PROGRAMA GRUPAL DE TCC Y EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA PÉRDIDA DE PESO AL AÑO TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Nerea Sampayo Lorenzo[1], Teresa Legido[2,4], Irina Rodríguez Pérez[1], Mireia Romero López[1], Raquel Cámara Gómez[1], Purificación Salgado[3,4]

[1]Residente de Psicología Clínica en Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona,
[2]Psicóloga Clínica en Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona,
[3]Psiquiatra en Psicóloga Clínica en Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) Parc de Salut Mar, Barcelona;
[4]Institut Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona.

OBJETIVO

La obesidad supone un grave problema de salud pública[1] y la cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser eficaz contra este problema, aunque no totalmente[2]. Los estudios evidencian que tanto las intervenciones psicológicas de tipo Cognitivo- Conductual (TCC) como de educación en nutrición (EN) tienen un impacto en la pérdida de peso post-cirugía[3]. Es por ello que este estudio pretende dilucidar si la asistencia a grupo de TCC y EN pre-cirugía bariátrica se relaciona con la pérdida de peso al año.

MÉTODO

Estudio prospectivo en pacientes con obesidad mórbida (N = 45) que realizaron 9 sesiones de TCC (ver **Tabla 1**) y 4 de EN (ver **Tabla 2**) previo a la CB. Un total de 28 fueron evaluados al año de la CB. Se efectuó un análisis de correlación de Pearson (dos colas) con la diferencia de IMC al año y las sesiones grupales realizadas, mediante el programa IBM SPSS Statistics v.25.

Nº SESIÓN (TCC)	CONTENIDO
1	Presentación: Introducción de conceptos relacionados con la obesidad y cirugía bariátrica. Expectativas respecto al grupo y la cirugía.
2	Alimentación consciente: Trabajo sobre la conciencia corporal, la identificación de pensamientos y motivación ante el cambio.
3	Reaprendizaje de hábitos: Análisis de los tipos de ingesta y establecimiento de un patrón alimentario cotidiano y hábitos saludables.
4	Técnicas de control interno: Aprender técnicas de afrontamiento. Crítica de ideas negativas irracionales y potenciación de autoverbalizaciones positivas.
5	Las emociones: Función de las emociones. Papel adaptativo de las mismas. Trabajo en regulación emocional.
6	Relaciones interpersonales: Habilidades de afrontamiento en situaciones relacionadas con ingesta. Estilos de comunicación y resolución de problemas.
7	Relaciones interpersonales: Identificación de situaciones interpersonales y emociones asociadas.
8	Consciencia de lo corporal: Concepto de imagen corporal. Técnicas de manejo.
9	Después de la cirugía: Miedos y mitos previos a la cirugía. Cambios pre y postcirugía. Despedida y recapitulación: análisis de logros.

TABLA 1: Contenido de las sesiones de TCC

Nº SESIÓN (EN)	CONTENIDO
1	Mitos sobre las dietas / Dieta equilibrada
2	Estructura de las comidas
3	Cómo elegir bien los alimentos
4	Dieta de antes y de después de la cirugía bariátrica

TABLA 2: Contenido de las sesiones de EN

RESULTADOS

La edad media fue 47.50 (8.7DS) con predominio de mujeres (75%). La media del cambio del IMC fue 13.83 (5.74DS) (ver **Tabla 3**). La asistencia a todas las sesiones de EN fue del 31.1% mientras que en TCC alcanzó sólo un 2.2% (ver **Tabla 4**). No se obtuvieron resultados significativos en la prueba de correlación (r=-0.102, p = 0.606) (ver **Tabla 5**).

CAMBIO IMC	
MEDIA CAMBIO AL AÑO	13,83
DT	5,74

TABLA 3: Estadísticos de cambio IMC

SESIÓN	% ASISTENCIA
TCC	2,20%
Educación Nutricional	31,10%

TABLA 4: Porcentaje de asistencia a las sesiones

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
Correlación de Pearson	-0,102
Significación (bilateral)	0,606
N	28

TABLA 5: Análisis estadístico de los datos

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que no hay relación entre la intervención grupal y la reducción de peso al año, lo cual no se corresponde con los estudios previos. La escasa adherencia a los tratamientos grupales encontrada en el presente estudio puede ser reflejo de la baja motivación al cambio en alimentación descrita en obesidad[4], y en nuestro caso ha supuesto una limitación. Es por ello que consideramos que en el futuro se debería potenciar la investigación de métodos para mejorar la adherencia.

REFERENCIAS

1- Organización Mundial de la Salud Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa. Nota descriptiva N°311. Mayo de 2014
2- Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. Int J Obes (Lond). 2007 Aug;31(8):1248-61. doi: 10.1038/sj.ijo.0803573. Epub 2007 Mar 13. PMID: 17356530.
3- Gade H, Friborg O, Rosenvinge JH, Småstuen MC, Hjelmesæth J. The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. Obes Surg. 2015 Nov;25(11):2112-9. doi: 10.1007/s11695-015-1673-z. PMID: 25893651; PMCID: PMC4595536.
4. Courcoulas AP, Christian, N. J., O'Rourke, R. W., Dakin, G., Dellinger, E. P.,Flum, D. R. et al. Preoperative factors and 3-year weight change in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) consortium. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2015, 11(5), 1109-1118.

anPIR Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes
INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona