

Segundo eje

***El cuidado en psicoterapia y el autocuidado
del psicoterapeuta***

El cuidado como estrategia psicoterapéutica en personas con obesidad en el proceso de cirugía bariátrica*

DANA VALLE GALINDO
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

La obesidad en México es un problema de salud pública que tiene consecuencias en varias dimensiones del bienestar individual y social. Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2018) señalan que el porcentaje en el país de adultos de 20 años y más con obesidad es de 36.1%. Esta cifra muestra que existen grandes afectaciones al respecto, no solo a nivel personal, con sus repercusiones tanto de salud física como emocional.

Dichos efectos han sido estudiados y difundidos por sus múltiples comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y distintos tipos de cáncer, entre otras (Kaufer–Horwitz y Pérez, 2022). Sin embargo, los trastornos socioemocionales por obesidad han sido menos investigados.

Así, una persona con obesidad puede llegar a enfrentar múltiples adversidades en su vida cotidiana, ya sea por el espacio corporal que requiere y la falta de adaptación en los espacios públicos o en mobiliario; por síntomas como la falta de aire o la fatiga; y afectaciones de tipo social y

• Este capítulo fue elaborado a partir de los datos de la tesis *Cuidados de la pareja y del psicoterapeuta para la adherencia a tratamiento en cirugía bariátrica en el área metropolitana de Guadalajara*, dirigida por la doctora Rocío Enríquez Rosas. Dana Valle Galindo realizó la investigación (como becaria del Conahcyt) para obtener el grado de maestra en Psicoterapia por el ITESO. La tesis está disponible en: <https://rei.iteso.mx/handle/11117/7506>. A partir de los hallazgos de la tesis, las autoras elaboran una complejización, vinculándolos con la perspectiva de la vulnerabilidad, así como con los cuidados, desde una dimensión psicosocial y cultural.

emocional frente a los prejuicios, estereotipos, estigmas y la discriminación por tener un cuerpo obeso.

La representación social hacia la obesidad tiene consecuencias como el rechazo hacia los cuerpos con estas características (Quirós Sánchez, 2021) y constantes situaciones de devaluación social (Puhl y Heuer, 2009), sumadas a las enfermedades derivadas. Podemos entender, entonces, que las personas con obesidad son una población en situación de vulnerabilidad psicológica, social y física.

La cirugía bariátrica (CB) ha sido catalogada y recomendada cada vez más como tratamiento predilecto para el abordaje a largo plazo de la obesidad. Se conceptualiza como una intervención quirúrgica cuyo objetivo es la pérdida significativa de peso (Maluenda, 2012), y conlleva un proceso bariátrico que consta de tres etapas: prequirúrgica, intraoperatoria, y postoperatoria y seguimiento. En México, se contabilizaron 19,273 cirugías en 2019 (Océano Medicina, 2021), aunque su reconocimiento y recomendación va cada vez más en aumento. En el proceso de preparación de un paciente, el psicoterapeuta¹ forma parte fundamental del equipo bariátrico para la atención de los aspectos psicológicos y sociales.

En este capítulo, se propone que los cuidados del psicoterapeuta constituyen una estrategia central en el acompañamiento del proceso bariátrico para personas con obesidad. Se define el cuidado como una dimensión del apoyo social, que alude compromiso y responsabilidad hacia el otro: estar presente, en una relación de doble vía (Vega y Camacho, 2019), que fomente crecimiento y desarrollo en las tres etapas que conforman el procedimiento. Los tipos de cuidado considerados son el emocional y el cognitivo.

A partir de los hallazgos de la investigación, se identifican las consecuencias que las personas con obesidad experimentan por su condición y percepción de cambio corporal posterior a una CB. Asimismo, se destaca el papel fundamental del psicoterapeuta, al destacar los tipos de cuidado otorgados y su valor para las personas, así como la inclusión y sus principales funciones en todo el proceso.

1. La investigación ubica al psicoterapeuta como parte del proceso; sin embargo, en algunas investigaciones se menciona el término psicólogo, ya que se desconoce si tienen formación de psicoterapeutas. Este capítulo puntualiza la participación de especialistas con formación en bariatría como idónea.

ESTADO DE LA CUESTIÓN Y ENMARQUE TEÓRICO

La presencia de vulnerabilidad en las personas con obesidad y la relevancia del cuidado otorgado por el psicoterapeuta

Tener una panorámica general otorga una perspectiva compleja de la enfermedad y, por ende, de su tratamiento. Un enfoque integral, al mismo tiempo centrado en la persona, mantiene una interlocución con la dimensión estructural de la problemática, y así evita caer en la individualización de la enfermedad.

Por ejemplo, el estudio ACTION-IO afirmaba la presencia de una percepción de individualización de la enfermedad en la población mexicana, en donde las personas con obesidad referían una responsabilidad propia. De igual manera, dicha percepción se ha encontrado en ciertos profesionales de la salud en cuanto a la responsabilidad individual de los pacientes con relación a su peso (Vázquez-Velázquez et al., 2021).

Esta individualización de la obesidad, focalizada solo en las conductas y los comportamientos de la persona, obstaculiza la posibilidad de una perspectiva más amplia y compleja que incorpore la relevancia de los lazos de apoyo para hacerle frente y la necesaria adherencia al tratamiento. Así también, el aspecto sociocultural es de suma relevancia, puesto que, a lo largo del tiempo, ha colocado diversos estereotipos, entre los más comunes: que las personas con obesidad son perezosas, vagas, glotonas, insaciables, sin fuerza de voluntad y autodisciplina, incompetentes, sin motivación para mejorar su salud, que no cumplen con tratamiento médico, y son culpables de su mayor peso corporal (Puhl y Heuer, 2009; Rubino et al, 2020).

Estos estereotipos llevan al estigma y colocan a la persona con obesidad en una posición de vulnerabilidad. Las consecuencias que destacan son: aumento de peso, insatisfacción corporal, menor percepción de autoeficacia, síntomas de depresión, niveles más bajos de actividad física, conductas alimentarias desordenadas, aislamiento social, consumo de sustancias y pobre control inhibitorio, entre otras (Pearl et al., 2020; Kirk et al., 2020; Benítez Brito et al., 2021; Guendulain-Sernas et al., 2022; Lawson et al., 2021; Puhl et al., 2020). Además, se registran efectos desfavorables en los planos profesional y económico, ya que existen desigualdades en

relaciones interpersonales y menores oportunidades de educación y empleo (Kirk et al., 2020).

Así, la obesidad convierte a las personas en un grupo vulnerable debido a su estigmatización y discriminación, con consecuencias perjudiciales para su bienestar físico, psicológico y socioeconómico. Westbury et al. (2023) enuncian cinco puntos clave de esta vulnerabilidad:

- Estigmatización internalizada de los estereotipos impuestos, que deteriora la salud mental.
- La discriminación y el prejuicio constantes pueden generar estrés crónico, lo que lleva a la activación del eje hipotalámico–pituitario–adrenal y el aumento de la liberación de cortisol, lo que lleva a un mayor aumento de peso, inflamación, disregulación inmunitaria y resistencia a la insulina.
- Prejuicios implícitos y explícitos hacia las personas con obesidad por parte de profesionales de la salud, que puede afectar su calidad de atención y manifestarse en la atribución excesiva de síntomas a la obesidad, la falta de exploración de diagnósticos alternativos, la reducción de las opciones de tratamiento y la renuencia a realizar exámenes clínicos completos.
- Barreras en la atención médica, como resultado de experiencias de estigmatización y discriminación, pueden evitar que las personas con obesidad busquen atención médica o la retrasen, lo que lleva a un empeoramiento de las condiciones de salud y a resultados adversos.
- Desigualdades socioeconómicas, resultado de discriminación en el empleo, la educación y la participación en la vida pública.

Por último, las múltiples comorbilidades y los efectos fisiológicos de la obesidad repercuten en la salud física, y tienen un impacto psicológico frente a la presencia de una o varias enfermedades. Reportado por Kaufer–Horwitz y Pérez (2022), la obesidad es un factor de riesgo de enfermedades del corazón, la diabetes, la hipertensión, la enfermedad de la vesícula biliar, la osteoartritis, la apnea del sueño y otros problemas respiratorios, así como algunos cánceres. Además, este padecimiento se asocia con complicaciones durante la gestación, irregularidades mens-

truales, hipercolesterolemia, incontinencia de esfuerzo y riesgo quirúrgico aumentado. Lo anterior, con repercusiones en el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas.

La psicoterapia es una disciplina que forma parte del abordaje de la obesidad, ya que se integra a los profesionales de la salud con un enfoque de salud mental, y su papel trasciende la calidad de vida. El abordaje de la psicoterapia no solo se centra en la pérdida de peso, sino en las conductas saludables y en diversos factores psicosociales: comprende las dificultades en el manejo a largo plazo debido a las adaptaciones biológicas y a una serie de dimensiones psicológicas (Karasu, 2013).

La psicoterapia se enfoca en los factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo y manejo de la obesidad, que incluyen la relación con la comida, la imagen corporal, la modificación de la conducta y los estilos de vida, y el estigma y la discriminación. Para dar atención a estos factores, Karasu (2013) enuncia: la evaluación psicológica; las intervenciones durante los tratamientos para abordar síntomas psicológicos que puedan surgir durante el proceso; la implementación de estrategias útiles para los cambios en el estilo de vida; el abordaje de conflictos relacionados con la comida; el peso; la imagen corporal; la discriminación y el significado de la pérdida de peso; y la atención en CB para el manejo de los cambios en los patrones de alimentación, la autoestima y el riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación.

