

Estudio comparativo entre hombres y mujeres candidatos a cirugía bariátrica: autoestima, apego y percepción de apoyo familiar

María del Águila Pazos, María del Mar Benítez, M^a Ángeles Arias, Asunción Luque, Mercedes Borda.

Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

E-mail: aguilapazos@gmail.com

Recepción (primera versión): 15-Octubre-2020

Aceptación: 28-Febrero-2021

Publicación online: N^o Marzo 2021

Resumen:

Ante el rápido crecimiento de la obesidad mórbida en países occidentales, así como la alta tasa de mortalidad que provoca en la población, la cirugía bariátrica está mostrando ser el método más eficaz en dar respuesta a dicha demanda sanitaria. Antes de ser intervenidos quirúrgicamente, los pacientes pasan por un proceso de evaluación mediante el cual son considerados o no aptos para dicha operación. Mediante este estudio se pretende examinar las diferencias psicológicas existentes entre aquellos que son evaluados como aptos, no aptos, y un grupo control que no padece obesidad mórbida. Se utilizó una muestra de 419 personas, pacientes del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. Los resultados indicaron que los pacientes evaluados como no aptos para la cirugía bariátrica se caracterizaban por no percibir apoyo familiar, tener un estilo de apego inseguro y bajos niveles de autoestima. Estas diferencias se dieron en ambos sexos, excepto en el caso del apego, donde no encontramos diferencias significativas en la población masculina.

Consecuentemente, es preciso que se siga trabajando en el estudio de los factores psicológicos que se relacionan con la obesidad mórbida para así aplicar un tratamiento psicológico pre-operatorio eficaz a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica que lo requieran.

Palabras clave:

- Cirugía bariátrica
- Autoestima
- Apego
- Percepción de apoyo familiar
- Sexo

Comparative study between men and women candidates for bariatric surgery: self-esteem, attachment and perception of family support

Abstract:

Due to the fast growth morbid obesity has shown in western countries, as well as the high mortality rate it is causing in the population, bariatric surgery is considered as being the most effective method giving response to this sanitary demand. Before being surgically operated, patients have to be evaluated in order to see if they are suitable or not for the surgery. This study is intended to examine psychological differences between those who are evaluated as suitable for the surgery and those who are not. A 419 people sample was used, composed by patients from the Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. Results showed that those patients who were assessed as non-suitable for the surgery were characterized by low self-esteem levels, insecure attachment and lack of perception of family support. These differences were found in both, males and females (except the case of attachment, where differences were not found in males). Consequently, it is necessary to keep working

on the study of psychological factors which are related to morbid obesity in order to apply an effective pre-operative psychological treatment in those patients candidates for bariatric surgery who require it.

Keywords:

- Morbid obesity
- Self-esteem
- Attachment
- Perception of family support
- Gender

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren casi 3 millones de personas debido a ella (1).

Los estudios más recientes de prevalencia en la población española han encontrado en su muestra un índice de obesidad del 22,0%, y de sobrepeso del 36,1% (2). Además, se ha encontrado que la obesidad es mayor en hombres (18,2%) que en mujeres (16,7%). Esta diferencia por sexo



en adultos se mantiene en todos los grupos de edad, exceptuando aquellos mayores de 65 años, donde es más frecuente en mujeres (40,1% vs. 32,5%). Considerando la obesidad y el sobrepeso conjuntamente, más de la mitad (54,5%) de los adultos tienen exceso de peso (1). La OMS define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud, lo que suele deberse a un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las gastadas, y la clasifica según el índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, la obesidad no puede explicarse exclusivamente desde un paradigma en el que únicamente se contempla el aumento de tejido adiposo. Por el contrario, "en su etiopatogenia se considera una enfermedad multifactorial, en la que entran en juego factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos" (3). Además, tanto la obesidad como el sobrepeso son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (1).

Debido al rápido crecimiento de la obesidad en los países occidentales, esta patología está generando una demanda de atención sanitaria cada vez más creciente. En respuesta a dicha demanda, y debido al fracaso al que han dado lugar los tratamientos convencionales (como dietas restrictivas o técnicas de modificación de conducta), la cirugía bariátrica ha demostrado ser el método más eficaz para la reducción de peso en pacientes con obesidad mórbida (4). No obstante, debido al carácter multifactorial de esta enfermedad, un procedimiento exclusivamente quirúrgico y exento del tratamiento psicológico de los factores comórbidos a la obesidad parece no ser del todo efectivo (5). Este es el motivo por el que estudios recientes están tratando de combinar la cirugía bariátrica con programas conductuales y de tratamiento psicológico (6).

Entre los posibles riesgos relacionados con la cirugía bariátrica y, más concretamente, con el período postoperatorio, se encuentra el exceso de piel resultante de la pérdida de peso tras la cirugía. Este exceso de piel trae consigo un estigma social que deja a estos pacientes lejos de mejorar su autoimagen. De hecho, es posible que este exceso de piel incremente la vergüenza de los pacientes hacia el propio cuerpo, lo que contribuye al resurgimiento de síntomas depresivos y ansiosos. Esto, a su vez, podría perpetuar conductas de afrontamiento como el comer emocional, lo que lleva a la recuperación del peso previo a la operación (7). Otros estudios encontraron, en una muestra de adolescentes tratados con cirugía bariátrica, que estos acudieron más a tratamientos psicológicos en los 5 años después de la cirugía bariátrica que en los años previos (8). Esto nos permite concluir que la mencionada operación, por sí misma, no mejora sustancialmente los problemas de salud mental relacionados con la obesidad mórbida. Además, se ha encontrado correlación entre la cirugía bariátrica y el posterior incremento de conductas autolesivas, así como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (9). Esto puede ser debido a que la privación de alimentos calóricos tras la operación reduce la activación del sistema de reforzamiento del organismo, haciendo que los pacientes necesiten sustituirlos por alcohol y otras sustancias. El uso de alcohol tras la operación también podría ser una forma de afrontamiento de la insatisfacción experimentada tras la operación o la falta de apoyo social percibido (10).

