

En el presente trabajo uno de los objetivos será adquirir una comprensión de la obesidad desde una perspectiva psicósomática que nos ayude a entender al paciente en su totalidad, a través de comprender la complejidad del síntoma obesidad.

Además se pretende justificar la conveniencia del tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes candidatos a cirugía bariátrica mediante revisión bibliográfica. A través del tratamiento psicoterapéutico grupal en estos pacientes, se pretende optimizar los resultados de la cirugía, reduciendo niveles de ansiedad y depresión, mejorando el reconocimiento y expresión emocional en pos de mejorar sus propios estados

internos, mejorando el sistema relacional del paciente, y ayudando a adaptarse al cambio mediante la aceptación de la nueva imagen corporal y del autoconcepto.

La mejor forma de ayudar al paciente será mostrar una mirada comprometida desde todos los profesionales, tratando de entender la obesidad desde la forma única en la que cada paciente enferma.

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA DE LA OBESIDAD

En todo el mundo el 13% de personas con edad igual o superior a 18 son obesas, lo que corresponde a medio billón de personas. En América es donde se encuentra una prevalencia mayor (27%) y la menor prevalencia se encuentra en el sudeste asiático (5%) (23).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los casos de obesidad casi se han triplicado desde 1975— y las perspectivas de futuro son poco halagüeñas, también en España. Una investigación del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) de Barcelona, que ha revisado medio centenar de estudios sobre la prevalencia del exceso de peso en España, concluye que ocho de cada 10 hombres y el 55% de las mujeres tendrán sobrepeso u obesidad en 2030. “Si la tendencia se mantiene”, señalan los investigadores, España tendrá más de 27 millones de personas con exceso de peso dentro de 10 años.

La obesidad mórbida constituye en la actualidad un gran problema de salud pública que presenta comorbilidades frecuentes como diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular, enfermedades articulares degenerativas, algunas neoplasias, depresión mayor y asma bronquial entre otras (12) .

La obesidad afecta también a la autoestima y con frecuencia se asocia a síntomas como la ansiedad, aislamiento social y alteraciones anímicas, lo que lleva a estos pacientes a presentar índices más elevados de morbimortalidad y peor calidad de vida.

Desde una perspectiva etiopatogénica la obesidad es un trastorno multifactorial, resultante de factores multivariados: bio-psico-sociales que dan como resultado el acúmulo de tejido adiposo en relación a un incremento de la ingesta de calorías o una disminución del gasto calórico (18,16). Sin embargo, los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar a la obesidad como un trastorno mental y no sólo orgánico (14).

ENTENDIENDO EL SÍNTOMA OBESIDAD

La obesidad como entidad compleja y multicausal, debe ser leída desde diferentes perspectivas en pos a descifrar el código personal por el que cada paciente tiene una manera única de enfermar. Esto nos lleva a la importancia de traducir el síntoma obesidad desde la individualidad, evaluando si la persona en cuestión tiene necesidad de comer, de masticar o de estar obeso.

Desde una perspectiva psicodinámica entendemos la obesidad como una falta básica, en la cual la persona tiene la necesidad de incorporar alimento en respuesta a la carencia de afecto. Por tanto las personas con obesidad no tienen un problema con la comida sino con el afecto asociado a la comida. Esto nos lleva a detenernos en indagar el tipo de vínculo que tuvieron con sus figuras de apego.

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas para la comprensión y el estudio de la formación de vínculos afectivos entre el bebé y sus cuidadores primarios y, posteriormente, entre adultos. Los vínculos íntimos entre padres e hijos, se forman y se mantienen a partir de mecanismos biológicos, existiendo una fuerte relación entre las relaciones tempranas con los cuidadores y el desarrollo de la personalidad y de psicopatología (8) (9).

Las investigaciones han objetivado una asociación entre estilos de apego inseguros y psicopatología, observándose esta relación especialmente en trastornos afectivos, trastornos alimentarios y trastornos de personalidad limítrofe (22). No obstante no hay estudios clarificadores a la hora de relacionar el tipo de apego con trastornos de la conducta alimentaria de manera específica.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) en los estudios que dieron origen al procedimiento de "la situación extraña" para evaluar la relación de apego entre la madre y su hijo durante el primer año de vida, definieron los distintos estilos de apego infantil clasificados en seguro, ansioso-evitativo, ansioso-ambivalente y desorganizado(3).

A partir de los procedimientos de evaluación de los estilos de apego en niños y adultos , se identifican estrategias de control utilizadas frente a la activación del sistema de apego a partir de un evento estresante. La respuesta inicial o "estrategia primaria" consiste en la búsqueda de cercanía de la figura de apego porque ésta actúa de manera sensible, mostrándose disponible y eso permite activar la conducta de apego y permite a su vez que la exploración continúe. Esta estrategia es desarrollada por los sujetos que presentan estilos de apego seguro. Los padres seguros responderían de manera sensible y oportuna a las necesidades individuales del niño, promoviendo el desarrollo de seguridad y confianza en sus vínculos.