LOS CUIDADOS OTORGADOS POR EL PSICOTERAPEUTA EN EL PROCESO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La CB abarca una serie de procedimientos quirúrgicos que se aplican en el tracto gastrointestinal de pacientes con obesidad, con técnicas que pueden ser restrictivas, malabsortivas, o una combinación de ambas. El objetivo principal de este procedimiento es facilitar la pérdida de peso y mejorar las comorbilidades asociadas con la obesidad (Zerrweck, s.f.). Existen diferentes procedimientos, entre los más frecuentes el *bypass* gástrico y la manga gástrica. El psicoterapeuta está presente en la CB como parte fundamental del equipo, pues la evidencia científica explicita multifactorialidad en la obesidad, como los aspectos psicológicos y sociales.

La CB consta de tres etapas: prequirúrgica, intraoperatoria, y postoperatoria y seguimiento, cada una con particularidades, objetivos y tareas para el equipo de profesionales de salud, incluido el psicoterapeuta.

En la etapa prequirúrgica, se lleva a cabo el proceso de selección del paciente, evaluación o valoración y preparación (nutricional, física y psicológica). En la valoración se busca determinar la existencia de contraindicaciones para la CB (fisiológicas o psicológicas) y los objetivos de una preparación pertinente. En la etapa intraoperatoria destaca el ingreso del paciente a cirugía, su recuperación inmediata y la monitorización y el manejo de posibles complicaciones. Por último, la etapa postoperatoria y de seguimiento implica una serie de cambios para el paciente, fisiológicos, físicos y conductuales, siendo estos últimos en donde el acompañamiento del nutriólogo y el psicoterapeuta son centrales para que el paciente realice cambios óptimos en su alimentación y comportamiento.

Guzmán et al. (2010) plantean la importancia de que el abordaje psicológico tome en cuenta las “variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.)” (p.211).

En un estudio de Mensorio y Costa-Júnior (2016) pueden observarse los cambios favorables en pacientes de CB con intervención psicológica. Sobre todo, estos tuvieron que ver con las estrategias de afrontamiento, enfocadas en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social, en lugar de centrarse en la emoción y los recursos como la religión y los pensamientos fantasiosos. Cabello y Ávila (2009) sintetizan que para que un programa de intervención en obesidad tenga éxito son imprescindibles las estrategias psicológicas, el cambio de hábitos, el ejercicio y el apoyo de la red informal.

Estos datos refuerzan que la presencia de un o una psicoterapeuta en el proceso de CB es necesaria por sus aportes como herramienta para trabajar los estilos de afrontamiento y contribuir en la adaptación y adherencia al tratamiento, y con el estilo de vida para los consultantes en todo el proceso. Estas funciones del psicoterapeuta pueden desarrollarse a través de cuidados cognitivos y emocionales, pues permiten integrar los principales objetivos con herramientas para el trabajo en conjunto con el consultante.

El cuidado se conceptualiza como una dimensión de apoyo social, lo que implica una responsabilidad hacia el otro. Vega y Camacho (2019) definen cuidar como:

Una interacción humana de carácter interpersonal, interaccional, único, que sucede en un contexto sociocultural con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, implica un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del uno y del otro, como seres humanos, pero diferentes, implica una presencia mutua (p.90).

Asimismo, se han descrito diferentes tipos de cuidados, entre los que destacan el emocional y el cognitivo. Guzmán et al. (2002) indican que el cuidado emocional “se expresa, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras” (p.49).

En cuanto al cuidado cognitivo, Guzmán et al. (2002) lo definen como “el intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación” (p.49).

Así también, hay algunas problemáticas relacionadas con los cuidados, asociadas con las expectativas y necesidades de quien recibe el cuidado y lo otorga. Enríquez (2019a) explica: “El conflicto en el cuidado tiene que ver con satisfacer las necesidades de autocuidado de quien brinda los cuidados y satisfacer las de quien lo requiere. También, las fricciones se presentan cuando hay disonancia entre las formas de pensar el cuidado entre quien lo brinda y quien lo recibe” (pp. 193–194).

El psicoterapeuta debe tener claro cuáles son las necesidades en cada etapa de la CB y desarrollar habilidades de comunicación y escucha; tener una preparación formal como psicoterapeuta que le aporte un marco teórico sólido y práctico; y establecer una interacción de cercanía con los consultantes para dialogar sobre sus expectativas y necesidades.

RESOLUCIÓN METODOLÓGICA Y HALLAZGOS: SIGNIFICADOS Y PERCEPCIONES DE LA OBESIDAD

A continuación, se presenta la información obtenida a partir de una investigación cualitativa interpretativa, en la que se tuvo como objetivo conocer los significados y las percepciones de la obesidad de diez personas entrevistadas que pasaron por una CB. En esta investigación también se indagó acerca de las formas de cuidado otorgadas por el o la psicoterapeuta, y se llevó a cabo la conceptualización de ellas. Finalmente, se incluye la perspectiva profesional de las autoras sobre las necesidades de inclusión del o la psicoterapeuta en distintos momentos del tratamiento de obesidad con CB y los tipos de cuidados a otorgarse.

La recolección de datos fue a través de la entrevista a profundidad focalizada (Enríquez, 2019b), con elementos del enfoque narrativo, con una estructura prestablecida y flexible (Flick, 2012). Las entrevistas se llevaron a cabo en 2020. La muestra fue de cinco hombres y cinco mujeres con CB como tratamiento para la obesidad, con al menos un año de haber sido intervenidos. Todos los participantes vivían en el área metropolitana de Guadalajara (AMG). La estrategia de muestreo fue mixta, pues combinó la muestra teórica con la muestra por conveniencia.

Las características de los participantes fueron: adultos jóvenes con una edad entre 32 y 48 años, nivel socioeconómico medio–alto o alto, y la participación de un equipo bariátrico completo para su cirugía (con un psicoterapeuta o psicólogo). El estudio contó con un encuadre ético riguroso para preservar la confidencialidad de las y los participantes, que incluyó la carta de consentimiento informado, y el anonimato se mantuvo en cada entrevista.

Para el análisis de información de las entrevistas, se siguió la propuesta de Rodríguez, Gil y García (1996), la cual abarca las siguientes tareas: sistematización de datos con el programa MAXQDA 2020, y codificación por unidades de significado (Flick, 2012), señalando así categorías teóricas preexistentes o categorías en vivo. Por último, para la obtención de los resultados se usó un criterio cuantitativo y otro cualitativo: el primero a través de las frecuencias que dictan las tendencias (el pesaje será señalado entre paréntesis en las tablas mostradas en el apartado de resultados e interpretaciones); respecto a la lectura cualitativa, se ubicaron categorías

TABLA 4.1 CARACTERÍSTICAS CENTRALES DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

Nombre*	Género	Edad	Escolaridad/ ocupación	Tipo de CB	Tiempo de CB	Tratamiento previo en psicoterapia	Intervención en CB por un psicoterapeuta
Sonia	Femenino	47 años	Maestría/ directora de proveeduría	Manga gástrica	Dos años	No	Sí
Juan Pablo	Masculino	37 años	Licenciatura/ ingeniero en sistemas	Bypass gástrico	Tres años	Sí	Sí
Mayte	Femenino	45 años	Maestría/ contadora en empresa	Manga gástrica	Un año	Sí	Psicólogo, se desconoce si con formación en psicoterapia
Sandra	Femenino	43 años	Maestría/ ama de casa	Manga gástrica	Tres años	Sí	Sí
Germán	Masculino	44 años	Licenciatura/ gerente de ventas	Manga gástrica	Un año	No	Sí
Luis	Masculino	34 años	Licenciatura/ director de ventas y operaciones	Manga gástrica	Dos años	Sí	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia
Vanessa	Femenino	32 años	Licenciatura/ diseñadora gráfica	Manga gástrica	Dos años	Sí	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia
Lisandra	Femenino	36 años	Licenciatura/ encargada de área de nómina	Manga gástrica	Un año	Sí	Sí
Jesús	Masculino	42 años	Ingeniería/ coordinador de equipos de respuesta internacional en institución	Bypass gástrico	Dos años	Sí	Sí
Juan	Masculino	48 años	Servidor público	Bypass gástrico	Cuatro años	No	Psicóloga, se desconoce si con formación en psicoterapia

* Los nombres de los participantes fueron cambiados para conservar su anonimato.

significativas. Para verificar las conclusiones, se compararon los resultados con artículos y bibliografía actual del tema.

PRESENTACIÓN DE CASOS: LAS VIVENCIAS FRENTE A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL CUIDADO POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA

En este apartado se darán a conocer las características generales de diez personas con obesidad que pasaron por un procedimiento bariátrico, sus experiencias durante el proceso y opiniones sobre la participación del psicoterapeuta.

Sonia: falta de herramientas en el proceso

Para Sonia, el aspecto psicológico en la valoración previa a la cirugía bariátrica (CB) la apoyó en ubicar que la decisión fuera para ella, y a tomar en cuenta factores necesarios para realizarla, no así para los otros, o como consecuencia de eventos externos. Posterior a la intervención quirúrgica, refirió que la atención psicológica fue insuficiente, ya que la guía pudo estar más enfocada sobre las consecuencias y los cambios en la alimentación, por lo que hicieron falta herramientas para la adaptación.

Juan Pablo: autoconocimiento para entender y tratar la obesidad

Para Juan Pablo, la valoración inicial fue una guía para la comprensión de las condiciones que propiciaron su obesidad, y, al identificarlas, se enfocó en ellas y en su abordaje posterior al procedimiento bariátrico. Se encuentra satisfecho con el cuidado psicológico, pues lo ve como un recurso para su autoconocimiento, crecimiento y autoestima.

