

SALUD MENTAL EN OBESIDAD, CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA

Una mirada de America Latina
Evaluación, diagnóstico y tratamiento



Compiladores:
Dra. en Psic. Blanca Ríos
Dr. Maximiliano Smith
Lic. Silvina Castillo

Publicado por: IIECS

Primera edición: 2026

ISBN: 978-607-97283-5-9 (eBook)

Ciudad de México, marzo 26, 2026.



Diseño de portada: Joaquín Díaz

joaquindiazdisgraf@gmail.com

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de este libro, o su totalidad, puede ser reproducida, transmitida o almacenada por cualquier medio electrónico o mecánico, fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso previo por escrito de los Editores titulares del Copyright.

Déposito Legal M-28063-2026

Para obtener actualizaciones, links y otros contenidos futuros de este eBook, regístrate en:

[Link del ebook-SMOCBM-2026](#)



Cualquier situación referente a este libro, contactar a:
Dra. en Psic. Blanca P. Ríos Martínez

blanca_rios@hotmail.com

www.blancarios.me

Salud Mental en Obesidad, Cirugía Bariátrica y Metabólica

Una mirada de America Latina Evaluación, diagnóstico y tratamiento

Organizadores:

Dra. en Psic. Blanca Ríos

Dr. Maximiliano Smith

Lic. Silvina Castillo

ÍNDICE

Prólogo. Dr. Juan Carlos Staltari	6
Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO) 2024-2026.	
Resumen curricular de los autores	9
I. De las perspectivas evaluativas y descriptivas fenomenológicas	
Cap. 1 Inteligencia Artificial en Salud Mental Bariátrica.	19
Dr. Luis Pedraza (México)	
Cap. 2 Manejo preparatorio para candidatos a Cirugía Bariátrica y Metabólica.	35
Lic. Silvina María Castillo (Argentina)	
Cap. 3 Estigma, gordofobia e imagen corporal en el contexto de la Cirugía Bariátrica y Metabólica. Implicaciones psicológicas, iatrogenia del lenguaje y recomendaciones clínicas.	49
Lic. Andrea Levy (Brasil)	
Cap. 4 El cuerpo y la expresión de la sexualidad.	64
Lic. Isabel Cristina Malischesqui Paegle (Brasil)	
Cap. 5 Los cuerpos del cuerpo.	80
Lic. Marcella Casabella (Argentina)	
Lic. Agustin D. Caiña (Argentina)	
Cap. 6 Hambre alucinatorio en obesidad.	95
Lic. Margarita Scotta (Argentina)	
Cap. 7 Obesidad y adicción a la comida.	99
Dra. Marcela Waisman Campos (Argentina)	
Dra. Noelia Marzan (Argentina)	
Cap. 8 Obesidad y relaciones familiares.	131
Todos tenemos una historia alrededor de la mesa	
Lic. Sol Misa Aversa (Perú)	
Cap. 9 Perspectivas psicológicas sobre el inconsciente en la obesidad y en Cirugía Bariátrica y Metabólica: vacíos y excesos.	145
Lic. Márcia Silva Marques (Brasil)	
Lic. Nórís Silva Marques (Brasil)	

Cap. 10 Adolescencia y Cirugía Bariátrica y Metabólica: desafíos éticos, emocionales y familiares. **162**
Lic. Aida R. Marcondes Franques (Brasil)

II. Desde las perspectivas diagnósticas y terapéuticas

Cap. 11 Obesidad: el tratamiento farmacológico es una opción. **178**
Dra. Valeria Álvarez (Argentina)

Cap. 12 Trastorno adaptativo y craving por carbohidratos en pacientes que viven con obesidad. **198**
Dra. Barbara Graf Lyng (Chile)

Cap.13 La importancia de la detección temprana de los trastornos de conducta alimentaria según el DSM-5: un imperativo clínico y ético. **210**
Dra. Cecilia Inés Juárez (Argentina)

Cap.14 Trastornos del estado de ánimo en adultos que viven con obesidad. **220**
Magister. María Gabriela Varas (Argentina)

Cap.15 Trastornos de ansiedad: Absorción de psicofármacos en Cirugía Bariátrica y Metabólica. **233**
Dr. Maximiliano Smith (Argentina)

Cap.16 Evaluación y manejo psicológico previo a la Cirugía de Revisión. **250**
Dra. en Psic. Blanca Ríos (México)

Cap.17 Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica. **272**
Dra. Mariemma Antor (Venezuela)

Cap.18 Manejo psicoterapéutico de los trastornos alimentarios en el tratamiento de la obesidad. **294**
Psic. Ma. Jose Leiva (Chile)

Cap.19 Herramientas Clínicas y ejercicios psicoterapéuticos en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad **305**
Lic. Claudia Alonso (Argentina)

Cap. 20 Más allá del peso perdido: Mindfulness y bienestar emocional **318**
Psic. Stephanie Yelile Baddour Blacutt (Bolivia)

Prólogo

La Cirugía Bariátrica y Metabólica ha transitado en las últimas décadas un proceso de evolución que excede ampliamente el desarrollo técnico y los resultados clínicos. Hoy comprendemos que su verdadero alcance se despliega en el encuentro con personas que atraviesan historias complejas con su cuerpo, su salud y sus expectativas de transformación. La obesidad severa se presenta así, como un fenómeno multidimensional, donde lo biológico convive con lo psicológico, lo social y lo cultural y donde cada trayecto terapéutico constituye una experiencia singular.

Este libro surge de la necesidad de otorgar voz y espacio a esa complejidad, particularmente a la dimensión de la Salud Mental en el campo bariátrico. Las páginas que lo componen invitan a recorrer miradas evaluativas y fenomenológicas, que permiten comprender la experiencia del paciente más allá del momento quirúrgico, incorporando reflexiones clínicas, desarrollos conceptuales y problemáticas contemporáneas que atraviesan la práctica cotidiana.

La obra es, ante todo, el resultado de un esfuerzo colectivo. Reúne a profesionales de distintos contextos académicos y asistenciales de Latinoamérica que, desde sus realidades y trayectorias, han aportado saberes, sensibilidad clínica y compromiso con el cuidado integral de las personas con obesidad. Sin distinción de fronteras, disciplinas o instituciones, cada capítulo expresa una vocación compartida: comprender mejor, acompañar con mayor profundidad y construir conocimiento que fortalezca la práctica regional.

En este sentido, el libro representa también un gesto de integración. Las diferencias culturales, organizacionales y sanitarias, que caracterizan a nuestros países no constituyen obstáculos, sino fuentes de enriquecimiento que amplían la mirada y permiten reconocer la pluralidad de modos de pensar y ejercer la Clínica Bariátrica. La convergencia de estas voces configura un entramado que refleja la

madurez creciente del campo y la consolidación de comunidades profesionales que dialogan, colaboran y aprenden mutuamente.

La SACO, como sociedad científica interdisciplinaria, encuentra en esta obra una expresión concreta de su espíritu fundacional. El trabajo articulado entre cirugía, salud mental, nutrición y otras áreas afines no solo constituye un principio organizador de la práctica contemporánea, sino también un compromiso ético con la complejidad del fenómeno bariátrico. La posibilidad de que este libro exista es, en gran medida, consecuencia de esa cultura de cooperación y construcción colectiva que la sociedad promueve y sostiene.

Desde mi práctica como cirujano bariátrico, y en el ejercicio de la presidencia de la SACO, he podido constatar reiteradamente que los mejores resultados no se explican únicamente por la destreza técnica, sino por la calidad del trabajo en equipo y la profundidad del acompañamiento interdisciplinario. Cada indicación quirúrgica se inserta en un proceso vital que requiere escucha, comprensión y continuidad de cuidados, aspectos que encuentran en la Salud Mental un pilar fundamental.

Constituye para mí un verdadero honor haber sido convocado a prologar esta obra. Asumo esta invitación no solo como un reconocimiento personal, sino como una oportunidad de representar a una comunidad profesional comprometida con el crecimiento del campo bariátrico y con la construcción colectiva del conocimiento. Agradezco profundamente la confianza depositada y celebro el trabajo de quienes, con generosidad intelectual y vocación clínica, hicieron posible este libro.

Los capítulos que integran este volumen reflejan ese compromiso. En su diversidad temática y metodológica, convergen en una misma intención: ampliar la comprensión del proceso bariátrico, problematizar prácticas naturalizadas, visibilizar dimensiones frecuentemente relegadas y ofrecer herramientas que contribuyan a un abordaje más humano e integral.

A todos quienes participaron en la elaboración de esta obra, nuestro reconocimiento y gratitud. Su aporte no solo enriquece el contenido del libro, sino que testimonia la existencia de una comunidad profesional activa, reflexiva y generosa en la producción y circulación del conocimiento.

Con esa convicción, presentamos este volumen a la comunidad científica y asistencial, esperando que se convierta en un espacio de encuentro, inspiración y crecimiento compartido, y que continúe impulsando una mirada que sitúe a la persona —en toda su complejidad— en el centro del cuidado bariátrico.

Dr. Juan Carlos Staltari
Cirujano Bariátrico
Presidente SACO (2024-2026)
Mar del Plata, Argentina

Resumen curricular de los autores

I. De las perspectivas evaluativas y descriptivas fenomenológicas

Cap. 1

Inteligencia Artificial en Salud Mental Bariátrica

Dr. Luis Pedraza (CDMX, México)

Médico Cirujano por la UNAM

Master en Telemedicina

Maestría en Administración de Hospitales y Atención Médica con Mención Honorífica, combinando la práctica clínica con la gestión estratégica.

Doctorado en Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Coordinador del Comité de Coordinación de Clínicas Bariátricas en la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2012-2016).

Pionero en Educación Bariátrica: como Coordinador académico y Director de múltiples ediciones del Diplomado en Dirección y Administración de Clínicas Bariátricas e Investigador en el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud (IIECS).

Experto en Informática Médica: Es autor del libro "Informática Médica", publicado por editoriales de prestigio como McGraw Hill e Intersistemas, una obra de referencia en la materia.

Tiene experiencia histórica en el desarrollo de "Sistemas Expertos en la Enseñanza de la Medicina" y algoritmos médicos, precursores fundamentales de la IA clínica moderna.

Docencia Académica Superior: Ha sido Profesor Titular de Informática Médica

Dirección de Hospitales en Instituciones de

alto nivel como la UNAM, la Universidad La Salle y la Escuela de Profesionales en Salud del Grupo Ángeles.

Cap. 2

Manejo Preparatorio para los Candidatos en Cirugía Bariátrica y Metabólica

Lic. Silvina María Castillo (Córdoba, Argentina)

Lic en Psicología (UNC) Córdoba, Argentina

Diplomada en Psicología Bariátrica año 2018, IIECS México

Coordinadora del Servicio de Salud Mental de Cirugía Bariátrica Sanatorio Allende

Miembro Regular del comité de Salud Mental de la SACO

Docente de Área de Educación en SACO

Psicoterapeuta de adultos

Coordinadora de Espacios Terapéuticos grupales, equipo Bariátrica Córdoba

Cap. 3

Estigma, gordofobia e imagen corporal en el contexto de la Cirugía Bariátrica y Metabólica: Implicaciones psicológicas, iatrogénias del lenguaje y recomendaciones clínicas

Lic. Andrea Levy (Sao Paolo, Brasil)

Psicóloga clínica e hospitalar

Especialista em Obesidade e Transtornos Alimentares por el Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Vice-Presidente da COESAS - Comissão de especialidades Associadas da SBCBM - 2014-2016

Palestrante convidada em diversos eventos e congressos nacionais e internacionais

Professora convidada da graduação e pós-graduação do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - São Paulo / Brasil

Co-fundadora e coordenadora da ONG Instituto Obesidade Brasil

Cap. 4

El Cuerpo y la Expresión de la Sexualidad

Lic. Isabel Cristina Malischesqui Paegle (Sao Paolo, Brasil)

Máster en Psicología de la Salud

Especialización en Sexología Clínica y Educativa.

Especialización en Trastornos de la Alimentación y Obesidad en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo – Hospital das Clínicas

Psicóloga del Centro de Optimización Metabólica y Cirugía de la Obesidad del Centro Gastro Obeso – SP – con 16 mil pacientes acompañados y del Centro de Obesidad y Gastroenterología – SP;

Miembro efectivo de IFSO – Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos, miembro efectivo de COESAS-Comisión de Especialidades Asociadas de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica SBCBM

Miembro Honorario del Colegio Mexicano de Cirugía para la obesidad y enfermedades metabólicas. C.A.

Autor del libro del Pre al Postoperatorio en Psicología Clínica Aplicada a la Clínica Bariátrica

Autor y coautor de capítulos de libros y artículos del área, de cursos libres de psicología aplicada a clínica bariátrica y eventos científicos.

Cap. 5

Los Cuerpos del Cuerpo

Lic. Marcela Casabella (Buenos Aires, Argentina)

Psicóloga Clínica especialista en Obesidad y Psiconcología.

Supervisora Psicológica de la Unidad de Obesidad y Cirugía Metabólica del Sanatorio Julio Méndez.

Profesora de grado y posgrado en la Universidad de Buenos Aires, SACO, Fundación Favaloro, Universidad del Salvador y Universidad de Belgrano.

Coordinadora del área de Salud Mental por SACO en el 1° Consenso Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica (2019).

Miembro del Comité Organizador del VIII Congreso Latinoamericano de Cirugía Bariátrica, IFSOLAC (Buenos Aires, 2019).

Coordinadora del Capítulo de Salud Mental de SACO (2007- 2) e integrante del mismo desde a la fecha.

Coordinadora Psicológica de OCMI (2003-2025).

Integrante del Programa de Prevención de Obesidad Infantil del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2021-2023)

Lic. Agustín D. Caiña (Buenos Aires, Argentina)

Psicoanalista.

Director del Hospital de Salud Mental “Evita” de Malvinas Argentinas. Psicólogo del equipo de trastornos alimentarios del Servicio de Psicología (UBA) en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

Coordinador de Salud Mental en el Dpto. de Cirugía Bariátrica del Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas de Malvinas Argentinas.

Docente de Grado de la Facultad de Psicología

Docente de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UBA en la Carrera de Subespecialización de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Integrante del Comité de Salud Mental de la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad (IFSO Latinoamerica).

Integrante del Subcomité científico de Revista Latinoamericana de Cirugía Bariátrica IFSOLAC.

Integrante de Comité Organizador del Congreso Argentino de Cirugía de la Obesidad (SACO) 2025-2026.

Integrante de Comité organizador de Congreso Argentino de Cirugía de la Obesidad (SACO) 2025-2026.

Miembro SACO e IFSO.

Cap. 6

Hambre Alucinatorio en Obesidad

Lic. Margarita Scotta (Rosario, Argentina)

Psicoanalista

Psicóloga Integrante del Equipo Multidisciplinario de Tratamiento y Cirugía de la Obesidad Sanatorio Británico de Rosario, Argentina.

Profesora Asociada de la cátedra “Psicopatología psicoanalítica”. Universidad Abierta Interamericana de Rosario,

Egresada de la Carrera de Especialización en Psicología clínica, institucional y comunitaria, UNR, 1999.

Autora de los libros “El amante y sus metáforas. Introducción a la transferencia” (2010), Homo Sapiens Ed.; “Viajes quietos. Escritos psicoanalíticos” (2013), Co-lectora Edit, “Conversaciones con los profesionales del equipo. En tiempos pandémicos de obesidad y covid” (2021) Ed, Centro de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Integrante del Comité Editor de revista SACO IFSO, Sociedad Argentina de Cirugía de Obesidad.

Colaboradora en periódico Rosario 12, con escritos sobre obesidad y cultura, Contratapas.

Cap. 7

Obesidad y Adicción a la Comida

Dra. Marcela Waisman Campos (Buenos Aires, Argentina)

Médica especialista en Psiquiatría y en Neurología Cognitiva. Magister en Neuropsicofarmacología (Universidad Favaloro).

Directora Médica del Centro Neomed y neuropsiquiatra en FLENI

Presidente del comité Argentino de la WADD.presidente del capítulo de adicciones de AAP.

Docente titular de la Maestría de Adicciones de USAL.

Autora de libros de Adicciones 2017, 2021 y 2026 de editorial Panamericana

Dra. Noelia Marzan (Buenos Aires, Argentina)

Médica especialista en Psiquiatría. Centro Neomed y FLENI

Miembro de la WADD, comité Argentina.

Docente en materia Salud Mental de la Facultad de Medicina, UBA.

Cursando la Maestría en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).

Posgrado de Medicina Familiar y Ambulatoria en el Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Cap. 8

Obesidad y Relaciones Familiares

“Todos tenemos una historia alrededor de la mesa”

Lic. Sol Misa Aversa (Lima, Perú)

Psicóloga clínica,

Psicoterapeuta sistémica familiar

Magíster en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad, con más de 15 años de experiencia en atención clínica, docencia y diseño de proyectos educativos y sociales.

Especialista en Mindfulness, alimentación consciente y acompañamiento en conductas dependientes.

Directora de Unidades Clínicas y de proyectos, con sólida trayectoria en intervención con adolescentes, adultos y familias, así como en formación profesional y trabajo interdisciplinario.

Fundadora de Conoser Psicología y Salud Mental.

Cap. 9

Perspectivas Psicológicas sobre el Inconsciente en la Obesidad y en Cirugía Bariátrica y Metabólica: vacíos y excesos

Lic. Márcia Silva Marques (Cascavel, Paraná, Brasil)

Graduada en Psicología por la Universidad Católica de Pelotas, Brasil, 1982.

Psicología clínica - Psicoterapia Clínica con adultos, jóvenes y parejas desde 1983.

Posgrado en Teoría Psicoanalítica y sus Aplicaciones Terapéuticas por la Sociedad Científica Sigmund Freud, 1990.

Psicóloga del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Bariátrica de la Gastroclínica Cascavel, Paraná, desde 2001.

Miembro efectivo de la SBCBM.

Miembro oficial de la IFSO.

Diplomada en Psicología Bariátrica. IFSOLAC, Hospital Ángeles Pedregal e Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la salud (IIECS), México.

Autora del capítulo: "A vida afetivo sexual da mulher depois da cirurgia bariátrica", del libro "Novos corpos novas realidades: reflexões sobre o pós-operatório na cirurgia da obesidade" organizado por Aída Franques y Maria Salete Loli - Editora Vetor, 2011, SP.

Coautora del capítulo 2. Enfoque psicológico del paciente obeso en la Cirugía Bariátrica en el libro electrónico. Ebook Temas Selectos en Psicología Bariátrica de Blanca Ríos, MD, PsyD. Edit. IIECS México, 2016. www.obesity.academy

Coautora del Capítulo 8 – Implicaciones Psicológicas en la Obesidad y Retos en el Postoperatorio en Cirugía Bariátrica Ebook Nuevos Tópicos-Psicología Bariátrica de Blanca Ríos, MD, PsyD, Edit. IIECS, México, 2019. www.obesity.academy

Curso en Cirugía Bariátrica para não cirurgiões pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo.2025.

Psicóloga Bariátrica por el Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (IIECS).

Orador en congresos de cirugía bariátrica nacionales y internacionales.

Lic. Nórís Silva Marques (Cascavel, Paraná, Brasil)

Graduada en Psicología por la Universidad Católica de Pelotas (UCPEL)

Especializada en Filosofía y Psicoanálisis por UNIOESTE, PR

Curso en Psicología Aplicada a la Cirugía Bariátrica/ 13º Curso en Cirugía Bariátrica (CETIG)

Miembro de Especialidades Asociadas COESAS/SBCBM.

Miembro de IFSO.

Actuando en psicología clínica - Psicoterapia Clínica con adultos, jóvenes y parejas desde 1982.

Psicología con atención clínica, ambulatorio, individual y de grupos en pacientes con obesidad mórbida., pre y postquirúrgico en SUS (Sistema Único de Salud) en el Centro Regional de Especialidades (CRE/CISOP) de 1990 a 2016

Psicóloga en SESA\PR -10ª Regional de Salud, Cascavel,PR, de 2016 a 2019.

Coautora del capítulo 2: Enfoque psicológico del paciente obeso en la Cirugía Bariátrica en el libro electrónico Temas Selectos en Psicología Bariátrica de Blanca Ríos, MD, PsyD Edit. IIECS, México, 2016.

Coautora del Capítulo 8: Implicaciones Psicológicas en la obesidad y retos en el Postoperatorio en la Cirugía Bariátrica en el libro electrónico Psicología Bariátrica: Nuevos tópicos de Blanca Ríos, MD, PsyD. Edit. IIECS, México, 2019.

Orador en congresos de cirugía bariátrica internacionales.

Cap. 10

Adolescencia y Cirugía Bariátrica y Metabólica: desafíos éticos, emocionales y familiares

Lic. Aida R. Marcondes Franques (Sao Paolo, Brasil)

Psicóloga especializada en Trastornos Alimentarios, Obesidad
Atención Psicológica Pre y Post Cirugía Bariátrica.

Una de las precursoras de la Psicología Bariátrica en Brasil, trabajando en el área desde 1995.

Cofundadora de COESAS, Comisión de Especialidades Asociadas de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM).

Ex presidenta y ex vicepresidenta de COESAS (2007–2012),

Coordinadora de la Comisión de Protocolo de Psicología de la SBCBM (2021–2023).

Organizadora de 4 libros y coautora de 15 libros sobre “Obesidad, Psicología y Cirugía Bariátrica”.

II. De las perspectivas diagnósticas y terapéuticas

Cap. 11

Obesidad: ¿el tratamiento farmacológico es una opción?

Dra. Valeria Álvarez (Córdoba, Argentina)

Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC)

Especialista en Medicina Nutricional en CMPC

Subespecializada en Obesidad (Universidad de Fundación Favaloro- Fundación Barcelo. Universidad Católica de Córdoba)

Diplomada en PsicoNeuroInmunoEndocrinología (PINE) Universidad Nacional de Córdoba

Diplomada en Nutrición Bariátrica (IIECS- Mexico) y Cirugía Metabólica (SACO-Hospital Austral- Argentina)

Creadora y Fundadora de Etos Espacio Terapéutico para la Obesidad y el Sobrepeso CBA -ARG

Medica del Staff de Obesología Clínica Sanatorio Allende Cba - Argentina

Cap. 12

Trastorno Adaptativo por Carbohidratos en Pacientes que viven con Obesidad Dra. Barbara Graf Lyng (Viña del Mar, Chile)

Médico Psiquiatra

Mg en Nutrición Clínica

Diplomada en Gestión de Calidad Asistencial

Grupo SIOS, Viña del Mar, Chile

Miembro Sociedad Chilena Cirugía Bariátrica y Metabólica

Miembro SONEPSYN (Sociedad Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile)

Miembro IFSO

Cap. 13

La Importancia de la Detección Temprana de los Trastornos de Conducta Alimentaria según el DSM-5: un imperativo clínico y ético Dra. Cecilia Inés Juárez (San Miguel de Tucuman, Argentina)

Medica psiquiatra en UBA

Especialista en psiquiatría en APSA

Magister en neuropsicofarmacología en Univ. Barceló

Especialista en trastornos alimenticios en UBA

Diplomada en Educación Médica en UNT

Docente de la Facultad de Medicina en UNT

Especialista consultora de equipo ICONO.tuc

Coordinadora médica de CIAMM.tuc

Cap. 14

Trastorno del Estado de Ánimo en Adultos que viven con Obesidad Magister. María Gabriela Varas (Córdoba, Argentina)

Medica especialista en Psiquiatría clínica

Especialista en psiquiatría infanto juvenil

Magister en pareja y familia

Cap. 15

Trastornos de Ansiedad: absorción de psicofármacos en Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Maximiliano Smith (Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina)

Bachiller. Maestro preparador de coros

Médico, Universidad Nacional de Córdoba

Especialista en psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad Nacional de La Plata

Diplomado en Psicología Bariátrica, IIECS, México

Médico Psiquiatra de Planta del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, Argentina

Forma parte de los Equipos de:

Alimentaria Hospitalaria y Bariatria Hospitalaria desde año 2010, en adelante y continua.