Si la figura de apego actúa de manera rechazante, insensible o impredecible, la estrategia primaria es reemplazada por "estrategias secundarias". Éstas consisten en la desactivación del sistema de apego, en el caso de los estilos de apego evitativos, y en la hiperactivación de las conductas de apego e intensificación de la manifestación de malestar, en los sujetos con estilo de apego preocupado (4). Quienes muestran apegos inseguros-preocupados son definidos por Bowlby como quienes presentan disposición a establecer relaciones ansiosas y a mostrar una alta activación de sus relaciones de apego (9).

Fonagy explica la asociación entre historia de apego de los padres y el tipo de relación de apego con sus hijos, a través de una capacidad llamada "función reflexiva", que da cuenta de la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros, en términos de estados mentales. La función reflexiva o mentalización es

definida por Fonagy como una capacidad cognitiva que permite "leer" o inferir estados mentales en sí mismo y en los otros, contando con un componente autorreflexivo y otro interpersonal. Los padres con mayor capacidad de mentalización o función reflexiva brindarán a sus hijos probablemente apegos seguros, ya que logran comprender sus propios estados emocionales y regularlos adecuadamente, así como los de sus hijos. Además, promueven un diálogo reflexivo al interior de su grupo familiar y no presentan distorsiones significativas en sus comunicaciones (22).

Bowlby señaló que las interacciones con las figuras de apego que buscan apoyar la regulación emocional en los niños, se constituyen posteriormente como modelos a los cuales se podrá recurrir para cumplir esta función de manera autónoma. Investigaciones de Berlin y Cassidy (2003) en niños, así como de Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming y Gamble (1993) y Pierrehumbert et al. (2002) en adolescentes, confirman la relación entre la adecuada capacidad de regulación emocional, que incluye la aceptación de afectos negativos, el enfrentamiento de los conflictos y un rol regulador parental moderado con apego seguro (5).

Podemos inferir que cuando el sujeto no tiene internalizado esta capacidad autorreguladora, precisará buscar en un otro o en algo que provenga del exterior (por ejemplo el alimento) la forma de calmarse y regularse emocionalmente, generando conductas relacionales desadaptativas, que en el caso de la obesidad estarían ligadas a la relación con la comida y la capacidad desangustiante que el sujeto con obesidad traslada a la comida.

Los resultados de los estudios realizados en Trastornos de alimentación (TA) y teoría del apego (Chassler, 1997; Pierrehumbert, et. al, 2002; O'Kearny, 1996; Ward, Ramsay & Treasure, 2000) reportan que el patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con trastornos de alimentación. (15).

Bruch refiere que los problemas en el sistema de apego de estos pacientes se relacionan con un deficiente sentido del self, que envuelve un amplio rango de deficiencias en la capacidad reflexiva, conciencia de la imagen corporal y diferenciación de los otros (11).

En concordancia con los planteamientos de Bowlby y Holmes, estos modelos destacan la creación de una base segura en la relación terapéutica (7)(26). Este es un aspecto fundamental debido a la importancia que una buena alianza terapéutica tiene para la adherencia y éxito del proceso terapéutico (34). Esta alianza terapéutica deberá ser cuidada por todos los profesionales que intervienen en el tratamiento del paciente, no esperando a realizarse sólo en el marco de la psicoterapia. De esta manera conseguiríamos trasladar la perspectiva psicósomática al tratamiento del paciente.

De forma más específica para entender la forma de relacionarse de estos pacientes, podremos señalar que sujetos con TA y patrón de apego preocupado, sobrevaloran las relaciones y promueven vinculaciones dependientes, por lo que la permanencia en el tratamiento es más probable, precisando como necesidad inicial en relación a la terapia lograr una mayor autorregulación emocional a partir de la respuesta sensible del

terapeuta que permite la generación de una base segura. Esto pudiera contribuir a la recuperación de la confianza y la exploración, que favorezcan posteriormente un desarrollo autónomo. En cuanto al tipo de terapia, pudieran tal vez beneficiarse de tratamientos grupales y tratamiento individuales.

Sujetos con TA y apego evitativo, infravaloran la necesidad de otros, por lo que más probablemente rechazan la ayuda terapéutica, estableciendo una frágil alianza terapéutica, definida probablemente por la preocupación de otros en relación a su necesidad de ayuda. Lo anterior implica una sobre-regulación emocional, que impide dar espacio a las vivencias de fragilidad y a la necesidad real de otros. De este modo, el trabajo del terapeuta pudiera centrarse en descongelar el excesivo control que ejerce el paciente sobre sí mismo y sus emociones, a partir de encontrar en el terapeuta respuestas sensibles que dan espacio a las necesidades y sentimientos que él no puede ver ni tolerar. En este sentido, la capacidad de mentalización del terapeuta o del equipo de profesionales que trabajan con este tipo de pacientes, puede contribuir a desarrollar en el paciente su función reflexiva mejorando su capacidad de reconocer en sí mismo y en otros, estados emocionales internos e intenciones que le permitan anticipar conductas, mejorar su adaptación y desarrollar otros caminos para la satisfacción de sus necesidades afectivas, que no impliquen la sintomatología alimentaria(6).