Mayte: sensación de estancamiento en el proceso psicológico

Su experiencia fue poco satisfactoria, porque consideró que no tuvo la atención suficiente o necesaria, y se sintió estancada en el proceso psicológico, no obstante haber manifestado aceptación a los tratamientos psicoterapéuticos. Después de la CB, tomó la decisión de buscar otro psicoterapeuta, con la intención de trabajar en temas personales que percibe sabotean su proceso bariátrico.

Sandra: falta de guía para adaptación posterior a la CB

Consideró que la participación psicológica en este proceso carecía de relevancia, pues, al tomar la decisión de operarse, estaba consciente y segura de lo que implicaba; pero, al recibir la valoración psicológica, tuvo descubrimientos y vio con mayor claridad factores implicados en su obesidad, lo cual fue satisfactorio. Consideró innecesaria la visita intraoperatoria psicológica, porque hubiera sido de mayor utilidad que fuera posterior, durante el proceso de adaptación, en el que destaca que hizo falta la atención de un psicoterapeuta que la apoyara con su dificultad para manejar lo que pensaba que tenía que ingerir, y lo que su estómago en realidad podía tolerar.

Germán: inclusión de la familia como factor favorable

La intervención psicológica en su proceso bariátrico le permitió tener formas de resolución y alternativas ante dificultades y cambios en su estilo de vida, además de una mayor conciencia sobre las elecciones en hábitos. Su familia nuclear también participó en el proceso, para que tuvieran conocimiento de los cambios que Germán iba a enfrentar y pudieran darle un acompañamiento. Al inicio, tuvo dudas sobre el proceso psicológico, que hoy percibe como importante, pues le permitió entender la trascendencia del proceso y los cambios que implicaba.

Luis: comprensión de la relación con la comida

El proceso psicológico implicó mucha reflexión. A través de distintos ejercicios, fue capaz de comprender su relación disfuncional con la comida. Percibió que el acompañamiento emocional fue mayor con la nutrióloga que con la psicóloga. Sin embargo, enfatizó la importancia de la intervención psicológica como herramienta para el proceso bariátrico, con relevancia para la toma de conciencia sobre los cambios a realizar, el afrontamiento y manejo de la situación frente a la familia, los amigos y conocidos.

Vanessa: no percibió acompañamiento psicológico adecuado

Asistió a citas de psicología para el proceso bariátrico, al que consideró insatisfactorio. Para la valoración inicial, fue acompañada por su pareja (participante también en esta investigación), por lo que sintió que no fueron personalizadas y no sentía la libertad de expresarse o ser tomada en cuenta. Tenía la expectativa de una mayor comprensión del proceso, su cuerpo y la relación con la comida, pero lo percibió más un protocolo para confirmar que era candidata a la cirugía. Le hubiera gustado un acompañamiento psicológico posterior a la cirugía, ya que mucho de lo que aprendió y afrontó de sus cambios fue con base en su propia experiencia, y a la par de su pareja, pero cree que el acompañamiento pudo haber sido mejor con un experto, como un psicoterapeuta.

Lisandra: recursos emocionales y cognitivos en su proceso terapéutico

El proceso psicológico, antes y después de la CB, fue valioso en dos sentidos: emocional y cognitivo. El primero, por el manejo del estrés y las recomendaciones de afrontamiento, y, el segundo, porque le ayudó a entender y fomentar cambios en su relación con la comida.

Jesús: identificación de elementos favorables a utilizar en la CB

Ha recurrido en dos ocasiones a psicoterapia: en su juventud y, después, con objetivos en su relación de pareja. Para él, la participación del psicoterapeuta fue útil en un comienzo para la comprensión de su relación con la comida, en especial, para la identificación de factores favorables y desfavorables para vivir el proceso bariátrico. Después de la cirugía, consideró innecesaria la atención psicológica, debido a que contaba con herramientas para hacer las modificaciones, y conciencia para recurrir a la psicoterapia si fuera preciso.

Juan: innecesaria la atención de psicoterapia

Calificó la atención psicológica como buena, en el sentido de que siempre fue respetuosa y amena. Fue su primera experiencia con la psicoterapia, pero percibió que las conversaciones fueron más bien de utilidad para la psicóloga, como protocolo, apreciando poco sentido propio. No continuó con el proceso psicológico posterior a la intervención quirúrgica, pues lo consideró innecesario.

Percepción de la obesidad en las personas antes y después de la CB

Una de las maneras para conocer la percepción de la obesidad en las personas que la presentan es conocer sus consecuencias en distintos niveles, no solo como enfermedad física, sino en otras áreas de la vida. Asimismo, es necesario considerar los significados que otorgan a la obesidad, pues nos abren la puerta al entendimiento de parte de su vida, lo cual lleva a una comprensión de los elementos que generan vulnerabilidad. Por otro lado, una vez realizada la CB, es posible constatar los cambios en la percepción.

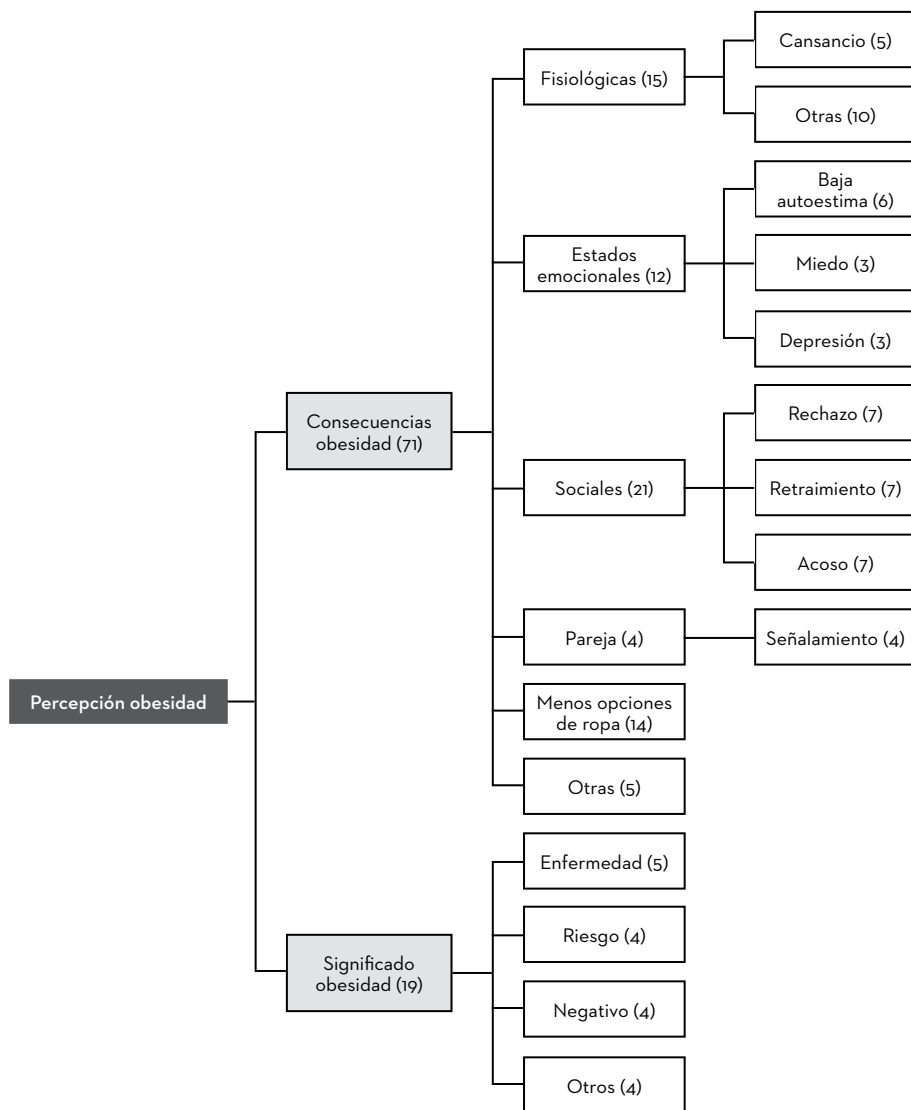
En la figura 4.1, se muestran las categorías, subcategorías primarias y secundarias que indican las consecuencias de la obesidad en los participantes de esta investigación, así como el significado que otorgan a la obesidad; enseguida, se presentan las descripciones de cada una de ellas de acuerdo con los resultados.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

El conjunto de síntomas, repercusiones y alcances que una persona tiene como resultado de la obesidad en sus diferentes áreas de vida ocasiona afectaciones en su vida cotidiana, no solo de manera física, sino también en lo social y emocional. La mayoría de las personas que nos compartieron sus narrativas, identificó varias consecuencias de distintos tipos, entre las que se destacan:

- En el área fisiológica o del funcionamiento del cuerpo, en las que sobresalen afecciones como triglicéridos o colesterol elevado, y otros

FIGURA 4.1 PERCEPCIÓN DE OBESIDAD*



* Los números entre paréntesis corresponden al pesaje de las frecuencias que dicta las tendencias.

como somnolencia, dolores físicos, apnea obstructiva del sueño y cansancio.

- En la alteración de los estados emocionales, en tanto que la condición de obesidad se relacionó con baja autoestima frente a la percepción del cuerpo y lo que implica una imagen de obesidad; el miedo, en el sentido de no poder enfrentar ciertas situaciones o percibirse como poco suficiente; y, en algunos casos, refirieron la presencia de depresión. A continuación, se muestran unas viñetas de las y los participantes que ejemplifican algunas repercusiones de la obesidad a nivel emocional:

Ay, pues a mí me afectó mucho en todos los aspectos, porque, pues sí, me deprimía, me gustaba una ropa, y decía: “no me queda, no hay talla más grande”; emocionalmente, me da para abajo, o sea, de que me agarraba hasta llorando a veces, y siento que era mi responsabilidad (Lisandra).