Actual Miembro Regular SACO y Miembro de la Comisión Directiva SACO, gestión 2020/2022 y actual gestión 2023/2024

Miembro correspondiente extranjero, Sociedad Peruana de cirugía bariátrica y metabólica

Coordinador del Comité de Salud Mental de SACO 2020/2022, actual gestión y continua

Miembro de Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP)

Docente: en las carreras de Enfermería y Medicina (UBA).

Residencia hospitalaria psiquiatría de adultos Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata.

Docente de Diplomado internacional de la Universidad del Desarrollo, Chile

Docente de Diplomado Multidisciplinario en Cirugía Bariátrica y Metabólica. SACO. Argentina

Participo en el Primer consenso Argentino intersocietario de tratamientos para obesidad.

Cap. 16

Evaluación y Manejo Psicológico previo a la Cirugía de Revisión

Dra. en Psic. Blanca P. Ríos M (CDMX, México)

Lic. en Psicología, Univ. Anáhuac México Norte

Especialidad en Psicología Institucional, UNAM

Especialidad en Terapia Focalizada en la Transferencia en la Univ. Anáhuac Norte

Especialidad Terapia Breve en la Univ. Anáhuac Norte

Diplomado en TCC en Univ. Anáhuac Puebla

Curso de Obesidad en Piracicaba, Brasil.

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Univ. Anáhuac Norte

Doctorado en Psicología, Univ. de las Américas
Chairperson of Integrated Health Committee of IFSO (2012-2016)
Ex-Coordinadora de Ciencias Afines del CMCOEM (2023-2025)
Miembro de Integrated Health Committee of IFSO (2023-2026)
Ha publicado diversos artículos científicos paciente que vive con obesidad y CBM y de pacientes cardiópatas.
Compiladora de 5 libros electrónicos sobre el Manejo Integral del pacientes con Obesidad, CBM y Psicología Bariátrica y 3 capítulos escritos en libros sobre Psicología Bariátrica de Brasil y Argentina. Descargarlo gratis en:
www.blancarios.me
Ha sido ponente nacional e internacional en diversos congresos de Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica.
Psicóloga y Psicoterapeuta del Hospital Ángeles Pedregal y Estilo de Vida Center.

Cap. 17

Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dra. Mariemma Antor (Caracas, Venezuela)

Lic. en Psicología, Mención Psicología Clínica, Universidad Central de Venezuela
Magister en Psicología, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela
Doctoranda en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela (actualmente)
Profesor Agregado, Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela (desde 1999)
Psicólogo Bariátrico desde 2002 hasta la actualidad.

Cap. 18

Manejo Psicoterapéutico de los Trastornos Alimentarios en el Tratamiento de la Obesidad

Psic. Ma. José Leiva (Santiago, Chile)

Psicóloga Clínica, Universidad Central de Chile.
Máster en Psicoterapia Breve Estratégica, UGM.
Más de 20 años de experiencia en equipos multidisciplinarios en obesidad, TCA y cirugía bariátrica.
Se desempeña en el Centro de Nutrición y Bariátrica de Clínica Las Condes.
Fue Coordinadora del Área de Salud Mental en Novamed y del Núcleo de Psicólogos de Cirugía de Obesidad de Chile.
Es coautora de las Guías Clínicas de Obesidad en Chile
Miembro del Comité Asesor en Obesidad del Ministerio de Salud.

Cap. 19

Herramientas Clínicas y Ejercicios Psicoterapéuticos en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

Lic. Claudia Alonso (San Miguel de Tucumán, Argentina)

Psicóloga y Terapeuta de pareja y familia.

Sexóloga clínica, educadora sexual.

Diplomada en Psicología bariátrica, IIECS, México

Diplomada en gestión estratégica y social de sistemas y servicios de salud.

Diplomada en trastornos de la conducta alimentaria

Coach nutricional para acompañar pacientes con trastornos alimenticios y obesidad.

Diplomada en Comunicación humana y sistemas humanos.

Cap. 20

Mindfulness en Obesidad

Psic. Stephanie Yelile Baddour Blacutt (Santa Cruz, de la Sierra, Bolivia)

Licenciatura en Psicología – Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra – UPSA, Bolivia.

Diplomado en Psicología Bariátrica – IIECS, México.

Diplomado en Inteligencia Artificial – Bolivia.

Psicoterapeuta certificada en Terapia Cognitivo Conductual, Estados Unidos.

Candidata a Doctorado – Universidad de Palermo, Buenos Aires – Argentina.

Ha participado en diversos Cursos de Actualización en Manejo del paciente bariátrico y en Terapia Cognitiva del peso – Argentina, Brasil, Estados Unidos y México.

Se ha desempeñado como psicóloga bariatra de ocho equipos multidisciplinarios de cirugía bariátrica y metabólica en Santa Cruz, Bolivia.

Conferencista en diversos webinars y congresos a nivel nacional e internacional.

Ha realizado talleres sobre salud mental y gestión emocional para empresas.

Ha sido docente universitaria de la carrera de Psicología en UPSA, Bolivia.

Miembro activo del Colegio de Psicólogos de Santa Cruz.

Miembro activo del Comité de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Sociedad Boliviana de Cirugía.

Integrated Health Member – IFSO.

I. **De las perspectivas evaluativas y descriptivas fenomenológicas**

Capítulo 1

Inteligencia Artificial en Salud Mental Bariátrica Redefiniendo la consulta especializada en el pre y postoperatorio en Cirugía bariátrica y Metabólica

Dr. Luis Pedraza
Hospital Ángeles Pedregal
Estilo de Vida Center
Director de IIECS
drluispedraza@gmail.com
CDMX, México.

Introducción

De la Consulta Tradicional a la Consulta con Inteligencia Artificial

La Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM), representa una intervención de alto impacto que modifica sustancialmente no solo la fisiología, sino también la arquitectura psicológica y emocional del paciente que vive con obesidad. La evaluación y acompañamiento en salud mental constituyen pilares fundamentales en el proceso perioperatorio, determinando en gran medida el éxito quirúrgico, la adherencia terapéutica y la calidad de vida a largo plazo (Peacock & Zizzi, 2024; Rudolph & Hilbert, 2023).

Durante décadas, el modelo de atención psicológica y psiquiátrica en bariatría se ha sustentado en:

- consultas presenciales estructuradas
- instrumentos psicométricos estandarizados
- protocolos de seguimiento manual.

Sin embargo, este paradigma enfrenta limitaciones inherentes:

- dificultad en la detección temprana de trastornos psiquiátricos subclínicos

- capacidad limitada para estratificar riesgo psicosocial de manera predictiva
- seguimiento discontinuo en fases críticas postoperatorias, y
- sobrecarga asistencial que compromete la profundidad del análisis clínico (Graham et al., 2023).

La irrupción de la Inteligencia Artificial (IA) en medicina especializada —y particularmente en salud mental bariátrica— marca un punto de inflexión histórico. Los sistemas de IA expanden la capacidad clínica, analítica, predictiva y operativa del profesional de la salud mental.

Esta transformación se fundamenta en tres metodologías tecnológicas convergentes (Abd-Alrazaq et al., 2023 & Graham et al., 2024):

1. **machine learning (ML)** para análisis predictivo de riesgo psiquiátrico
2. **procesamiento de lenguaje natural (NLP)** para análisis automatizado del discurso clínico
3. **large language models (LLMs)** especializados que funcionan como asistentes cognitivos en tiempo real

Este capítulo analiza cómo la IA está redefiniendo la práctica en salud mental bariátrica, transitando desde un modelo reactivo hacia uno predictivo, preventivo y personalizado.

Se presentan fundamentos tecnológicos, aplicaciones clínicas validadas, casos de uso operativos y consideraciones ético-regulatorias que todo psicólogo y psiquiatra especializado debe dominar en la era de la medicina digital aumentada.

Fundamento Tecnológico de la IA en Salud Mental

Machine Learning Predictivo en Psiquiatría Bariátrica

El Machine Learning (ML) aplicado a salud mental se basa en algoritmos capaces de identificar patrones multivariables complejos en datos clínicos, psicométricos y conductuales. A diferencia de modelos estadísticos tradicionales, el ML puede procesar cientos de variables simultáneamente —desde puntajes de

escalas psicológicas hasta datos biométricos, historia farmacológica y marcadores sociodemográficos— para generar predicciones con precisión superior al juicio clínico no asistido (Beam & Kohane, 2022).

Los algoritmos más empleados incluyen:

- Redes neuronales artificiales (ANN): Capaces de modelar relaciones no lineales entre variables psicológicas y desenlaces postoperatorios.
- Árboles de decisión y random forests: Útiles para estratificar riesgo de abandono, recurrencia de trastornos alimentarios o depresión postquirúrgica.
- Support vector machines (SVM): Empleados en clasificación binaria de riesgo psiquiátrico alto vs. bajo.
- Gradient boosting (XGBoost, LightGBM): Dominantes en competencias de predicción clínica por su balance entre precisión e interpretabilidad (Topol, 2023).

Un ejemplo representativo: un modelo de random forest entrenado con 2,847 pacientes bariátricos demostró una sensibilidad del 87% y especificidad del 82% para predecir depresión mayor a 12 meses postoperatorios, superando significativamente la predicción basada únicamente en evaluación psicológica preoperatoria estándar (Peacock & Zizzi, 2024).

Deep Learning en Análisis de Pruebas Psicológicas

El Deep Learning (DL), subcampo del ML basado en redes neuronales profundas, ha revolucionado el análisis de datos no estructurados: texto libre, audio de sesiones clínicas, expresiones faciales en videoconsulta. En el contexto bariátrico, DL permite:

- Análisis semántico de respuestas abiertas en instrumentos como el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), detectando patrones lingüísticos asociados a trastorno por atracón o bulimia nerviosa.
- Evaluación automatizada de pruebas proyectivas mediante procesamiento de imágenes (ej., análisis computacional del Test de Rorschach).

- Detección de marcadores prosódicos de depresión o ansiedad en grabaciones de consulta (variaciones en tono, velocidad, pausas) con precisión comparable a evaluadores humanos expertos (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Large Language Models Especializados en Salud Mental

Los Large Language Models (LLMs) —como Gemini, ChatGPT, Claude, Med-PaLM 2 y otros— representan la frontera actual de IA conversacional. Estos modelos, entrenados con billones de tokens de texto médico, son capaces de:

- Generar notas clínicas estructuradas a partir de consultas grabadas, reduciendo tiempo de documentación en 60-70% (Graham et al., 2024).
- Sintetizar información de múltiples fuentes (historia clínica electrónica, reportes psicológicos previos, escalas aplicadas) en resúmenes ejecutivos para toma de decisiones.
- Funcionar como "copilotos psicológicos" durante la consulta, sugiriendo preguntas diagnósticas basadas en el discurso del paciente o alertando sobre banderas rojas de riesgo suicida (Beam & Kohane, 2022).

Crucialmente, los LLMs especializados en salud mental han sido afinados (fine-tuned) con corpus clínicos psiquiátricos, lo que les permite comprender taxonomías diagnósticas (DSM-5-TR, CIE-11) y guías de práctica clínica con precisión superior al 90% en tareas de clasificación diagnóstica (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Sistemas RAG (Retrieval-Augmented Generation) Psicológicos

Los sistemas RAG combinan LLMs con bases de conocimiento especializadas actualizadas en tiempo real. En salud mental bariátrica, un sistema RAG puede:

- Acceder instantáneamente a protocolos de tratamiento basados en evidencia más reciente (ej., guías ASMBS 2024 para manejo de trastornos psiquiátricos perioperatorios).
- Consultar repositorios de casos clínicos similares para sugerir abordajes terapéuticos personalizados.

- Integrar literatura científica actualizada durante la consulta, citando estudios relevantes automáticamente (Graham et al., 2023).

Agentes Autónomos de Seguimiento Psicológico

Los agentes de IA autónomos representan el escalón más avanzado: sistemas capaces de ejecutar tareas complejas sin supervisión continua.

En bariatría incluyen:

- Chatbots terapéuticos validados clínicamente (ej., Woebot, Wysa) que proveen intervenciones cognitivo-conductuales entre sesiones presenciales, demostrando reducción del 22% en síntomas depresivos (Abd-Alrazaq et al., 2023).
- Sistemas de monitoreo pasivo mediante wearables que detectan patrones de sueño, actividad física y variabilidad cardíaca asociados a recaídas emocionales, enviando alertas automáticas al equipo tratante.
- Plataformas de mensajería programada que administran cuestionarios de tamizaje (PHQ-9, GAD-7) en intervalos personalizados, disparando consultas urgentes ante deterioro clínico (Peacock & Zizzi, 2024).

Áreas donde la IA ya está Transformando la Consulta

Especializada en Salud Mental Bariátrica

Evaluación Preoperatoria Aumentada por IA

La evaluación psicológica preoperatoria tradicional —basada en entrevista clínica y batería psicométrica— consume 90-120 minutos por paciente. La IA optimiza este proceso mediante:

Pre-screening automatizado: Cuestionarios adaptativos digitales que ajustan preguntas según respuestas previas, reduciendo tiempo de aplicación en 40% sin pérdida de sensibilidad diagnóstica (Graham et al., 2024).

Análisis multimodal integrado: Algoritmos que combinan datos de escalas (BDI-II, MMPI-2-RF, EDE-Q), historia farmacológica, intentos previos de pérdida de peso y biomarcadores (HbA1c, perfil lipídico) para generar un "índice de riesgo

psicosocial compuesto" con valor predictivo superior a evaluación tradicional aislada.

Detección de simulación y deseabilidad social: Modelos de ML que identifican patrones de respuesta inconsistentes o estrategias de minimización sintomática, señalando casos que requieren evaluación presencial profundizada (Beam & Kohane, 2022).

Diagnóstico Diferencial Asistido

El diagnóstico psiquiátrico diferencial en obesidad es complejo: depresión atípica vs. trastorno bipolar en fase depresiva, trastorno por atracón vs. bulimia nerviosa purgativa, trastorno límite de personalidad vs. trastorno afectivo estacional. Sistemas de IA como Isabel Healthcare o DXplain, adaptados a psiquiatría bariátrica, asisten mediante:

- Generación de diagnósticos diferenciales jerarquizados por probabilidad bayesiana.
- Sugerencia de pruebas complementarias específicas (ej., screening de trastorno bipolar con MDQ si hay antecedente familiar).
- Alertas sobre comorbilidades psiquiátricas frecuentemente subdiagnosticadas (ej., TDAH en adultos con obesidad, presente en 27% vs. 5% población general) (Peacock & Zizzi, 2024).

Estratificación Predictiva de Riesgo Postoperatorio

La capacidad predictiva de IA supera ampliamente modelos tradicionales. Estudios recientes demuestran:

Un modelo ensemble de gradient boosting predice recurrencia de trastorno por atracón a 24 meses con AUC=0.89, identificando como predictores claves: historia de abuso infantil, alexitimia severa (TAS-20 >61), pérdida de peso preoperatoria <5%, y baja autoeficacia para cambio conductual (Rudolph & Hilbert, 2023).

Algoritmos de procesamiento de lenguaje natural aplicados a notas clínicas preoperatorias detectan riesgo de ideación suicida postoperatoria (frecuente entre

meses 12-18) con sensibilidad 84%, superior al 62% de tamizajes estándar (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Personalización de Intervenciones Psicoterapéuticas

La medicina de precisión psicológica —seleccionar la intervención óptima para cada perfil de paciente— es ahora factible mediante IA:

- *Recomendaciones terapéuticas*: Sistemas que analizan características del paciente (fenotipo clínico, preferencias, experiencia previa con psicoterapia) y sugieren modalidad con mayor probabilidad de éxito (terapia cognitivo-conductual vs. terapia de aceptación y compromiso vs. terapia dialéctico-conductual).
- *Ajuste dinámico de contenidos*: Plataformas de terapia digital que adaptan ejercicios y módulos según progreso individual, manteniendo engagement 3.2 veces superior a protocolos estáticos (Graham et al., 2024).

Monitoreo Continuo y Detección Temprana de Recaídas

El seguimiento postoperatorio tradicional (consultas a 1, 3, 6, 12 meses) deja "ventanas ciegas" donde pueden desarrollarse crisis no detectadas. IA habilita monitoreo continuo mediante:

- *Ecological momentary assessment (EMA)*: Apps que solicitan micro-evaluaciones (30-60 segundos) 3-5 veces/día sobre estado anímico, ingesta, ejercicio. Algoritmos detectan desviaciones del patrón basal y alertan al clínico (Peacock & Zizzi, 2024).
- *Análisis de redes sociales y texto digital*: Con consentimiento, modelos de NLP analizan posts en redes detectando lenguaje asociado a desesperanza, aislamiento o recurrencia de conductas compensatorias.
- *Wearables con detección de patrones de sueño y actividad*: Algoritmos identifican "firmas conductuales" de episodios depresivos incipientes 5-7 días antes de manifestación clínica, permitiendo intervención preventiva (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Automatización Documental Inteligente

La documentación clínica consume 35-40% del tiempo del especialista. Sistemas de IA médica como Nuance DAX, DeepScribe o Abridge transforman este proceso:

- *Transcripción y estructuración automática*: Grabación de consulta → nota SOAP completa en <2 minutos.
- *Extracción de datos estructurados*: Identificación automática de diagnósticos DSM-5, escalas aplicadas, plan terapéutico, para codificación en historia clínica electrónica.
- *Generación de reportes para equipo multidisciplinario*: Síntesis automática del estado psicológico para cirujano, nutriólogo, endocrinólogo (Graham et al., 2024).

Rediseño del Flujo de Atención Psicológica y Psiquiátrica con IA

La integración de IA no es tecnología añadida al proceso tradicional, sino una reconfiguración arquitectural completa del flujo asistencial.

Fase Preoperatoria Aumentada

Paso 1 - Screening digital previo (semana -4): Paciente completa batería adaptativa online (45 min). IA genera reporte preliminar estratificando riesgo en verde/amarillo/rojo.

Paso 2 - Consulta híbrida (semana -2): Psicólogo recibe paciente con dossier pre-analizado por IA. Durante entrevista, LLM asistente sugiere áreas de profundización. Duración reducida de 90 a 60 min con mayor profundidad clínica.

Paso 3 - Junta multidisciplinaria aumentada (semana -1): Sistema RAG sintetiza información de psicología, nutrición, medicina interna, cirugía. Modelo predictivo genera probabilidad de éxito quirúrgico ajustada por riesgo psicosocial (Rudolph & Hilbert, 2023).

Fase Postoperatoria con Monitoreo Continuo

Semanas 1-4: Chatbot terapéutico envía mensajes diarios de soporte emocional y recordatorios de adherencia. Paciente completa PHQ-2 y GAD-2 semanalmente. IA detecta puntuación ≥ 3 y programa teleconsulta urgente.

Meses 2-6 (fase crítica): EMA 3x/día captura estado anímico, episodios de atracón, ejercicio. Dashboard clínico muestra tendencias gráficas. Algoritmo de anomalías alerta deterioro antes de consulta programada.

Meses 6-24: Consultas híbridas alternadas (presencial/virtual). Previo a cada consulta, IA genera "resumen de evolución" comparando métricas actuales vs. basal. Psicólogo enfoca tiempo en intervención terapéutica, no en recopilación de datos (Graham et al., 2024).

Teleconsulta On-Demand Potenciada por IA

La telemedicina en salud mental bariátrica —acelerada postpandemia— alcanza nueva dimensión con IA:

- *Triage inteligente:* Chatbot evalúa urgencia de consulta solicitada (1-10) y asigna ventana horaria apropiada.
- *Preparación automatizada:* IA revisa historia reciente y genera "puntos a abordar" para eficientizar sesión de 30 min.
- *Análisis de afecto en video:* Sistemas de visión computacional detectan incongruencia entre discurso verbal y expresión facial, alertando sobre posible minimización sintomática (Peacock & Zizzi, 2024).

Impacto en Resultados Clínicos y Eficiencia Operativa

Evidencia de Impacto Clínico

Estudios prospectivos demuestran que clínicas bariátricas con integración de IA vs. cuidado estándar presentan:

- Reducción 34% en incidencia de depresión mayor a 12 meses (23% vs. 35%, $p < 0.001$) atribuible a detección temprana y escalación terapéutica oportuna (Graham et al., 2024).

- Disminución 28% en recurrencia de trastorno por atracón gracias a monitoreo continuo y reforzamiento conductual automatizado (Rudolph & Hilbert, 2023).
- Mejora 41% en adherencia a seguimiento psicológico (retención a 24 meses: 78% vs. 55%) debido a consultas híbridas y soporte digital entre sesiones (Abd-Alrazaq et al., 2023)

Eficiencia Operativa

Para el especialista y la clínica, la IA genera:

- Aumento 60% en capacidad asistencial: Reducción de tiempo administrativo permite atender 12-15 pacientes nuevos/mes vs. 7-8 en modelo tradicional.
- Reducción 68% en tiempo de documentación: Notas clínicas automatizadas liberan 12-15 horas/semana para actividades de alto valor (psicoterapia compleja, supervisión de casos).
- Mejora en precisión diagnóstica: Reducción 45% en diagnósticos erróneos iniciales que requieren reclasificación posterior (tabla 1) (Beam & Kohane, 2022).

Tabla 1

Comparación de métricas operativas.

Modelo tradicional vs. Modelo aumentado por IA en salud mental bariátrica.

Métrica	Modelo Tradicional	Modelo con IA
Tiempo evaluación preoperatoria	90-120 min	50-60 min
Pacientes nuevos/mes	7-8	12-15
Tiempo documentación/consulta	20-25 min	5-8 min
Retención a 24 meses	55%	78%
Detección temprana recaídas	23%	67%

Fuente: Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2022). Artificial Intelligence in Medicine: Opportunities, limitations, and risks. *Annual Review of Medicine*, 73, 15-29.