Por tanto, para asegurar la eficacia de la intervención a largo plazo, es necesario que los pacientes sean evaluados previamente de manera que se observe si cumplen o no una serie de criterios psicológicos necesarios para ser considerados aptos para dicha cirugía. Ciertos autores han enfatizado el determinante papel del psicólogo a la hora de examinar a los sujetos antes de llevar a cabo la operación, así como prepararlos para que un tratamiento psicológico tanto antes como después de la operación forme parte del programa de intervención de la cirugía bariátrica (11). No obstante, a pesar de la gran evidencia que existe sobre la influencia que tienen estados mentales problemáticos (ansiedad, depresión, problemas de autoestima, etc.) en la cooperación del paciente con su recuperación tras la intervención, no existe ningún protocolo a día de hoy para la detección de estos conflictos antes de la operación. A esto se le suma la gran falta de información que hay al respecto, por la que ni los médicos conocen los resultados positivos que tiene este apoyo psicológico, ni los propios psicólogos conocen bien el terreno sobre el que hay que trabajar (12).

Entre los posibles factores psicológicos que se relacionan con el éxito o el fracaso en la pérdida de peso postoperatoria se encuentra la percepción de apoyo familiar. La aceptación y comprensión por parte del entorno familiar inmediato, así como la confianza que estos muestren en el paciente, aumentará la adherencia de éste hacia el tratamiento, las pautas de conductas de promoción de salud y pérdida de peso (13). Otro factor de gran importancia para lograr una buena adherencia al tratamiento es la alianza terapéutica (14). Por otro lado, la falta de apoyo en el área de las redes sociales ha mostrado ser uno de los mejores predictores de deserción del tratamiento en dichos pacientes (15).

En relación a las posibles diferencias de género, parece ser que el apoyo con el que los familiares proveen a las mujeres y a los hombres es cualitativamente distinto: siendo, en el caso de las mujeres, más enfocado a aspectos socioemocionales y, en el caso de los hombres, a aspectos más instrumentales (16).

Es bien sabido que otro de los factores psicológicos que correlaciona con la obesidad es la autoestima. Se ha encontrado que aquellos sujetos con peores niveles de autoestima eran los que presentaban un mayor IMC (17); resultados que fueron también encontrados por otros autores (18). Además, se añadió que los valores más bajos de autoestima correspondían con la población femenina (19). Esto podría deberse a que las mujeres tienden a sentirse más insatisfechas con su cuerpo, lo que empeora sus niveles de autoestima (20).

Asimismo, la autoestima cobra especial importancia en pacientes que van a ser tratados mediante cirugía bariátrica (21). Tanto es así que una baja autoestima se relaciona con una mejora más pobre en la calidad de vida de estos pacientes después de la cirugía (22). Esta baja autoestima es en parte causada por lo que dichos pacientes creen que otros están pensando sobre ellos, quedando así reflejado el estigma social al que estas personas se ven sometidas, así como la importancia que variables como la imagen corporal tienen hoy en día (23, 24). Como ya se ha mencionado, y tal y como ocurre con otros conflictos psicológicos en estos pacientes, la cirugía bariátrica no provoca por sí misma una mejora en dichas dificultades

(25). De hecho, aquellos que presentan bajos niveles de autoestima antes de ser intervenidos continúan teniendo preocupaciones acerca de la imagen corporal después de la pérdida de peso (26).

Diversos estudios afirman que el estilo de apego tiene un rol fundamental en el desarrollo de obesidad (27). Un apego inseguro se relaciona con un manejo pobre de las emociones negativas (20), mientras que un estilo de apego seguro se caracteriza por un mejor control emocional ante situaciones estresantes y una mayor habilidad para recuperar el estado de homeostasis (28). Este déficit en la regulación de las propias emociones puede llevar a los sujetos con apego inseguro a hacer uso de la comida como un método de gestión emocional (29). Por tanto, "se trata de esta dificultad en la regulación de emociones lo que subyace a la relación entre apego inseguro y el uso de la comida como desahogo emocional" (30).

Por último, en relación a las diferencias de sexo, "puede apreciarse una mayor susceptibilidad a la obesidad en las mujeres que en los hombres. Aproximadamente, hay tres mujeres por cada dos hombres obesos" (31, 32).

Nos encontramos ante un estudio correlacional cuyos objetivos consisten en:

1. Analizar la relación de la obesidad mórbida (más concretamente, su orientación diagnóstica de cara a la cirugía bariátrica) con el estilo de apego de los pacientes en función del sexo.
2. Estudiar la relación entre la orientación diagnóstica de estos pacientes y sus niveles de autoestima en función del sexo.
3. Examinar si existe relación entre la orientación diagnóstica y la percepción de apoyo familiar en función del sexo.