[...] pues la verdad yo me sentía mal, mal en cuestión de tanto de emocional, me sentía fea (Mayte).

- A nivel social: las personas percibían que, por presentar obesidad, la gente podría rechazarlos, o inclusive molestarlos, hasta el grado de cometer acoso psicológico o físico, sobre todo en la niñez, por parte de familiares o compañeros de la escuela.

Nos gustaría enfatizar el efecto que pueden llegar a tener las actitudes de rechazo y discriminación social en la salud mental de las personas con obesidad. Bautista-Díaz et al. (2019) señalan que la estigmatización y discriminación están presentes ante la existencia de un peso corporal elevado, lo que ocurre en contextos primarios de socialización, como la familia, el trabajo y la escuela.

En este estudio, en efecto, destacan el estigma y la discriminación hacia las personas entrevistadas por su obesidad, con un constate señalamiento de la familia o las personas cercanas:

Generalmente, los fines de semana que nos juntábamos para desayunar, comer o cenar, ella [refiriéndose a su mamá] hacía el desayuno, el huevo, los bolillos o los birote con mantequilla, y siempre me estaba regañando porque yo quería comer otro, y no me dejaba; y siempre ella decía: “Dios ¿por qué? ¿por qué me mandaste una hija tan gorda?” (Sonia).

[...] la gente alrededor: “ay, es que mira, si bajaras un poquito de peso y te pusieras esta ropa, tú que estás tan alta, o tú que...” Siempre es como si fuera un desperdicio lo que tienes porque estás gorda, ¿sabes? O sea, “ay mira, tan bonita cara, te verías bien si bajaras”, “ay mira, tan alta, te verías tan bien con esta ropa si bajaras” (Sandra).

Además, la presencia de estigma podría ser causa de un retraimiento social, pues los participantes mencionaron que evitaban salir a lugares concurridos:

[...] yo sí creo que inconscientemente trataba yo de no salir, yo era imposible que fuera a fiestas de quince años, que fuera a una boda, que fuera a un convivio, me costaba mucho trabajo, pero yo lo atribuía a que “yo no quiero ir” (Juan).

En cuanto a sus relaciones de pareja, las personas entrevistadas comentaron que estas les han hecho señalamientos sobre su condición de obesidad; sin embargo, son entendidos como una expresión de interés y de cuidado. Cuando la pareja hace referencia a la condición de obesidad, por lo regular es en tono de preocupación, por la salud y los riesgos de enfermedad en un futuro.

Por último, una consecuencia de la obesidad muy referida son sus pocas opciones para vestir, pues la experiencia de buscar tallas extras en una tienda o de su guardarropa les generaba malestar emocional por las opciones limitadas, la incomodidad por el ajuste de la ropa, o incluso fue la razón por la que se dieron cuenta de su verdadero impacto y grado de obesidad, que en cierto sentido ellos y ellas minimizaban:

[...] porque, pues sí me deprimía. Vi que quería, me gustaba una ropa, y decía: “no me queda, no hay talla más grande”. Emocionalmente, pues me da para abajo, o sea, de que me agarraba hasta llorando a veces, y siento que era mi responsabilidad, pues... Pero sí, en ese lado sí me afectó (Lisandra).

Todas estas consecuencias de la obesidad abarcan distintas áreas de la vida, con una connotación negativa, difícil e importante; son asumidas como una responsabilidad individual, lo que apuntala a que el significado de padecer obesidad se vaya construyendo desde las vivencias y experiencias adquiridas de forma negativa.

SIGNIFICADOS DE LA OBESIDAD

Estos muestran una construcción relacional en la interacción personal y social. Autoras como Palma y Lasagni (2019) documentan narrativas en donde las personas expresaban malestar interno e insatisfacción, y denotaban a la obesidad como una enfermedad incapacitante. En las narrativas de esta investigación, se encontraron significados que implican connotación de peligro y conflicto: enfermedad, riesgo y significado negativo, lo que coincide con las autoras antes mencionadas. Algunas narrativas identificadas en esta investigación con esos tres significados son:

¡Ay!, pues como una enfermedad grave, que sí te puede llegar a afectar en varios aspectos de la vida, tanto emocional, física, todo, en todo te afecta; entonces, sí, lo veo como un problema muy grave (Lisandra).

[...] ahora lo veo que es un gran riesgo de caer en tu zona de confort, digo, no cuidarte, de no atenderte, y que puedes terminar en un infarto, en una diabetes, en muchas cosas que tú cuando estás gordo no las ves, ¿no? O sea, no lo dimensionas de esa manera (Germán).

[...] es algo muy fácil, es lo más fácil del mundo de contraer, obesidad; es la cosa más sutil que entra a tu vida y te acarrea muchos problemas, en realidad son muchos problemas (Juan Pablo).

El hecho de que los significados en los entrevistados tuvieran esta connotación es congruente con el tipo de tratamiento elegido, pues la elección de CB ha sido catalogada como el procedimiento de mayor éxito a largo plazo (Espinet–Coll et al., 2018), considerado un procedimiento de salud, no estético.

PERCEPCIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE CB

Las opiniones de los participantes de este estudio, después de uno o más años de su CB, tuvo un consenso total de satisfacción, con algunos que lo percibían como una muy buena inversión, mientras otros resaltaban que las expectativas habían sido cumplidas, y algunos más con una perspectiva de agradecimiento a quienes estuvieron involucrados en el proceso.

No fue tan complicado, y, en cuanto a la expectativa, yo creo que la he ido superando, conforme he ido bajando. La verdad, me he dado cuenta que cada día digo: “gracias a Dios, gracias a toda la gente que creyó, que me impulsó, gracias a los doctores, a la gente que intervino, porque, pues, neta, me cambió la vida”; o sea, yo me siento otro, me siento diferente, me canso menos, duermo más; lo que yo nunca había hecho ya, ya salgo a correr, trotar cinco kilómetros, pues algo que yo antes nunca hubiera pensado (Germán).

[...] una de las cosas que mencionó el doctor, que fue como “guau”, dijo: “lo que te va a ayudar es a sostener el peso a lo largo del tiempo, la baja de peso, a lo largo del tiempo”. Sí, sí te ayuda a bajar, pero te ayuda a mantenerte en un peso bajo. Entonces, en ese sentido, ha sido fantástico (Sandra).

El hecho de que el 100% de los participantes tenga una opinión satisfactoria muestra que el proceso cumple con las expectativas y es valorado de forma favorable, porque obtuvieron resultados óptimos que generaron un cambio en su vida cotidiana.

LOS CUIDADOS POR PARTE DEL PSICOTERAPEUTA EN PERSONAS CON OBESIDAD EN UN TRATAMIENTO CON CIRUGÍA BARIÁTRICA

En México, la intervención del psicólogo para que una persona pueda ser candidata al procedimiento de CB, es obligatoria. Su papel consiste en realizar una valoración psicológica y social de los principales factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad, e identificar los factores protectores de la persona para permanecer en tratamiento. Este tipo de valoración tiene semejanza con el abordaje de la vulnerabilidad psico-social, en términos de factores de riesgo y protectores, o bien de contención.

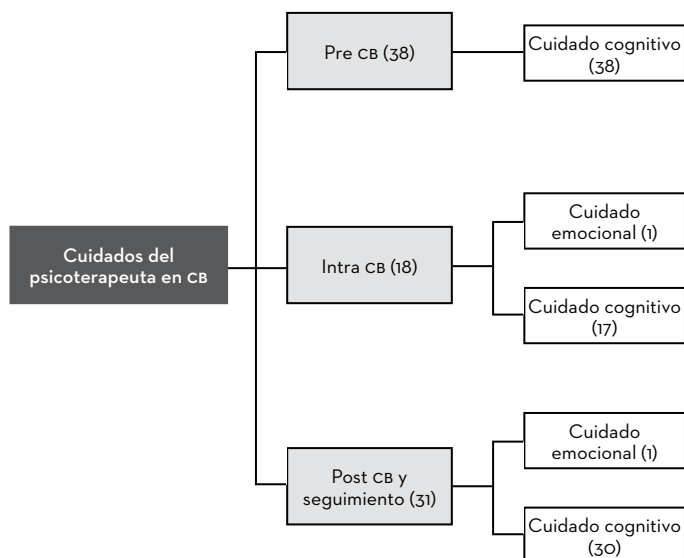
Parte del rol del psicoterapeuta es indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales, así como proporcionar apoyo psicológico para la modificación de los hábitos y la adherencia al tratamiento. El psicoterapeuta tiene una formación que le permite involucrarse en la evaluación y la valoración, pero, además, está capacitado para proporcionar un tratamiento que incluya cambios en el estilo de vida, el abordaje de psicopatología asociada y los factores de riesgo familiares y sociales del candidato a CB.

Se enfatiza, entonces, la necesidad de contar en primera línea con la intervención del psicoterapeuta en el proceso de CB. En esta investigación, se tomaron en cuenta dos aspectos con respecto de la participación del psicoterapeuta en el proceso:

- Los tipos de cuidado y el impacto que tuvieron en los participantes en las tres etapas del proceso bariátrico.
- El campo de acción del psicoterapeuta en el proceso bariátrico, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, y la experiencia profesional en el campo de la CB de la primera autora.