Los Trastornos de conducta alimentaria, y por tanto la obesidad, son patologías relacionales. El único sistema de nuestro cuerpo humano que precisa de un otro para funcionar en los primeros momentos tras el nacimiento es el aparato digestivo. El corazón, los pulmones, el cerebro...funcionan de manera automática, en cambio el aparato digestivo precisa de que otro le incorpore alimento para empezar a funcionar. Este alimento partirá en la mayoría de los casos de la figura de apego fundamental a través del pecho o del biberón estableciéndose una relación de necesidad y el comienzo de la creación del psiquismo, que se formará de una manera u otra en función de cómo esa madre y el entorno la modulen. Aquí se inicia la primera relación vincular y será importante poder detenernos en historiar cómo fue esta primera relación en pacientes con TA. Indagaremos cómo estaba emocionalmente la madre o figura de apego principal en los primeros años de vida del paciente, ya que es en esos primeros años donde se iniciaría la primera relación vincular significativa.

En esa primera relación el alimento (pecho/biberón) es un elemento calmante potente de muchas de las emociones displacenteras que siente el bebé, sin embargo es fundamental que la madre, o figura de apego principal, traduzca las necesidades del recién nacido utilizando poco a poco otras herramientas diferentes al alimento para calmarlo. Esto es, el niño puede llorar por tener hambre, pero también por tener frío, dolor, sueño... si la respuesta es siempre el pecho o el biberón, por ausencia de herramientas tranquilizadoras o porque la madre o figura de apego principal se encuentra deprimida y no pueda hacer ese reconocimiento emocional, el bebé interiorizará que el alimento es la forma de gestionar todos sus estados emocionales, y cuando sea adulto tendrá más riesgo de calmar la angustia, el desasosiego o la tristeza a través de una relación disfuncional con la comida. Aquí se formaría esta relación de dependencia con la comida, que aparece en muchas personas con obesidad.

En relaciones vinculares de dependencia donde la persona no ha logrado individuarse de su figura de apego principal, la obesidad puede tener esta función, logrando a través de ella (obesidad) la separación psíquica y constituir un yo independiente. Otras veces, la obesidad puede expresarse como una forma de dependencia con las figuras de apego gestionando las necesidades parentales o familiares desde la renuncia personal a través de realizar un trastorno de conducta alimentaria. Esto nos llevará al estudio del conflicto dependencia-autonomía, explorando vínculos de dependencia entre el paciente y sus figuras de apego.

En un estudio donde analizaban las variables sociodemográficas en pacientes candidatos a cirugía bariátrica, previo a la intervención quirúrgica, se evidenció en un 57% carencia de figuras parentales, entre los que el 38% había sido por fallecimiento y el 15,8% por separación temprana (19).

No podemos olvidarnos de la experiencia traumática, tan presente en la historia de muchas personas que nos consultan y también en personas con obesidad. Desde este prisma la obesidad puede tener un sentido como mecanismo de defensa inconsciente a sentimientos y sensaciones intolerables que pasan por el cuerpo. Hablamos de un trauma infantil pensado pero no hablado, donde el psiquismo no pudo defenderse de manera consciente por no estar formado. Un ejemplo pueden ser las obesidades sexolíticas, en las cuales la persona con obesidad pudo tener antecedentes de abuso sexual en la infancia y de modo defensivo e inconsciente se distancia del ideal de belleza actual que premia la delgadez para irse al opuesto y evitar ser deseados por un otro deseante. La persona que vivió esa situación traumática no pudo hacer otra cosa, no tenía defensas conscientes y el trauma queda encapsulado poniendo en marcha mecanismos defensivos inconscientes que pueden traducirse en diferentes formas de enfermar (Marín, 2020) (44).

Cuando el relato del trauma aparece en la terapia, porque como terapeutas debemos preguntarlo y explorarlo, es importante generar un espacio de escucha activa pero respetuosa y recogerlo de manera sensible y comprometida, ya que en muchas ocasiones es la primera vez que se permiten contarlo o es la primera vez que son escuchados. La culpa muchas veces les acompaña en el relato, y es importante trabajarlo en terapia para poder digerirlo, convirtiendo algo intolerable en tolerable, y algo doloroso en reparador.

Los duelos como son las muertes, las pérdidas de trabajo o las separaciones son otras experiencias traumáticas que pueden manejarse a través del enfermar psíquico y más concretamente a través de síntomas alimentarios. A veces las personas que han tenido experiencias traumáticas, se retraumatizan con experiencias sucesivas de pérdidas o de vacío, y por tanto el trauma se hace más complejo y difícil de tratar. Por ello mediante técnicas específicas del tratamiento del trauma deberemos intentar llegar hasta el trauma origen y trabajarlo.

La obesidad es muchas veces un equivalente depresivo, de una herida de relación no solventada pero sí perpetuada, que se manifiesta a través de una relación patológica con la comida mediante la cual manejar esta tristeza. Explorando la emoción asociada a la conducta alimentaria nos podemos acercar al significado que para la persona tiene la acción de comer.

Los estudios que relacionan personalidad con obesidad mórbida no han encontrado asociación con un estilo de personalidad específico. Señalándose diversos perfiles con gran heterogeneidad. Algunos autores describen dificultades emocionales, destacando las tendencias depresivas. Por su parte Chaguán en la Ponencia presentada en el III Congreso IF SO Latinoamericano en 2009, señala que en dichos pacientes existe una alta represión emocional y dificultad de manifestar necesidades afectivas, así como elementos de personalidad inseguros y ansiosos.