Se estima que los participantes pertenecientes al grupo control tendrán una puntuación más inclinada hacia el apego seguro, alta autoestima y percepción de apoyo familiar que el grupo clínico (aptos/no aptos). Por otro lado, dentro del grupo clínico, los pacientes evaluados como no aptos para la cirugía bariátrica presentarán estilos de apego más inseguros, menores niveles de autoestima y mayor ausencia de percepción de apoyo familiar que aquellos pacientes evaluados como aptos para dicha cirugía.

Método

Este estudio ha sido llevado a cabo sobre una muestra de 419 personas procedentes de la localidad de Sevilla. Esta muestra se encuentra dividida en tres grupos: grupo control, grupo apto y grupo no apto (componiendo, los dos últimos, el grupo clínico). En la Tabla nº 1 pueden observarse las características sociodemográficas de nuestra muestra.

Para determinar la población de nuestro estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia mediante el que se seleccionó a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HU Virgen del Rocío).

El grupo clínico estuvo formado por un total de 259 individuos, sujetos diagnosticados de obesidad mórbida (IMC superior a 40kg/m²). De todos ellos, 178 fueron considerados aptos para la operación en el proceso de

valoración, mientras que los 81 restantes fueron considerados no aptos.

Variable	Estadístico	DS
Edad	41.51	12.01
Peso	109.8	37.73
Sexo		
Hombre	127 (30.3%)	
Mujer	292 (69.7%)	
Nivel de estudios		
Primarios	165 (42.4%)	
Medios	132 (33.9%)	
Superiores	84 (21.6%)	
Sin estudios	8 (2.1%)	
Estado civil		
Solteros	117 (27.9%)	
Casados	227 (54.2%)	
Viudos	9 (2.1%)	
Divorciados	20 (4.8%)	
Separados	12 (2.9%)	
Total	419	

Tabla nº 1: Datos descriptivos de la muestra. Los datos están presentados como medias e intervalos para las variables cuantitativas; y frecuencias (%) y N para las variables cualitativas.

Los criterios utilizados para calificar a dichos pacientes fueron: 1) presentar un IMC superior a 40kg/m²; 2) presencia de comorbilidades médicas como diabetes o hipertensión arterial (HTA); 3) ausencia de trastorno de la conducta alimentaria o trastorno psicopatológico severo y 4) ausencia de consumo de alcohol u otras drogas. Además, contamos con un grupo control formado por un total de 160 individuos no diagnosticados de obesidad mórbida. Esto es, aquellos cuyo IMC es inferior a 30kg/m².

Las variables a analizar en nuestro estudio fueron: 1) la orientación diagnóstica (esto es, si el paciente era evaluado como apto/no apto para la cirugía); 2) el sexo; 3) la percepción de apoyo familiar, recogidas mediante las historias clínicas de los pacientes; 4) el estilo de apego, estudiada mediante el Cuestionario de Apego Adulto (33); 3) el nivel de autoestima, evaluado mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (34).

La recogida de datos de los pacientes (grupo clínico) se efectuó mediante el acceso a sus historias clínicas. Para ello, se realizó un acuerdo previo entre el departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento de la Universidad de Sevilla (US), y el Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío (HU Virgen del Rocío). Según el Artículo 7 de la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (35), que establece el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente, el acceso a las historias clínicas está restringido a los profesionales del sistema sanitario y a aquellas personas que cuenten con previa autorización amparada por la ley. Por tanto, fueron los facultativos (psicólogos clínicos y psiquiatras) del Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental quienes cumplimentaron las plantillas proporcionadas por el personal encargado de la presente investigación. Estas plantillas contenían los datos sociodemográficos de cada paciente, así como información relativa a otras variables tales como la "percepción de apoyo familiar" del sujeto. Además de las plantillas ya descritas, el personal de HU Virgen del Rocío nos facilitó la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Apego Adulto ya cumplimentados por los pacientes.

Por otro lado, se elaboró una plantilla reducida para los participantes del grupo control, eliminando algunos datos referentes a posibles operaciones, enfermedades, y otras características que eximían a los participantes de este grupo. Además, se llevó a cabo un análisis estadístico de las variables sociodemográficas obtenidas de los pacientes del grupo clínico con el objetivo de crear un grupo control similar en cuanto a los valores de estas variables. En este caso, fueron estudiantes de la facultad de Psicología los que se encargaron de la recogida de datos de este grupo.

La lectura y cumplimentación del protocolo que contiene todos los documentos para nuestra investigación (hoja informativa del estudio, consentimiento informado, plantilla con datos sociodemográficos, y tests específicos como la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Apego Adulto) llevaba un tiempo aproximado de 30 minutos.

En todo momento se les informó a los pacientes del propósito de la investigación, así como de sus derechos en relación con la confidencialidad y protección de datos y el uso que se haría de la información que nos estaban proporcionando. Por consiguiente, los mismos facultativos se aseguraron de que todos ellos estaban de acuerdo con las condiciones del estudio, y que así lo establecían en el documento de consentimiento informado que se les solicitó firmar, tal y como estipula la Ley 41/2002. Esto se les entregó junto a la hoja informativa de la investigación.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 (36), de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 14/1986, General de Sanidad (37), que aboga por el anonimato de sus usuarios, se asignó un número aleatorio a cada participante, de manera que no aparecería su nombre ni ningún otro tipo de identificación.

Los datos de este estudio ex post facto se recogieron a través de un diseño correlacional. El registro de los datos de nuestros participantes fue de tipo transversal. Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo mediante el

paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 22.0 para Windows.

Resultados

Con el fin de analizar la relación entre la percepción de apoyo familiar (0 para ausencia y 1 para presencia) y la orientación diagnóstica (1 para aptos, 2 para no aptos y 3 para grupo control) en función del sexo se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado. Las diferencias fueron consideradas significativas cuando $p < 0.05$. Como índice de tamaño de efecto se utilizó C (coeficiente de contingencia), evaluado según los niveles convencionales: grande = 0.5, mediano = 0.3 y pequeño = 0.1. Tanto el tamaño de efecto como la potencia estadística fueron calculadas mediante el programa G*Power 3 (38), obteniéndose en este caso un tamaño de efecto medio, tanto en hombres como en mujeres y una potencia estadística baja, con un valor de $1 - \beta = 0.66$.

A continuación, se muestran los datos descriptivos de la muestra respecto a esta variable

(Tabla nº 2).

Candidatos a cirugía		Apto		No Apto		Control		Total
		f	%	f	%	f	%	
Hombre	Presencia	54	48.6%	19	17.1%	38	34.2%	111
	Ausencia	0	0.0%	1	12.5%	7	87.5%	8
Mujer	Presencia	114	51.4%	45	20.3%	63	28.4%	222
	Ausencia	3	5.6%	11	20.4%	40	74.1%	54

Tabla nº 2: Datos descriptivos de la muestra para la variable Percepción de Apoyo Familiar.

Como puede observarse en la tabla 2, entre aquellos que perciben apoyo familiar, existe una mayor proporción de personas evaluadas como aptas para la cirugía que personas evaluadas como no aptas o pertenecientes al grupo control. Por otro lado, los que no perciben apoyo familiar pertenecieron, en mayor proporción, al grupo control seguidos del grupo de no aptos. Los resultados de la prueba mostraron una relación estadísticamente significativa tanto en hombres como en mujeres, obteniéndose los siguientes valores: " $\chi^2 = 9.585, p = 0.008, C = 0.27$ " en el caso de los hombres, y " $\chi^2 = 45.792, p = 0.001, C = 0.37$ " para las mujeres. Vemos, además, que las diferencias son más significativas en las mujeres que en los hombres. El grado de libertad fue de 2 para ambos sexos. El análisis de los valores z corregidos nos permitió determinar, además, que las diferencias más significativas se encuentran en los grupos apto y control, mientras que éstas no son relevantes en el grupo de sujetos no aptos para la cirugía bariátrica (véase Tabla 3).

	Percepción de apoyo	Candidatos a cirugía	
		Apto	No apto
Hombre	Presencia	2.7	0.3
	Ausencia	-2.7	-0.3
Mujer	Presencia	6.1	0.0
	Ausencia	-6.1	0.0

Tabla n^o 3: Valores z corregidos para la variable Percepción de Apoyo Familiar.

En relación al estilo de apego de los pacientes (1 para seguro y 2 para inseguro) y su orientación diagnóstica en función del sexo también se utilizó la prueba Chi Cuadrado. Para interpretar los resultados obtenidos se hizo uso de los mismos parámetros expuestos para la variable Percepción de Apoyo Familiar. A continuación, se mostrarán los descriptivos con la distribución de sujetos en las distintas condiciones (véase Tabla n^o 4).

	Apto		No Apto		Control		Total f
	f	%	f	%	f	%	
Hombre							
Apego seguro	30	41.2%	8	12.9%	24	38.7%	62
Apego inseguro	21	39.7%	11	21.6%	19	37.3%	51
Mujer							
Apego seguro	52	39.7%	14	10.7%	65	49.6%	131
Apego inseguro	52	40.9%	38	29.9%	37	29.1%	127

Tabla n^o 4: Datos descriptivos de la muestra para la variable Apego.

La tabla de contingencia empleada para el estudio de esta variable mostró (con un grado de libertad de 2 para ambos grupos) que, mientras la relación entre la orientación diagnóstica y el estilo de apego fue significativa en el caso de las mujeres (18.706, $p = 0.001$, $C = 0.260$) no se halló ninguna diferencia estadísticamente significativa en los hombres (1.588 , $p = 0.452$, $C = 0.118$). Además, el tamaño de efecto obtenido fue bajo-medio en ambos casos, y una potencia estadística baja, con un valor de $1 - \beta = 0.46$.

Para un análisis más detallado de dicha relación, las puntuaciones tipificadas (valores Z) permitieron determinar con un intervalo de confianza del 95% que las diferencias más relevantes se encuentran, como decíamos, en las mujeres; concretamente, en los grupos no apto y control ($zr = \pm 3.9$ y $zr = \pm 3.4$, respectivamente). Mientras que el primero destacó más por presentar un apego de tipo inseguro ($zr = 3.9$), el segundo de ellos tiene una mayor proporción de sujetos con apego seguro ($zr = 3.4$).

Aunque para el resto de las condiciones los resultados no fuesen estadísticamente significativos, sí que encontramos cierta tendencia en ellos. Como podemos ver en la Figura n^o 1, en el caso de los hombres también aquellos evaluados como no aptos destacan más por la presencia de un apego inseguro, mientras que el apego seguro predomina más en el grupo control. Además, vemos que aquellos evaluados como aptos se caracterizan más por un apego seguro; esto no es así en el caso de las mujeres evaluadas como aptas,

donde no se encontraron diferencias entre los dos tipos de apego (Figura n^o 2).

