



XXV Congreso Nacional **seco**

Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad
Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas
y de la Sección de la Obesidad de la AEC

Oviedo

22-24 mayo
2024



Psicología masculina y MBS: ¿por qué es diferente para los hombres?

Profesora Yitka Graham

**Directora del Instituto de Investigación en Enfermería y Cuidados
Helen McArdle, Universidad de Sunderland**

Presidente del Comité de Directrices Profesionales de IFSO IH

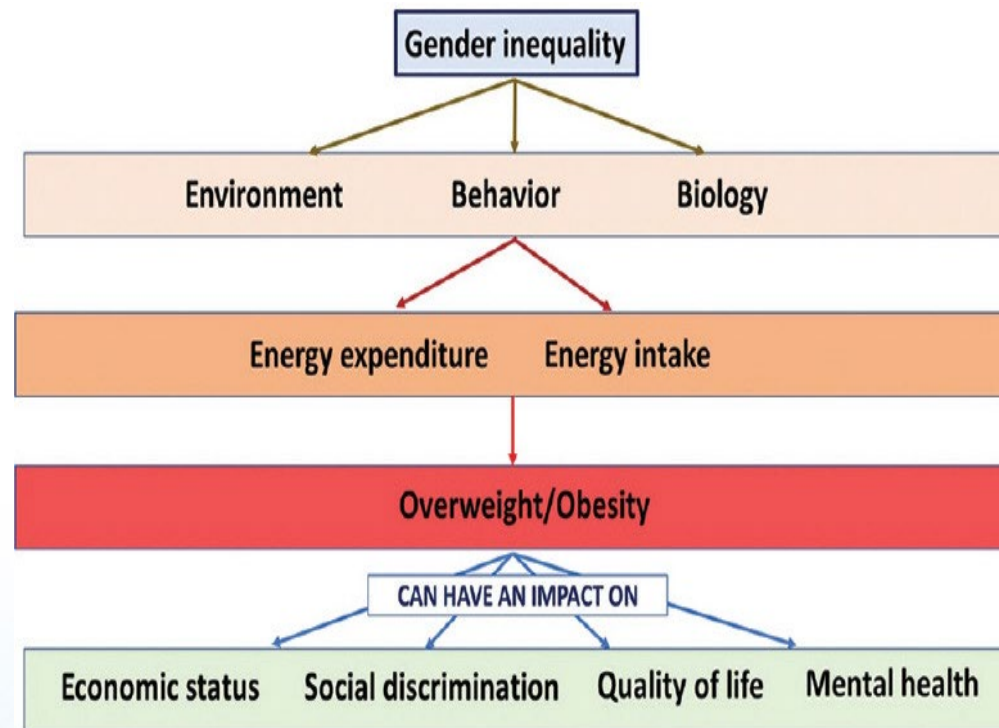


Conflictos de interés

- Celebrate Nutritional Supplements
- Intuitive
- Metagenics
- MolyIncke
- Olympus Medical

Cuestiones de género en la obesidad

- La obesidad es una enfermedad heterogénea
- Rara vez se tienen en cuenta el sexo y el género en el contexto de la prevalencia, las comorbilidades y los tratamientos.
- Más hombres que mujeres padecen obesidad en todo el mundo
 - Las mujeres tienen un $>$ % de grasa corporal
 - Más hombres que mujeres en los ensayos clínicos de medicamentos contra la obesidad
 - Más mujeres que hombres en los ensayos de MBS



Hombres y obesidad

- Los hombres adultos tienen **menos probabilidades**:
 - Ser diagnosticado de obesidad
 - Buscar y obtener todo tipo de tratamiento para la obesidad:
 - conductuales, farmacológicos y MBS
- Creencias masculinas de autosuficiencia, control emocional, fuerza, invulnerabilidad.
 - Puede influir en la búsqueda de ayuda



Disparidades entre hombres y mujeres

- Más mujeres que hombres se intervienen de MBS: un fenómeno mundial
- Los estudios sobre MBS cuentan con un mayor número de mujeres participantes
- Los varones que se intervienen de MBS tienden a ser:
 - ✓ *Más antiguos*
 - ✓ *Mayor IMC*
 - ✓ *Mayor incidencia de comorbilidades*
- Los estudios han demostrado que el género **no** está asociado:
 - ✓ *Interés en MBS*
 - ✓ *Preocupación por el coste o los beneficios*
 - ✓ *Tipo de procedimiento*
- *La pérdida de peso tras la MBS es similar en ambos sexos*
 - ✓ *Las mujeres tienen más necesidades correctivas y psicológicas*
 - ✓ *Los hombres tienen peor fisiología y menos mejoras de comorbilidad*

Panorama de la psicología masculina

- Psicología masculina: nueva rama de la psicología en el Reino Unido (2018)
- Reconoce la complejidad de la psicología masculina: se requieren múltiples perspectivas
- La investigación actual sobre varones y MBS se limita a:
 - ✓ Pérdida de peso
 - ✓ Mejora de la comorbilidad
 - ✓ Niveles de testosterona
 - ✓ Funcionamiento sexual
- ✓ La perspectiva de la psicología masculina permite explorar más los obstáculos o facilitadores del tratamiento.



The
British
Psychological
Society

Psicología masculina, obesidad y MBS

- Necesidad de explorar los MBS a través del prisma de la psicología masculina para:
 - Aumentar la comprensión de los problemas que afectan a los hombres antes y después de la operación
 - Las preguntas "por qué" y "cómo"
- Escasez de investigación cualitativa desde la perspectiva de los varones que se someten a MBS:
- Lo que se sabe:
 - Los varones (n=25) señalaron el miedo a la muerte, el deseo de mejorar la salud y la calidad de vida como factores impulsores de la MBS



¿Cuáles son los obstáculos para la búsqueda de ayuda en los hombres?

- Los estudios muestran que los hombres son menos propensos que las mujeres a buscar ayuda para problemas físicos y mentales
- En general, los hombres tienen un umbral más alto para no expresar emociones y no son tan capaces de verbalizar como las mujeres
 - Da la impresión de que los hombres sienten **menos emociones** que las mujeres: ¡no es cierto!
- Ser hombre es un factor de riesgo para no buscar ayuda en la depresión mayor
- La reticencia a buscar ayuda contribuye significativamente al suicidio masculino

Varones y resultados tras la MBS

- La mayoría de los estudios no distinguen entre hombres y mujeres
 - ***Cuestiones de género sin explorar ni explicar***
- Los hombres están desproporcionadamente representados en los ensayos clínicos sobre MBS
- Es importante el seguimiento regular a largo plazo y el tratamiento oportuno por parte del MDT
 - ***¿Asisten menos los hombres que las mujeres? ¿Cómo se compara el cumplimiento por sexos?***
- Carencia actual de estudios sólidos que evalúen los métodos de intervención y la eficacia de la prevención de la recuperación de peso desde la perspectiva de género.
 - ***Las cuestiones de género siguen sin abordarse en los resultados de la EMB***

Atender las necesidades insatisfechas: ¿hay que replanteárselo?

¿Cuáles son los obstáculos para la búsqueda de ayuda en caso de obesidad masculina?

¿Cómo identificamos y abordamos cualquier problema relacionado con el estigma y el género en la atención a la obesidad desde la perspectiva del paciente?

¿Cómo involucrar a los profesionales sanitarios para que comprendan las posibles cuestiones de género en la atención a la obesidad y el SMB?

¿Por qué se presentan menos hombres a la MBS?

¿Qué quieren los hombres en términos de apoyo dentro de la MBS?

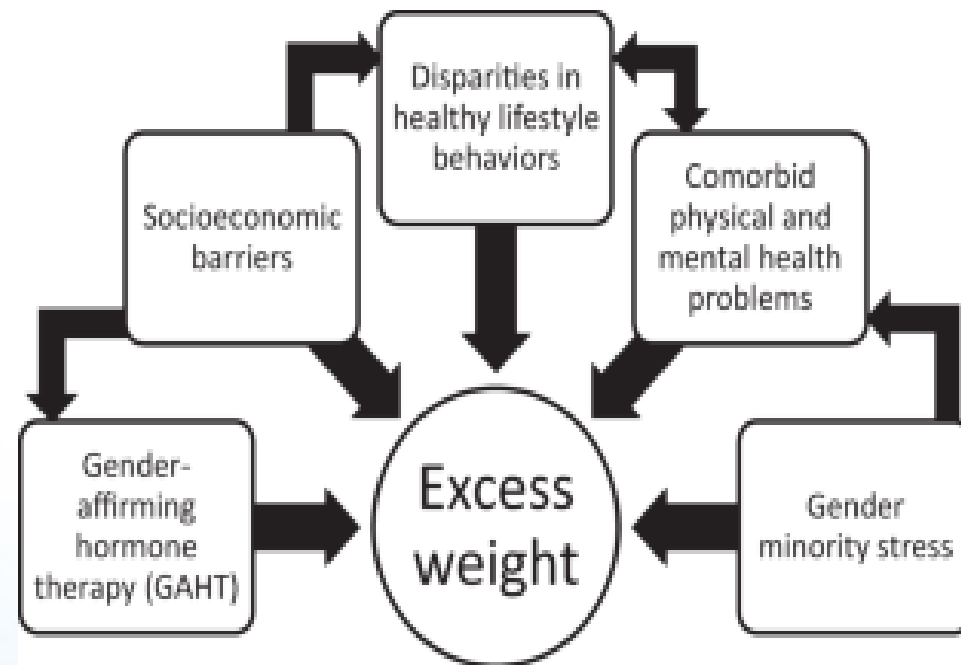
¿Reflejan las vías actuales de atención pre y postoperatoria las cuestiones específicas de género?

Explorando nuevos horizontes: identificación de las lagunas en la investigación de las EMB basadas en el género



Personas transgénero y de género diverso (TGD) y obesidad

- En EE.UU., entre el 25 y el 33% de las personas con TGD padecen obesidad.
- Los TGD tienen más probabilidades de vivir con obesidad que sus homólogos cisgénero
- Los estudios muestran que los TGD pueden enfrentarse a disparidades y barreras que contribuyen al aumento de peso
- La obesidad puede ser un obstáculo para la terapia hormonal de reafirmación de género (THEG)
- Las personas TGD pueden solicitar MBS



Obesidad y terapia hormonal de reafirmación de género (GAHT)

- Falta de investigación sobre las tasas de obesidad y cambios de peso en pacientes adultos con TGD en tratamiento hormonal de reafirmación de género.
 - Limitado por el pequeño tamaño de la muestra y la duración del tratamiento
- Estudio longitudinal (EE.UU.) de 470 pacientes con TGD (247 transfemeninos y 223 transmasculinos), edad media 27 años.
- Peso corporal e IMC registrados en la visita inicial y en múltiples seguimientos durante 57 meses tras el inicio de la GAHT.
- Prevalencia de obesidad al inicio del estudio:
 - 25% transfemenino, 39% transmasculino
- Tras el inicio de la GAHT, las tasas de obesidad fueron:
 - 21-30% transfemenino, 42-52% transmasculino

TGD y MBS

- Escasez de investigaciones sobre la prevalencia del MBS y la población TGD
- Los individuos con TGD pueden presentar una psicopatología similar a la de las personas con obesidad y sometidas a MBS
 - *patología del estado de ánimo, consumo de sustancias, abuso y conductas autolesivas*
 - *Problemas de insatisfacción corporal*
- La escasez de estudios sobre las experiencias y los resultados de las personas transexuales en los SSM:
 - *Factores de riesgo psicosociales*
 - *Gestión de las hormonas sexuales antes, durante y después de la operación*
 - *Apoyo pre y posquirúrgico*

Hecht L, Miller C, Miller-Matero LR, Hamann A, Carlin AM, Martens K. Una revisión de los factores de riesgo psicosocial entre los pacientes transgénero que buscan cirugía bariátrica. *Obes Surg*. 2019 Oct;29(10):3365-3370. doi: 10.1007/s11695-019-04076-z. PMID: 31317461.

Taormina, J.M., Iwamoto, S.J. Llenar un vacío en la atención: abordar la obesidad en pacientes transgénero y de género diverso. *Int J Obes* **47**, 761-763 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41366-023-01334-0>

van der Sluis WB, de Bruin RJM, Steensma TD, Bouman MB. Gender-affirmation surgery and bariatric surgery in transgender individuals in The Netherlands: Consideraciones, técnicas quirúrgicas y resultados. *Int J Transgend Health*. 2021 Mar 1;23(3):355-361.8.

Cirugía de afirmación de género y MBS

- Estudio de cohortes retrospectivo (Países Bajos) analizó datos durante 30 años (1980 - 2020) con pacientes que se sometieron a SGA y MBS.
- 15 pacientes TGD (11 hombres transexuales, 4 mujeres transexuales)
- Se sometieron a MBS antes de GAS (excepto 1 hombre transexual)
- En el momento del SGA primario, todos los individuos experimentaron una pérdida de peso significativa, (media de 13 puntos de IMC para los hombres transexuales, 14 puntos de IMC para las mujeres transexuales) pero todos menos dos seguían viviendo con sobrepeso u obesidad
- El estudio postuló que el SGA es posible tras una pérdida de peso drástica después de una MBS, pero requiere técnicas quirúrgicas específicas para los procedimientos de SGA

Caso clínico:

- TGD (hombre a mujer), blanco, 54 años, SGA anterior
- 35 kg de aumento de peso tras el SGA
- Remitidos para MBS
 - Problemas de insatisfacción corporal autodeclarados
 - Colesterol elevado 6,3 mmol/L, LDL 4,2 mmol/L
 - Ningún otro problema de salud
 - Peso preoperatorio 135 kg, IMC kg/m² 40
- Se sometió a RYGB, 150cm de longitud de la extremidad
- Sin complicaciones postoperatorias

- Seguimiento postoperatorio estándar
- Aumento del estado funcional, práctica de ejercicio y mejora de la confianza en uno mismo.
- A los 7 meses - LER total 49%, IMC kg/m² 34
- Colesterol 5,2 mmol/L, LDL 3,72 mmol/L
- Capaz de completar GAS
- Hasta la fecha, ningún estudio ha examinado los patrones de pérdida de peso de los pacientes con TGD sometidos a MBS ni los efectos de la GAHT concomitante.

¿Cuáles son las necesidades no cubiertas de los pacientes con TGD?

¿Afirman nuestros servicios de obesidad la perspectiva de género?

¿Cómo apoyamos a los pacientes con TGD que viven con obesidad y buscan SGA?

¿Qué barreras y estigmas existen para los TGD y cómo podemos apoyarlos?

¿Qué puede ser primero, GAS o MBS?

¿Cómo colaboramos con la DGJ para garantizar unos servicios inclusivos y que afirmen la igualdad de sexos?

Recomendaciones

- Identificar formas de aumentar la participación de hombres y transexuales en los estudios relacionados con la MBS.
 - Incluir en el diseño del estudio a pacientes con experiencias vividas
 - Trabajar con los hombres y los TGD para garantizar que los servicios sean respetuosos con las cuestiones de género y las afirmen
 - Los hombres "piensan" de forma diferente
- Colaborar con grupos de defensa del paciente y utilizar sus recursos
- Utilizar un lenguaje e imágenes adecuados en la comunicación con el paciente para reducir el estigma

Muchas Gracias

A mis colegas:
Dra. Becci Owens
Sr. Sam McBride
Dr. Jon Rees