Relativo al primer aspecto, se destacan cuáles son los tipos de cuidado que las personas en un proceso bariátrico perciben por parte del psicoterapeuta. Identificarlos, y conocer cuáles son elementos favorables o desfavorables, puede fortalecer el rol del psicoterapeuta y, en consecuen-

FIGURA 4.2 CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA



cia, las prácticas de calidad como profesionales de la salud que atienden población bariátrica.

Enseguida, podrán verse las narrativas que las personas entrevistadas dieron respecto de su percepción de los cuidados que el psicoterapeuta tuvo en el proceso bariátrico. En la figura 4.2, se muestran tres categorías centrales, correspondientes a las tres etapas del proceso bariátrico, de las cuales se desprenden cinco subcategorías.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA EN LA ETAPA PREQUIRÚRGICA DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La valoración del psicoterapeuta en la primera parte del proceso de CB es determinante no solo para indicar si la persona es candidata para el procedimiento, sino que permite considerar los elementos que le llevaron a subir de peso, o pueden sabotear el éxito del tratamiento. Previo a la CB, sería ideal que el psicoterapeuta otorgara preparación psicológica y social

para que la persona pueda manejar mejor los cambios y las necesidades del proceso.

La participación del psicoterapeuta es muy importante en esta etapa, debido a que muchos factores psicológicos que inciden en la reganancia de peso posterior a la CB pueden detectarse en la etapa preoperatoria (Papapietro, 2012). Lo anterior, abre la oportunidad para que dichos factores se aborden antes con conocimiento del paciente, y así prevenir un aumento de peso desfavorable posterior a la CB.

En la investigación, la participación del psicoterapeuta se reflejó en el cuidado cognitivo. A partir del análisis del material empírico, se detectó que, para algunas personas, la valoración de su salud era para el insumo del equipo bariátrico y el cumplimiento del protocolo.

[...] comparándolo con que nunca había yo asistido a una sesión... este, de terapia, ¿no? Este, nunca creí, o nunca sentí, que hubiese necesitado ir con un psicólogo. Entonces, para mí fue nuevo el sentarme a platicar con Valeria (psicóloga), este, y de repente, pues, conversar, ¿no? Porque siempre fueron conversaciones muy respetuosas, muy amenas; entonces, yo sinceramente no creí que me hayan funcionado, más bien como que les funciona a ellos para darse una idea del perfil de uno (Juan).

Para otros participantes, el cuidado cognitivo se reflejó al permitirles conocer los factores que repercutían de forma negativa en su proceso, y también para que pudieran confirmar su decisión a partir de mayor información, con la resolución de dudas, y contar con una perspectiva más completa del proceso:

[...] muy importante, porque yo siento que como vas con muchas dudas; psicológicamente también tienes ciertas dudas de porqué lo haces, y, al final, pues es una decisión muy personal. Sí es importante, yo creo que te va como quitando las piedras, ¿no?, tanto en la cuestión psicológica, como la parte de la nutrición; y yo creo que lo había hecho bien (Sonia).

[...] empecé con Adriana [psicoterapeuta] y empezó ahí a ahondar un poquito en el qué y porqué de la situación; me decía mucho que después de la cirugía necesitábamos quitar esas cosas, porque después de la

cirugía esas cosas iban a seguir estando ahí; entonces, que mucho de la obesidad era por esas situaciones, ah, psicológicas, que tenía cargadas, aunado a otros factores (Juan Pablo).

Otra de las formas de cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta fue brindar información respecto al proceso bariátrico y los cambios que implica, las modificaciones corporales y las consecuencias, para lo que se tiene que asumir responsabilidades y ejecutar acciones.

Finalmente, una de las personas entrevistadas comentó que estaba inconforme con la atención recibida por parte del psicólogo, porque su sesión no se realizó de manera personalizada, sino enfrente de su pareja. Este es el caso de Vanessa, quien comentó que le hizo falta tener un espacio libre y con confianza en donde se trabajara con objetivos para mejorar su alimentación y pudiera sentirse con libertad para expresarse y ser escuchada. Comentó:

[...] porque, incluso, con la psicóloga la vimos juntos los dos, y yo así como de [cara de disgusto] o sea, yo no me sentía como con tan libre de decir realmente mis cosas, porque a veces Luis me interrumpía [...] Es que me pareció como nada personalizada; o sea, en mi experiencia, fue como muy básica; o sea, se notaba como demasiado: “tengo que llenar un formulario”.

Esta última parte ayuda a identificar que, a pesar de que el entendimiento y la participación de la pareja en el proceso bariátrico es importante, no puede opacar y abarcar el espacio personal que necesita el candidato a una cirugía bariátrica para vivir el proceso de forma individual, en el que pueda expresar sus vivencias, recursos, dificultades y su plano de acción.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Posterior a la realización de una cirugía bariátrica (CB), Ríos y Fueyo (2012) consideran que la visita hospitalaria del psicólogo es clave para iniciar la etapa del proceso postoperatorio, como una primera etapa de vinculación. Las vivencias en la estancia hospitalaria posterior a la cirugía

bariátrica tienen que ver con el malestar físico, la incomodidad y los síntomas comunes producto de la intervención; pero aumenta el malestar emocional previo al ingreso al quirófano, donde se manifiesta estrés y miedo.²

En las narrativas de los participantes de este estudio, la mayoría detectó cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta, y solo una persona manifestó haber recibido cuidado de tipo emocional.

Respecto al cuidado cognitivo, para dos personas, un hombre y una mujer, fue innecesaria la participación del psicoterapeuta en esta etapa, porque comentaron que en ese momento necesitaban más el apoyo del equipo médico, las enfermeras, los familiares o los acompañantes para el cuidado de las cuestiones fisiológicas:

Solo me acuerdo que me pareció que no fue el mejor momento, como hubiera sido muy útil, por ejemplo, una semana después, o quince días después; como en otro momento que ya hubiera asimilado la cirugía... En ese día, no (Sandra).

Para otros entrevistados, la parte del cuidado del psicoterapeuta se vio más bien reflejada en la presencia y atención hacia su estado de salud físico y psicológico, y un acompañamiento para escucharlos o brindarles herramientas si presentaban malestar emocional. Algunas personas entrevistadas manifestaron satisfacción con la presencia del psicoterapeuta, pero, sobre todo, mencionaron que estaban bien y bien preparados para esa etapa:

Realmente me acuerdo todo bien, yo creo que estaba bien preparado. El equipo, en general, me dijo muy bien qué iba a ocurrir, cómo iba a ocurrir, qué esperar, qué no esperar; creo que eso y, nuevamente todos los videos que me eché de YouTube de toda la gente que se había operado y que hizo video, blogs y todo eso, tenía muy claro qué iba a ser

2. Para conocer los resultados sobre de las vivencias intracirugía bariátrica, se puede consultar Valle (2021). *Cuidados de la pareja y del psicoterapeuta para la adherencia a tratamiento en cirugía bariátrica en el área metropolitana de Guadalajara*. [Para obtener el grado de maestra en Psicoterapia del ITESO]. <https://rei.iteso.mx/handle/11117/7506>

el proceso; por eso yo creo que me sorprendió también que fuera tan poco doloroso, porque mucha gente se quejaba de molestias y cosas así; para mí no las hubo (Jesús).

En cuanto a la persona que refirió cuidado emocional por parte de la psicoterapeuta, considera que existió un acompañamiento centrado en el estado emocional y sus sensaciones, en especial un seguimiento para saber cómo se encontraba y valorar si fuese necesario intervenir.

De acuerdo con estas narrativas, y las experiencias de las personas con CB, en esta etapa es poco el impacto que perciben de la visita intraoperatoria y los cuidados del psicoterapeuta. Sin embargo, el beneficio que destaca es que facilita el vínculo de acompañamiento para la siguiente etapa del proceso bariátrico, como afirman Ríos y Fueyo (2012), lo que contribuye a que ese contacto permanezca para un abordaje posterior.

Con los resultados presentados, se aporta información que permite identificar las etapas del proceso bariátrico en que la atención psicológica tendrá un mejor impacto en promover la adherencia terapéutica y la modificación de hábitos. En específico, se sugiere que se proporcione en la etapa pre y postcirugía, no durante la etapa intracirugía, o bien que en esta última se otorgue solo a manera de presencia y apoyo asistencial.

CUIDADOS DEL PSICOTERAPEUTA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA Y EN SEGUIMIENTO

En la revisión de la literatura científica sobre CB y psicología, el papel del psicólogo o el psicoterapeuta se ha investido sobre todo en la etapa posterior y de seguimiento, ya que suele subrayarse la relevancia de su participación para que los pacientes puedan manejar temas que sobrevienen a la operación: la etapa emocional inmediata al postoperatorio, el cambio de hábitos relacionados con los alimentos, y el manejo de las relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social (Ríos y Fueyo, 2012).

En esta investigación, vuelve a ser clave el cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta, lo cual se refleja en las narrativas en que los participantes perciben que puede brindarles una mayor comprensión del proceso, al ayudarlos a delimitar sus elecciones con conciencia y búsqueda de alternativas:

Sí, definitivamente mucho más, incluso que el de la nutrióloga [sobre la trascendencia del cuidado psicológico]; porque la nutrióloga nomás te va a decir: “de esto y esto comes, y de esto no”. Punto [...] Acá tienes la opción de que: “mira, esta variable, esta y esta te va a suceder”. Entonces, si te ves que la granola te va a lastimar, si ves que el jugo de naranja, ya no el litro, pero el medio litro también te va a engordar; o sea, si le das las variables, pues ya, oye, tú sabes si lo quieres seguir haciendo o no (Sonia).