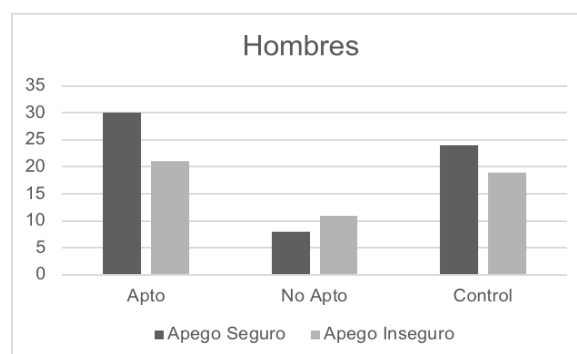


Figura n^o 1: Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en hombres. Los datos están medidos en frecuencias

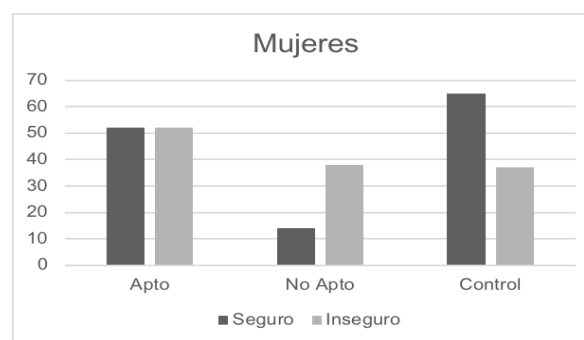


Figura n^o 2: Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en mujeres. Los datos están medidos en frecuencias

Finalmente, se llevó a cabo un ANOVA con el fin de estudiar la relación entre la autoestima de los pacientes (1 para autoestima elevada, 2 para autoestima media, 3 para autoestima baja) y su orientación diagnóstica en función del sexo. Las diferencias en esta relación fueron consideradas significativas cuando $p < 0.05$. Como índice de tamaño de efecto se utilizó Eta al cuadrado parcial, considerando bajo el valor que se encontrase en torno a 0.01, medio cuando rondaba el 0.06 y alto cuando fuese superior a 0.14. La potencia observada fue calculada mediante el mismo análisis de ANOVA, obteniéndose un valor de 0.596 para nuestra interacción.

Mediante los descriptivos podemos observar que el nivel de autoestima fue mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos. Asimismo, el mayor nivel de autoestima lo encontramos en el grupo control, seguido por los sujetos aptos para la cirugía y finalizando con el grupo de no aptos. Esta jerarquía se dio hacia la misma dirección en ambos sexos (véase Figura n^o 3 y Tabla n^o 5).

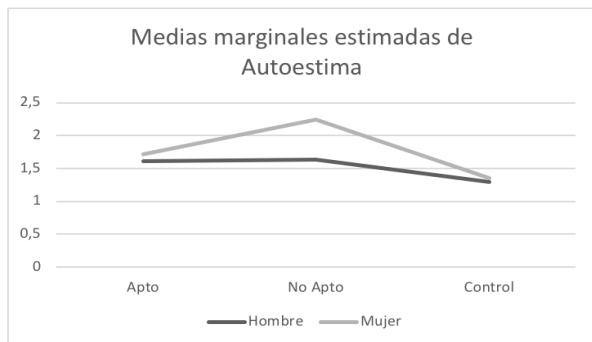


Figura nº 3: Relación entre el nivel de Autoestima y la Orientación Diagnóstica modulada por el Sexo. Los datos están expuestos mediante las medias de sus grupos.

Autoestima	Candidatos a cirugía		Control		
	Apto	No Apto	M	DT	M
Hombre	1.61	0.763	1.64	0.848	1.29
Mujer	1.72	0.775	2.24	0.844	1.36

Tabla 5: Datos descriptivos de la muestra para la variable Autoestima. Los datos están presentados como medias (M) y desviaciones tipo (DT).

Los resultados del ANOVA indicaron que, efectivamente, existe un efecto de interacción significativo entre estas tres variables ($p = 0.046$). Sin embargo, es necesario remarcar que se obtuvo un tamaño de efecto bajo (R^2 parcial = 0.015) Además, la potencia estadística también fue baja, con un valor de $1 - \beta = 0.596$.

De cualquier modo, podemos ver diferencias relevantes en el sentido que habíamos previsto. En primer lugar, los niveles de autoestima tienden a ser más bajos en mujeres que en hombres. Además, como podemos ver en la Figura nº 3, las diferencias intra-grupo fueron más pronunciadas en mujeres. En segundo lugar, apreciamos que el grupo control es el que, tanto en hombres como mujeres posee los niveles más altos de autoestima, seguido por el grupo apto y dejando a la cola el grupo no apto.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la relación que tiene la obesidad mórbida con algunos factores psicológicos del paciente, tales como la percepción de apoyo familiar, la autoestima y el estilo de apego. Estas diferencias fueron estudiadas siempre en función del sexo. Los resultados indicaron que percibir apoyo familiar, tener una buena autoestima y un estilo de apego seguro son factores relevantes para ser evaluados como aptos para la cirugía bariátrica. Por otro lado, a pesar de que el sexo no ha mostrado ser un factor condicionante para la relación de nuestras variables, existe una mayor proporción de mujeres con baja autoestima, apego inseguro, y falta de percepción de apoyo familiar (factores que, como hemos dicho, agravan el diagnóstico referido a la cirugía bariátrica, por lo que hay un mayor número de mujeres evaluadas como no aptas para la misma).