El hecho de ingerir alimento de manera constante o elevadas cantidades a modo de atracón puede indicarnos signos de inmadurez, de intolerancia a la frustración que sería el no comer.

En este contexto, algunos autores plantean que los pacientes obesos, especialmente mujeres, presentarían una relación entre sobrealimentación y alexitimia, (dificultad para identificar en sí mismo el componente afectivo de las emociones y expresarlo verbalmente) (35). Lo anterior implicaría limitaciones para el reconocimiento y posterior modulación afectiva, especialmente de estados emocionales negativos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación. Sin embargo, también hay investigaciones que no muestran asociaciones significativas entre obesidad y alexitimia (2).

Además de características como alexitimia, otros autores han encontrado que las personas con obesidad presentan con mayor frecuencia dificultades para exponerse en situaciones sociales, rasgos de egocentrismo, autorreferencia, pasividad y dependencia, incapacidad para el control e hipersensibilidad a la crítica (19).

En un estudio de Raquel Zonis de Zukerfeld y Ruben Zukerfeld en 1998, cuyo objetivo era observar la relación entre alexitimia, atracones y sobrepeso en la población femenina, observaron que en las mujeres obesas con IMC menor a 40 el 21% tenía atracones y el 29,5% alexitimia, y entre las mujeres con IMC mayor de 40 los porcentajes eran 44,3% y el 48,1% respectivamente. Además el 67% de las mujeres obesas con atracones eran alexitímicas, mientras que aquellas que no tenían esta patología el porcentaje de alexitimia se reducía hasta el 25% (43).

El rol que la sociedad juega en la obesidad es importante, a través de un mensaje de doble vínculo en el cual el ideal de belleza es la delgadez y por otro una publicidad implacable de alimentos y bebidas hipercalóricas que ponen muy difícil adquirir hábitos alimentarios saludables. Además los alimentos presentan un sesgo económico importante de manera que alimentarse bien es mucho más caro que hacerlo mal.

La consideración social de la obesidad ha provocado una estigmatización de las personas que la padecen, reforzando prejuicios que se traducen en aislamiento social, discriminación, depresión, insatisfacción, incapacidad y baja autoestima(19) lo que genera dificultades que se añaden a las dificultades que originaron la aparición de esta condición.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN NUESTROS DÍAS

El tratamiento de la obesidad en nuestros días pasa por un abordaje médico, nutricionista, a veces psicológico y si la evolución no es buena o se presentan comorbilidades importantes, la cirugía termina siendo la opción más aceptada.

Diversas guías de intervención en el tratamiento de la obesidad describen como primer objetivo, desde el punto de vista médico, descartar una causa secundaria de la obesidad, evaluando el grado de ésta y las comorbilidades asociadas.

Dentro de los objetivos del tratamiento señalan la necesidad de establecer un objetivo realista (reducir un 10% del peso corporal) para evitar la frustración asociada a la no consecución de unos objetivos poco realistas. La base del tratamiento médico será la modificación del estilo de vida, estableciendo un plan de alimentación ajustado a las características, gustos o creencias del paciente, con un aporte de 500 calorías menos sobre el gasto energético calculado, con el fin de conseguir balance energético negativo. La dieta ideal es aquella que pueda ser mantenida en el tiempo (36).

La palabra dieta puede llevar a la restricción angustiosa de alimento y terminar por conductas de atracón o pseudoatracción y generar el llamado "efecto yo-yo". La indicación dada desde el Servicio de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal es realizar una dieta equilibrada, con una distribución de macronutrientes: menos del 30% grasa, 15-20% proteínas y 45-60% carbohidratos (36).

Estas guías señalan como segundo pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad el ejercicio físico. Los beneficios se observan con la actividad física moderada, reduciendo también las comorbilidades asociadas a la obesidad. En un estudio europeo se observó que en pacientes con IMC mayor a 30 la inactividad física era la responsable del doble de fallecimientos que en la obesidad en general (20).

Un estudio cuyo objetivo era ver el mejor tratamiento en obesidad en pacientes con obesidad mórbida previo a la intervención de cirugía bariátrica, observaron pérdidas de peso significativas en los grupos donde se aplicó un programa de ejercicio en relación al grupo donde no se llevó a cabo dicha intervención (37).

Como tercer pilar del tratamiento médico se encuentra la farmacología, reservándose a pacientes con IMC mayor a 30 kg/m² o IMC mayor a 27 kg/m² con otros factores de riesgo o enfermedades asociadas (HTA, diabetes, enfermedad coronaria, apnea del sueño...). Actualmente hay 5 fármacos probados por la FDA de los cuales solo 2 están autorizados para la utilización en España (orlistat y liraglutide 3mg) (36).

Cuando el tratamiento médico de la obesidad ha fracasado, se plantea como herramienta eficaz, previa indicación, la cirugía bariátrica. Las indicaciones de la cirugía bariátrica son: pacientes entre 18 y 60 años, IMC mayor a 40 o IMC mayor a 35 asociado a comorbilidades como: HTA, DM2, SAOS, DL, artrosis radiológica.