Sí, porque pues era uno de mis retos, que yo trabajé mucho con Mariela [psicoterapeuta] y con Paola, con la nutrióloga y la psicóloga; de que me decían: “oye, y ¿cómo le vas a hacer cuando vayas con tus clientes? O sea, ¿ya tienes un *speech* pensado? Oye, tú no te dejes”. Por ejemplo, Mariela era mucho de darme recomendaciones de cómo manejarlo (Germán).

Asimismo, los entrevistados destacaron que, como parte de los cuidados cognitivos, el entendimiento de su relación con la comida, sobre todo el para qué, fue bastante funcional, pues poder identificarlo les permite tener mejores prácticas de alimentación que no vayan ligadas con el comer emocional. Esto concuerda con Lecaros et al. (2015), quienes argumentan que la ayuda psicológica es considerada positiva, ya que permite a los pacientes de CB reconocer el rol y el significado de la comida en sus vidas:

Pues, es que te sirve demasiado. Yo creo que es algo importante que te vayan guiando desde antes de por qué y para qué comías, o qué te hacía comer antes; y para que ahora te hagan ver el qué debes de comer, el que debes de tranquilizarte o ponerte metas (Lisandra).

Los cuidados cognitivos en psicología permiten el abordaje de una percepción incompatible, donde se tienen pensamientos de necesidad de mayor comida o de ciertos alimentos, que no es congruente con la capacidad del estómago y la necesidad de consumirlo. Esta percepción se observa como un factor desfavorable en la etapa postcirugía bariátrica y seguimiento. Sandra admite que pudo haber sido una gran ayuda para su manejo, sin embargo, que no continuó en proceso psicoterapéutico:

Yo creo que a mi proceso le hizo falta el acompañamiento terapéutico, porque es un proceso más grande que el físico; porque no dimensioné en su momento lo que implicaba, porque, cuando yo veía la comida y mi estómago decía: “es suficiente”, y mi cabeza decía: “¿de veras con tan poquito vas a tener?”, hubiera sido bueno tener a alguien especialista, no cualquier psicólogo.

Además, un hombre y una mujer entrevistados expresaron satisfacción porque el proceso psicoterapéutico no solo atendía el aspecto la intervención bariátrica, sino que abarcaba de forma amplia diversos factores de la vida de la persona que repercutían positivamente en el bienestar general:

La verdad, en mi caso particular, me ha ayudado no simplemente en lo del tratamiento bariátrico, sino me ha ayudado, como lo decía Adriana [psicoterapeuta] al principio: “necesitamos ver que tienes atrás, para que no repitas eso después de tu tratamiento”; y la verdad, después del tratamiento, después de la operación, mi proceso psicológico ha sido muy, muy bueno; la verdad, bueno yo siento, ya claro me puede faltar mucho, pero, me ha ayudado a crecer, a entender cosas, a sentirme bien conmigo mismo, más que todo (Juan Pablo).

Por otra parte, los pacientes que no contaron con un proceso psicoterapéutico reconocieron que les hubiera sido útil recibir este tipo de atención. Por ejemplo, Vanessa expresó que la psicoterapia le hubiera ayudado a atravesar de manera óptima cada etapa, y que, al no tener ese recurso, lo tuvo que aprender por sí misma y con apoyo de su pareja.

Solo Lisandra expresó cuidados emocionales por parte de la psicoterapeuta, en lo que se refiere al manejo emocional y de sintomatología que le ocasionaba malestar. También señaló que la psicoterapia fue una herramienta útil para trabajar la percepción incompatible de comer más, sin que existiera mayor capacidad del estómago, y el comer emocional, lo que implicó el cuidado cognitivo de la psicoterapeuta:

¡Ah!, excelente. Fue la mejor que me ayudó; ahora sí que me tranquilizaba cuando tenía estrés con mi marido, cuando la cirugía; o sea, a

relajarme porque también me daba como ansia y decía: “es que mi mentalidad, mi estómago está chiquito, pero mi mente todavía sigue siendo igual”. Entonces, que me daba ganas de guzguear, comía o guzgueaba; entonces, era como tranquilizarme y, creas o no, el hablar con una tercera persona te ayuda demasiado en todos los aspectos.

El estudio muestra cómo con el cambio de hábitos relacionado con los alimentos se cumple de manera favorable uno de los papeles del psicoterapeuta respecto a la etapa postcirugía bariátrica y de seguimiento (Ríos y Fueyo, 2012). Por otra parte, es importante señalar que en la presente investigación no se observó que el papel del psicoterapeuta impactara en las relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social, o en vivencias de corte emocional. Frente a ello, hay que puntualizar este rol en el abordaje de otras áreas, para fomentar un manejo integral de la persona y, además, porque las dificultades o los malestares en otros aspectos pueden repercutir en la adherencia al tratamiento. En este sentido, el cuidado emocional de la pareja también puede ser central una vez realizada la intervención. Estudios recientes, como el realizado por Enríquez (2022), muestran la relevancia del cuidado emocional y la reciprocidad en las relaciones de pareja, así como en aspectos de salud física y emocional.

Para finalizar este apartado, incluimos una relación de los participantes que continuaron un proceso psicoterapéutico posterior a la cirugía bariátrica y quienes lo dejaron incompleto o no lo tuvieron: cinco de los diez participantes contaron con sesiones de psicoterapia después del proceso, pero fueron tres los que mantuvieron las sesiones durante el primer año como mínimo. De acuerdo con un consenso de profesionales bariátricos (Ríos y Fueyo, 2012), lo ideal es que el proceso continúe por lo menos el primer año después de la CB, para así favorecer un nuevo manejo de conductas y emociones que propicien un mejor estilo de vida.

En el caso de los que continuaron, un posible factor es que, como parte de sus objetivos del tratamiento, incluyeron temas sobre el manejo emocional y de pareja, pero también demuestran interés, curiosidad y disposición ante el proceso psicoterapéutico como herramienta de crecimiento. Autores como Lecaros et al. (2015) resaltan la importancia de continuar con los controles postoperatorios para favorecer la pérdida de

peso en la cirugía bariátrica. A partir de los datos de esta investigación, se observa la importancia de promover la continuidad de la atención psicoterapéutica después de las cirugías bariátricas.

Como se ve, la contribución de los cuidados cognitivos del psicoterapeuta sobresale en las tres etapas del proceso bariátrico, pues las personas ubicaron que el conocimiento de factores de riesgo para su tratamiento, la identificación con su relación con la comida, y el estar conscientes de los recursos con que contaban, les permitió generar mejores alternativas en el manejo posterior. Estos datos concuerdan con lo señalado por Lecaros et al. (2015) respecto a que el apoyo de los especialistas bariátricos se percibe de forma positiva cuando educan a las personas en el proceso postquirúrgico, pues hace posible que se generen cambios en el estilo de vida.

Llama la atención también que el cuidado emocional del psicoterapeuta no se destaque en la etapa del proceso bariátrico, pues, por lo general, un proceso psicoterapéutico se asocia con apoyo emocional; para ello, se consideran dos posibles explicaciones: que dentro del proceso el psicoterapeuta esté más focalizado en las prácticas de alimentación, el cambio de hábitos y la preparación para la cirugía, por lo que se destina menos tiempo a atender diversos aspectos que tienen que ver con la personalidad, las emociones o la psicopatología; o inclusive sean áreas poco exploradas por tener poco tiempo asignado para las valoraciones o intervenciones. La segunda posibilidad es que el candidato para la CB, o ya intervenido, no comprenda la vinculación de su proceso psicológico con la CB, o se resista al manejo y, por ende, se limite la participación del psicoterapeuta a solo el aspecto educativo.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN EL PROCESO BARIÁTRICO

En este apartado se presentan los aspectos que se consideran importantes en un proceso de psicoterapia en una CB, a partir de los hallazgos presentados en las secciones anteriores, con el fin de proponer su inclusión y pertinencia en distintos momentos. Entre estos elementos, se destaca el posible impacto del rol de género y las relaciones de pareja en la vivencia de la obesidad.