En relación a la percepción de apoyo familiar, nuestros resultados indicaron que la mayoría de los sujetos que afirmaban percibir apoyo familiar se encontraban, en una

proporción mayor, en el grupo de pacientes aptos para la cirugía bariátrica. Esto es congruente con los resultados obtenidos por otros autores, quienes afirmaban que tener una familia que te cuida y te provee de aceptación y comprensión ayudará al candidato a cirugía bariátrica a adaptarse mejor a las instrucciones que este proceso requiere, así como comprometerse y motivarse más durante todo el proceso (11). Otros indicaron que aquellos pacientes que contaban con el apoyo de sus familias se comprometían más con el tratamiento de la cirugía bariátrica y no desertaban, mientras que las personas que se percibían como aisladas de los demás tendían a no cumplir con las instrucciones (15).

Por otro lado, también encontramos en nuestro estudio que las diferencias en cuanto a la percepción de apoyo familiar y la orientación diagnóstica eran más significativas en mujeres que en hombres. Estos resultados apuntan a que, entre las personas con obesidad mórbida, el apoyo familiar es una variable que media más en las mujeres. Es cierto que las madres tienden más a usar diálogos de apoyo con sus hijas que con sus hijos (16). Las diferencias en el estilo educativo que se les concede a niños y niñas pueden hacer que, en un futuro, las mujeres necesiten de este apoyo familiar en situaciones adversas tales como el afrontamiento de una operación en mayor medida que los hombres. No obstante, esto no quiere decir que el apoyo familiar no sea relevante para el sexo masculino ya que, aunque con una menor repercusión, nuestros resultados también apuntaban claramente a una mayor prevalencia de hombres evaluados como aptos si percibían apoyo familiar, y una mayor proporción de ellos evaluados como aptos si no lo hacían. De cualquier modo, es necesario que se siga investigando sobre dicha relación y se indague sobre las posibles causas de estas diferencias en cuanto al sexo.

A propósito de la variable autoestima, nuestros resultados concluyeron que existe una relación significativa, tanto en hombres como en mujeres, entre la autoestima y la orientación diagnóstica. Así, mientras que los sujetos pertenecientes a la población general presentaron niveles altos de autoestima, los pacientes del grupo clínico (grupo apto y no apto) presentaron niveles más bajos. Paralelamente, aquellos que habían sido evaluados como no aptos para la cirugía bariátrica resultaron tener niveles incluso más bajos que los calificados como aptos. Otros estudios llevados a cabo en el pasado afirmaron ya esta relación, concluyendo que, a mayor severidad de la enfermedad, sus sujetos presentaban menores niveles de autoestima (18). Otros han afirmado que las preocupaciones por la imagen corporal en el proceso post-operatorio están relacionadas con menores niveles de autoestima en la fase pre-operatoria. En esta misma investigación se hipotetizaba que no es suficiente con la pérdida de peso para eliminar la presencia de las preocupaciones que conciernen a la imagen corporal ya que, posiblemente, estos pacientes hayan tenido vivencias de bullying y comentarios muy críticos sobre su peso y, por tanto, necesitarán más tiempo, esfuerzo y dedicación para mejorar la autoestima en relación a su cuerpo (26).

La relación entre autoestima y obesidad ha recibido diversas explicaciones a nivel teórico. Una de ellas es la siguiente: los sujetos que no se sienten satisfechos con su masa corporal, como suele ser el caso de las personas con obesidad mórbida, tienden a activar y aplicar

pensamientos negativos y estereotipados sobre ellos mismos en contextos sociales, donde creen que su apariencia está siendo evaluada, lo que resulta en el desarrollo de una baja autoestima (23). Estas actitudes negativas hacia uno mismo ya interiorizadas explican por qué los problemas en relación a la autoestima persisten a pesar de que haya una mejora de peso objetiva. Estos pacientes desarrollan sesgos internalizados en relación al peso y su imagen corporal que difícilmente podrán modificarse solo con una intervención quirúrgica, exenta de un tratamiento psicológico que la acompañe. De hecho, unos autores encontraron que la imagen corporal y la autoestima asociada a ella no van en relación a la pérdida de peso objetiva de estos pacientes. Por el contrario, encontraron que la mejora de autoestima en relación al peso en pacientes que habían sido sometidos a cirugía bariátrica se debía más bien a mejoras de peso relacionadas con factores independientes a la cirugía bariátrica, y no con la pérdida de peso debida a la intervención quirúrgica (25).

Además, las mujeres de la muestra del presente estudio obtuvieron, por lo general, niveles más bajos de autoestima en todos sus grupos. Esto coincide con los resultados obtenidos por otros autores, quienes calcularon que el 70% de las mujeres hispanas con obesidad mostraban niveles decrecientes de autoestima desde la adolescencia temprana, mientras que el efecto que tiene la obesidad en los chicos sobre la autoestima es mucho menor (19). Esto puede ser debido a la mayor crítica social a la que se ven sometidas las mujeres hoy en día.

Otros autores añadieron que ser mujer se trata de un factor predictor de la insatisfacción corporal (20). Esto explicaría por qué encontramos en nuestro estudio peores niveles de autoestima en las mujeres que en los hombres. Esto es congruente con otros estudios, los cuales encontraron en sus muestras que la imagen corporal es considerada una gran preocupación para la mayoría de las mujeres. Para cambiar la mala autoimagen que estas mujeres tienen debido a su condición de obesas es necesario un cambio en la manera que comienzan a relacionarse de nuevo con el mundo, ya que a pesar de los cambios físicos que acompañan la cirugía bariátrica, estas pacientes siguen pensando en ellas mismas como obesas, y esta sigue siendo también la manera en la que se comportan y se relacionan con los otros (24).