Otras indicaciones: IMC mayor a 30 asociado a DM2 con mal control glucémico, falta de respuesta a tratamiento médico durante al menos 1 año y ausencia de enfermedad endocrina responsable.

Las técnicas quirúrgicas pueden incluir tratamientos restrictivos, malabsortivos o mixtos, siendo la gastrectomía vertical sleeve gástrico y el by pass gástrico las técnicas más frecuentemente empleadas (36).

La cirugía bariátrica se presenta como tratamiento eficaz en los casos de obesidad mórbida que no han respondido a otras terapias, pudiendo alcanzar una reducción del 40-60% de exceso de peso (32).

Sin embargo es importante transmitir y trabajar con los pacientes que la cirugía bariátrica constituye solo parte de un largo proceso que implica cambios sustanciales tanto físicos como psicosociales para el paciente y para su entorno. Esto es importante porque no es poco frecuente que los pacientes consideren la cirugía como una herramienta final a su problema, poniendo en ella expectativas de cambio idealizadas que muchas veces no se traducen en la desaparición de la obesidad. He usado la palabra desaparición, porque considero importante trabajar este concepto, igual que hasta llegar a unas cifras de peso en rango de obesidad tuvo que pasar tiempo, y no fue de un día para otro, la resolución del problema y la finalidad de conseguir y mantener un normopeso es un camino complejo donde se necesita gastar tiempo e implicación.

El hecho de llegar a precisar una intervención quirúrgica conlleva un compromiso mayor de la persona y será fundamental tratar de ayudarle a dar un sentido a esta experiencia.

No es por tanto una solución que viene de fuera de la persona implicada y produce una curación sino que es a través de la motivación de la persona, ayudada por herramientas que parten desde la medicina, nutrición, enfermería, psicología y psiquiatría la forma en la que el cambio y el mantenimiento del cambio es posible. Esta necesidad de cambio en los hábitos de alimentación, en el patrón alimentario y en el auto cuidado implica la concepción de un paciente activo, comprometido con dicho cambio y capaz de hacerse cargo de las consecuencias de su conducta (19).

La disminución de la ingesta tras la cirugía se explica a través del efecto de dumping, restricción gástrica y malabsorción, no tratándose la causa de la obesidad por lo que la cirugía no es el final del tratamiento sino solo una etapa del tratamiento contra la obesidad mórbida (24).

El abordaje psicoterapéutico tanto individual como grupal es muy importante dentro de todo el proceso de tratamiento de la obesidad, como así lo muestran diversos estudios que citaremos a continuación. Se trata por tanto de integrar todos los recursos que tenemos a nuestra disposición de un modo integrado y coordinado.

IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD

Se estima que entre un 20-60% de los pacientes con obesidad mórbida en programas de cirugía bariátrica presentan patología psiquiátrica concomitante (40) (19). Los diagnósticos más prevalentes en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica fueron por orden de frecuencia: trastorno por atracones, trastornos afectivos, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad (21). Denisse y colaboradores describen en su estudio que un 82,1 % de pacientes candidatos a cirugía bariátrica refieren calidad de vida de regular a muy mala, así como un 85% señalan intensa insatisfacción corporal, añadiéndose un 56,8% que presentaba trastorno por atracones (19).

Será importante incluir un abordaje psicológico/psiquiátrico del paciente de forma previa y tras la intervención quirúrgica para optimizar los resultados a largo plazo. El enfoque multidisciplinario e interdisciplinario de la cirugía bariátrica es clave para el éxito, y de acuerdo con los datos conocidos un psiquiatra y un psicólogo deberán estar incorporados al equipo terapéutico (13).

Más allá de las comorbilidades psiquiátricas que presentan estos pacientes y justifican el abordaje, cuando entendemos la obesidad como una enfermedad que se ha formado desde los primeros vínculos, desde los posibles traumas y desde la forma de relacionarnos desde pequeños, entendemos y comprendemos que un abordaje que excluya la parte psicoterapéutica puede resultar muy pobre. El objetivo será dar sentido al síntoma y generar recursos en los pacientes para que no necesiten la obesidad para mantenerse en la vida.

Este abordaje comienza desde la vinculación con el paciente en las entrevistas previas a la cirugía en su etapa prequirúrgica, viéndose un momento clave para afianzar este vínculo en la etapa de hospitalización postquirúrgica, donde el paciente se encuentra recién operado en un momento delicado de un sentir vulnerable.

En la valoración de estos pacientes en etapa prequirúrgica con el objetivo de ayudar a comprender el síntoma obesidad será importante comenzar por la biografía del paciente, la relación con sus figuras de apego principales y el tipo de apego (seguro/inseguro). Explorar la contratransferencia del paciente en la entrevista clínica (esto es, los sentimientos que nos despierta el paciente en la relación terapéutica) nos dará mucha información del tipo de relación que tuvo con las figuras de apego.

Preguntaremos por la existencia de vivencias traumáticas.

Exploraremos la historia de inicio y evolución de la obesidad, así como la historia familiar en relación a hábitos de alimentación y la forma de relación predominante. Abordaremos los hábitos alimentarios actuales: cuándo, cómo, cuánto, con quién y qué come (esto último nos ayudaría a tener una idea de qué tipos de alimentos prefiere el paciente).

Se explorarán fenómenos como la impulsividad y la tolerancia a la frustración, así como rasgos de alexitimia y capacidad de mentalización.

Se medirá el autoconcepto y posibles alteraciones en la imagen corporal y de autoestima.

La sexualidad es un área que deberemos contemplar y entender dentro de la historia del paciente, muchas veces resulta inhibida.

Será necesario conocer el entorno familiar y social del paciente, su estilo de vida, a qué se dedica, sus hobbies, sus relaciones sociales y el entorno de origen y nuclear del paciente.

Con esta información podremos valorar tanto las raíces de la obesidad como los efectos de la misma a nivel físico, emocional, sexual y social.

Preguntaremos a todos los pacientes por los objetivos, metas y expectativas en relación a la cirugía y al abordaje psicoterapéutico, así como la motivación a consultar y su disposición al cambio (38).

Será importante y necesario establecer puentes entre el discurso médico tan distanciado de la experiencia biográfica y el discurso psicoterapéutico, proponiendo que los pacientes puedan dar un sentido reflexivo a su forma única de enfermar, transitando por sus vínculos tempranos, sus mecanismos de defensa para llegar a entender su necesidad inconsciente de estar obesos.

Esto reflejaría el ser capaces de ver al paciente en su totalidad, teniendo en cuenta el cuerpo y la mente sin disociarlos, lo que hablaría de trabajar con el paciente desde una perspectiva psicosomática interdisciplinar.

Se propone el formato grupal como herramienta que puede ayudarnos a conseguir los objetivos, trabajando aspectos como son la relación terapéutica como símil de sus relaciones primarias, establecer relaciones entre la conducta, el afecto y la cognición y dar pautas más conductuales de hábitos de alimentación saludables. Se podrán incluir registros alimentarios con el fin de tomar conciencia de la forma de alimentarse y de las emociones circundantes en el acto de comer, así como los alimentos que eligen con mayor frecuencia y de los que comen mayores cantidades.

Trabajaremos aspectos relacionales a través de técnicas de identificación así como herramientas de resolución de problemas, posibilitando el reconocimiento emocional propio y ajeno en pos de garantizar una adecuada función reflexiva y empática del paciente.

La imagen corporal será trabajada desde la identificación y la exposición al grupo, pudiendo compartir el significado y las emociones asociadas a esta imagen corporal con personas con las que se identifican.

Los aspectos motivacionales serán importantes elementos que mediarán la disposición al cambio.

Otras técnicas grupales que utilizaremos serán la escucha activa y la identificación entre los integrantes del grupo, compartiendo vivencias desde un plano más emocional que permita dar un sentido a la enfermedad, tejiendo una narrativa propia inspirada desde la narrativa común. El grupo puede posibilitar la reparación en las relaciones dañadas a través de un clima de respeto, confianza y confidencialidad.

La mentalización y la capacidad emocional autorreguladora se trabajarán desde una perspectiva grupal incorporando situaciones en el aquí y ahora como una forma de dar potencia a técnicas emocionales y relacionales, pudiendo mejorar la autonomía del paciente.

En diferentes estudios se obtiene un beneficio significativo al realizarse intervenciones psicoterapéuticas grupales previo a la cirugía bariátrica. Abilés y sus colegas concluyen que el 94% de los pacientes que había recibido terapia cognitivo conductual previa a la cirugía lograron perder más del 50% del exceso de peso, así como presentar menos índices de ansiedad y depresión y mayores de autoestima (1).

En otro estudio publicado en 2014, la terapia cognitivo conductual grupal recibida por los pacientes de manera previa a la cirugía consiguió una pérdida de peso promedio de 5,7 kg en las cinco semanas que duró la intervención, mejorando la calidad de vida de esos pacientes y mejorando la percepción corporal (42).

Kathleen Ashton y colaboradores describen reducciones significativas de las conductas de atracón tras 4 sesiones de terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con Trastorno por atracón y obesidad candidatos a cirugía bariátrica (30).

En un estudio de corte cualitativa los pacientes que participaron en un programa de intervención grupal previo a la intervención quirúrgica valoraron el grupo como un recurso exitoso para el cambio de estilo de vida a través del establecimiento de conexiones psicológicas con otros pacientes y el fomento de identidad social compartida (10).

En relación a la variación de peso relacionado con las intervenciones psicoterapéuticas en pacientes incluidos en programas de cirugía bariátrica, no aportan resultados firmes, habiéndose publicado estudios que sí identifican mayores tasas de pérdida de peso en pacientes que habían participado en terapias grupales tras la intervención quirúrgica (25), además de mejoría en la percepción corporal y actitud al tratamiento tras una intervención grupal cognitivo conductual en pacientes candidatos a cirugía bariátrica (41).

En la etapa inmediatamente posterior a la cirugía el paciente cambia de imagen corporal, pudiendo no corresponder con la imagen idealizada, es por ello que estos momentos precisan de un acompañamiento psicoterapéutico para poder trabajar con las expectativas frustradas y reconvertirlo en elementos ricos que ayuden a construir herramientas en el paciente.

Esta nueva imagen corporal debe ir pareja de una adquisición de habilidades sociales que han debido de ser trabajadas de manera previa y entrenadas en los momentos post, ya que el autoconcepto se modifica.