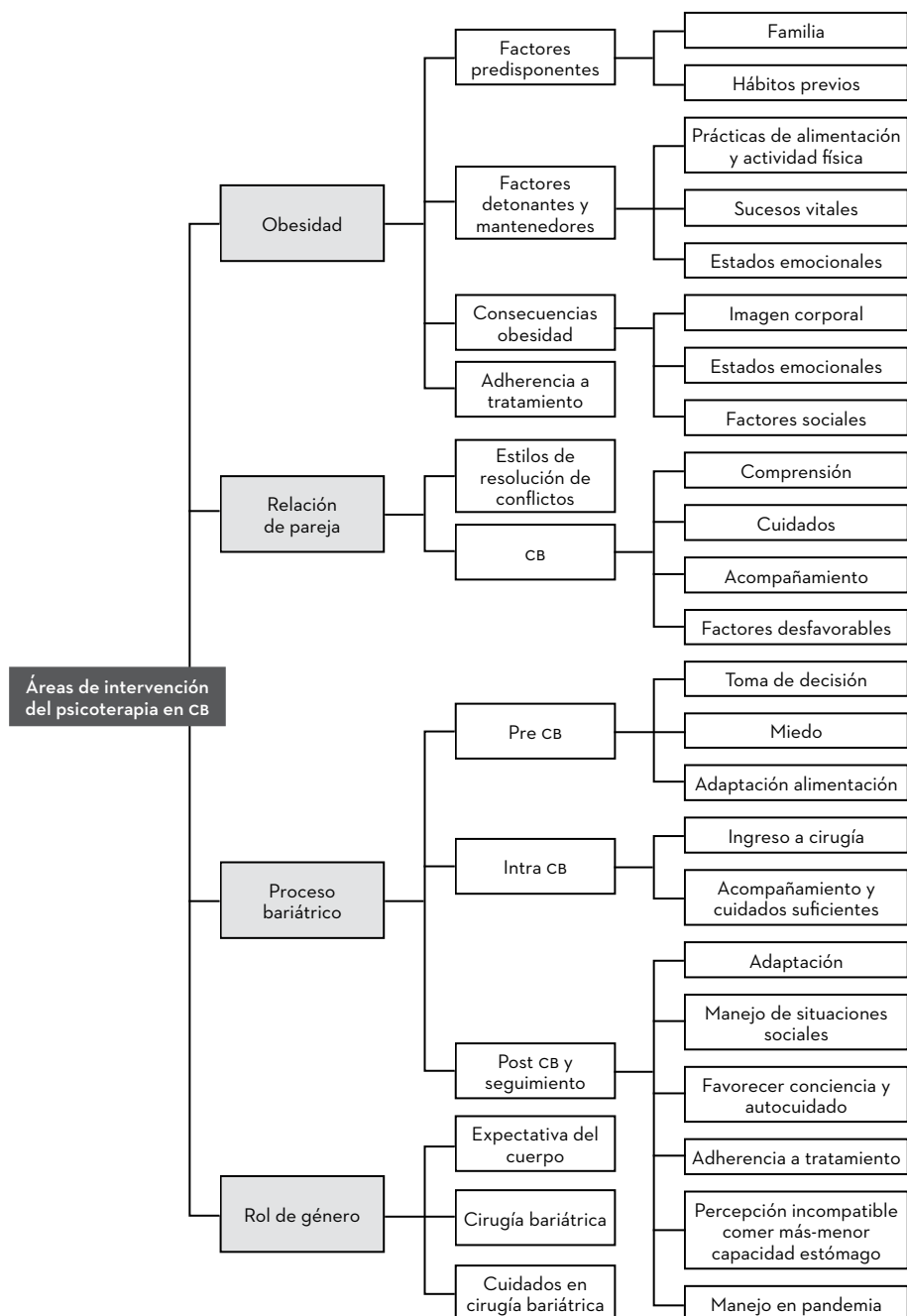
Así, la participación del psicoterapeuta podría marcar la diferencia y generar las herramientas necesarias en las personas para realizar cambios y contar con modos de afrontamiento congruentes a sus objetivos y necesidades. Además de sustentarse en esta investigación, dicha propuesta se genera a partir de la formación y la experiencia de la primera autora como psicóloga en el área de la salud desde hace siete años, así como en su trabajo con población bariátrica desde hace cuatro años.

A continuación, se muestran los aspectos relevantes en un proceso psicoterapéutico con pacientes de CB (figura 4.3) en cuatro categorías principales: obesidad, proceso bariátrico, rol de género y relación de pareja; las dos últimas, debido a que repercuten en el proceso psicoterapéutico. En la figura 4.3, se incluyen 12 subcategorías primarias y 23 secundarias que hacen referencia a distintos factores relacionados con la vivencia de obesidad y el progreso del tratamiento.

Las competencias del psicoterapeuta en las distintas áreas de intervención son:

- **Obesidad:** el psicoterapeuta puede ejercer un papel importante en el tratamiento de la obesidad al enfocarse en los principales factores que la predisponen, detonan y mantienen, así como en la adherencia a los tratamientos. Se han documentado diversas consecuencias por las representaciones de la obesidad que impactan la calidad de vida de las personas, y el psicoterapeuta puede incidir en ellas.
- **Relación de pareja:** fomentar estilos de resolución de conflictos funcionales y guiar en la relación a la pareja sobre factores favorables y desfavorables de cuidado en el proceso de cirugía bariátrica. En este campo, desde las aportaciones de la segunda autora, es relevante mapear a profundidad el vínculo de pareja de la persona candidata a la CB, de manera que pueda valorarse hasta qué punto y de qué manera esta puede ser un cuidador o cuidadora en el proceso bariátrico, en especial en la dimensión emocional de los cuidados. Para Enríquez (2022), la caracterización del vínculo de pareja, al tomar en cuenta una perspectiva de género, y, por tanto, de equidad y reciprocidad en los cuidados, es central.
- **Proceso bariátrico:** como se mencionó, durante las tres etapas de CB el psicoterapeuta tiene gran campo de acción debido a los diver-

FIGURA 4.3 ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL PSICOTERAPEUTA EN OBESIDAD Y CB



sos cambios, estados emocionales y dificultades que la persona con obesidad va a enfrentar.

- Rol de género: puede existir una marcada diferencia entre hombres y mujeres respecto a lo que se espera del cuerpo, cómo se vive la CB y quién otorga los cuidados en ese proceso. En la investigación, los participantes percibían mayor exigencia del ideal de delgadez en las mujeres y, a la vez, quienes otorgaban cuidados en la CB eran las mismas mujeres a su alrededor, con poca o nula participación de los hombres. Estos hallazgos confirman los estudios en otros campos del cuidado y las relaciones de género, con la tendencia a la feminización del cuidado en el ámbito de las relaciones de pareja, con mayor intensidad en las parejas de mayor edad (Enríquez, 2022).

Como da cuenta este apartado, el psicoterapeuta tiene un papel fundamental en el proceso en una CB, pero, para mala fortuna, falta información y mayor inclusión para que su participación trascienda, ya que cuenta con la capacidad y las herramientas para hacerlo, por lo que este capítulo busca sumar al campo y fomentar una mayor concientización y, por tanto, una ampliación de las oportunidades y las formas de intervención psicoterapéutica en el paciente bariátrico.

CONCLUSIONES

Como parte de los hallazgos de este estudio, se observa que las consecuencias de la obesidad repercuten en gran medida en la cotidianidad de las personas: en primer lugar, de forma fisiológica, por los efectos y el desbalance existente, se reportan personas obesas con fatiga, pero también con una importante afectación emocional por el deterioro en su imagen y las múltiples limitantes de vida; además, cargan un impacto por el área social, pues se comprueba que vivimos en un país obesogénico (promotor de la obesidad), pero a la vez con un estigma hacia ella, pues las personas con esta característica física llegan a tener rechazo y acoso por tal condición, lo que genera un retraimiento. Asimismo, las personas entrevistadas refieren tener menores opciones de elección de ropa, lo que les ocasiona bastante incomodidad y no les permite una expresión más ajustada a ellos, con una repercusión en su identidad.

En el entorno social, la persona con esta condición va cayendo en un campo de limitaciones, las cuales a menudo llevan al malestar emocional, la disminución de la autoestima y autoeficacia, así como a una menor motivación; esto puede generar el uso de la comida como recurso de afrontamiento al malestar, e impedir la baja de peso y el autocuidado. Con base en estas consecuencias, se acentúa la inclusión de la psicoterapia en el tratamiento del proceso bariátrico, como un elemento congruente que permite atender dichas necesidades.

En el campo en que el equipo bariátrico incide está incluido el psicoterapeuta, con un papel central en el proceso, desde la valoración hasta la participación en la modificación de conductas de la persona candidata para la CB. La importancia del psicoterapeuta se resaltó por medio de las narraciones de los entrevistados, en donde se reflejaron los cuidados que otorgó en las distintas etapas del proceso bariátrico.

En la etapa previa a la CB, el psicoterapeuta fue identificado por otorgar cuidados cognitivos, como trabajar en conjunto con los entrevistados y detectar los factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad.

Existieron además dos posturas percibidas por algunos entrevistados, las cuales fomentan la delimitación del trabajo del psicoterapeuta y su papel en el equipo bariátrico. Una de ellas fue que, en algunos casos, no se consideró importante el papel de este en la primera etapa; mientras que la segunda postura indica que no se cumplieron las expectativas de algunos entrevistados, quienes esperaban mayor atención, abordaje y acompañamiento a través del proceso. Lo anterior nos conduce a la necesidad de reforzar el papel del psicoterapeuta y su función dentro del equipo bariátrico, así como abordar las sesiones necesarias durante toda la fase de valoración y preparación; de lo contrario, se va perdiendo la oportunidad de poderse vincular con la persona, además de que se limitan las áreas de intervención por parte del psicoterapeuta.

En la etapa intraoperatoria se tienen dos momentos clave: cuando la persona va a ingresar a quirófano, y posterior a la cirugía, con su recuperación. Esto es importante porque, previo al procedimiento quirúrgico se presenta el mayor malestar emocional con nervios, estrés y miedo; en tanto que, al salir, lo que se argumenta es una sensación de alivio, acompañada de malestar físico e incomodidad. El cuidado cognitivo fue sobre

todo localizado en esta etapa por el psicoterapeuta, en su forma de estar presente y prestar atención hacia las necesidades de los intervenidos. Asimismo, una persona nombró el cuidado emocional presente, identificado por el acompañamiento emocional del psicoterapeuta a lo largo de la estancia.

Ríos y Fueyo (2012) refieren como importancia la visita en la etapa intraoperatoria, pues establecen el primer vínculo para la etapa de abordaje de seguimiento en este proceso, pero podría tener mayor impacto en el momento previo al ingreso a quirófano, cuando se manifiesta el malestar emocional, y posterior a la salida del hospital, cuando comienzan sus cuidados y su adaptación.