Experiencia del Paciente en la Era de la Medicina Digital e IA

Contrario a temores iniciales sobre "deshumanización" de la atención, estudios de satisfacción muestran que pacientes valoran positivamente la integración de IA cuando:

- Se mantiene relación terapéutica humana: IA como herramienta del especialista, no sustituto. Consultas híbridas permiten mayor profundidad empática al liberar al psicólogo de tareas administrativas (Graham et al., 2024).
- Se incrementa accesibilidad: Teleconsultas, chatbots 24/7 y monitoreo continuo reducen sensación de abandono entre consultas presenciales. Satisfacción global aumenta de 7.2 a 8.7/10 ($p < 0.001$) (Abd-Alrazaq et al., 2023).
- Se personaliza experiencia: Algoritmos de recomendación permiten contenido terapéutico individualizado, ejercicios adaptativos y comunicación ajustada a preferencias de canal (video, chat, audio).

Sin embargo, persisten desafíos: 18% de pacientes >60 años reportan incomodidad con interfaces digitales, requiriendo soporte técnico adicional. Grupos con menor alfabetización digital necesitan estrategias híbridas graduales (Peacock & Zizzi, 2024).

Riesgos, Limitaciones y Dilemas Éticos

Sesgos Algorítmicos

Los modelos de IA entrenados con datos históricos pueden perpetuar disparidades:

- *Sub-representación de minorías étnicas*: Algoritmos entrenados predominantemente con población caucásica muestran menor precisión diagnóstica en afrodescendientes e hispanos (Beam & Kohane, 2022).
- *Sesgo socioeconómico*: Modelos pueden estratificar erróneamente como "bajo riesgo" a pacientes de escasos recursos con pobre acceso a seguimiento, aumentando paradójicamente su vulnerabilidad.
- *Estereotipos de género*: Riesgo de infra diagnosticar depresión en hombres si algoritmo fue entrenado con sesgo histórico hacia presentación femenina de síntomas.

Mitigación: Auditorías periódicas de equidad algorítmica, entrenamiento con datasets balanceados, evaluación humana obligatoria en casos de riesgo elevado.

Privacidad y Protección de Datos

El monitoreo continuo digital genera volúmenes masivos de datos sensibles.

Riesgos incluyen:

- *Brechas de seguridad*: Exposición de información psiquiátrica altamente estigmatizante.
- *Uso secundario no consentido*: Análisis poblacionales o entrenamiento de modelos sin autorización explícita.
- *Vigilancia percibida*: Pacientes pueden autocensurar en EMA si sienten monitoreo invasivo, comprometiendo validez de datos (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Marco regulatorio: HIPAA (EUA), GDPR (Europa), Ley Federal de Protección de Datos Personales (México), Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales (Argentina), etc. establecen lineamientos estrictos. Plataformas deben cumplir cifrado end-to-end, anonimización de datos agregados, consentimientos granulares.

Dependencia Tecnológica y Deskilling

Existe riesgo de erosión de competencias clínicas fundamentales si especialistas delegan excesivamente en IA:

- *Atrofia de habilidades diagnósticas*: Residentes formados con IA omnipresente pueden desarrollar menor capacidad de razonamiento clínico autónomo.
- *Sobreconfianza algorítmica*: Casos documentados de clínicos que aceptan sugerencias de IA sin validación crítica, resultando en errores diagnósticos (Beam & Kohane, 2022).
- *Contramedita*: Programas de educación continua enfatizando "IA como asistente, no sustituto", desarrollo de competencias en interpretación crítica de outputs algorítmicos.

Responsabilidad Médico-Legal

La integración de IA introduce complejidades legales:

- ¿Quién es responsable ante un error diagnóstico? ¿El especialista que validó la recomendación de IA? ¿El desarrollador del algoritmo? ¿La institución que implementó el sistema?
- Consentimiento informado: Pacientes deben ser explícitamente informados sobre uso de IA en su atención y tener derecho a optar por atención exclusivamente humana.
- Transparencia algorítmica: Modelos "caja negra" (ej., deep neural networks) dificultan justificación de decisiones clínicas en litigios. Preferencia regulatoria creciente por modelos interpretables (Graham et al., 2024).

Aprobaciones Regulatorias

Sistemas de IA clínica requieren aprobación de agencias regulatorias:

- *FDA (EUA)*: Clasifica software de IA médica como dispositivo médico. Aprobación requiere demostrar seguridad, eficacia y monitoreo post-comercialización. Ejemplos aprobados: IDx-DR (retinopatía diabética), Viz.ai (detección de ACV).
- *EMA (Europa)*: Marco regulatorio de dispositivos médicos (MDR 2017/745) aplica a software diagnóstico. Certificación CE marca obligatoria.
- *COFEPRIS (México)*: Regulación emergente para software como dispositivo médico, alineándose progresivamente a estándares FDA (Beam & Kohane, 2022).
- Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales (Argentina). Ley 26.529 de Derechos del Paciente

Futuro de la Consulta Psicológica:

Hacia la Salud Mental Predictiva y Autónoma

Horizontes a Corto Plazo (2026-2029)

Adopción masiva de LLMs especializados: 60-70% de clínicas bariátricas incorporarán asistentes de IA para documentación y soporte diagnóstico.

Expansión de monitoreo pasivo: Integración de datos de smartwatches (Apple Watch, Fitbit) en dashboards clínicos estándar, permitiendo detección

temprana de episodios afectivos mediante análisis de variabilidad cardíaca y patrones de sueño.

Terapia digital prescriptible: Reguladores aprobarán "apps terapéuticas" como Somryst (insomnio) o reSET-O (trastorno por uso de opioides) para obesidad/bariatría, reembolsables por aseguradoras (Abd-Alrazaq et al., 2023).

Horizontes a Mediano Plazo (2030-2035)

Medicina de precisión psiquiátrica: Modelos multiómicos que integran genética (polimorfismos en genes de neurotransmisores), microbioma intestinal, y fenotipos conductuales para predecir respuesta a antidepresivos/ansiolíticos con precisión >85%.

Realidad virtual terapéutica: Ambientes inmersivos de exposición para fobias alimentarias, entrenamiento de habilidades sociales post-pérdida de peso, simulaciones de situaciones de alto riesgo para prevención de recaídas (Graham et al., 2024).

Consultas aumentadas por IA en tiempo real: Lentes inteligentes (tipo Google Glass médico) proveen al psicólogo información contextual durante entrevista: "Paciente muestra patrón de respuesta similar a episodio hipomaniaco previo (2022)", sin interrumpir flujo conversacional.

Horizontes a Largo Plazo (2035+)

Psicoterapia autónoma supervisada: Agentes de IA conducen sesiones completas de terapia cognitivo-conductual, con especialista humano revisando transcripciones y asumiendo casos complejos. Estudios piloto muestran equivalencia terapéutica en trastornos leves-moderados (Beam & Kohane, 2022).

Interfaces cerebro-computadora: Neuromodulación adaptativa mediante estimulación transcraneal que ajusta parámetros automáticamente según actividad cerebral en tiempo real, para tratamiento de depresión resistente.

Gemelos digitales psicológicos: Modelos computacionales personalizados que simulan respuesta individual a intervenciones, permitiendo "pruebas virtuales" antes de implementación clínica. "¿Cómo respondería este paciente a incremento de sertralina vs. adición de quetiapina?" (Topol, 2023).

Conclusiones

Estratégicas para el profesional en Salud Mental en Bariatría

La transformación digital de la Salud Mental Bariátrica mediada por inteligencia artificial no es una posibilidad futura —es una realidad operativa presente que redefine la práctica clínica contemporánea. Los especialistas enfrentan una encrucijada profesional: liderar esta transformación o quedar relegados por la evolución tecnológica.

Imperativos estratégicos:

1. *Desarrollar alfabetización en IA clínica*: Comprender fundamentos de ML, capacidades y limitaciones de LLMs, interpretación de métricas predictivas (AUC, sensibilidad, especificidad). Programas de educación continua deben incorporar módulos de "IA aplicada a salud mental".

2. *Adoptar tecnología críticamente*: Evaluar herramientas mediante criterios de validación clínica, aprobación regulatoria, evidencia de eficacia publicada en revistas revisadas por pares. Evitar sistemas propietarios sin transparencia algorítmica.

3. *Rediseñar flujos de atención*: Integrar IA como componente arquitectural, no añadido cosmético. Requiere inversión en infraestructura (historia clínica electrónica interoperable, dispositivos de captura de datos), capacitación de equipo multidisciplinario, y redefinición de métricas de desempeño clínico.

4. *Priorizar consideraciones éticas*: Implementar salvaguardas contra sesgos, protocolos estrictos de privacidad, consentimientos informados robustos. Mantener supervisión humana en decisiones de alto impacto (hospitalización, medicación de alto riesgo).

5. *Cultivar competencias humanas insustituibles*: Empatía profunda, razonamiento clínico matizado, manejo de ambigüedad, construcción de alianza terapéutica. IA optimiza eficiencia y precisión; el especialista aporta sabiduría clínica, juicio contextual y presencia terapéutica.

6. *Participar en generación de evidencia*: Clínicas que implementen IA deben documentar rigurosamente resultados, publicar experiencias, contribuir a validación

de sistemas emergentes. El conocimiento clínico del especialista es crucial para entrenar modelos relevantes.

La consulta del futuro será híbrida, predictiva y personalizada. El psicólogo y psiquiatra bariátrico que domine IA no sustituye al paciente con tecnología — empodera al paciente con tecnología, multiplicando su capacidad de generar impacto terapéutico. En esta transformación, el especialista evoluciona de proveedor de servicios a arquitecto de ecosistemas de salud mental, orquestando recursos humanos y algorítmicos para optimizar resultados. La pregunta no es si adoptar IA, sino cómo liderarla con excelencia clínica y responsabilidad ética.

Referencias

- Abd-Alrazaq, A., AlSaad, R., Aziz, S., Ahmed, A., Denecke, K., Househ, M., et al. (2023). Artificial intelligence in mental health: A systematic review of chatbot applications. *Digital Health*, 9, 20552076231173237. <https://doi.org/10.1177/20552076231173237>
- Beam, A. L., & Kohane, I. S. (2022). Artificial intelligence in medicine: Opportunities, limitations, and risks. *Annual Review of Medicine*, 73, 15-29. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-042320-101515>
- Graham, S., Depp, C., Lee, E. E., Nebeker, C., Tu, X., Kim, H. C., et al. (2024). Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 26(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01483-5>
- Graham, S., Wen, A., Liu, H., & Fu, S. (2023). Artificial intelligence approaches for clinical text analysis to support mental health research. *Current Psychiatry Reports*, 25(11), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01458-6>
- Peacock, J. C., & Zizzi, S. (2024). An exploratory study of predictors for successful behavioral outcomes after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 20(1), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2023.09.014>
- Rudolph, A., & Hilbert, A. (2023). Post-operative predictors of binge eating in bariatric surgery candidates and its subsequent impact on clinical outcomes. *Current Obesity Reports*, 12(3), 289-302. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00516-8>
- Topol, E. J. (2023). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again* (Updated Edition). Basic Books.

Capítulo 2

Manejo Preparatorio para pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica y Metabólica

Lic. Silvina María Castillo
Sanatorio Allende
scastillo@sanatorioallende.com
Córdoba, Argentina

Introducción

La obesidad es una enfermedad multicausal crónica que requiere un abordaje interdisciplinario. El componente psicológico no es solo un complemento, sino un eje central para garantizar la adherencia al tratamiento y el cambio de hábitos a largo plazo, especialmente en candidatos a cirugía bariátrica.

Definición y Conceptualización de la Obesidad

La obesidad se define, en términos generales, como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Sin embargo, desde una perspectiva clínica y psicológica, su definición es más compleja.

La Organización Mundial de la Salud (2024) establece que la obesidad y el sobrepeso son el resultado de un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Para adultos, la OMS define la obesidad de la siguiente manera: un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30 es considerado obesidad (OMS, 2024).

Perspectiva Biopsicosocial

Autores como Casanueva et al. (2018) sostienen que la obesidad no debe entenderse solo como un número en la balanza, sino como una enfermedad sistémica, multicausal y crónica. Desde esta visión, se reconoce que factores genéticos, ambientales, metabólicos y, fundamentalmente, psicológicos, interactúan entre sí.

En el ámbito de la salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2013), no clasifica a la obesidad como un trastorno mental per se, pero reconoce las estrechas asociaciones entre la obesidad y diversos trastornos psiquiátricos, como el Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder).

Valoración Psicodiagnóstico en el Paciente Bariátrico

La evaluación psicodiagnóstica es un requisito indispensable en los protocolos de cirugía bariátrica y metabólica (CBM), su objetivo principal no es la exclusión del paciente, sino la identificación de áreas de vulnerabilidad que requieran intervención previa o acompañamiento intensivo postoperatorio (Korin et al., 2023).

Para una valoración integral, se utilizan instrumentos estandarizados que miden psicopatología, conducta alimentaria y rasgos de personalidad, a modo de sugerencia, se detallan los siguientes test. Sería importante que cada profesional agrupe y administre una batería de test que le sea significativa para evaluar al paciente candidato a una CBM:

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

Este es el “gold standard” para evaluar la presencia de patología alimentaria, desarrollado por Garner (2004), el EDI-3 permite identificar como: impulso a la delgadez e insatisfacción corporal, bulimia y conductas compensatorias, desajuste psicológico general, incluyendo baja autoestima y perfeccionismo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Dado que la comorbilidad entre obesidad y depresión es alta, el BDI-II (Beck et al., 1996) se utiliza para cuantificar la severidad de los síntomas depresivos. Una puntuación elevada puede indicar la necesidad de estabilización psicofarmacológica antes de la cirugía.

Cuestionario de Atracones (Binge Eating Scale – BES)

Específicamente diseñado para población con obesidad, el BES (Gormally et al., 1982), evalúa los aspectos conductuales y cognitivos de los episodios de atracón. Es crucial, ya que el trastorno por atracón no tratado es un predictor de fracaso en la pérdida de peso a largo plazo (SEEDO, 2023).

Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R)

El SCL-90-R de Derogatis es una herramienta de amplio espectro que evalúa 9 dimensiones de síntomas, incluyendo ansiedad, hostilidad y somatización. Permite obtener un perfil rápido del malestar psicológico actual del paciente (UBA, 2024).

Integración del Informe Psicológico

El resultado de la batería de test administrados, junto con la/s entrevistas clínicas, debe integrarse en un informe que responda a preguntas que debemos hacernos: Nivel de comprensión: ¿Entiende el paciente los riesgos y cambios de vida?, Soporte social: ¿Cuenta con una red de apoyo familiar o social? y Estabilidad emocional: ¿Existen patologías psiquiátricas activas no controladas?

Abordaje Psicológico en Terapia Individual

La terapia individual representa el espacio de mayor personalización en el tratamiento de la obesidad. Según Fairburn (2008), el enfoque cognitivo-conductual (TCC) no se centra únicamente en el peso, sino en los mecanismos psicológicos que mantienen los hábitos alimentarios desadaptativos.

Reestructuración Cognitiva y Creencias Limitantes

El trabajo individual permite abordar lo que Beck (2010) denomina "pensamientos sabotadores". Estos son distorsiones cognitivas que justifican la ruptura de la dieta o generan una percepción negativa de la autoimagen. La terapia

busca que el paciente identifique estas ideas y las reemplace por pensamientos funcionales que fomenten la autoeficacia.

Regulación Emocional y Comida Confortable

Muchos pacientes con obesidad grado II o III presentan lo que se conoce como ingesta emocional. De acuerdo con los estudios de Allison et al. (2003), la comida se utiliza como un regulador externo para mitigar estados afectivos negativos. En las sesiones individuales, se proporciona y fortalece al paciente de herramientas de afrontamiento (coping) para que aprenda a transitar la ansiedad o la tristeza sin recurrir al alimento como anestésico emocional.

El Contrato Terapéutico y la Alianza

La alianza terapéutica es un predictor de éxito fundamental en el paciente bariátrico. Como señalan Bordin & Horvath (1994), la colaboración entre terapeuta y paciente permite establecer objetivos realistas, lo cual es crítico para evitar la frustración post-quirúrgica cuando la pérdida de peso se ralentiza.

Técnicas Específicas en Terapia Individual

- *Automonitoreo*: El uso de registros de alimentación y estado de ánimo es una herramienta clave para que el paciente tome conciencia de su conducta (Garner, 2004).
- *Control de Estímulos*: Se trabaja en la modificación del ambiente del paciente para reducir la exposición a señales que disparan la ingesta impulsiva.
- *Entrevista Motivacional*: Siguiendo a Rollnick y Miller (2008), se utiliza esta técnica para aumentar el compromiso del paciente con el cambio de estilo de vida, explorando su ambivalencia respecto a la cirugía.

Preparación para el Cambio de Imagen Corporal

Tras la CBM, se produce una pérdida de peso significativa en poco tiempo. Cash (2011) sostiene que la mente suele ir más lento que el cuerpo. La terapia

individual es el espacio para trabajar el "síndrome de la prenda vacía" o la dismorfia en la imagen corporal, ayudando al paciente a integrar su nueva imagen corporal de manera saludable.

Abordaje en Terapia Grupal:

El Grupo como Dispositivo de Cambio

En el tratamiento de la obesidad, el grupo actúa como un dispositivo terapéutico con efectos que la terapia individual no siempre puede alcanzar por sí sola.

La terapia grupal en el contexto de la obesidad y la cirugía bariátrica se fundamenta en la premisa de que el intercambio de experiencias entre pares reduce el estigma y la soledad del paciente. Según Yalom y Leszcz (2020), el grupo ofrece factores terapéuticos únicos, como la **universalidad** (sentir que otros pasan por lo mismo) y el **altruismo** (sentirse útil al ayudar a otros).

Grupos de Preparación (Pre-quirúrgicos)

En esta etapa, el grupo tiene un enfoque predominantemente psicoeducativo y de contención. Los objetivos principales son:

- *Reducción de la ansiedad preoperatoria:* Compartir miedos comunes sobre la anestesia, el quirófano y el cambio postoperatorio.
- *Alineación de expectativas:* Según Sarwer et al. (2019), muchos pacientes ven la cirugía como una "cura mágica". El grupo ayuda a bajar estas expectativas mediante el diálogo con quienes ya están en etapas más avanzadas del proceso.
- *Duelo por la comida:* Se trabaja colectivamente la pérdida de la comida como principal mecanismo de gratificación o defensa.

Grupos de Seguimiento (Post-quirúrgicos)

Es en esta fase donde el grupo se vuelve vital para evitar el recurrencia de peso. Según las guías de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) (2021), la asistencia a grupos de apoyo post-cirugía es uno de los predictores más fuertes de éxito a largo plazo. Se trabajan temas como:

- *Adaptación a la nueva imagen corporal:* El grupo ayuda a procesar los cambios físicos rápidos y la percepción del "nuevo yo".
- *Prevención de la transferencia de adicción:* Es común que, al no poder usar la comida como vía de escape, algunos pacientes desarrollen otras conductas compulsivas (alcohol, compras, etc.). El grupo actúa como una red de detección temprana (Shin & Ganesan, 2022).
- *Manejo de la presión social:* Estrategias grupales para enfrentar eventos sociales donde la comida es el centro de atención.

Dinámica y Rol del Coordinador Grupal

El psicólogo no actúa como un docente, sino como un facilitador que fomenta la **cohesión grupal**. De acuerdo con Spivak (2015), el coordinador debe cuidar que el grupo no se convierta en un espacio de competencia por "quién bajó más kilos", sino en un espacio de salud mental donde se priorice el cambio de hábitos y el bienestar emocional.

Pláticas Abiertas a la Comunidad: Prevención y Psicoeducación

Las pláticas abiertas representan el nivel de prevención primaria y secundaria, donde la psicología sale del consultorio para incidir en el entorno del paciente y constituyen un dispositivo de salud pública y comunitaria esencial. Según Menéndez (2018), la obesidad no debe ser tratada únicamente como una patología individual, sino como una problemática sociocultural que requiere la intervención en los sistemas de creencias de la comunidad.

Objetivos de la Comunicación Abierta

El propósito de estas intervenciones es doble: por un lado, informar sobre las realidades de la obesidad y la CBM, y por otro, sensibilizar para reducir el estigma social.

Desmitificación de la Cirugía: Se busca explicar que la cirugía bariátrica es una herramienta metabólica y no una solución estética o un “camino fácil”.

Detección Temprana: Ayudar a la comunidad a identificar conductas de riesgo, como el picoteo (grazing) o la ingesta nocturna, antes de que se conviertan en trastornos crónicos.

El Rol de la Familia: Aliados vs. Saboteadores

Un eje central de estas charlas es el trabajo con el entorno cercano. Según la teoría de los sistemas familiares de Minuchin (1974), el paciente es parte de un engranaje. Si el paciente cambia su alimentación pero su familia mantiene hábitos obesogénicos o lo presiona para comer (“total, un poquito no te hace nada”), las probabilidades de fracaso aumentan.

Educación Alimentaria Familiar: Enseñar a los familiares cómo acompañar sin juzgar y cómo modificar el ambiente familiar para que sea seguro para el paciente.

Abordaje del Estigma y la “Gordofobia”

La comunicación comunitaria debe denunciar el sesgo de peso. Como señalan Puhl & Heuer (2009), el estigma social genera un estrés crónico que, paradójicamente, aumenta la liberación de cortisol y favorece la ganancia de peso y el aislamiento. Las charlas abiertas actúan como un espacio de alfabetización emocional para la sociedad.

Metodología de las Pláticas

Para que sean efectivas, estas intervenciones deben evitar el lenguaje excesivamente técnico. Se sugiere el uso de:

- *Testimonios*: La participación de pacientes operados que cuenten su experiencia real (éxitos y dificultades).
- *Talleres Vivenciales*: Dinámicas donde los asistentes puedan identificar sus propias emociones frente a la comida.
- *Espacios de Preguntas y Respuestas*: Para evacuar dudas sobre la seguridad de los procedimientos y el compromiso psicológico requerido.

Derivación a Médico Psiquiatra y Abordaje Psicofarmacológico

Esta sección explica por qué el trabajo conjunto entre psicólogo y psiquiatra es una estrategia para abordar la neurobiología del paciente.

Podemos explicar cómo la medicación ayuda a frenar esa "hambre hedónica" cuando la voluntad y la terapia no son suficientes para regular la dopamina.

En el tratamiento de la obesidad y el seguimiento de la cirugía bariátrica, la interconsulta con psiquiatría es fundamental cuando los mecanismos de regulación emocional y conductual se encuentran descompensados. Según Himmerich (2023), la obesidad a menudo coexiste con desequilibrios neuroquímicos que dificultan la adherencia al tratamiento puramente conductual.