En cuanto al apego, apreciamos que, mientras que las personas evaluadas como no aptas se caracterizaban más por tener un apego inseguro, aquellas pertenecientes a la población general destacaban más por presentar un apego seguro. Sin embargo, esta relación no resultó ser significativa en el caso de los hombres, aunque sí encontramos una tendencia hacia estos mismos resultados.

Es bien sabido que el apego inseguro provoca una gestión pobre de las emociones negativas, mientras que personas con apego seguro suelen responder mejor ante situaciones que provocan malestar emocional (29). Como consecuencia, cabría decir que las personas con apego inseguro afrontan de manera más disfuncional las emociones negativas que les genera la enfermedad en sí misma, así como el proceso de preparación para la cirugía. A su vez, es muy frecuente que las emociones negativas aumenten la ingesta de comida (provocando lo que se

denomina el *comer emocional*). Esta ingesta se produce con el fin de reducir las emociones negativas, generando una sensación de alivio y control momentáneo sobre la situación. En este sentido, aquellas personas que tienen un estilo de apego inseguro serán más propensas a hacer uso de la comida como medida de afrontamiento ante las situaciones que provoquen dichas emociones. El uso de la comida como afrontamiento de situaciones estresantes ha llegado a provocar enfermedades como la obesidad en numerosas ocasiones (30).

La hostilidad y frialdad en problemas interpersonales han mostrado tener una alta relación con la pobre alianza terapéutica (14). Dado que esta hostilidad se relaciona tanto con la baja autoestima como con el apego inseguro, parece congruente concluir que las personas con estas características desarrollen una alianza terapéutica más pobre y, como consecuencia, no se adhieran al tratamiento de manera que puedan ser evaluadas como aptas para la cirugía.

Limitaciones

Si bien todas las relaciones parecen orientadas a confirmar nuestras hipótesis iniciales, es necesario tener en cuenta que se obtuvieron un tamaño de efecto medio o bajo, así como una potencia baja en la mayoría de nuestros grupos. Como consecuencia, no podemos afirmar que nuestros resultados sean del todo concluyentes. Nos encontramos, por tanto, ante la dificultad de extrapolar nuestros resultados a una población mayor. Esto se debe a que la muestra fue seleccionada mediante un muestreo por conveniencia, conformándola los pacientes del HU Virgen del Rocío. Por este motivo, sería conveniente de cara a futuras investigaciones escoger una muestra más variada. Asimismo, apreciamos que, entre los sujetos pertenecientes al grupo control, resultó haber muy pocos sujetos que no percibiesen apoyo familiar. Esto apunta a que sería necesario llevar a cabo un análisis más exhaustivo de esta variable: dado que se trataba de una variable dicotómica pueden haberse perdido muchos matices sobre esta variable.

Conclusiones

Como hemos podido apreciar, la percepción de apoyo familiar, el apego en mujeres y la autoestima son factores relevantes para el desarrollo de la obesidad mórbida y para el paso por el proceso de selección y evaluación para la cirugía bariátrica. Estas relaciones fueron significativas tanto en hombres como en mujeres, exceptuando el caso del estilo de apego, donde no encontramos diferencias en el caso de los hombres (aunque sí una clara tendencia).

Aquellos sujetos evaluados como no aptos se caracterizaron más por no percibir apoyo familiar, padecer un estilo de apego más inseguro y tener niveles más bajos de autoestima. Por otro lado, aquellos evaluados como aptos destacaban, por lo general, por percibir apoyo familiar, tener un apego seguro y niveles más altos de autoestima.

Futuras investigaciones

En el presente estudio se han diferenciado los sujetos entre apego seguro e inseguro. No obstante, sería interesante

que, para futuras investigaciones, se indagara más en los tipos concretos de apego inseguro que presenta cada paciente (temeroso, preocupado o alejado).

Es importante, además, que se trabaje en un mejor entendimiento de la relación entre las variables psicológicas y los resultados de la cirugía bariátrica. Esto ayudaría a mejorar la selección de candidatos para dicha operación y promover tratamientos previos a la intervención de manera que se asegurasen la eficacia de sus resultados (18). Esto ya se ha ido implementando en otros países como Noruega, donde "los pacientes que se encuentran en las listas de espera para la cirugía deben seguir un tratamiento educativo y psicológico mientras tanto" (21).

Implicaciones prácticas

El fin último de nuestra investigación consiste en estudiar qué factores psicológicos están relacionados con el origen y mantenimiento de la obesidad mórbida. Dado que ya existen evidencias que confirman la fuerte relación de ciertos factores con la obesidad, sería conveniente que el tratamiento psicológico de dichos pacientes comenzara a considerarse con la misma relevancia que el tratamiento médico.