Por último, los cuidados cognitivos por parte del psicoterapeuta en la tercera etapa adquieren mucho mayor fuerza, debido a que pueden ayudar a generar más comprensión del proceso, lo cual podría facilitar el periodo de adaptación, a mejorar la relación con la comida, manejar y trabajar en la percepción incompatible entre comer más y la menor capacidad en el estómago —que implica un desajuste entre las necesidades y la capacidad del sistema digestivo con los pensamientos y las creencias de que se ocupa una cantidad mayor, y los antojos van dirigidos hacia alimentos poco recomendados—, favorecer el abordaje de aspectos personales, y diferentes problemáticas que inciden en el bienestar general de los pacientes.

Poco se mencionan los cuidados emocionales en la etapa postoperatoria y de seguimiento, pero, cuando se nombran, se dirigen hacia el apoyo y la contención emocional, aunque también al manejo de las emociones para un entendimiento y control del comer emocional. Con base en lo anterior, se recomienda a los psicoterapeutas trabajar en el proceso bariátrico, destinar intervenciones dirigidas a explorar el aspecto psicoafectivo, y fomentar herramientas y recursos convenientes para que la persona pueda tener estrategias de afrontamiento efectivas.

Lo que nos demuestran estos hallazgos es que el cuidado cognitivo por parte del psicoterapeuta se manifiesta a lo largo de las tres etapas del proceso bariátrico, pero es indispensable una mayor inclusión del cuidado emocional, así como integrar las demás áreas de la persona, no solo su proceso bariátrico. Aquí es cuando cobra relevancia que se tenga formación de psicoterapeuta para participar en el proceso, pues ello permitiría un abordaje mucho más amplio de distintos factores que

inciden en los pensamientos, las emociones y las conductas que favorecen o sabotean la adherencia a tratamiento.

Papapietro (2012, p.86) declara que “los factores no quirúrgicos, los psicológicos y conductuales son más relevantes que los factores quirúrgicos en la reganancia de peso del paciente con cirugía bariátrica”. Esta afirmación permite reforzar el papel del psicoterapeuta en cada etapa del proceso bariátrico, ya que en la preoperatoria se argumenta que pueden detectarse los factores psicológicos que implican un riesgo para el éxito de la cirugía, y es necesario el trabajo con el psicoterapeuta para poder afrontarlos. En tanto que, en la etapa postoperatoria, la intervención del psicoterapeuta tiene una importancia sustancial para el correcto abordaje de todo el panorama cambiante que vendrá cuando se toma un tratamiento en la obesidad, pues este no solo tendrá efectos en la salud física, sino en los pensamientos, las percepciones, los significados, las emociones y las conductas.

Es importante mencionar que para la atención del proceso bariátrico es necesario que el psicoterapeuta también tenga una formación y un conocimiento en esta área, ya que es indispensable que conozca el proceso de la cirugía y todos los factores involucrados, como el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, así como la competencia en elaborar valoraciones y determinar si un candidato es apto o no para la CB. En México, en este caso para los psicoterapeutas, existen distintos diplomados y cursos para la formación en el proceso bariátrico.

Finalmente, se entiende que la intervención del psicoterapeuta también puede tener ciertas limitaciones, de manera general y en particular para el caso del paciente con obesidad. Ríos (2017) menciona que se tiene la idea de que la persona con obesidad es la única responsable de su salud, y que los cuidados con su alimentación y su talla harán una diferencia en el éxito de su tratamiento. Esto, según Ríos (2017), deja de lado, o solo como algo complementario, la necesidad de que haya acciones regulatorias del espacio social y urbano. Frente a ello, los psicoterapeutas tendrán un gran reto en cuanto a su intervención porque, si bien cuentan con herramientas para el abordaje de los pensamientos, las emociones y las conductas en torno a la obesidad y los hábitos, queda pendiente el desarrollo de herramientas para abordar la obesidad desde la antropología política de la salud urbana.

La individualización del padecimiento, en este caso de la obesidad, impide colocar coordenadas de orden social, económico, político y cultural, que enmarcan este tipo de condiciones y constriñen de múltiples maneras las posibilidades de agencia del sujeto. La CB requiere un análisis y una reinterpretación desde marcos más amplios que problematicen un problema de salud pública que tiene orígenes sociales y económicos innegables.

Consideramos que el cuidado otorgado por parte del psicoterapeuta y el equipo bariátrico puede enriquecerse con un marco centrado en el cuidado social (Enríquez, 2023), que incluye los distintos participantes y refuerza los factores de protección y contención, más allá de la temporalidad propia del proceso bariátrico, e involucrar la clave comunitaria y de colectivización del cuidado en el ámbito de la salud y los padecimientos como el que se ha abordado en el presente estudio.

REFERENCIAS

- Bautista-Díaz, M., Márquez, A., Ortega-Andrade, N., García, R., y Álvarez, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133.
- Benítez Brito, N., Pérez-López, A., Camacho-López, S., Fernández-Villa, T., Petermann-Rocha, F., Valera-Gran, D., Almendra-Pegueros, R., Martínez-Sanz, J.M., Gamero, A., Nava-González, E.J., Baladia, E., y Navarrete-Muñoz, E.M. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.1.1271>
- Cabello, M., y Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8), 82-104.
- Enríquez, R. (2019a) El cuidado mutuo en las parejas heterosexuales adultas y adultas mayores contemporáneas: hacia una caracterización de los debates. En A. Cuevas (Ed.), *Intimidad y relaciones de pareja: exploraciones de un campo de investigación* (pp. 181-236). Juan Pablos.
- Enríquez, R. (2019b). Las entrevistas a profundidad en el análisis de fenómenos psicosociales. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes

- (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 211–231). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Enríquez, R. (2022). *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja*. Universidad de Guadalajara; Conahcyt.
- Enríquez, R. (Coord.). (2023). *Cuidado colectivo y personas mayores. Estudios de caso en México, España y Uruguay*. ITESO.
- Espinet-Coll, E., López-Nava, G., Nebreda, J., Marro-López, C., Turró, R., López-Jamar, J., y Muñoz-Navas, M. (2018). Documento Español de Consenso en Endoscopia Bariátrica. Parte 1. Consideraciones generales. *Rev Esp Enferm Dig*, 110(6), 386–399.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ra ed.). Morata; Fundación Paideia Galiza.
- Guendulain-Sernas, C., Hernández-Torres, I., y López-Ortiz, G. (2022). Estigmatización de pacientes con obesidad en el contexto médico y social. *Medicina Interna México*, 38(4), 914–920.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a personas mayores: marco conceptual. Documento presentado en la *Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores* (pp. 35–70). CEPAL, del 9 al 12 de diciembre de 2002, en Santiago de Chile.
- Guzmán, M., Del Castillo, A., y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. Morales (Coord.), *Obesidad: un enfoque multidisciplinario* (pp. 201–218). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Inegi. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (p. 40). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Karasu, S.R. (2013). Psychotherapy-lite: Obesity and the role of the mental health practitioner. *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 1–23.
- Kaufer-Horwitz, M., y Pérez, J.F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter Disciplina*, 10(26), 147–175. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Kirk, S., Ramos, X., Alberga, A., y Russell-Mayhew, S. (2020). *Reducing weight bas in obesity management: Practice and policy*. Obesity Canada.

- Lawson, J.L., Schuh, L.M., Creel, D.B., Blackinton, R.M., Giambrone, S.A., Grilo, C.M., y Ivezaj, V. (2021). Examining weight bias and loss-of-control eating among individuals seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 31(8). <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05418-6>
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F., y Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1504-1512.
- Maluenda, G. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 180-188.
- Mensorio, M., y Costa-Júnior, Á. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 120-127. [10.17843/rpmesp.2016.331.1941](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.1941)
- Océano Medicina Magazine. (2021). En México se necesitan profesionales formados en cirugía bariátrica. <https://bit.ly/4p8AM1z>
- Palma, R., y Lasagni, V. (2019). *Psicología bariátrica: aspectos psicológicos de la obesidad* (1ra ed.). Umaza.
- Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía barbárica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 64(1), 83-87.
- Pearl, R.L., Puhl, R.M., Himmelstein, M.S., Pinto, A.M., y Foster, G.D. (2020). Weight stigma and weight-related health: Associations of self-report measures among adults in weight management. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(11), 904-914. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa026>
- Puhl, R., y Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R., Himmelstein, M., y Pearl, R. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychological Association*, 75(2), 274-289.
- Quirós Sánchez, G. (2021). Gordofobia: existencia de un cuerpo negado. Análisis de las implicaciones subjetivas del cuerpo gordo en la sociedad moderna. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1). <https://doi.org/10.15359/rldh.32-1.7>
- Ríos, B., y Fueyo, A. (2012). El papel del psicólogo en la cirugía metabólica. *BMI*, 2. 3.12(74), 1-5.

- Ríos, C. (2017). *Ciudades obesogénicas y mujeres vulnerables: salud urbana y exclusión socioespacial en South Bronx, La Courneuve y Lomas del Sur* [Grado de doctor, ITESO].
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.
- Rubino, F., Puhl, R., Cummings, D., Eckel, R., Ryan, D., y Mechanick, J. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26(4), 485-497.
- Vázquez-Velázquez, V., Laviada-Molina, H., García-García, E., Sandoval-Diez, E., y Mancillas-Adame, L. (2021). Percepciones, actitudes y barreras para la atención de la obesidad en México: datos del Estudio ACTION-IO. *Obesity*, 29(2), 317-326.
- Vega, C., y Camacho, E. (2019). *Autocuidado de la salud II* (1ra ed.). El Manual Moderno.
- Westbury, S., Oyeboode, O., Van Rens, T., y Barber, T.M. (2023). Obesity stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, 12, 10-23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>
- Zerrweck, C. (s.f.). *Manual para la adopción de clínicas de cirugía bariátrica*. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.