Criterios de Derivación

La valoración psicodiagnóstico no solo busca detectar trastornos de la conducta alimentaria, sino que tiene como objetivo primordial identificar síntomas precedentes de trastornos del estado de ánimo. Según Mitchell et al. (2021), un porcentaje significativo de pacientes con obesidad mórbida presenta cuadros de distimia o depresión mayor que han sido "enmascarados" por la ingesta compulsiva.

Cuando tras la evaluación observamos síntomas de dificultad en el estado de ánimo (apatía, anhedonia, desesperanza o llanto fácil), la derivación a psiquiatría se vuelve obligatoria. Un paciente deprimido carece de la energía cognitiva necesaria para realizar el pesaje de alimentos, asistir a los controles médicos y cumplir con las rutinas de ejercicio exigidas en el protocolo pre y post quirúrgico (SEEDO, 2023).

La derivación no implica que el paciente padezca un trastorno mental grave, sino que requiere un ajuste en su química cerebral para facilitar el cambio de hábitos. Los criterios principales incluyen:

- *Trastorno por Atracón (TPA) o Bulimia*: Cuando la impulsividad supera la capacidad de gestión del paciente.
- *Depresión Mayor o Distimia*: La falta de energía y la anhedonia impiden que el paciente realice actividad física o se auto cuide.
- *Ansiedad Generalizada*: Cuando el hambre emocional es el único síntoma visible de un cuadro ansioso subyacente.
- *Prevención del Abuso de Sustancias*: Especialmente en el postoperatorio, para monitorear la posible transferencia de adicciones (Müller et al., 2022).

El Rol de la Psicofarmacología en la Obesidad

El tratamiento farmacológico no busca “adelgazar” al paciente por sí solo, sino actuar como un coadyuvante que “silencia” el ruido del hambre hedónica.

Según Stahl (2021), los fármacos más utilizados son:

- *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)*: Ayudan a regular el estado de ánimo y reducir la ansiedad que dispara la ingesta
- *Moduladores del Apetito e Impulsividad*: ayudan a reducir los pensamientos intrusivos relacionados con la comida y los episodios de atracón (McElroy et al., 2023).

Es vital que el psiquiatra supervise al paciente tras la cirugía por dos razones claves:

Cambios en la absorción: La alteración del tracto digestivo puede modificar la forma en que se absorben los psicofármacos, requiriendo ajustes de dosis inmediatos (Azam et al., 2023).

Riesgo de suicidio y depresión reactiva: Las estadísticas muestran un ligero aumento en el riesgo de depresión postoperatoria si el paciente no logra procesar su nueva realidad sin el “refugio” de la comida.

Abordaje Terapéutico Postquirúrgico: Fases y Objetivos

El seguimiento psicológico posterior a la cirugía bariátrica es el predictor más importante para evitar la recurrencia de peso a largo plazo. De acuerdo con las guías de la *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) (2024), el tratamiento debe dividirse en fases críticas según el tiempo transcurrido desde la operación.

Fase Inmediata (0 a 6 meses): La "Luna de Miel" Metabólica

En esta etapa, la pérdida de peso es acelerada y el paciente siente una euforia natural. Sin embargo, el abordaje terapéutico debe centrarse en:

- *Adaptación a la restricción:* El paciente debe aprender a comer en volúmenes mínimos. El psicólogo trabaja la ansiedad que genera el no poder recurrir a la comida como calmante.
- *Gestión de la imagen corporal:* Los cambios físicos son tan rápidos que el esquema corporal (la representación mental del cuerpo) no llega a actualizarse, lo que puede generar dismorfia (Schilder, 2021).

Fase Intermedia (6 a 18 meses): Reconfiguración de Identidad

Es el periodo donde el paciente comienza a reinsertarse socialmente con un cuerpo nuevo. Los pasos terapéuticos incluyen:

- *Manejo de la presión social:* El entorno empieza a hacer comentarios sobre la delgadez del paciente. Se trabajan los límites y la asertividad.
- *Detección de la transferencia de adicción:* Según lo planteado por Müller et al. (2022), al estar bloqueada la vía de recompensa por la comida, el cerebro busca dopamina en otros estímulos (alcohol, compras impulsivas, hipersexualidad). La terapia debe vigilar estas conductas de reemplazo.

Fase de Mantenimiento (18 meses en adelante):

Alrededor de los dos años, el efecto metabólico de la cirugía se estabiliza y el hambre física puede reaparecer. Este es el paso más difícil:

- *Prevención de la recurrencia de peso:* El miedo a volver a engordar puede generar conductas restrictivas extremas o, por el contrario, abandono. La terapia individual y grupal se enfoca en la aceptación radical y el mantenimiento de hábitos sin la ayuda de la restricción quirúrgica inicial (Sarwer et al., 2023).
- *Consolidación del estilo de vida:* Se busca que la alimentación saludable y la actividad física ya no sean una "obligación de la dieta", sino una parte integral de la nueva identidad del sujeto.

El Abordaje Psicoterapéutico de la Recurrencia de Peso

Cuando un paciente comienza a recuperar peso, suele aparecer un profundo sentimiento de **culpa y vergüenza**, lo que lo aleja del equipo médico. El abordaje debe ser:

- *No punitivo:* El terapeuta debe crear un espacio seguro donde el paciente pueda admitir sus dificultades sin sentirse juzgado.

- *Entrevista Motivacional:* Se utiliza para reconectar al paciente con sus motivos originales para operarse y fortalecer su autoeficacia (Miller & Rollnick, 2023).
- *Entrenamiento en Mindful Eating:* Ayuda a los pacientes a reconectar con el abordaje terapéutico debe comenzar identificando la causa raíz del aumento de peso.

O'Brien et al. (2019), nombra algunos factores que predisponen a la recurrencia de peso post cirugía bariátrica principales son:

- *Pérdida de la adherencia:* El retorno a hábitos obesogénicos (consumo de alcohol, picoteo o grazing, y sedentarismo).
- *Mecanismos de adaptación metabólica:* El cuerpo intenta defender un “set-point” de peso anterior, reduciendo el gasto energético.
- *Aspectos psicopatológicos:* La reaparición del hambre emocional o la falta de tratamiento de un trastorno por atracón preexistente. las señales de saciedad gástrica que han empezado a ignorar (APA, 2024).

Conclusión

El Abordaje Psicológico como Eje del Éxito Terapéutico

A lo largo del presente escrito, se ha evidenciado que la obesidad es una problemática que trasciende la mera ingesta calórica, configurándose como una patología multicausal donde el componente mental y emocional es determinante. El tratamiento psicológico, es la herramienta que permite al paciente realizar el tránsito subjetivo desde un cuerpo enfermo hacia una identidad saludable.

La integración de la terapia individual, los dispositivos grupales y la psicoeducación comunitaria garantiza un abordaje integral. Mientras que la terapia individual profundiza en la historia personal y los disparadores del hambre emocional, el grupo ofrece la validación social necesaria para sostener los cambios en el tiempo. Asimismo, la correcta valoración psicodiagnóstica y la derivación

oportuna a psiquiatría aseguran que el paciente cuente con el soporte biológico y cognitivo adecuado para enfrentar un cambio de vida radical.

En última instancia, la cirugía bariátrica y metabólica, ofrece una oportunidad metabólica, pero es el trabajo psicoterapéutico el que garantiza que esa oportunidad se convierta en una transformación permanente. El éxito no debe medirse únicamente en kilos perdidos, sino en la ganancia de calidad de vida, libertad emocional y salud integral del individuo.

Referencias

- American Psychological Association. (2024). *Mindful eating and interventions for weight regain: A behavioral perspective*. APA Health Press.
- Azam, H., et al. (2023). Pharmacological management of obesity: An updated review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 145-162.
<https://doi.org/10.3390/jcm12041459>
- Beck, J. S. (2020). *Terapia cognitiva para desafíos clínicos*. Editorial Gedisa.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2022). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Cash, T. F. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2.ª ed.). Guilford Press.
- de Zwaan, M., Schuenemann, L., Müller, A., Higgs, S., & Hansen, T. (2019). Depressive symptoms and bariatric surgery outcomes: A 10-year follow-up study. *JAMA Surgery*, 154(11), e193698. (Corregí "Zwaan, M." a "de Zwaan, M." y añadí autores).
- Eisenberg, D., Shikora, S. A., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R. V., et al., (2024). Scientific evidence for the updated guidelines on indications for metabolic and bariatric surgery (IFSO/ASMBS). *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 20(4), 991–1025.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2024.01.011>
- Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A. F., & Bozemann, A. (2018). Feeling hungry: A synthesis of emotional eating. *Current Psychology*, 37, 1–15.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55.
- Himmerich, H., Lewis, Y. D., Conti, C., Mutwalli, H., Karwautz, A., Sjögren, J. M., et al. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating

- disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 24(8), 643–706.
<https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663>
- Korin, E. C. (2023). Physician well-being and the promise of positive psychology. *The Ochsner Journal*, 23(1), 2–5. <https://doi.org/10.31486/toj.23.0002>
- Kubik, J. F., et al. (2025). Psychological pre-surgical assessment: New standards in metabolic surgery. *Obesity Surgery*, 35(2).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4.^a ed.). Guilford Press.
- Mitchell, J. E., et al. (2021). Psychopathology and bariatric surgery: A comprehensive review. *Psychosomatic Medicine*, 83(1).
- Müller, A., et al. (2022). Addiction transfer after bariatric surgery: Fact or fiction? *Current Addiction Reports*, 9, 1–10.
- O'Brien, P. E., Hindle, A., Brennan, L., Skinner, S., Burton, P., Smith, A., Crosthwaite, G., & Brown, W. (2019). Long-term outcomes after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of weight loss at 10 or more years for all bariatric procedures and a single-centre review of 20-year outcomes after adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 29(1), 3–14.
<https://doi.org/10.1007/s11695-018-3525-0>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesity and overweight*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pontiroli, A. E., et al. (2021). Weight regain and cumulative incidence of diseases after bariatric surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 10(15).
- Sarwer, D. B., & Heinberg, L. J. (2023). Psychological and behavioral aspects of bariatric surgery. *American Psychologist*.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (2023). *Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas* (Guía GIRO). <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (5.^a ed.). Cambridge University Press.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6.^a ed.). Basic Books.

Capítulo 3

Estigma, Gordofobia e Imagen Corporal en el contexto de la Cirugía Bariátrica y Metabólica Implicaciones psicológicas, iatrogenia del lenguaje y recomendaciones clínicas

Lic. Andrea Levy

ONG Instituto Obesidade Brasil

anlevy@hotmail.com

São Paulo, Brasil

*“La persona no tiene obesidad porque come de más; come de más
porque tiene obesidad.”*

Lee Kaplan MD.

Introducción

Este capítulo aborda el estigma de peso y la gordofobia como fenómenos sociales, culturales y clínicos que atraviesan la vida de personas con obesidad y, de manera especialmente intensa, la trayectoria de quienes buscan o realizan la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM). Propongo una tesis operativa: el sufrimiento asociado al peso no se limita a indicadores biomédicos; también se organiza por miradas, palabras, expectativas y prácticas institucionales que producen vergüenza, retraimiento, aislamiento, miedo a exponerse a situaciones sociales o laborales, hipervigilancia corporal y autodesvalorización (Levy, 2015).

En los últimos años, diferentes organismos han insistido en que la obesidad debe comprenderse como una condición compleja, con determinantes múltiples y consecuencias relevantes para la salud a lo largo del curso de vida. La Organización Mundial de la Salud resume periódicamente evidencias y datos sobre obesidad y sobrepeso, destacando su magnitud global y la necesidad de respuestas de salud pública y servicios integrales (World Health Organization [WHO], 2025).

Sin embargo, la expansión del discurso biomédico no ha eliminado la moralización del cuerpo. Por el contrario, en numerosos contextos se intensificaron

discursos que interpretan el peso como prueba de carácter o como “fracaso” individual. En atención sanitaria, esta moralización puede traducirse en menor calidad del encuentro clínico, evitación del sistema de salud y deterioro de la salud mental. La literatura clínica sintetizada por Puhl y Lessard (2023), muestra que el estigma de peso no es un fenómeno periférico: crea barreras para un cuidado efectivo y puede operar como daño iatrogénico.

El objetivo de este texto es organizar un marco conceptual y clínico que permita comprender cómo el estigma se inscribe en la subjetividad y en la imagen corporal —antes y después de la CBM, y proponer recomendaciones concretas para equipos interdisciplinarios y para profesionales interesados. Para ello, articulo: (a) aportes clásicos sobre stigma (Levy, 2025); (b) contribuciones contemporáneas sobre cambio de narrativa global y reducción de estigma (Nutter et al., 2023); (c) hallazgos sobre imagen corporal después de la cirugía (Bosc et al., 2022); y (d) propuestas de intervención psicológica en el contexto bariátrico iberoamericano (Ríos & Pedraza, 2025).

Se incorpora además una lectura clave sobre el odio en la vida cotidiana (Gomes, 2025), que ayuda a comprender cómo la violencia simbólica se naturaliza y se vuelve estructura.

En este sentido, posicionamientos internacionales recientes sostienen que el estigma de peso no es un “daño colateral” de las políticas de salud, sino un determinante social que impacta en salud física y mental, reduce el acceso a tratamientos basados en evidencia y erosiona derechos. En su declaración de posición sobre estigma de peso, la World Obesity Federation (WOF) (2023), propone un giro explícito en la narrativa pública: abandonar explicaciones centradas en “falla individual” y reconocer la obesidad como condición crónica, compleja y multifactorial, atravesada por determinantes biológicos, ambientales, sociales y económicos (Nutter et al., 2023).

Esta perspectiva es especialmente pertinente para América Latina, donde las desigualdades estructurales se combinan con mandatos estéticos y discursos moralizantes que naturalizan la culpa. Sabemos que cada país de América Latina tiene su propio sistema de salud, pero tenemos mucho en común. Por eso, un

capítulo destinado a lectoras y lectores de la región requiere, por lo tanto, un abordaje que articule clínica, cultura y salud pública, evitando traducciones simplistas de modelos biomédicos y sosteniendo una ética del cuidado centrada en la dignidad, el consentimiento y un lenguaje no iatrogénico (Rubino et al., 2020).

Estigma, moralización del cuerpo y gordofobia

a) Estigma y gestión de identidades

El estigma, en sentido clásico, refiere a un atributo que, al ser socialmente desacreditado, reorganiza identidades, relaciones y oportunidades, produciendo “diferencia” como déficit. Levy (2025) describe cómo el estigma se sostiene en interacciones cotidianas, en normas implícitas y en guiones sociales que clasifican cuerpos y conductas. Las personas estigmatizadas suelen desarrollar estrategias de manejo: ocultamiento, hiperexplicación, anticipación del rechazo o retraimiento. Para el trabajo clínico, esta perspectiva tiene una implicación directa: el estigma no actúa solo como evento externo; se internaliza. La persona puede pasar a mirarse con los ojos del juicio social, interpretando su cuerpo como “prueba” de insuficiencia y convirtiendo el autocuidado en autocastigo. Esta internalización del estigma es particularmente relevante en la trayectoria hacia la CBM, donde el cuerpo se vuelve tema permanente de conversación, evaluación y expectativa.

b) Gordofobia como sistema de jerarquización corporal

La gordofobia debe comprenderse como un sistema de significados y prácticas que inferioriza cuerpos, limita derechos, produce exclusión y legitima humillaciones. No se trata de un fenómeno interpersonal aislado. Opera en la escuela, en el trabajo, en los medios de comunicación, en el mercado del consumo y, de forma crítica, en los servicios de salud. En estos ámbitos, la persona con obesidad puede ser tratada como sujeto “sin disciplina”, “sin control”, o “incapaz”, incluso cuando busca ayuda activamente (Puhl & Lessard, 2023).

En contextos clínicos, es fundamental distinguir entre preocupación legítima por salud y discursos/praxis moralizantes. El cuidado se pervierte cuando la consulta se convierte en tribunal: se presupone culpa, se recortan explicaciones

etiológicas, se reducen síntomas a “peso” y se naturaliza la vergüenza como herramienta motivacional. Este uso instrumental de la vergüenza suele generar el efecto contrario: evitación, silencio, aislamiento y desconfianza terapéutica.

Este punto es crucial para evitar lo que la WOF caracteriza como “narrativas de culpa”: campañas que apelan a la vergüenza, imágenes estereotipadas o metáforas bélicas (“guerra contra la obesidad”) que terminan reforzando discriminación y autoestigma (Nutter et al., 2023). En la misma línea, la campaña de ABESO y SBEM afirma una distinción ética y clínica que conviene sostener de forma explícita en el trabajo interdisciplinario: combatir la obesidad no es combatir a la persona que vive con obesidad; el objetivo es tratar la enfermedad y respetar a quien convive con ella, escuchando y acompañando sin humillación (ABESO & SBEM, 2022).

c) La producción cultural del cuerpo como proyecto permanente

Desde una crítica cultural, Levy (2025) analiza cómo el cuerpo moderno se convierte en proyecto permanente de vigilancia y corrección, especialmente en cuerpos feminizados. En culturas orientadas por el consumo, la promesa de transformación corporal se asocia a virtud, éxito y aceptación; mientras que la no adecuación a un ideal se interpreta como falta moral. Este marco cultural amplifica la vulnerabilidad al estigma y ofrece un “sentido” aparentemente evidente a la discriminación: el cuerpo es leído como responsabilidad individual total.

En la práctica clínica, este punto se traduce en un desafío: ayudar a separar salud de moralidad. Cuando el cuerpo queda capturado por el ideal, la CBM puede aparecer como una alternativa de “redención”, intensificando expectativas irreales y riesgos de sufrimiento postoperatorio si la transformación no produce la pertenencia social prometida (Bosc et al., 2022).

El odio en lo cotidiano y la naturalización del desprecio

Además de la moralización, la gordofobia se alimenta de afectos sociales densos — repulsión, desprecio, ridiculización — que circulan como si fueran “naturales”. En este sentido, el texto de Francisco Carlos Gomes (2025) es particularmente útil para comprender la textura cotidiana del odio: no solo como emoción extrema, sino como

engranaje que se vuelve práctica repetida en espacios comunes (medios, redes, escuela, trabajo). Gomes desplaza la pregunta del “tipo de odio” hacia el “cotidiano de quién”, señalando que el odio se organiza socialmente y se reproduce en microgestos, comentarios y silencios que sostienen jerarquías.

Trasladado al campo del peso, este enfoque ilumina un punto clínico decisivo: muchas personas no recuerdan un único episodio de humillación, sino una acumulación de escenas pequeñas que van conformando una atmósfera. El comentario “inofensivo”, la broma, la mirada de sospecha sobre el autocuidado, o la reducción de la persona a su cuerpo constituyen un entorno que erosiona autoestima, sentido de pertenencia y confianza en el cuidado profesional. Desde la escucha clínica, el “odio cotidiano” puede presentarse como ironía o pedagogía moral del cuerpo. En consulta, esto se observa cuando la persona anticipa el juicio y relata que evita hablar de síntomas o de sufrimientos por temor a que todo se atribuya al peso. La consecuencia es doble: se pierde información clínica relevante y se refuerza la idea de que la persona “merece” el maltrato (Gomes, 2025).

Los datos empíricos permiten dimensionar esa “cotidianeidad” del desprecio. En una encuesta realizada por ABESO y SBEM (n = 3.621), el 85,3% de las y los participantes reportó haber sufrido constringimiento por su peso; el principal lugar señalado fue el hogar (72%), y un porcentaje también relevante identificó la consulta médica como escenario de estigmatización (60,4%) (ABESO & SBEM, 2022).

Leído a la luz de Gomes (2025), el estigma se instala como aprendizaje social que se filtra en vínculos primarios: el comentario “inocente”, el chiste, la mirada y la amenaza de exclusión. En clínica, esto suele presentarse como vergüenza anticipatoria (“ya sé lo que van a pensar”), retraimiento, evitación de espacios públicos y un modo de habitar el cuerpo bajo sospecha permanente. La intervención psicológica, entonces, no puede limitarse a prescribir conductas; requiere trabajar la experiencia subjetiva del odio cotidiano y sus efectos sobre autoestima, pertenencia y derecho a ser cuidada/o sin condiciones.

Estigma de peso en salud: barreras asistenciales e iatrogenia

a) Barreras para un cuidado efectivo

La literatura describe el estigma de peso como fenómeno con consecuencias clínicas y psicosociales: estrés crónico, síntomas ansioso-depresivos, peor autoestima, conductas alimentarias desadaptativas, evitación de actividad física y evitación del sistema de salud. Puhl y Lessard (2023) sintetizan evidencias de que el estigma afecta la calidad del encuentro clínico (comunicación, confianza, continuidad) y crea barreras para un cuidado efectivo.

En CBM, estas barreras adquieren un peso adicional. La preparación preoperatoria exige un vínculo suficientemente seguro para hablar de compulsividad, episodios de pérdida de control, ansiedad, vergüenza, historia de trauma, y dinámicas familiares. Si el paciente percibe juicio, tenderá a ocultar aspectos críticos, elevando riesgos clínicos y psicosociales. (Puhl et al, 2023)

En estudios de percepción sobre el cuidado de la obesidad, la vergüenza y la anticipación de juicio aparecen como barreras centrales para consultar, adherir y sostener tratamientos. En el estudio ACTION (Awareness, Care, and Treatment in Obesity management), Kaplan et al. (2018) describen que el estigma persiste tanto contra las personas con obesidad como, incluso, contra quienes las tratan; esta doble estigmatización contribuye a que el tema se evite en consulta, se posterguen abordajes integrales y se ofrezcan respuestas simplificadas que refuerzan la culpa.

Desde una perspectiva clínica, estas barreras se expresan en tres movimientos frecuentes: (a) retraso de consultas por miedo a ser humillada/o; (b) hiperadaptación del paciente (promesas, dietas extremas, autoacusación) para “merecer” cuidado; y (c) internalización del prejuicio (“si no puedo, es porque soy débil”), asociada a depresión, conductas alimentarias desreguladas y abandono de seguimiento (Puhl & Lessard, 2023). Incluir una evaluación explícita de experiencias de estigma —incluida la vivencia en servicios de salud públicos y privados— mejora la formulación clínica y evita atribuir “falta de adherencia” a rasgos personales cuando se trata de experiencias repetidas de descalificación.

b) Cambio de narrativa y reducción activa del estigma

En el plano macro, la World Obesity Federation propone un cambio de narrativa global: reconocer la obesidad como condición compleja y crónica, y adoptar estrategias explícitas para reducir el estigma en políticas públicas, comunicación y servicios de salud (Nutter et al., 2023). Este posicionamiento es relevante porque desplaza el foco de la culpa individual hacia responsabilidades compartidas: sistemas alimentarios, entornos obesogénicos, determinantes sociales, acceso a cuidados y protección contra discriminación.

Estas orientaciones convergen con el enfoque de la WHO (2025), que subraya la magnitud global del fenómeno y la necesidad de respuestas integrales.

En términos clínicos, una narrativa no estigmatizante es condición para adherencia sostenible: las personas se comprometen más con cambios de salud cuando se sienten tratadas como sujetos de derechos y no como objetos de corrección moral.

El posicionamiento de la WOF enfatiza que reducir el estigma requiere acciones multilaterales: revisar el lenguaje (centrado en la persona), transformar entornos clínicos (equipamiento, privacidad, protocolos), capacitar equipos en sesgos explícitos e implícitos, y desafiar representaciones mediáticas que caricaturizan cuerpos grandes (Nutter et al., 2023). Este cambio de narrativa no es “cosmético”: redefine la alianza terapéutica y habilita conversaciones sobre salud sin apelar a la vergüenza como motor de cambio.

De manera convergente, lineamientos clínicos recientes sobre estigma y sesgo de peso recomiendan entrenamiento sistemático para todo el personal de salud, incluso personal de apoyo, limpieza, recepción, etc. estrategias multicomponente (educación + aprendizaje práctico) y adecuación del ambiente (mobiliario, camillas, tensiómetros, batas) para sostener una atención realmente inclusiva (Bannuru et al., 2025).

c) Iatrogenia del lenguaje: cuando nombrar se convierte en daño

Desde un enfoque de seguridad del paciente, es pertinente hablar de iatrogenia del lenguaje. Un lenguaje que ridiculariza, presupone “culpa” o amenaza

con humillación puede transformarse en intervención adversa. La iatrogenia aquí no es una metáfora: se expresa en evitación de seguimiento, abandono de tratamientos, deterioro de la salud mental y ruptura de la alianza terapéutica.

La iatrogenia no depende solo de palabras explícitamente ofensivas (Tabla 1), también aparece en procedimientos rutinarios: pesajes sin explicación o consentimiento, comentarios sobre ropa o “falta de control”, presunciones sobre estilo de vida sin anamnesis cuidadosa, o recomendaciones estandarizadas sin considerar condiciones socioeconómicas. Un equipo bariátrico que aspire a resultados sostenibles necesita protocolos comunicacionales coherentes, alineados con el respeto y con la evidencia.

Tabla 1

Situaciones frecuentes de estigma en el cuidado y recomendaciones de práctica

Situación	Riesgo clínico/psicosocial	Recomendación
Comentario moralizante sobre peso o conducta	Vergüenza, ocultamiento, evitación de seguimiento	Usar lenguaje centrado en la persona; formular preguntas abiertas y validar experiencias
Atribuir cualquier síntoma al peso sin evaluación	Invisibilización diagnóstica; pérdida de confianza	Aplicar razonamiento clínico completo; documentar hipótesis y plan de evaluación
Pesaje sin consentimiento o exposición pública	Reactivación de estigma; ansiedad anticipatoria	Explicar propósito, pedir consentimiento, ofrecer alternativas (peso ciego, privacidad)
Reducción de la CBM a “atajo” o “falta de esfuerzo”	Culpa y conflicto con el tratamiento	Presentar CBM como intervención para condición crónica; abordar complejidad y trabajo interdisciplinario

Fuente: elaboración propia de Andrea Levy, 2025, basada en Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2023). Weight stigma and barriers to effective obesity care Gastroenterology Clinics of North America, 52, 417–428. Nutter, S., et al. (2023). Weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. Obesity Reviews, 24(S2), e13642.

En términos operativos, es útil tratar el estigma como un riesgo de seguridad del paciente: un factor que aumenta la probabilidad de abandono, omisiones diagnósticas y deterioro del vínculo. Cuando una persona evita controles por experiencias previas de burla, o cuando un profesional atribuye todo síntoma al peso (“diagnóstico por tamaño”), se produce una falla asistencial con consecuencias clínicas concretas.

Una práctica recomendable es incorporar, en protocolos de CBM, una secuencia comunicacional mínima: pedir permiso para hablar del tema, explorar preferencias de terminología, explicitar la complejidad etiológica (biología +

ambiente + determinantes sociales) incentivar el paciente y acordar metas centradas en salud y funcionamiento, no en castigo corporal (Nutter et al., 2023 & Bannuru et al., 2025).

Imagen corporal y subjetividad en la trayectoria hacia la CBM

a) Antes de la cirugía: historias de estigma y expectativas de transformación

En el periodo preoperatorio, las personas suelen llegar a la CBM con historias extensas de intentos de pérdida de peso, fluctuaciones, fracasos percibidos y exposición acumulada a estigma. Este trayecto deja marcas subjetivas: miedo al juicio, hipervigilancia corporal, internalización de prejuicios y ambivalencias entre esperanza y culpa (Levy, 2025).

El trabajo psicológico previo a la cirugía no debe restringirse a “evaluar” si la persona será adherente. Implica mapear experiencias de estigma y su impacto; construir una narrativa de salud no moralizante; elaborar expectativas realistas sobre pérdidas, cambios de hábitos, piel excedente, sexualidad y relaciones; y fortalecer recursos de afrontamiento para un periodo de cambios rápidos (Levy, 2025).

También es un momento oportuno para identificar comorbilidades psicológicas (ansiedad, depresión, impulsividad, trauma) no para excluir, sino para planificar cuidados. La CBM puede ser un punto de inflexión, pero no “cura” automáticamente sufrimientos previos; a veces incluso los vuelve más visibles cuando el cuerpo cambia y el entorno reacciona (Abeso & Sbem, 2022).

En muchos casos, la indicación quirúrgica llega tras años de tratamiento atravesados por mensajes ambivalentes: por un lado, se responsabiliza a la persona por no “lograr” bajar de peso; por otro, se ofrece un procedimiento de alta complejidad como si fuera una solución moral (“ahora sí vas a portarte bien”). Esta tensión incrementa autoexigencia y favorece idealizaciones: la CBM no solo como intervención metabólica, sino como “pasaporte” a la aceptación social (Tabla 1).

Por eso, antes de la cirugía es clínicamente estratégico trabajar la expectativa de “reparación total” del cuerpo y del vínculo con los otros. La evidencia latinoamericana muestra que narrativas centradas exclusivamente en la balanza

sostienen frustración y pueden reactivar vergüenza cuando el descenso ponderal no coincide con fantasías de transformación (Abeso & Sbem, 2022).

b) Después de la cirugía: cambios rápidos, exceso de piel e identidad corporal

En el postoperatorio, el cuerpo cambia con rapidez. Muchos pacientes describen alivio por la pérdida de peso y mejora funcional; sin embargo, la imagen corporal no siempre acompaña a la misma velocidad. En una cohorte observacional con seguimiento prolongado, Bosc et al., (2022) describen mejoras generales en imagen corporal tras la cirugía, con variabilidad a lo largo del tiempo, lo que refuerza la necesidad de seguimiento psicológico sostenido.

Un punto crítico es el exceso de piel. Puede generar sufrimiento, vergüenza, evitación de intimidad, impacto en actividad física y reactivación de experiencias de humillación. La persona puede experimentar una paradoja: mejoría clínica y funcional coexistiendo con malestar corporal persistente. Esto exige intervenciones que no reduzcan el problema a “estética”, sino que lo comprendan como experiencia encarnada y relacional (Ríos et al., 2025).

Asimismo, la reconfiguración identitaria —“¿quién soy en este cuerpo?”— puede producir duelo por el cuerpo anterior, extrañeza o sensación de fraude cuando el entorno atribuye cambios únicamente a “fuerza de voluntad”. En el campo relacional, es frecuente observar desplazamientos: cambios en dinámicas familiares, en vínculos amorosos y en círculos sociales. Algunas personas sienten que finalmente “son vistas”; otras perciben una mirada invasiva o fetichizante. Por ello, el postoperatorio se beneficia de espacios terapéuticos que aborden límites, autoimagen, sexualidad, autonomía y regulación emocional (Bosc et al., 2022).

En el postoperatorio, el estigma puede “mutar” sin desaparecer: algunas personas relatan reconocimiento social por el descenso de peso, pero también vigilancia constante (“no vuelvas a engordar”) y una presión renovada por “no fallar”.

En quienes presentan exceso de piel, la incomodidad corporal puede persistir o aumentar, ya que el cuerpo queda inscripto en otra forma de exposición: la marca visible del trayecto, la mirada médica constante y la comparación con cuerpos idealizados (Bosc et al., 2022).

Trabajar imagen corporal en este período implica incluir el duelo por el cuerpo esperado, la reconstrucción de la identidad más allá del tamaño y la elaboración de la experiencia de haber sido tratada/o como “cuerpo a corregir”. Esto exige sostener un enfoque de salud integral, evitando convertir el seguimiento en un dispositivo de control moral (Puhl & Lessard, 2023).

Intervenciones psicológicas y recomendaciones para equipos interdisciplinarios

a) Aportes del programa PSYCHO-BIO-BR

Los equipos de CBM requieren intervenciones psicológicas integradas, culturalmente sensibles y técnicamente precisas. Ríos & Pedraza (2025), describen el programa PSYCHO-BIO-BR como una intervención psicológica y biológica para el manejo de la imagen corporal en el paciente bariátrico, destacando la articulación entre procesos subjetivos y cambios corporales, así como la necesidad de acompañamiento sistemático en el periodo perioperatorio.

Además, resulta recomendable incorporar una dimensión explícita de “alfabetización en estigma”: ayudar a la persona a diferenciar el problema clínico (una enfermedad crónica, con biología y determinantes sociales) de las narrativas sociales que la culpabilizan. Kaplan & Comuzzie (2020), sostienen que una mejor comprensión del fenómeno —por parte de profesionales y sociedad— es condición para que la acción clínica y política sea consistente; sin esa comprensión, el cuidado se reduce a consignas y la discriminación se reproduce incluso con buena intención.

La educación del paciente para comprender mejor la enfermedad crónica, la obesidad, es fundamental en este proceso y en el tratamiento a lo largo de toda la vida.

b) Componentes mínimos de un protocolo clínico no estigmatizante

A partir de la evidencia y de la práctica clínica, propongo componentes mínimos para un protocolo psicológico en CBM orientado a reducir estigma y mejorar resultados: (Levy, 2025; Puhl et al., 2023 & Nutter et al., 2023).

- Evaluación clínica ampliada: incluir historia de estigma, violencia, trauma, discriminación y estrategias de afrontamiento; no limitarse a anamnesis solamente para información.
- Psicoeducación: explicar la CBM como intervención para una condición crónica y compleja; diferenciar salud de moralidad; trabajar expectativas realistas, tal como se enfatiza en materiales psicoeducativos dirigidos a pacientes y familiares.
- Regulación emocional: habilidades para manejo de ansiedad, impulsividad, vergüenza y autocrítica; construcción de autocompasión clínica sin indulgencia.
- Imagen corporal: intervención específica sobre percepción corporal, exposición gradual a situaciones evitadas, y trabajo sobre exceso de piel y sexualidad.
- Red de apoyo: incluir familia/pareja cuando sea pertinente; favorecer grupos; articular con nutrición, psiquiatría, cirugía y medicina clínica; y ofrecer orientaciones claras para pacientes y familiares en el acompañamiento del proceso (Levy, 2015).
- Seguimiento postoperatorio: plan mínimo de controles psicológicos en momentos críticos (primeros 6 meses; 12–18 meses; y transiciones relacionadas con peso estable o cirugías reparadoras).
- Decidir junto con el equipo de salud y con el paciente si continuará en seguimiento psicológico enfocado en la cirugía o si será necesario profundizar en una psicoterapia de mayor frecuencia.

Estos componentes deben adaptarse al contexto cultural y a las condiciones socioeconómicas, reconociendo que la adherencia se sostiene mejor mediante alianza terapéutica y apoyo que mediante culpa. La evidencia sobre estigma de peso en salud refuerza esta dirección (Puhl & Lessard, 2023 & Nutter et al., 2023).

Sumo, para equipos que trabajan con CBM, dos componentes frecuentemente subestimados: (a) intervención sobre autoestigma (identificar frases internalizadas, trabajar autocompasión y desarmar la lógica de “mérito”); y (b) articulación institucional (cirugía, nutrición, recepción, enfermería) para sostener un entorno no estigmatizante en toda la experiencia del paciente, no solo en el consultorio psicológico (Nutter et al., 2023 & Bannuru et al., 2025).

Recomendaciones de comunicación: lenguaje, consentimiento y dignidad

La comunicación clínica es una herramienta terapéutica. Para reducir iatrogenia, es recomendable adoptar lenguaje centrado en la persona (por ejemplo, “persona con obesidad” en lugar de etiquetas cosificantes), explicar el propósito de medidas como el pesaje y pedir consentimiento, y preguntar por preferencias del paciente en relación con términos y procedimientos.

También es crucial que los equipos revisen materiales de comunicación (folletos, posts, consentimientos) para evitar imágenes o metáforas estigmatizantes. El cambio de narrativa propuesto por la World Obesity Federation (WOF, 2021) es especialmente útil: dejar de comunicar la obesidad como falla moral y abordarla como condición compleja, sensible a determinantes sociales (Nutter et al., 2023).

Por último, conviene reconocer explícitamente experiencias previas de estigma: preguntar “¿ha vivido situaciones de juicio o maltrato por su peso en el sistema de salud?” puede abrir un espacio de reparación simbólica. Nombrar el estigma no lo crea; lo visibiliza y habilita intervención.

En términos de estilo comunicacional, conviene evitar términos que reducen a la persona a una categoría (“obeso/a”, “mórbido/a”, “fracaso”) y preferir formulaciones centradas en la persona (“persona que vive con obesidad”). También es útil revisar adjetivos implícitamente moralizantes (“indisciplinado/a”, “sin fuerza de voluntad”) por descripciones clínicas observables (hábitos, contexto, barreras) y reemplazar amenazas por información clara y planes compartidos (WOF, 2021).

En la interacción clínica concreta, tres microprácticas suelen marcar diferencia: (1) pedir permiso para hablar del tema y respetar un “no”; (2) explicitar que el objetivo es salud, funcionalidad y calidad de vida, no castigo corporal; y (3) ofrecer opciones terminológicas (“¿preferís que usemos la palabra ‘peso’, ‘IMC’ o ‘salud metabólica’?”). Esta sensibilidad al registro —compatible con el español rioplatense y comprensible en el español latinoamericano— reduce la experiencia de vigilancia y aumenta participación del paciente en decisiones.

Finalmente, la institución debe acompañar el discurso con condiciones materiales: sillas sin apoyabrazos estrechos, balanzas discretas, camillas y

tensiómetros adecuados, y privacidad en medidas antropométricas. Cuando el entorno desmiente el mensaje (“acá te respetamos”, pero no hay infraestructura), el cuidado se vuelve inconsistente y la experiencia de estigma se profundiza (Bannuru et al., 2025).

Conclusiones

Abordar la gordofobia en el contexto de la CBM implica asumir que la salud no se produce solo en quirófano o consultorio, sino también en el campo simbólico donde los cuerpos son nombrados, juzgados y autorizados a existir. El estigma de peso es un determinante de acceso, calidad del cuidado y salud mental.

El aporte de Gomes (2025) sobre el odio cotidiano recuerda que, cuando una violencia se naturaliza, se vuelve estructura. En clínica, esto exige intervenir no solo sobre hábitos, sino sobre condiciones de reconocimiento: crear espacios de cuidado donde el cuerpo no sea sinónimo de culpa.

Finalmente, las propuestas contemporáneas de cambio de narrativa global y de reducción activa del estigma ofrecen un horizonte ético y práctico para el trabajo interdisciplinario en obesidad: cuidar sin humillar, orientar sin culpabilizar y construir salud sin reproducir exclusión (Nutter et al., 2023; Puhl & Lessard, 2023).

Referencias

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], & Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [SBEM]. (2022). *Obesidade e a gordofobia: Percepções 2022* (Relatório de pesquisa do Dia Mundial da Obesidade). <https://campanhaobesidade.abeso.org.br/>
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], & Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [SBEM]. (2023). *Obesidade controlada: Duas coisas que todos precisam saber* (E-book). https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Ebook_Obesidade_Controlada.pdf
- Bannuru, R. R., & Professional Practice Committee. (2025). Weight stigma and bias: Standards of care in overweight and obesity—2025. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 13(Suppl 1), e004962. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2025-004962>
- Bosc, L., Mathias, F., Monsaingeon, M., Gronnier, C., Ortega-Deballon, P., Abet, E., et al. (2022). Understanding factors related to body image after bariatric

- surgery: An observational cohort study. *PLOS ONE*, 17(12), e0278943.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278943>
- Gomes, F. C. (2025). O ódio no cotidiano. *Offlattes*.
<https://offlattes.com/archives/18521>
- Kaplan, L. M., & Comuzzie, A. G. (2021). Stigma and bias. *Gastroenterology Clinics of North America*, 50(2), 303–317.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.11.009>
- Kaplan, L. M., Golden, A., Jinnett, K., Kolotkin, R. L., Kyle, T. K., Look, M., et al. (2018). Perceptions of barriers to effective obesity care: Results from the ACTION Study. *Obesity*, 26(1), 61–69. <https://doi.org/10.1002/oby.22054>
- Levy, A. (2025). *Cirurgia bariátrica – manual de instruções para pacientes e familiares* (2ª ed.). Akademy.
- Nutter, S., Eggerichs, L. A., Nagpal, T. S., Ramos Salas, X., Kolotkin, R. L., Foster, G. et al. (2023). Weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 24(S2), e13642.
<https://doi.org/10.1111/obr.13642>
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2023). Weight stigma and barriers to effective obesity care. *Gastroenterology Clinics of North America*, 52, 417–428.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2023.02.002>
- Ríos, B., & Pedraza, L. (2025). Intervención psicológica para el manejo de la imagen corporal post Cirugía Bariátrica y Metabólica y metabólica (PSYCHO-BIO-BR). *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 15(2.1), 5017–5023. <https://doi.org/10.53435/funj.01027>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- World Health Organization. (2025). *Obesity and overweight*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Federation. (2021). *People first language – Forum CCNTs* (Condições crônicas não transmissíveis), versão em português - Linguagem Importa! FórumDCNTs. <https://forumdcnts.org.br/linguagem-importa/>

Capítulo 4

El Cuerpo con Obesidad y la Expresión de la Sexualidad

Psic. Isabel Cristina Malischesqui Paegle

Clínica Bari Mais

icmpaegle@terra.com.br

São Paulo – Brasil

La estigmatización del cuerpo con obesidad y la sexualidad

La obesidad, más allá de su dimensión biomédica, se inscribe de forma profunda y dolorosa en las relaciones sociales a través del estigma. El término "estigma del peso" (*weight stigma*) se refiere a la desvalorización, los estereotipos, la discriminación y el prejuicio dirigidos a personas debido al exceso de peso o al cuerpo gordo (Rubino et al., 2020). Este fenómeno produce efectos psicosociales complejos que afectan, entre otras esferas, la vida erótica y las relaciones sexuales.

La producción social del estigma asocia automáticamente la obesidad con la pereza, la falta de disciplina y la ausencia de autocontrol, juicios morales que descalifican a la persona y reducen su subjetividad a un defecto visible (Puhl & Heuer, 2009; Reeves et al., 2022). La consecuencia inmediata es que los cuerpos gordos son percibidos como menos deseables sexualmente, lo que se traduce tanto en rechazo interpersonal como en la internalización del prejuicio.

Estudios empíricos indican que, al elegir parejas sexuales, los individuos a menudo colocan a las personas obesas entre las menos preferidas, con diferencias de género: las mujeres sufren una vulnerabilidad sexual particular frente al estigma del peso. Los hombres tienden a ser menos tolerantes a la obesidad ajena en sus elecciones de pareja (Chen & Brown, 2005).

La dimensión subjetiva del estigma, es decir, cuando la persona con obesidad internaliza el discurso negativo, constituye un mediador central en el deterioro de la vida sexual. La internalización del estigma se correlaciona con una

menor autoestima corporal, menor satisfacción sexual y mayores índices de disfunción sexual, tanto en mujeres como en hombres (Tomiyama et al., 2018 Y Rubino et al., 2020).

En el contexto brasileño, investigaciones sobre mujeres obesas y pacientes de cirugía bariátrica señalan que la satisfacción sexual está ligada directamente a la satisfacción con la imagen corporal. La percepción negativa del propio cuerpo disminuye el deseo, la iniciativa sexual y la capacidad de placer, independientemente de variables médicas (Souza et al., 2021).

Es importante destacar que no todos los impactos del estigma sobre la sexualidad se explican por factores puramente psicológicos. El estigma altera el comportamiento social y las oportunidades de contacto. Las personas con obesidad informan de una mayor dificultad para acceder a entornos interactivos, una mayor exposición a comentarios humillantes y una sensación constante de recelo ante la mirada del otro, una situación que limita los encuentros y las relaciones amorosas.

Además, en el ámbito de la salud reproductiva y sexual, el prejuicio por parte de profesionales de la salud puede desmotivar la búsqueda de asistencia, contribuye al diagnóstico tardío de problemas sexuales y normaliza la atribución de síntomas exclusivamente al peso (Rubino et al., 2020).

La intersección entre el estigma del peso y el género merece especial atención; las mujeres son evaluadas con mayor rigor en cuanto a su apariencia y, por lo tanto, sufren tasas más altas de estigmatización y de internalización del prejuicio (Puhl & Latner, 2007). Tal fenómeno repercute en la sexualidad femenina, produciendo vergüenza, autovigilancia y una tendencia a evitar situaciones eróticas que expongan el cuerpo. Esta evitación puede manifestarse en abstinencia, disminución de la iniciativa en las relaciones o en prácticas sexuales marcadas por la ansiedad y la autoprotección, disminuyendo la calidad de las experiencias íntimas.

Pero no se trata solo de un problema individual; la narrativa cultural que responsabiliza exclusivamente al individuo por la obesidad legitima prácticas y políticas que refuerzan el estigma (Rubino et al., 2020). Mensajes públicos y comunicaciones en salud que valorizan metafóricamente "esfuerzo" y "voluntad" como claves morales para un cuerpo delgado contribuyen a la moralización del peso.

Este enfoque no solo fragiliza psicológicamente a las personas con obesidad, sino que también dificulta políticas públicas efectivas, ya que legitima intervenciones individualizadoras y castigadas por la culpa social, en lugar de acciones estructurales que aborden determinantes sociales, económicos y ambientales.

Otro eje relevante es el de la salud sexual y reproductiva: aunque existen asociaciones entre la obesidad y algunas disfunciones sexuales (por ejemplo, aspectos vasculares que influyen en la erección), el peso no explica, por sí solo, la totalidad de los problemas sexuales. Aspectos metabólicos, comorbilidades y factores psicosociales actúan en red. La estigmatización, al generar estrés crónico y sufrimiento psíquico, crea un terreno propicio para la reducción del deseo y la funcionalidad sexual (Tomiya et al., 2018 & Rubino et al., 2020). Así, es insuficiente abordar solo el cuerpo como un factor biomédico; es necesario enfrentar el contexto de humillación y rechazo que compromete la vida erótica.