Tras la cirugía bariátrica se han descrito mejorías en la percepción de discriminación y estigmatización, así como mejoría en los contactos y actividades sociales, autoestima, limitaciones físicas y en la satisfacción corporal tras pérdidas significativas de peso (40). Sin embargo también se han descrito patología afectiva, aparición de trastornos alimentarios en personas de las que no se tenían reportes de estos diagnósticos, así como importante malestar psicológico asociado al importante cambio físico.

En un estudio cifran en un 40% los pacientes que sin historia de trastornos afectivos presentan clínica depresiva tras la cirugía (39). Otros estudios presentan cifras menores al 16% (29) (28). Es importante añadir que una de las complicaciones de la cirugía bariátrica a largo plazo es el suicidio con un porcentaje entre 8,8% y 37,5% (27).

Clark y su equipo demostraron que la disminución de peso después del tratamiento quirúrgico dependía de varios factores entre ellos, del estado psiquiátrico del paciente. Observaron que los pacientes con enfermedad psiquiátrica que habían sido atendidos de manera adecuada previo a la cirugía lograron disminuir significativamente el peso en comparación con aquellos que no recibieron esta atención (17).

Otros autores señalan la utilidad de la psicoterapia pre y post cirugía ya que promueve una mayor estabilidad psicológica del paciente y le ayuda a mantener el peso perdido (33)(31).

Estos datos nos hacen detenernos en pensar la importancia de realizar un tratamiento integrado de los pacientes con obesidad a través de un equipo de profesionales no sólo coordinados sino también relacionados, incluyendo la intervención psicoterapéutica en todos los pacientes a través de formatos individuales y/o grupales, comenzando desde etapas previas a la consideración de la cirugía.

CONCLUSIONES

La obesidad es una enfermedad compleja, que lleva a los sujetos a diferentes formas de enfermar. El tratamiento por ello también es complejo.

A lo largo del presente escrito hemos hablado de la importancia de preguntarnos con cada paciente cuál es el sentido de su obesidad y entender su historia personal es fundamental para ayudarle a corto, medio y largo plazo.

El abordaje médico, nutricional, quirúrgico y psicológico de estos pacientes debería poder realizarse a partir de un equipo que entienda la obesidad desde su perspectiva psicosomática, viendo al paciente como un todo y no segmentado, trabajando de manera relacionada y no solo coordinada.

La cirugía bariátrica es una técnica útil en este camino hacia la salud física y psíquica, y requiere que el paciente pueda recibir un tratamiento psicoterapéutico pre y pos cirugía para optimizar los resultados quirúrgicos como ya han mostrado diversos estudios que se citan en el texto.

La obesidad también les ha dado sentido a su experiencia y ocupa un rol familiar, social y laboral que debemos ayudarles a entender y a descifrar por medio del trabajo psicoterapéutico tanto individual como grupal.

El grupo psicoterapéutico posibilita un espacio en el aquí y ahora que facilita escenarios relacionales que nos pueden llevar a fuentes etiológicas de la enfermedad, partiendo de la idea que los trastornos de alimentación son enfermedades relacionales. Ayudar a entender la relación entre la comida y el afecto, conseguir herramientas de regulación emocional trabajadas en la interacción entre sus miembros, trabajar con el autoconcepto y la aceptación de la imagen corporal, compartir experiencias que permitan la exposición en el grupo y la identificación y potencien la capacidad de vinculación, serán elementos que ayuden al paciente a dar sentido al síntoma y le doten de herramientas que le permitan relacionarse con pares y con la comida de manera normalizada y gratificante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Abilés V, Abilés J, Rodríguez-Ruiz S, Luna V, Martín F, Gándara N Y Fernández-Santaella MC. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía en pacientes con obesidad mórbida. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):1109-1114.
- (2) Adami G, Campostano A, Ravera G, Leggieri M, Scopinaro N. Alexithymia and body weight in obese patients. *Behav Med* 2001; 27: 121-6.
- (3) Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* New Jersey: Erlbaum.
- (4) Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 141- 161). New York: Guilford Press.
- (5) Berlin, L. & Cassidy, J. (2003). Mothers self-reported control of their preschool children's emotional expressiveness: a longitudinal study of associations with infant-mother attachment and children's emotion regulation. *Social Development*, 12, 477- 495.
- (6) Biederman K, Martínez V, Olhaberry M, Cruzat C. Aportes de la teoría del apego al abordaje clínico de los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVIII, núm. 3, noviembre, 2009, pp. 217-226.
- (7) Bowlby, J. (1995). *Una base segura.* España: Paidós.
- (8) Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Internacional Journal of PsychoAnalysis*, 39, 350-373.
- (9) Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva.* Buenos Aires: Paidós.
- (10) Br. J. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: a qualitative interview study. *Health psycholo.* 2017.
- (11) Bruch, H. (1971). Anorexia Nervosa in the male. *Psychosomatic Medicine.* 33, 31-48.
- (12) Bunchwald H, Avidor Y, Braundwald E, Jensen M, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric Surgery: a systematic review and meta analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737.
- (13) Bustamante F, catalina Williams d, Eduardo Vega P y Benjamin Prieto D. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía.*

VOL 58- N°6, Dic 2006; págs. 481-485.

- (14) Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. Rev Chil Cir 2006; 58: 481-5.
- (15) Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. Clinical Social Work Journal, 25, 407-423.
- (16) Chinchilla A, Quintero FJ, Correas J, García V, Chinchilla, A, Editors. Obesidad y psiquiatría. Concepto y Clasificación de la Obesidad. Barcelona, España: Editorial Masson; 2005. p. 9-14.
- (17) Clark M, Balsinger B, Sletten C, Dahlman K, Ames G, Williams D et al. Psychosocial Factor and 2 year outcome following bariatric surgery for weight loss. Obes Surg 2003; 13: 739:745.
- (18) Cuevas A, Reyes MS. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? Rev Med Chile 2005; 133: 713-22.
- (19) Denisse Montt S, Alejandro Koppman A, Mariela Rodríguez O. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. Revista hospital clínico Universidad de Chile Vol.16 N°4 año 2005.
- (20) Ekelund U, Ward HA, Norat T, Luan J, et al. Activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: European Prospective Investigation into Cancer and nutrition study (EPIC). Am J Clin Nutr. 2015; 101 (3): 613-21.
- (21) Elizagarate E, Ezcurra S, Sánchez PM. Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Rev. Salud Mental 2001;3.
- (22) Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Trabajo presentado en el grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo, reunión de la asociación psicoanalítica Americana Washington DC, EEUU, extraído el 23 de abril de 2009, <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-delapego-una-nueva-teoria>.
- (23) Global Health Observatory (GHO) data web site (internet). Overweight and Obesity Adults 18+. WHO 2016. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/
- (24) Guzmán S. Boza C. Reflexiones sobre la cirugía de la obesidad mórbida. Rev CHIL Cir 2001; 53: 129-134.
- (25) Hildebrandt SE. Effects of participation in bariatric support group after Roux –en- Y gastric bypass. Obes Surg 1998 Oct, 8(5): 535-42.

- (26) Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: attachment theory and psychotherapy*. Brunner Routledge, Hove.
- (27) Hsu G, Benotti P, Dwyer J, Robert S, Saltzman E, Shikora S et al. Nonsurgical factor that influence the outcome of bariatric surgery: A review. *Psychosomatic medicine* 1998; 60: 338-346.
- (28) Hsu L, Betancourt S, Sullivan S. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 23-34.
- (29) Hsu L, Sullivan S, Benotti P. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 385-390.
- (30) Kathleen Ashton, PhD, Michelle Drerup, PsyD, Amy Windover, PhD, Leslie Heinberg, PhD. Brief, four sesión group CBT reduces binge behaviours among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 5 (2009) 257-262.
- (31) Kinz j, Trefalt E, Fiala M, Biebl W. Psychoterapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obes sURG* 2002; 12: 292:294.
- (32) Mun EC, Blackburn GL, Matthews JB: Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterology* 2001; 120: 669-81.
- (33) Nicolai a, Ipoliti C, Petrelli M. Laparoscopic adjustable gastric banding: Esencial Role of psychological Support. *Obes Surg* 2002; 12: 857-863.
- (34) Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzky, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. En M. Lambert, *psychotherapy and behavior change* (pp. 307 – 389). New York: John Willey & Sons.
- (35) Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet J-P, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res* 2003; 11: 195-201.
- (36) Priego Jiménez P, Galindo Álvarez J, Botella Carretero JI, Gacía- Moreno Nisa F, Cuadrado Ayuso M, Carda Abella P. (2017). *Manual de cirugía de la obesidad para profesionales de atención primaria*. Unidad de Cirugía Esófago-Gástrica Bariátrica.
- (37) Rejane Marcon E, Baglioni S, Bittencourt L, Neumann CR, Trindale MRM. What is the best treatment before bariatric surgery? Exercise, exercise and group therapy or conventional waiting: a randomized controlled trial. *Obes Surg* 2017. 27:763-773.

- (38) Ríos Martínez BP, Sánchez Rentería M, Guerrero Hernández M, Pérez Carbajal D, Gutiérrez Pérez S, Rico Rodríguez M, Balsa Fadanelli et al. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano Gneral* Vol. 32 Núm. 2-2010.
- (39) Ryden O, Olsson SA, Danielsson A, Nilsson-Ehle P. Weight loss after gastroplastic: Psychological sequelae in relation to clinical and metabolic observations. *J Am Coll Nutr* 1989; 8: 15-23.
- (40) (2) Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. psychosocial and behaviour aspects of bariatric surgery. *Obesity Research* 2005; 13: 639-48.
- (41) Sierra Murgía, M; Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta.colomb.psicol.* 17 (1): 25-34, 2014.
- (42) Sierra Murguía M, Vite Sierra A, Torres Tamayo M. Intervención cognitivo conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta.colomb.psicol.* 17(1): 25-34,2014.
- (43) Zonis, R.; Zukerfeld, R.; Quiroga, S. (1998). "Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en jóvenes universitarias". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. 7 / N II, 159-166.
- (44) Marín, J. L. (2020). *Curso de Experto en Medicina Psicosomática*. Madrid: SEMPYP.