Si descubrimos qué aspectos llevan a un agravamiento de la enfermedad, o facilitan el surgimiento de la misma, se podrá mejorar el tratamiento psicológico que se les proporciona a estos pacientes y así, acompañado de su correspondiente tratamiento médico y quirúrgico, se lograría atender de manera más efectiva su bienestar físico y psicológico, así como optimizar la eficacia de la operación.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. 2018.
2. Pérez-Rodrigo C, Gianzo Citores M, Hervás Bárbara G, Aranceta-Bartrina J. Prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en la población española de 65 y más años de edad: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol*. 2021 Jan 21;13(2):300
3. Moreno, M. Definición y Clasificación de la Obesidad. *Rev. méd. Clín. Las Condes*. 2012;23(2):124-128.
4. Rodríguez-Saborío LD, Vega-Vega M. Cirugía bariátrica: Tratamiento de elección para la obesidad mórbida. *AMC*. 2006;48(4):162-171.
5. Ruiz Moreno MA, Berrocal Montiel C, Valero Aguayo L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*. 2002;14(3): 577-582.
6. Mathus-Vliegen EM, de Weerd S, de Wit LT. Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery*. 2004;135(5):489-97.
7. Biörserud C, Shams K, Elander A, Fagevik Olsén M. Self-image after bariatric surgery and its relationship to gender, excess skin and health-related quality of life. *J Plast Surg Hand Surg*. 2018 Oct;52(5):288-293.
8. Järholm K, Bruze G, Peltonen M, Marcus C, Flodmark CE, Henfridsson P, Beamish AJ, Gronowitz E, Dahlgren J, Karlsson J, Olbers T. 5-year mental health and eating pattern outcomes following bariatric surgery in

adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Mar;4(3):210-219. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30024-9.

9. Kovacs, Z, Valentin, JB, Nielsen, RE. Risk of psychiatric disorders, self-harm behaviour and service use associated with bariatric surgery. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;1-10.
10. Reaves DL, Dickson JM, Halford JCG, Christiansen P, Hardman CA. A Qualitative Analysis of Problematic and Non-problematic Alcohol Use After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2019 Jul;29(7):2200-2209. doi: 10.1007/s11695-019-03823-6.
11. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M. The Objective of Psychological Evaluation in the Process of Qualifying Candidates for Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2006;16(2):196-202.
12. isljár-Szabó E, Tisljár R. Bariátria mütétkekre való pszichológiai alkalmasság felmérése [Psychological assessment of candidates for bariatric surgery]. *Orv Hetil*. 2019 Mar;160(12):448-455.
13. Duque TNH, Maya ÁMS. La cirugía bariátrica: Una vivencia espinosa pero satisfactoria/Bariatric surgery: A thorny but satisfying experience. *Enferm glob*. 2016;15(43):212-227.
14. Connolly MB, Crits-Christoph P, de la Cruz C, Barber JP, Siqueland L, Gladis, M. Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychother Res*. 2003;13(1):59-76.
15. Hernández SV, Esquivias-Zavala H, Maldonado MC, Ruiz-Velasco S, Monserrat A. Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica. *Salud Mental*. 2016;39(3):131-139.
16. Leaper C, Anderson KJ, Sanders P. Moderators of gender effects on parents' talk to their children: A meta-analysis. *Dev Psychol*. 1998;34(1):3-27.
17. Masnyj SV, Shea BJ, Khaitan L. Predictors of Success in Bariatric Surgery. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2020;14(3).
18. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, Fernández-Santaella MC. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010;20(2):161-167.
19. Richard S, Strauss MD. Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*. 2000;105(1).
20. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, Taskin EO. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*. 2007;7:80.
21. Lerdal A, Andenæs R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B, Eide H, Hvinden K, Fagermoen, M S. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Qual Life Res*. 2011;20(8):1187-1196.
22. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *Int J Eat Disord*. 2009;42(2):109-117. doi:10.1002/eat.20592.
23. Gordijn EH. When thinking that you are fat makes you feel worthless: Activation and application of meta-

stereotypes when appearance matters. *Social Cognition*. 2010;28(1):20-39.

24. Purdue TO, Schreier A, Swanson M, Neil J, Carels R. Evolving self view and body image concerns in female postoperative bariatric surgery patients. *J Clin Nurs*. 2018 Nov;27 (21-22): 4018: 4018-4027.

25. Felske AN, Williamson TM, Surrency SRM, Telfer JA, Campbell TS, Rash JA. The influence of Weight-Related Self-Esteem and Symptoms of Depression on Shape and Weight Concerns and Weight-Loss 12 Months After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2020. Nov 13

26. Pona AA, Heinberg LJ, Lavery M, Ben-Porath YS, Rish JM. Psychological predictors of body image concerns 3 months after surgery. *Surg Obes Dis*. 2016 Jan;12(1):188-93

27. Nancarrow A, Hollywood A, Ogden J, Hashemi M. The Role of Attachment in Body Weight and Weight Loss in Bariatric Patients. *Obes Surg*. 2018;28:410-414.

28. Taube-Schiff M, Van Exan J, Tanaka R, Wnuk S, Hawa R, Sockalingam S. Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eat Behav*. 2015;18:36-40.

29. Schore AN. Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatr Rev*. 2005;26(6):204-217.

30. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1-11.

31. Wells JCK, Marphatia AA, Cole TJ, McCoy D. Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: Understanding the female excess. *Soc. Sci. Med*. 2012;75(3):482-490.

32. Garawi F, Devries K, Thorogood N, Uauy R. Global differences between women and men in the prevalence of obesity: is there an association with gender inequality? *Eur J Clin Nutr*. 2014;68:1101-1106.

33. Melero R, Cantero M. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*. 2008;19(1):83-100.

34. Echeburúa, E. Escala de Autoestima de Rosenberg. Barcelona: Martínez Roca; 1995. Manual Práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social

35. Ley N^o 41/2002: Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* No. 274. 14 de noviembre de 2002.

36. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado* No. 294. 5 de diciembre de 2018.

37. Ley N^o 14/1986, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* No 102. 25 de abril de 1986.

38. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-1160.

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.