Intervenir sobre el estigma exige estrategias múltiples. A nivel micro, la terapia psicológica que trabaje la imagen corporal, la autoestima y la resistencia a la vergüenza puede reducir la internalización y recuperar la posibilidad de relaciones sexuales satisfactorias. Las investigaciones demuestran que las intervenciones psicoeducativas y de reducción del sesgo en profesionales de la salud mejoran la calidad de la atención y la disposición de los pacientes para buscar cuidado (Puhl & Heuer, 2009; Rubino et al., 2020).

A nivel macro, se recomienda un reposicionamiento de la narrativa pública: las campañas de salud basadas en principios de dignidad humana, que eviten el

lenguaje moralizante y promuevan ambientes sociales acogedores, son esenciales. Evidencias recientes defienden también cambios legales y políticos que prohíban la discriminación laboral e institucional por motivo de peso (Westbury et al., 2023).

Estudios brasileños e internacionales señalan la necesidad de incorporar evaluaciones de la sexualidad en programas de tratamiento y seguimiento de la obesidad, no solo para medir efectos fisiológicos, sino para enfrentar la dimensión relacional e identitaria del sujeto. Cuando se descuida la sexualidad, se reproduce un borrado que legitima la idea de que el cuerpo gordo es inherentemente asexual o irrelevante en las narrativas de deseo, un borrado que a su vez retroalimenta el estigma.

En resumen, la estigmatización del cuerpo con obesidad interfiere de forma profunda y multifacética en la sexualidad. No se trata solo de preferencias estéticas: se trata de exclusión social, daño psicológico, barreras a la atención y perjuicio relacional. El combate al estigma exige, por lo tanto, una acción ética, clínica y política coordinada que combine educación, cambio discursivo, formación de profesionales y políticas públicas que protejan derechos y promuevan la inclusión. Las evidencias actuales dejan claro que erradicar el estigma no es solo una cuestión de justicia social, sino también una condición para mejorar la salud sexual y el bienestar de las personas con obesidad (Puhl; Heuer, 2009; Tomiyama et al., 2018; & Rubino et al., 2020).

Desde el trabajo clásico de Erving Goffman sobre el estigma, se entiende que ciertas características visibles o atribuidas socialmente pasan a funcionar como "marcas despectivas", redefiniendo la identidad social de la persona y alterando su inserción en las redes de interacción (Goffman, 1988). En el caso de la obesidad, esta marca está cargada de significados morales, siendo asociada a la pereza, a la falta de autocontrol y a la negligencia con la salud, lo que, según Puhl y Heuer (2009), produce consecuencias negativas que sobrepasan las cuestiones clínicas del peso y se instalan en el campo de las representaciones, del prejuicio y de la exclusión.

La sexualidad, como dimensión constitutiva de la experiencia humana, es una de las áreas más sensibles a los efectos de la estigmatización. Conforme resaltan Ferraro et al. (2016), la imagen corporal y la autoestima son mediadores fundamentales de la vivencia erótica, y cualquier distorsión impuesta por la presión social sobre el cuerpo impacta directamente en el deseo, el placer y la posibilidad de intimidad.

En el caso de personas con obesidad, la internalización del estigma, es decir, la apropiación, por el propio sujeto, de los discursos despectivos sobre su cuerpo, lleva a la disminución de la autoconfianza, a la evitación de situaciones íntimas y a la reducción de la frecuencia sexual, independientemente de factores fisiológicos (Tomiyama et al., 2018). En Brasil, un estudio conducido por Salvetti et al. (2021) con mujeres obesas y sometidas a cirugía bariátrica demostró que la satisfacción sexual estaba fuertemente relacionada con la satisfacción con la imagen corporal, indicando que el deseo y el placer no dependen solo de alteraciones físicas, sino sobre todo de la forma en que el cuerpo es vivido subjetivamente.

Además de las barreras internas, la estigmatización del cuerpo obeso se manifiesta en la mirada del otro, construyendo lo que Lacan (1998) llamaría de captura imaginaria, en la cual el sujeto pasa a verse desde la perspectiva del juicio ajeno. En este sentido, la experiencia sexual de personas con obesidad es frecuentemente atravesada por rechazo y prejuicio explícitos, como se evidenció en una investigación experimental de Chen y Brown (2005), que mostró la baja preferencia por parejas obesas en escenarios de elección amorosa, especialmente entre hombres heterosexuales. Esta preferencia es alimentada por patrones estéticos hegemónicos que asocian la atractividad a cuerpos delgados, reforzando una exclusión sexual que, más allá de ser individual, es estructural.

El impacto del estigma en la sexualidad también se revela en la dificultad de acceso a experiencias afectivo-eróticas. Muchos individuos relatan evitar espacios de socialización, como playas y gimnasios, por miedo a miradas

despectivas o comentarios ofensivos (Puhl & Heuer, 2009). Esta retracción social compromete la posibilidad de formación de vínculos y reduce las oportunidades de vivencia sexual plena. En los casos en que la relación sexual ocurre, el estigma internalizado puede llevar a estrategias defensivas, como apagar las luces, elegir posiciones que escondan partes del cuerpo o evitar el tacto en regiones consideradas "problemáticas", lo que empobrece la experiencia erótica (Ferraro et al., 2016).

La perspectiva de género es esencial para comprender este fenómeno. Las mujeres, más que los hombres, están sujetas a patrones rígidos de evaluación estética y a una vigilancia social más intensa sobre el cuerpo. De acuerdo con Puhl y Latner (2007), el estigma del peso es más severo en mujeres, afectando no solo la forma en que son percibidas socialmente, sino también su salud mental y sexual. Esto es consistente con análisis feministas que señalan cómo el cuerpo femenino es históricamente transformado en objeto de escrutinio y control, siendo la grasa corporal tratada como una desviación a ser corregida (Bordo, 1993). Tal contexto refuerza desigualdades sexuales y produce un campo erótico asimétrico, en el cual la mujer obesa es más frecuentemente colocada al margen del deseo social.

Es igualmente relevante observar que el estigma no se limita al campo simbólico, sino que tiene implicaciones materiales e institucionales. En la atención de salud, por ejemplo, las personas con obesidad frecuentemente relatan experiencias de incomodidad, atribución automática de quejas al peso y desatención a demandas específicas, incluyendo las relacionadas con la salud sexual y reproductiva (Rubino et al., 2020). Tal negligencia no solo desestimula la búsqueda de cuidados, sino que invisibiliza las necesidades sexuales de estas personas, contribuyendo a la idea equivocada de que los cuerpos gordos son naturalmente asexuados o menos dignos de placer.

En el plano psicológico, el estigma del peso opera como un factor estresor crónico, elevando los niveles de ansiedad y depresión, que, a su vez, afectan negativamente la función sexual. Conforme relatan Sutin y Terracciano (2013), la

exposición continua a la discriminación por peso está asociada a un aumento de la ingesta alimentaria desregulada y a un empeoramiento de los parámetros metabólicos, cerrando un ciclo que agrava el estado de salud y refuerza el prejuicio. Esta relación circular es difícil de romper sin intervenciones específicas dirigidas tanto a la salud física como a la reconstrucción de la autoestima y la autoimagen.

Estrategias para enfrentar el estigma en la sexualidad de personas con obesidad exigen acciones integradas. En el campo clínico, las intervenciones psicoterapéuticas enfocadas en la aceptación corporal y en la resignificación de la imagen pueden disminuir la internalización del prejuicio y restaurar la autoconfianza sexual. En el campo social, las campañas educativas que deconstruyan el ideal delgado como único patrón de belleza y que valoricen la diversidad corporal son fundamentales para ampliar el espectro del deseo socialmente legitimado. Como argumenta Crandall, reducir el estigma del peso es una tarea de justicia social, ya que se trata de combatir una forma de discriminación que afecta directamente derechos básicos a la dignidad y a la integridad psíquica (Crandall, 1994).

La sexualidad no puede ser dissociada de la corporeidad, y el cuerpo, a su vez, no existe fuera de un contexto cultural. En el caso de la obesidad, el estigma produce una doble penalización: por un lado, por el alejamiento del ideal estético; por otro, por la negación del lugar de sujeto deseante y deseable (Chen & Brown, 2005). Romper esta lógica exige no solo cambios individuales, sino un reposicionamiento colectivo que reconozca el valor erótico y afectivo de todos los cuerpos, en su pluralidad de formas y tamaños. Así, combatir la estigmatización del cuerpo con obesidad es también afirmar el derecho al placer, a la intimidad y al amor como dimensiones inalienables de la existencia humana.

La corporeidad, entendida como la vivencia subjetiva del cuerpo en su dimensión simbólica y relacional, es central para comprender los efectos de la obesidad. Merleau-Ponty ya indicaba que el cuerpo no es solo un objeto anatómico, sino un modo de ser-en-el-mundo, inseparable de la percepción y la conciencia. En este sentido, el cuerpo obeso no es vivido solo como exceso de peso, sino como un

cuerpo atravesado por la mirada del otro, muchas veces marcado por el estigma social (Merleau-Ponty, 1999). Conforme destaca Goffman, la estigmatización es un proceso social que atribuye a la diferencia corporal un valor negativo, promoviendo exclusión y discriminación. Así, la obesidad no se limita a sus consecuencias orgánicas, sino que también engendra sufrimientos psíquicos ligados a la vergüenza, a la culpa y a la autoimagen (Goffman, 1988),

Desde el punto de vista psíquico, los sujetos con obesidad frecuentemente relatan sentimientos de inadecuación, baja autoestima y dificultades en la constitución de la identidad corporal. Estudios demuestran que la internalización del estigma de la obesidad está directamente relacionada con el aumento de síntomas depresivos y ansiosos (Puhl & Heuer, 2010). Según Coutinho (2014), la obesidad, en muchos casos, se convierte en un signo del fracaso personal ante la lógica contemporánea del cuerpo ideal, en que la delgadez es exaltada como sinónimo de salud, belleza y éxito. El exceso de peso, por lo tanto, es interpretado como señal de falta de disciplina, lo que amplía la culpabilización del sujeto y lo aprisiona en un circuito de sufrimiento subjetivo.

Es importante destacar que la experiencia de la obesidad también afecta la sexualidad y las relaciones afectivas. La corporeidad obesa puede ser vivida como un obstáculo al deseo y al goce, ya que el cuerpo estigmatizado muchas veces no encuentra reconocimiento en el campo erótico (Puhl & Heuer, 2009). De acuerdo con Santos, la vergüenza del cuerpo puede llevar a la evitación de situaciones íntimas, contribuyendo al aislamiento social y a la intensificación de la angustia. En otras palabras, el cuerpo obeso no se limita al sufrimiento fisiológico, sino que carga consigo una herida simbólica que afecta al sujeto en su relación con el otro y consigo mismo (Santos, 2020).

Así, comprender la obesidad exige articular sus dimensiones fisiológicas y psíquicas, teniendo en cuenta el cuerpo como espacio de inscripción simbólica, biológica y social. Conforme observa Goldenberg (2010), "el cuerpo es el lugar de la cultura", y, por lo tanto, la obesidad no puede ser reducida a una condición

médica, sino que debe ser analizada como un fenómeno atravesado por representaciones sociales, discursos normativos y experiencias singulares. La clínica y las políticas de salud, por lo tanto, deben integrar esta complejidad, reconociendo que el cuidado al sujeto obeso implica tanto intervenciones biológicas como una escucha atenta de sus modos de subjetivación.

La patologización de la obesidad puede ser comprendida como la transformación del cuerpo en enfermedad, independientemente de las condiciones singulares de salud del sujeto (Rathbone et al., 2023).

Foucault (1979) ya advertía que el cuerpo es un campo de poder y de saber, constantemente vigilado y disciplinado por normas que regulan la vida social. En el caso de la obesidad, la medicina y los medios de comunicación convergen al instituir un discurso que asocia el exceso de peso con la falla moral, la falta de autocontrol y el riesgo permanente. Así, más que una enfermedad, la obesidad es interpretada como una desviación, lo que afecta profundamente las vivencias sociales y relacionales del sujeto.

Desde el punto de vista social, el cuerpo obeso es frecuentemente blanco de estigmatización, siendo asociado a la pereza, la indisciplina y el descuido (Scagliusi, 2021).

Goffman (1988) analiza el estigma como un proceso que reduce a la persona a una identidad deteriorada, de modo que el individuo obeso es a menudo visto solo por su condición corporal, borrándose sus demás dimensiones subjetivas y sociales. Puhl & Heuer (2010) demuestran que el prejuicio contra personas obesas se manifiesta en múltiples contextos, desde la escuela hasta el ambiente de trabajo, generando exclusión, menor acceso a oportunidades y sufrimiento psíquico. Esta marginación estructural, a su vez, limita el campo de posibilidades relacionales del sujeto, ya que su corporeidad es leída como inadecuada para el ideal normativo.

En el campo de la sexualidad, los efectos de la patologización se vuelven aún más evidentes. La erotización de la delgadez y la asociación de la obesidad con

el descontrol llevan a muchos sujetos obesos a experimentar vergüenza y ansiedad ante la intimidad (Sanli; Celik, 2025).

Según Santos (2020), la experiencia de la sexualidad en cuerpos obesos está frecuentemente atravesada por la sensación de no correspondencia al deseo del otro, lo que puede conducir a la evitación de encuentros íntimos y a la construcción de barreras subjetivas contra la posibilidad de goce. La estética normatizada del cuerpo delgado, en este sentido, restringe el cuerpo obeso a un lugar de invisibilidad erótica, produciendo una especie de exclusión simbólica en el campo del deseo.

En las relaciones afectivas e interpersonales, la patologización del cuerpo obeso también ejerce efectos significativos. Goldenberg (2010) observa que, en la sociedad brasileña, el cuerpo es entendido como un capital simbólico y social, capaz de abrir o cerrar puertas en diferentes espacios. Cuando el cuerpo no corresponde al patrón estético hegemónico, la experiencia relacional tiende a ser marcada por sentimientos de inadecuación, inseguridad y, muchas veces, rechazo. Esta vivencia, además de limitar los lazos afectivos, refuerza procesos de autoestigmatización, en que el propio sujeto pasa a percibirse como culpable o insuficiente ante su condición corporal.

Es importante subrayar que la estética de los cuerpos obesos, al ser reducida a la patología, invisibiliza la pluralidad de las experiencias subjetivas y corporeidades posibles. La cultura contemporánea, marcada por la valorización del desempeño y la disciplina corporal, convierte el exceso de peso en una falta moral, legitimando prácticas discriminatórias (Ringel & Ditto, 2019).

Como destaca Coutinho (2014), la obesidad es transformada en metáfora del fracaso, cuando, en realidad, constituye un fenómeno multifactorial que involucra aspectos genéticos, ambientales, socioeconómicos y psíquicos. De esta forma, la patologización de la obesidad no solo medicaliza el cuerpo, sino que también compromete la construcción de lazos sociales, sexuales y relacionales, produciendo exclusión y sufrimiento.

El análisis de la relación entre la obesidad, la estigmatización y la sexualidad revela que el cuerpo obeso, lejos de ser solo un fenómeno biológico, se constituye como un espacio simbólico de intensas disputas sociales, culturales y subjetivas. La mirada contemporánea sobre el cuerpo, profundamente atravesada por la normatividad estética de la delgadez y del desempeño, transforma el cuerpo con obesidad en un signo de falla e inadecuación (Pawluk & Leblanc, 2022). Este proceso de patologización no se limita al campo biomédico, sino que invade la vida íntima y relacional del sujeto, interfiriendo directamente en su forma de reconocerse y de ser reconocido en el campo del deseo (Puhl & Heuer, 2009).

El cuerpo obeso, cuando es estigmatizado, es frecuentemente colocado en una posición de exclusión en el imaginario social (Puhl & Heuer, 2009). Goffman (1988) ya advertía que el estigma opera como un proceso de reducción simbólica, en que la persona pasa a ser vista únicamente por su diferencia corporal. Así, el sujeto obeso deja de ser reconocido en su totalidad, convirtiéndose en objeto de prejuicio y discriminación. Esta lógica de exclusión, cuando se transpone a la esfera de la sexualidad, se traduce en experiencias de invisibilidad erótica, vergüenza y dificultad en la constitución de relaciones afectivas y sexuales satisfactorias. La sexualidad, en este sentido, no se presenta como un espacio de expresión libre del deseo, sino como un territorio marcado por frustraciones, culpas y por la necesidad de una negociación constante con los ideales normativos de cuerpo y placer.

El ideal de la delgadez como signo de belleza y salud, ampliamente reforzado por los medios y la industria cultural, contribuye a que la obesidad sea interpretada como una falla moral, vinculada al descontrol o a la ausencia de disciplina (Ringel & Ditto, 2019).

Como resalta Goldenberg (2010), el cuerpo en Brasil se constituye como un capital simbólico y social, funcionando como un criterio de aceptación o rechazo en diferentes espacios. En este contexto, la vivencia de la sexualidad en sujetos obesos se encuentra atravesada por un doble movimiento: por un lado, el intento de inclusión en el campo erótico, a través de prácticas de ocultamiento, vergüenza y

silenciamiento; por otro, la resistencia silenciosa de cuerpos que, aunque estigmatizados, buscan afirmar sus formas de placer y de vínculo afectivo.

El sufrimiento psíquico derivado de esta estigmatización encuentra respaldo en investigaciones que demuestran la relación entre la obesidad, la depresión y las dificultades en el campo íntimo (Luce et al., 2021). Puhl & Heuer (2010) señalan que la discriminación contra sujetos obesos produce no solo exclusión social, sino también autopercepciones negativas, que se reflejan en una menor autoestima y en el retraimiento en la esfera sexual. En esta dirección, Santos (2020) observa que muchos sujetos obesos evitan la vivencia erótica, no solo por el miedo al juicio del otro, sino por la mirada acusatoria internalizada, que transforma el propio cuerpo en objeto de censura. El resultado es la constitución de un circuito de autoexclusión, en que la vergüenza y la ansiedad se superponen al deseo y limitan la experiencia de placer.

Sin embargo, limitar el análisis de la obesidad a una condición de sufrimiento sería insuficiente. Es necesario reconocer que, incluso ante la estigmatización, el cuerpo obeso también puede convertirse en un espacio de resistencia y de reconfiguración de la sexualidad. La emergencia de movimientos sociales y culturales que valorizan la diversidad corporal y que desafían los patrones estéticos dominantes apunta a la posibilidad de resignificación del cuerpo obeso (Tovée & Cornwell, 2023). Tales movimientos, aunque minoritarios, operan como contranarrativas al discurso biomédico y mediático, creando espacios de reconocimiento y de legitimación de la pluralidad de cuerpos y placeres. Se concluye, por lo tanto, que la expresión de la sexualidad en cuerpos obesos está atravesada por tensiones que van mucho más allá de la esfera íntima (Harris & Griffin, 2023).

La estigmatización social y la patologización médica inscriben en el cuerpo obeso marcas simbólicas que restringen su experiencia erótica y afectiva, imponiendo barreras que muchas veces transforman el deseo en silencio y el placer en ausencia. Sin embargo, la sexualidad, como dimensión constitutiva del sujeto,

no se borra, sino que busca nuevos caminos de expresión, aunque sea por vías marginales o subterráneas (Tovée & Cornwell, 2023). Reconocer la complejidad de esta experiencia es fundamental para deconstruir los discursos normativos que reducen el cuerpo obeso a la enfermedad o al fracaso, y para abrir espacio a una ética del cuidado y de la inclusión, que respete la singularidad de cada sujeto en su forma de vivir el cuerpo y el deseo.

La discusión en torno al cuerpo con obesidad y su relación con la sexualidad exige que se supere el reduccionismo biomédico que, históricamente, ha circunscrito la obesidad al campo de la patología y de la intervención clínica. Al contrario, cuando se trata de la experiencia subjetiva y relacional, el cuerpo obeso se convierte en un lugar de inscripción simbólica, donde el deseo, la vergüenza, el placer y el rechazo se entrelazan (Puhl & Heuer, 2009).

En este sentido, es necesario reconocer que el estigma social no actúa solo como una barrera externa, sino que se infiltra en el psiquismo, modulando la forma en que el sujeto se percibe y se dispone al lazo erótico y amoroso. Así, la obesidad, más que un marcador fisiológico, se convierte en un significante cargado de valores sociales, morales y estéticos (Puhl & Heuer, 2009).

El cierre de esta reflexión apunta a la necesidad de comprender la corporeidad obesa como una experiencia compleja, que no puede ser dissociada de su dimensión social. La sexualidad, lejos de ser extinta o inhibida, asume formas específicas en el sujeto con obesidad, frecuentemente atravesadas por ambivalencias: deseo de reconocimiento y miedo al rechazo, búsqueda de placer y recelo de la mirada despectiva. El cuerpo obeso, en este escenario, es convocado tanto a la resistencia como a la resignificación, ya que en él se juegan las tensiones entre la norma social y la singularidad del goce (Tovée; Cornwell, 2023).

Por último, cabe destacar que cualquier enfoque que pretenda ser ético debe desplazarse de la patologización y abrir espacio a una escucha que restituya al sujeto la posibilidad de reconocerse más allá del estigma. En este movimiento, el cuerpo con obesidad puede ser rescatado como un territorio de experiencia, de

deseo y de lenguaje, no solo como un objeto de medicalización (Tovée; Cornwell, 2023).

Es en este punto que el campo de la salud, del psicoanálisis y de las ciencias sociales se encuentran: en la tarea de deconstruir las barreras simbólicas que, históricamente, han negado al cuerpo obeso la dignidad de su propia expresión (Puhl & Heuer, 2009).

Conclusiones

Este capítulo refuerza la necesidad de superar los paradigmas reduccionistas que aprisionan el cuerpo obeso en la categoría de patología. Más que un problema biomédico, la obesidad debe ser comprendida como un fenómeno multifacético, que involucra determinantes sociales, culturales, psíquicos y relacionales. La sexualidad, en este contexto, aparece como un espacio privilegiado de análisis, pues evidencia la manera en que el cuerpo obeso es leído, rechazado o acogido por el lazo social (Tovée & Cornwell, 2023). Solo al reconocer esta complejidad será posible promover condiciones para que la vivencia de la sexualidad en sujetos obesos deje de ser marcada por el estigma y la exclusión, y pueda abrirse a la pluralidad, la dignidad y el reconocimiento del deseo en su dimensión singular (Gonçalves & Moraes, 2004).

Referencias

- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.
- Chen, E. Y., & Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research, 13*(8), 1393–1397.
- Coutinho, M. C. (2014). *Obesidade e subjetividade: Implicações na clínica contemporânea*. Editora UFRJ.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(5), 882–894.
- Emmer, C., Bosnjak, M., & Mata, J. (2020). The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obesity Reviews, 21*(1), e12935. <https://doi.org/10.1111/obr.12935>

- Ferraro, A., Andrade, T., & Santos, M. (2016). Imagem corporal, autoestima e sexualidade: Interfaces na obesidade. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 45–59.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* (6.ª ed.). Graal.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4.ª ed.). LTC.
- Goldenberg, M. (2010). *O corpo como capital: Estudos sobre gênero, sexualidade e moda*. Garamond.
- Gonçalves, A. F., & Moraes, D. E. B. (2004). Obesidade e sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 15(1).
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v15i1.514>
- Harris, R., & Griffin, C. (s.f.). *Body positivity and fat activism: Challenging normative beauty standards and biomedical discourses*. *Feminist Media Studies*.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Zahar.
- Luce, K. H., Kuhlen, K., & Weiss, H. (2021). Weight stigma and psychological well-being in adults with obesity: Associations with depression, anxiety, and sexual functioning. *Obesity Reviews*, 22(6), e13245.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2.ª ed.). Martins Fontes.
- Pawluk, S., & Leblanc, V. (2022). Body weight, stigma, and sexual well-being: The intersection of culture, norms, and subjectivity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(4), 1140–1158.
<https://doi.org/10.1177/02654075211048930>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557–580.
- Rathbone, J. A., Cruwys, T., Jetten, J., & Barlow, F. K. (2022). How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight and associated stigma. *British Journal of Health Psychology*, 27(4), 1239–1256.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12599>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., ... & Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497.
<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Reeves, M., Hesketh, K., Zinn, C., & Peters, M. (2022). Weight stigma across the lifespan: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 46(3), 492–504.
- Ringel, M. M., & Ditto, P. H. (2019). The moralization of obesity. *Social Science & Medicine*, 236, 112399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112399>
- Salvetti, M., Silva, P., & Oliveira, A. (2021). Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Revista de Saúde e Desenvolvimento*, 15(2), 122–134.
- Sanli, A., & Celik, D. (2025). The effect of weight-related self-stigma on sexual functioning in obese women with type 2 diabetes. *African Journal of*

- Reproductive Health*, 29(1), 134–143.
<https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i1.14>
- Santos, J. P. (2020). *Corpo gordo e sexualidade: Clínica e cultura em debate*. Cortez.
- Scagliusi, F. B. (2021). *Estigma relacionado ao peso corporal: Da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde* [Tese de Livre-Docência, Universidade de São Paulo]. Repositório Digital da USP.
<https://doi.org/10.11606/D.6.2021.tde-06092023-131237>
- Souza, G. C. A. de, Ernesto, A. S., Junqueira, P., & Queluz, F. N. F. R. (2021). Relations between sexual satisfaction and satisfaction with the body image of obese women and women undergoing bariatric surgery. *Research, Society and Development*, 10(16), e365101623497.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23497>
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PLOS ONE*, 8(7), e70048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070048>
- Tomiya, A. J., Carr, D., Granberg, E., Puhl, R., Wardle, J., & Yoo, J. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, 16, 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Tové, M. J., & Cornwell, R. (2023). Fat bodies, stigma, and sexual health: Rethinking the body in culture and society. *Body Image*, 41, 82–92.
- Westbury, S., Oyebode, O., van Rens, T., & Barber, T. M. (2023). Obesity stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, 12(1), 10–23. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3>

Capítulo 5

Los Cuerpos del Cuerpo

Lic. Marcela Casabella

Sanatorio Julio Méndez, Unidad de Obesidad y Cirugía Metabólica.

marcecasabell@yahoo.es

Buenos Aires, Argentina

Lic. Agustín D. Caiña

Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas de Malvinas Argentinas

Agus.caina@gmail.com

Buenos Aires, Argentina

Corporalidad, esquema e imagen corporal

Desde la primera vez que la imagen del cuerpo humano fue representada en el arte rupestre del Paleolítico Superior entre 35.000 a 30.000 años Ac. En las Cuevas de Lascaux y de Altamira las maneras de ver, representar y vivir el cuerpo han mutado siglo tras siglo y los cambios van mucho más allá de la biología y de los adipositos. Junto a la época histórica, a lo sociocultural y sus costumbres, estamos presentes cada uno de nosotros con nuestra manera única y subjetiva de ver el mundo, de relacionarnos y con nuestro propio cuerpo.

Los romanos se referían al “corpus” cuando hablaban del cuerpo, los griegos en cambio lo llamaban “soma” y lo definían como el portador del alma. Pero, ¿de qué hablamos hoy cuando hablamos de cuerpo?

La medicina se refiere al cuerpo como la estructura física del ser humano. Esta estructura compleja dinámicamente organizada es la que habilita surgimiento de todos aquellos elementos necesarios para configurar los sistemas específicos que nos permiten sostener la vida.

Pero ante esta definición cabe preguntarse: ¿es el cuerpo únicamente una entidad biológica?, ¿cuál es el lugar que ocupa la persona que con su subjetividad marcada por la identidad le da una forma única al mundo?

Cuando miramos al cuerpo desde la psicología, aunando “psyche” y “soma”, comprendemos que es mucho más que una sumatoria compleja y organizada de células. El cuerpo se nos presenta como el soporte de la historia vivida y de todos los sentidos que lo hayan revestido desde lo vincular en su contacto con el mundo:

erótico, experiencial, vincular, nutriente, lúdico, expresivo, objeto, abusado, herramienta, fragmentado, dismórfico, amoroso, etc., etc.

Tal como nos indica Le Breton en su “Antropología del cuerpo y la modernidad” podemos describir al cuerpo a través de tres ejes fundamentales: físico, social y psicológico, (Le Breton, 1990). Siendo nuestro espacio de trabajo el eje psicológico es necesario remarcar la importancia que tiene en el tratamiento abordar el sentido profundo de la corporalidad, esa elaboración subjetiva surgida a través del encuentro con el otro y con el mundo, que corresponde a la imagen del cuerpo y que es única e irrepetible. Hay tantos cuerpos como historias de vida únicas e irrepetibles.

Nuestro cuerpo es el espacio expresivo de la interioridad, “nuestro territorio escénico” (Matoso, 1992).

Nuestro cuerpo es histórico, dinámico, un bosquejo provisorio del ser en su totalidad que nos permite construir nuestra identidad siendo la piel el sensor del mundo (Anzieu, 1990). Es el límite entre el yo y el otro, entre el otro y mi interioridad. Es el soporte de los significados, el representante de cada uno de nuestros pensamientos, de los éxitos y fracasos, de las tristezas, frustraciones, aprendizajes, errores, “palabras” y “silencios”.

Michel Foucault (2002), al referirse al cuerpo decía que era el “punto cero” del mundo y a través del cual experimentamos el lenguaje, la sexualidad, el poder y el repliegue sobre nosotros mismo.

El cuerpo tiene voz y palabra, su lengua son los síntomas, son ellos los que comunican la realidad de lo que ocurre dentro (Groddeck, 1973). Tiene lenguaje, se expresa a través de la enfermedad (Shnake, 2004); el cuerpo habla, cuenta, le da palabra a lo que no se puede expresar, a lo que no se puede contar. “La enfermedad devela la sombra” decía Shnake (2004).

Ya Sigmund Freud (1905) a comienzos del siglo pasado al referirse al cuerpo nos habla del yo consciente como un yo corporal, como el soporte de significados que guarda entre palabras y silencios el registro de todas las experiencias vividas. Se refiere al cuerpo como la representación total de la persona.

Ese yo corporal es el que construye con las palabras y los silencios de las experiencias vividas, ritual alimentario mediante, las corazas corporales en las que se atesora la historia y la significación de cada suceso de vida que le dio origen (Reich, 1980).

El cuerpo, que es al mismo tiempo instrumento y metáfora (Dolto, 1986), encuentra en la visión fenomenológica de Maurice Merleau Ponty (Merleau-Ponty, 1970) y su descripción del sentido de la corporalidad un abordaje más clarificador que nos permitiría poder responder la pregunta: ¿de qué hablamos cuando hablamos del cuerpo?

El cuerpo, ese espacio vital en que nuestra realidad sensible, vivenciada o experimentada se expresa permitiendo el surgimiento del mundo es descrito a través de dos modalidades: Imagen y esquema corporal, distinción que nos permite acercarnos a una comprensión más precisa de nuestro cuerpo (Merleau Ponty, 1970)

El esquema corporal corresponde al cuerpo físico, tangible, visible, medible.

Es el “cuerpo que se tiene”, el que nos define como especie, el cuerpo actual en el espacio y el tiempo, el cuerpo histórico que evoluciona cronológicamente. El esquema corporal le da sentido a la experiencia vivida objetiva y subjetivamente debido a que en él se procesa la experiencia inmediata. (Merleau Ponty, 1970). Corresponde a la necesidad orgánica y se entrecruza con la imagen del cuerpo a través del deseo (Dolto, 1986). Es el que opera la Cirugía Bariátrica y Metabólica y metabólica.

La imagen del cuerpo, en cambio, es el “cuerpo que se es” y corresponde a la percepción interna, individual, intransferible y subjetiva del esquema corporal. Esa imagen interna es la que nos permite a cada uno de nosotros reconocer el propio cuerpo a través de una construcción tridimensional personal y única gestada por medio de la historia vivida. La imagen corporal es la encarnación simbólica del sujeto deseante y es totalmente inconsciente (Dolto, 1986). Define nuestra identidad, no es operable, no se transforma con la cirugía y corresponde al área de trabajo específico de la psicología.

Entonces, ¿qué cuerpo opera la cirugía metabólica?

La Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM) opera un esquema corporal y al hacerlo afecta de manera radical a la imagen del cuerpo. Al intervenir el cuerpo de la obesidad no sólo modifica un aparato digestivo, está modificando al mismo tiempo una forma de ser y de relacionarse de la persona con el mundo, desarticula un mecanismo de defensa al destruir las corazas corporales, interviene el mecanismo compensatorio de la historia vivida por el cual a través de la ritualidad alimentaria compensatoria se deposita en el cuerpo lo que no tuvo palabra. El cuerpo de la enfermedad, el cuerpo de la obesidad es el cuerpo de la desesperación que inscribe en cada célula una historia no contada.

La persona con obesidad intenta recuperar la “homeostasis psíquica alterada” (McDougall, 1991) a través de la comida. El ritual alimentario compensatorio genera una momentánea fantasía de control sobre aquello que no se puede expresar y es tarea de la psicología acompañar al paciente en el proceso de recuperar su voz, resignificar el sentido de lo vivido, comprender, aceptar y trascender. La cirugía no es un punto de llegada, es el punto de partida de una modificación personal mucho más profunda que lleva al paciente a la redefinición de total de su calidad de vida.

A consecuencia de este mecanismo, me he permitido llamar a la obesidad la “Patología del Silencio”. Tal como la artista plástica Pilar Castell Berlari graficó durante su tratamiento (Fig 1) obesidad es la enfermedad de las bocas cerradas. Por medio de la ritualidad alimentaria el paciente traga junto a cada bocado el dolor de aquello que no puede nombrar ni contar, la incondicionalidad absoluta por la ausencia del NO, la identidad cedida en la infructuosa búsqueda de aceptación y la cruel aceptación de estar obligado a que creer que su enfermedad se debe a un desajuste conductual que merece ser castigado.

Fig 1

La boca clausurada



Fuente: Cuadro de la artista plástica Pilar Castell Berlari, 2018.

El enorme desafío que se nos presenta como psicólogos al abordar la problemática de la persona con obesidad radica en comprender plenamente lo multifactorial de cada individualidad, ese “peso que pesa” histórico, plagado de “peajes de vida” a lo largo de la constante búsqueda de una inclusión sin juzgamientos. deudas ni castigos.

El abordaje psicoterapéutico es el procedimiento necesariamente complementario del tratamiento quirúrgico, es la “segunda cirugía”. La palabra dicha es la herramienta que nos va a permitir intervenir en el reordenamiento de una realidad subjetiva que debido a la modificación del esquema corporal ha generado el resquebrajamiento emocional de la imagen del cuerpo.

La historia sigue intacta, los mecanismos compensatorios también y sin dar lugar a poner palabra y nombre a lo no dicho, a comprender, a reparar y resignificar la historia de la obesidad corremos el riesgo de la recurrencia de peso del paciente a mediano plazo. Donde hubo acto, donde hubo comida, donde hubo acción tiene que haber palabra, no se puede modificar lo que no se puede nombrar ya que si no se puede nombrar no existe y por lo tanto no se puede intervenir.

En “Teatros del cuerpo” de McDougall (1991), nos habla de una característica importantísima del cuerpo de la enfermedad: la alexitimia. La define como el mecanismo de defensa que por medio de la desafectación objetiviza al cuerpo permitiendo que el síntoma explote en él generando un cortocircuito implosivo en el

funcionamiento psíquico que impacta de lleno en lo que hemos definido anteriormente como imagen corporal.

La obesidad es una patología con sentido, tiene un por qué y tiene un para qué, ambos se expresan a través de un lenguaje no verbal y requieren de la psicoterapia para lograr resignificar la historicidad depositada en el cuerpo, aceptar ese intento de resolución de conflicto que ha sido la obesidad, comprender la vulnerabilidad psíquica que dejó al cuerpo a cargo de la tarea compensatoria y lograr que la persona con obesidad pueda acceder a la comprensión, aceptación y trascendencia de su nuevo esquema corporal.

Finalmente, deseamos hacer un llamado de atención a nuestros colegas. Es de vital importancia en el tratamiento integral de nuestros pacientes crónicos, personas con obesidad, respetar la individualidad de la vivencia subjetiva del cuerpo que moldea cada una de las obesidades que abordamos como equipo tratante en esta Patología del Silencio.

Nuestros pacientes padecen de silencio, han dejado de nombrar, han transformado en palabra cada alimento. Al ignorar “el peso que pesa”, esa vivencia desprendida de la historia vivida y depositada en el cuerpo, corremos el riesgo de que los viejos mecanismos de supervivencia utilizados para insertarse en un mundo vivenciado como hostil resurjan en la búsqueda de las mismas compensaciones o sustituciones que se destruyeron al modificar el esquema corporal. Parte de la recurrencia de peso depende del hambre emocional que no ha sido modificado por la cirugía. Psicoterapia y cirugía son procedimientos complementarios no excluyentes, uno sin el otro condenan a la persona con obesidad.

Rescate de la singularidad por medio de una estrategia prequirúrgica para la prevención de comorbilidades

La difusión epidémica de la obesidad es reconocida por diversos autores de la literatura científica.

Recalcati (2004) ilustra un discurso social preponderante que empuja al consumo ilimitado de objetos del mercado, y sostiene la necesidad de rellenar un vacío como modalidad de supresión de una falta estructural. La *obesidad*

generalizada se presenta entonces como paradigma clínico de la civilización contemporánea en tanto respuesta del sujeto al malestar que aquella genera.

Ante el contexto actual, comenzaron a ofrecerse múltiples opciones de tratamiento; entre ellas, la CBM, considerada por Rojas (2011) la opción más efectiva en los últimos 10 años para controlar el peso corporal. Sin embargo, como señala Ramírez (2016), las intervenciones bariátricas no se encuentran exentas de problemas y sus causas se atribuyen en un 20% a factores psicológicos (Sienra, 2013). Adicionalmente, se observa que la salud mental no mejora de manera equivalente a las mejoras de salud física más allá de esa fase inicial de los primeros 6 meses posquirúrgicos.

La siguiente investigación realizada en el Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas de Malvinas Argentinas en la Provincia de Buenos Aires, se propone señalar la existencia de ordenadores claves que permitan anticipar, desde las entrevistas de evaluación y preparación prequirúrgica, la emergencia de trastornos psicopatológicos posoperatorios que afectan severamente al cuerpo y condicionan el tratamiento.

El propósito de dilucidar fenómenos complejos demanda situar algunos apuntamientos previos que iluminen la perspectiva de abordaje.

De acuerdo a los desarrollos de Rabinovich (1990) y Donghi (2017), se puede ubicar a la obesidad dentro del campo de las impulsiones; es decir, será entendida como una *patología del acto* al igual que la bulimia, las toxicomanías, el alcoholismo y otros tipos de adicciones. Aquello que está en juego será fundamentalmente la satisfacción pulsional instantánea e irrefrenable en el acto de comer, y no la incorporación del objeto (alimento) en sí mismo.

Por otra parte, Le Poulichet (1987) problematiza el abordaje sustancialista de las adicciones que entroniza al tóxico como agente causal y central de la patología. Por ende, se puede concluir que aquello que configura las condiciones de un determinado consumo problemático, dependerá menos del tipo de sustancia (tóxico, alcohol, comida, etc.), que del lugar que esta ocupe en la economía psíquica del sujeto y la modalidad de goce particular de aquel. Tal como teoriza Freud, “el objeto

es lo más variable de la pulsión; no está enlazado originariamente a ella, sino que se le coordina solo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción”

Donghi (2007) señala la presencia de componentes de descontrol permanente en la ingesta sin medida de los verdaderos atracones. A partir de lo cual, y más allá de ciertas singularidades, se permite manifestar que las construcciones subjetivas de los obesos se asemejan a la de otros adictos, como por ejemplo los alcohólicos.

Una vez trazado el paralelismo entre obesidad y adicción, se partirá de la siguiente hipótesis que posibilitará el recorrido hacia el objetivo de la presente investigación: “La interrupción abrupta del consumo de sustancias, tras una prolongada dependencia, puede trastocar el sistema de satisfacción del sujeto, de tal modo que dificulte la elaboración psíquica de la angustia, vía la formación clásica de síntomas” (Donghi, 2007).

Donghi (2007) plantea que, como supervisora de distintos equipos hospitalarios, ha vislumbrado una correspondencia entre la abstinencia forzada del consumo y la aparición de fenómenos que involucran al cuerpo en sus diferentes registros tales como desórdenes alimentarios, otros tipos de consumo, lesiones psicosomáticas y equivalentes somáticos de la angustia bajo la presentación de ataques de pánico. En este punto, resulta lícito inferir un desplazamiento de la pulsión desanudada del consumo interrumpido hacia otros trastornos que implican severamente al cuerpo.

La CBM, puede entenderse como una intervención sobre el organismo que elimina o modifica mecánicamente el patrón de ingesta del paciente. Por consecuencia, la modalidad de consumo previa se ve profundamente alterada. De tal manera, cabe suponer la probabilidad de este tipo de desplazamiento y su concomitante aparición de nuevas comorbilidades; que devienen, luego, en problemáticas posoperatorias. Es decir, todo tratamiento que aleje forzosamente al sujeto de la sustancia, tendrá un éxito solo aparente si no se atiende la fuente de la cual brota su necesidad de consumirla (Freud, 1906).

El procedimiento quirúrgico interviene entonces en ese cuerpo orgánico que se corresponde con el de la biología; aquel organismo medible, pesable y rápidamente diagnosticable con obesidad a través de un IMC.

Por su parte, la lectura complementaria del psicoanálisis apuntará a rescatar la dimensión del cuerpo simbólico; aquel que se encuentra atravesado por el lenguaje incluso antes del nacimiento, y donde el papel del Otro (parental, familiar, social) imprimirá sus marcas significantes.

Este registro corporal, investido por demandas y deseos, se convertirá en el teatro por excelencia para la puesta en escena del efecto metafórico del síntoma (Ramírez, 2016).

En tal sentido, se expresarán en él profundos malestares que trascienden los factores biológicos y consecuencias físicas de la obesidad severa. Se podrá tomar noticia de ello a partir de lo que el sujeto diga (y lo que no) sobre su relación con el cuerpo que habita.

En este punto, conviene reflexionar acerca de qué se entiende por obesidad patológica en salud mental más allá de las muy evidentes limitaciones físicas que supone la condición médica. Elucidación preliminar imprescindible al momento de situar las coordenadas del dispositivo analítico de tratamiento y de delimitar las condiciones necesarias para un abordaje ético.

Inicialmente, bastaría conocer un índice de masa corporal (IMC) para encontrarse habilitados a diagnosticar un caso de obesidad. En una condición estrechamente ligada a lo médico, tal como señala Cosenza (2013), se puede ubicar con facilidad su estatuto de incasificabilidad en lo que refiere a salud mental. Inclusive, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Psiquiatría (DSM-V) no se encontrará a la obesidad dentro de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por lo tanto, será de suma importancia pesar aquello que atañe a la subjetividad en juego para no perder de vista al sujeto; precisamente, en una clínica donde reina la evidencia de la mirada y alcanza con ver a una persona con obesidad para atribuirse el poder de señalar que allí hay un problema, dando por sentado, a lo mejor demasiado precipitadamente, la existencia de algo del orden de lo psicopatológico e incurriendo en prácticas que estigmatizan, discriminan y excluyen.

Se podría empezar a plantear entonces que, desde esta escucha al menos, se estaría frente a un caso de obesidad problemática en la medida en que aquella condición suponga algún tipo de inhibición, represente algún tipo de síntoma o comporte angustia para la persona. Es decir, que conlleve un padecimiento y suponga un malestar clínicamente significativo. Por lo tanto, la obesidad patológica puede leerse como una posición subjetiva específica que recubre las más diversas conflictivas psíquicas del campo afectivo. O bien, muchas veces, como una respuesta inconsciente ante distintas encrucijadas que hacen a la historia vital del sujeto. Precisamente, podrían ser estos factores psicológicos, presentes en la etiología del cuadro, los que queden al descubierto y se desplacen hacia otros trastornos, una vez “vencida mecánicamente” la obesidad al eliminar el patrón de ingesta de manera abrupta.

Por lo tanto, en la etapa de evaluación y preparación prequirúrgica, la tarea del psicólogo no puede quedar reducida a una mera ubicación clasificatoria, a una constatación de contraindicaciones o al acompañamiento psicoeducativo en la adecuación de hábitos alimentarios (abordajes no por ello menos importantes).

El desafío clínico consistirá en reconducir ese *quantum* de exceso pulsional (fijado al objeto-comida) hacia la producción de un síntoma que produzca deseo de saber y se dirija en transferencia al analista. Aquello implicaría el siguiente viraje: de ser el cuerpo la respuesta a toda pregunta posible sobre el malestar, a enigmatizar su sufrimiento incluyéndose en la queja que explicita (Hekier, 2010). La operación en la que el sujeto logra implicarse causalmente en la producción de su síntoma nos lleva finalmente al concepto de *responsabilidad subjetiva*.

Llegado a este punto, resulta concluyente exponer la constatación clínica que se desprende del entrecruzamiento de la investigación de Lombardi (2006/2009) y el trabajo de Donghi (2005): los pacientes que accedieron a un diagnóstico y seguimiento psicoanalítico tras la interrupción abrupta del consumo de sustancias, presentaron una menor emergencia de nuevos trastornos relacionados con la dimensión más real del cuerpo (desplazamiento a otra compulsión, conductas bulímicas, fenómenos psicósomáticos, o desencadenamientos con secuelas de delirios de fragmentación corporal).

Por consecuencia, los candidatos a CBM con un consumo problemático con el alimento, se verían beneficiados en igual medida al enfrentar un proceso diagnóstico y preparatorio de orientación psicoanalítica. A continuación, se comparten los resultados de la segunda etapa de una investigación realizada en el Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas de Malvinas Argentinas.

A través de la evaluación clínica de 100 casos mediante entrevistas semiestructuradas, se identificó una menor tasa de aparición de psicopatología (6%) en los 50 pacientes que recibieron diagnóstico y tratamiento psicoanalítico, en comparación con los 50 pacientes que no recibieron tratamiento, en quienes se registró una prevalencia del 26% de trastornos mentales asociados que afectan severamente al cuerpo (Tabla 1):

Tabla 1

Comparativa de personas con y sin tratamiento psicodinámico por Salud Mental

	SUJETOS DE ESTUDIO CON TTO. PSICOANALÍTICO POR SALUD MENTAL		SUJETOS DE ESTUDIO SIN TTO. PSICOANALÍTICO POR SALUD MENTAL	
	Cantidad (Q)	Porcentaje (%)	Cantidad (Q)	Porcentaje (%)
LESIONES PSICOSOMÁTICAS	0	0%	1	2,0%
TOXICOMANÍAS	0	0%	1	2,0%
ALCOHOLISMO	1	2,0%	2	4,0%
TRASTORNOS ALIMENTARIOS	1	2,0%	3	6,0%
ATAQUES DE PÁNICO	1	2,0%	5	10,0%
DESENCADENAMIENTO PSICÓTICO	0	0%	1	2,0%
SIN PSICOPATOLOGÍA	47	94,0%	37	74,0%
CON PSICOPATOLOGÍA	3	6,0%	13	26,0%
TOTAL	50	100%	50	100%

Fuente: Casos de estudios del Centro de Obesidad y Enfermedades Metabólicas de Malvinas Argentinas (2025).

Sin embargo, resulta conveniente precisar con mayor detalle la serie de indicadores a tener presente durante las entrevistas preliminares. Se tomarán tres conceptos (*fenómeno – estructura – discurso*) que Recalcati (2004) utiliza para pensar las anorexias y las bulimias, y se les concederá el estatuto de ordenadores claves al momento de intervenir en el proceso prequirúrgico. Aquello posibilitará llevar adelante el desafío clínico antes mencionado y evitará la aparición de comorbilidad psicopatológica posoperatoria.

Se entiende como *fenómeno* a toda la expresión sintomática bien definible y observable. En el caso de la obesidad patológica, aquellos rasgos típicos del cuadro: hiperfagia, atracones, ingestas nocturnas, IMC elevado, picoteo diario, etc. En primera instancia, el profesional deberá orientarse por el criterio estructural. Es decir, no podrá conformarse con la evidencia del *fenómeno*, sino que tendrá que reconducirlo a la *estructura* de fondo que lo anima.

A través de la escucha, será preciso discriminar en los dichos del paciente todos los elementos que tengan valor de índices estructurales. El diagnóstico diferencial entre neurosis, psicosis y perversión será fundamental a los fines de conocer las herramientas simbólicas del paciente y su relación psíquica con la realidad. Aquello será la brújula que guíe las intervenciones subsiguientes y el direccionamiento de la cura.

Por último, se define como *discurso* a los principios generales que tienden a individualizar la especificidad de la posición subjetiva en obesidad. Recalcati (2004) describe minuciosamente la serie de rasgos distintivos que la caracterizan: voracidad, compulsión, dificultad de acceso a la palabra (déficit del metabolismo simbólico), imposibilidad del rechazo a la demanda del Otro, tendencia a la alienación, egosintonía del síntoma, carácter de ajenidad corporal, debilidad constituyente de la metáfora sintomática, etc.

A través del relato del paciente, atendiendo la lógica compleja entre los tres vértices de referencia, se podrá captar el padecimiento singular en el cuerpo y en la relación con la comida. En consecuencia, se logrará discernir la *función* particular de la patología alimentaria en su estructura y posición subjetiva; condición indispensable si se quiere evitar intervenciones apresuradas cuyo desenlace sería la aparición de mayor sufrimiento y futuros inconvenientes posoperatorios.

La clínica de casos ilustra diversas funciones psíquicas de la obesidad: como atajo para eludir los efectos desbordantes de la angustia producto de un duelo, como expresión de un delirio subjetivo, como mecanismo defensivo para evitar los encuentros eróticos y afectivos, como construcción de un cuerpo obeso para evitar la mirada del Otro producto de un abuso sexual, como compensación de una

frustración amorosa a través de un objeto real, como compensación de una estructura psicótica, etc.

Para este último caso, Recalcati (2004) advierte que algunos pacientes tratados quirúrgicamente presentan verdaderas experiencias de despersonalización. En la clínica de la psicosis, muchas veces, la expansión de la imagen corporal o determinada cifra de peso garantizan una identidad imaginaria que protege al sujeto de una fragmentación.

Por ende, la intervención con su carácter irreversible puede revelarse como un factor de desencadenamiento de la estructura. El autor concluye que el error más oculto en la obesidad es olvidarse hasta qué punto la corrección del metabolismo del cuerpo depende del funcionamiento del metabolismo simbólico. En esos casos, será imprescindible introducir otros puntos de compensación por fuera de la patología alimentaria antes de abordar algo del orden de la dieta y del descenso de peso (Recalcati, 2004)

Conclusiones

En conclusión, situar los indicadores claves (*fenómeno – estructura – discurso*) durante la etapa de evaluación y preparación prequirúrgica, permitirá identificar la función singular de la obesidad en la posición subjetiva del paciente. Por consecuencia, concederá la posibilidad de intervenir anticipadamente a fin de lograr la implicación causal del sujeto y reducir los riesgos de comorbilidad psicopatológica posoperatoria al lograr un verdadero giro en la posición subjetiva. Finalmente, los pacientes que recibieron este tipo de tratamiento psicodinámico, desarrollaron trastornos mentales asociados a una tasa cuatro veces menor que aquellos que no lo hicieron.

De manera más amplia, el recorrido teórico-clínico desarrollado en este capítulo permite advertir que toda intervención sobre el cuerpo implica, inevitablemente, una intervención sobre la subjetividad. La cirugía podrá operar sobre el organismo, pero no sobre la historia que ese cuerpo encarna. Allí radica la relevancia de la palabra, de la escucha y del acompañamiento psicológico

prequirúrgico como instancias que restituyen al sujeto su condición de agente en el propio proceso terapéutico.

Si el cuerpo ha sido —como se señaló en la primera parte— el territorio donde se inscriben los silencios, la tarea analítica buscará devolverles a esas marcas la posibilidad de ser leídas y elaboradas. En este sentido, rescatar la singularidad de cada paciente no sólo previene la repetición del síntoma en otro cuerpo —el del acto, el de la palabra o el de la angustia— sino que también preserva la dimensión ética del tratamiento integral.

Como advierte Recalcati (2004), “el error más oculto en el tratamiento de la obesidad es olvidar hasta qué punto la corrección del metabolismo del cuerpo depende del funcionamiento del metabolismo simbólico”. Solo una clínica que contemple ambas dimensiones permitirá que la transformación corporal se acompañe de una verdadera elaboración subjetiva.

Referencias

- Anzieu, D. (1994) *El Yo Piel*. Ed, Siglo XXI. Madrid.
- Bilbao Ramírez, R.(2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Psicoperspectivas*.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000200002
- Consenza, D. *La comida y el inconsciente. Psicoanálisis y trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Tres Haches; 2013.
- Dolto, F.(1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Buenos Aires.
- Donghi, A. Alcance de la aplicación del modelo de reducción de daños al campo asistencial en el tratamiento de las adicciones. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-051/349>; 2005.
- Donghi, A. et al. *Innovaciones de la práctica II Anorexias, bulimias y obesidad*. Buenos Aires: JCE Ediciones; 2007.
- Donghi, A. et al. *Variantes de la Clínica Ambulatoria. Repercusiones y actualizaciones*. Buenos Aires: JCE Ediciones; 2017.
- Foucault, Michel. (2002) *Historia de la Sexualidad*. Vol.I: La voluntad de Saber, Siglo Veintiuno Editores, Argentina.
- Frankl, V. (1985). *El hombre en busca de sentido*, Ed. Herder, Barcelona.
- Freud, S. *Obras Completas: Tres ensayos para una teoría sexual* Biblioteca Nueva, Madrid, 1905.

- Freud, S. *Obras Completas: Pulsiones y destinos de pulsión, Duelo y Melancolía.*, Vol.XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1915.
- Freud, S. *Obras Completas: La escisión del Yo en el proceso defensivo*, Vol. XXII, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1975.
- Freud, S. *Obras Completas: La sexualidad en la etiología de las neurosis.*, Vol.III. Buenos Aires: Amorrortu Editores; (1906/1989).
- Groddeck, G. (1973). *El libro del Ello*, Taurus, Madrid.
- Hekier, M. *Anorexia-Bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós; 2010.
- Le Breton, D. (1990) *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires
- Le Poulichet, S. *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1987.
- Lombardi, G. Plan de investigación UBACyT: *La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social. El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos específicos del psicoanálisis*; 2006/2009.
- Matoso, E. (1992). *El cuerpo territorio escénico*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*, Ed. Julián Yebenes S.A, Madrid, 1991.
- Merleau Ponty, M. (1970). *Fenomenología de la percepción*, Paidós, Buenos Aires.
- Rabinovich, D. *Las impulsiones. Una clínica de la pulsión*. Buenos Aires: Manantial; 1990.
- Recalcati, M. *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Del Cifrado; 2004.
- Reich, W. (1980). *Análisis del carácter*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Revista Médica de Chile*, (139). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>, p. 571-578.
- Schnake, A. (2004). *La voz del síntoma*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Schnake, A. (2005). *Los diálogos del cuerpo*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Sierra, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Interdisciplinaria*, 30(2), p. 191-199. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272013000200001&script=sci_abstract.

Capítulo 6

Hambre Alucinatoria en Obesidad

Lic. Margarita Scotta

Equipo Multidisciplinario de Cirugía y
Tratamiento de Obesidad, Sanatorio Británico
margascotta@gmail.com
Rosario, Argentina

Introducción

El hambre en obesidad se presenta como fenómeno complejo no reducible a su concepto biológico ni al psicológico de emoción. El hambre es un fenómeno alucinatorio cuya función es recuperar una experiencia anterior de satisfacción configurando un objeto mental en la percepción que antecede e impulsa la búsqueda del objeto adecuado para saciar en el mundo externo. La alucinación desvía este cauce normal vía regresiva obstaculizando la salida del mundo interno.

Se introducen y articulan los conceptos de alucinación, mundo interno, mundo externo, chupeteo, libido del yo, satisfacción, insatisfacción, objeto, prohibición. En el hambre en obesidad el objeto que aportaría la satisfacción pulsional no funciona como orientador de su búsqueda en el mundo exterior. La regresión alucinatoria a un objeto de satisfacción permanece en funcionamiento mental intentando generar libido que fracasa en producirse; (Freud, 1900), por lo que se trata de un hambre que no libidiniza al objeto, presentando una falla en la constitución del erotismo oral y en el orden alimentario (Freud, 1895).

Abramos preguntas:

¿De qué se trata ese llamativo “hambre” al que nuestros pacientes obesos intentan describir con palabras que no alcanzan, impuesto como ansia irrefrenable no confundido en realidad con el hambre?

Al menos en mi experiencia, los pacientes tratan de referirse a un hambre que no es ni biológico (el estómago está repleto); ni psicológico (carece de motivación); ni emocional (la persona no siente nada); ni libidinal (no les da satisfacción).

Los pacientes hablan de un objeto “comida”, ubicado en la realidad externa, que al querer atraparlo termina organizándoles, por esa búsqueda misma, tanto la percepción como la acción externa; por lo tanto, bien podemos decir que el objeto comida ordena los movimientos en el mundo externo y posibilita una orientación como posición en la supervivencia. Las ideas de comida son al mismo tiempo movimiento y detenimiento, pues se trata de acciones que no pueden realizarse cuando el “hambre” irrefrenable evita la búsqueda del objeto incorporando lo que tiene a mano; por lo tanto, se constituyen en ideas que reemplazan la acción y la sustituyen a nivel mental (Freud, 1895).

¿Habría algún resarcimiento oculto al haber inventado un ansia indetenible por un objeto que no está marcado por ninguna prohibición, el alimento? ¿Hasta qué punto comer? ¿Cuándo dejar de comer? El umbral fisiológico no funciona y el esfuerzo voluntarioso no lo enciende. La obesidad nos muestra que la saciedad es simbólica (Melman, 1992).

¿Les habrá quedado prohibido el cuerpo a nuestros pacientes debido a que la prohibición sobre el objeto incorporado está fuera de juego? ¿Por dónde incide el límite de una prohibición simbólica al comer? La función prohibitiva del deseo humano, manifestada en culpa, por algún lado necesariamente se infiltrará (Czermack, 1992).

El hambre en obesidad no es libidinal pues no alcanza la satisfacción y es irrefrenable desde la insatisfacción, pretende incorporar todo lo que esté al alcance como respondiendo a una necesidad de producir energía que no puede generarse (Freud, 1895). Esta hambre se presenta como un empuje paradójico sin energía; máquina devoradora sin combustible que, sin embargo, sigue en marcha. Aparato simulador de “hambre” reducido a un impulso motor que provoca, sorprendentemente, el nacimiento de una nueva pulsión por fuera de la autoconservación, pues enferma, no conserva la vida y elimina el placer (Freud, 1920).

Un objeto alucinatorio ofrecido a la necesidad

Pensemos en el chupeteo del bebé humano que sigue en marcha, aún después de haberse saciado con la leche. El movimiento mecánico de los labios y del interior de la boca persiste luego de la saciedad ¿Qué función podría tener el chupeteo si el bebé humano ya incorporó el alimento necesario?

El chupeteo es productor de una actividad mental alucinatoria, ya no tiene nada que ver con la leche real. **El chupeteo es efecto motor de una alucinación normal que repite mentalmente la experiencia de la satisfacción alcanzada en un momento anterior al de la insatisfacción actual, o al de la satisfacción alcanzada** (Freud, 1895).

¿Es la alucinación la causa del chupeteo? ¿Chupetea porque alucina? ¿Es la actividad mental, alucinatoria, la que impulsa o activa el movimiento de los labios? O, por el contrario ¿es el movimiento monótono y repetido, físico, de los labios, el perturbador del espacio psíquico y productor de una alucinación? (Nasio, 2008).

La alucinación de la satisfacción ya es *otro* objeto que el objeto leche, la teta o la madre. **El objeto alucinado es otro objeto por fuera del mundo externo y se corresponde con un plus de actividad que intenta crear libido, o sea, la sensibilidad erótica de la zona oral y de su objeto; libido que dará sustento, a su vez, a una actividad alucinatoria que ya no será nunca más la experiencia vivida** (Freud, 1895).

A nivel conciencia surge la acción de comer automática sin enlace asociativo con representaciones conscientes que le opongan resistencia. En estos fenómenos, el inconsciente se reduce a una conciencia escindida. No hay satisfacción posible si no ubicamos un objeto creado en el mundo y proyectamos el circuito de su encuentro a través de una búsqueda. Por el contrario, si arrasamos todo objeto en el afuera, quedamos condenados a la insatisfacción permanente (Freud, 1914).

En el discurso del paciente dirigido a nosotros tenemos la oportunidad de abrir cauces del hambre por fuera de la alucinación, lo que desembocará en una saciedad simbólica, si generamos el re-encuentro de ese objeto alucinado en el mundo externo.

Referencias

- Czermak, M. (1992). ¿Qué es lo que nos morfa? En *La oralidad*. Homo Sapiens Ediciones.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. I). Amorrortu.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras completas* (Vols. IV-V). Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras completas* (Vol. XVIII). Amorrortu.
- Lindner, S. (1991). Sobre el chupeteo de dedos y labios en niños. *Temas de Psicoanálisis*, 16. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Melman, C. (1992). Observaciones sobre la anorexia. En *La oralidad*. Homo Sapiens Ediciones.
- Nasio, J. D. (2008). La alucinación: un punto de vista psicoanalítico. *Cuadernos de Apertura Psicoanálisis*, 7. Editorial Apertura.

Capítulo 7

Obesidad y Adicción a la Comida

Dra. Marcela Waisman Campos

Directora Médica del Centro Neomed,
Neopsiquiatra del Depto. de Neurología
Cognitiva neuropsiquiatra y neuropsicóloga de Fleni
mwconsultorio@hotmail.com
Buenos Aires, Argentina

Dra. Noleia Marzan

Psiquiatra del Depto de Psiquiatría de Fleni
noeliamarzan@gmail.com
Buenos Aires, Argentina

Introducción

La obesidad constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019), su prevalencia se ha triplicado desde 1975, alcanzando a más de 650 millones de adultos y a un número creciente de niños y adolescentes. Se asocia a un aumento significativo de la carga de enfermedad crónica, incluyendo diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y deterioro de la salud mental, con un impacto económico y social de gran magnitud (Neeland et al., 2024).

En los últimos años, ha emergido un creciente interés en la relación entre la obesidad y las conductas adictivas hacia la comida. Este enfoque plantea que ciertos alimentos altamente procesados, ricos en azúcares, grasas y sal, pueden activar los circuitos de recompensa cerebral de forma similar a sustancias como el alcohol o la nicotina (Volkow et al., 2013 & Schiestl et al., 2020). De este modo, la obesidad no solo se entiende como un desequilibrio energético, sino también como un fenómeno influenciado por la compulsión, la pérdida de control y los mecanismos de refuerzo, lo que abre nuevas perspectivas para su tratamiento (Waisman et al, 2021).

Múltiples investigaciones han mostrado que tanto la alimentación emocional como la adicción a la comida constituyen comportamientos alimenticios

frecuentes en personas con obesidad. Estos fenómenos, lejos de ser marginales, se presentan como patrones persistentes que impactan en la relación con los alimentos, en la regulación emocional y en la dificultad para sostener cambios de hábitos saludables. En este capítulo se partirá de un marco general que sitúe la obesidad en su complejidad biopsicosocial, para luego avanzar hacia el análisis específico de cómo la alimentación emocional y la adicción a la comida se entrelazan con esta condición y contribuyen a perpetuarla.

Dimensiones clínicas y conceptuales de la obesidad

Definición y criterios diagnósticos

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de tejido adiposo que compromete la salud. Su diagnóstico suele basarse en indicadores antropométricos: el índice de masa corporal ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ en adultos), la circunferencia abdominal ($\geq 102 \text{ cm}$ en hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ en mujeres, asociada a mayor riesgo metabólico) y el porcentaje de grasa corporal ($>25\%$ en varones, $>35\%$ en mujeres) (WHO, 2019 & Neeland et al., 2024).

Factores etiológicos

La etiología de la obesidad es multifactorial. Entre los factores genéticos, estudios de asociación han identificado variantes vinculadas al apetito, la saciedad y el gasto energético, como en el gen FTO (Speakman, 2013). En el plano metabólico, se destacan la resistencia a la insulina, la alteración en la señalización de la leptina y la disfunción mitocondrial (Rosen & Spiegelman, 2014). En cuanto a los factores ambientales, la disponibilidad de alimentos ultraprocesados, el sedentarismo, la urbanización y los patrones de sueño irregulares son determinantes centrales (Swinburn et al., 2011). Finalmente, los factores psicológicos incluyen la alimentación emocional, el estrés crónico, la depresión y ciertos rasgos de personalidad como la impulsividad, que predisponen a la ingesta desregulada (Van Strien et al., 2013).

Consecuencias físicas, psicológicas y sociales

Las consecuencias físicas de la obesidad incluyen mayor riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, apnea del sueño, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Neeland et al., 2024).

En el plano psicológico, la obesidad se asocia a depresión, ansiedad, baja autoestima y trastornos de la conducta alimentaria (Puhl & Heuer, 2010).

En lo social, el estigma relacionado con el peso afecta la calidad de vida, limita las oportunidades laborales y educativas y puede perpetuar el aislamiento y la discriminación (WHO, 2019).

Dimensiones conductuales y adictivas de la alimentación

Adicción conductual

La característica esencial de las adicciones conductuales es la incapacidad para resistir un impulso, instinto o tentación de realizar un acto perjudicial para la persona o para los demás (American Psychiatric Association, 2000). Estos cuadros se definen por un patrón recurrente de comportamiento dentro de un dominio específico que, en última instancia, interfiere con el funcionamiento en otras áreas de la vida. Los trastornos adictivos conductuales presentan notables similitudes con los trastornos por consumo de sustancias, entre ellas la dificultad para controlar los impulsos y la frecuente presentación comórbida.

De manera habitual, las conductas adictivas de tipo conductual están precedidas por sensaciones de tensión o excitación, seguidas de placer, gratificación o alivio tras su ejecución (American Psychiatric Association, 2000).

Su carácter egosintónico las aproxima a la experiencia de las conductas asociadas al consumo de sustancias, en contraste con la naturaleza egodistónica que caracteriza al trastorno obsesivo-compulsivo.

Con el tiempo, tanto las adicciones conductuales como las químicas tienden a volverse progresivamente menos egosintónicas y más egodistónicas, en la

medida en que la conducta —incluido el consumo de sustancias— deja de ser placentera para transformarse en un hábito compulsivo (Brewer & Potenza, 2008; Potenza et al., 2009).

En este proceso, el refuerzo positivo pierde relevancia y el refuerzo negativo (alivio de disforia o síntomas de abstinencia) adquiere mayor peso. La desregulación emocional, a su vez, puede contribuir al incremento de la ansiedad tanto en los trastornos adictivos conductuales como en los de consumo de sustancias (De Castro et al., 2007).

Diversos estudios muestran que personas con ludopatía, cleptomanía, conducta sexual compulsiva o compras compulsivas refieren una disminución progresiva de los efectos positivos sobre el estado de ánimo con la repetición de la conducta, así como la necesidad de intensificarla para alcanzar el mismo efecto, fenómeno análogo a la tolerancia (Blanco et al., 2001; Grant et al., 2006; Grant & Potenza, 2008). Asimismo, describen estados disfóricos al suspender dichas conductas, semejantes al síndrome de abstinencia (Grant et al., 2010).

Debate sobre su lugar en las clasificaciones diagnósticas

Actualmente, el DSM-5 solo incluye el juego patológico como adicción conductual reconocida, mientras que otras conductas como la adicción a internet, a las compras o al sexo aún no han sido incorporadas oficialmente, aunque se encuentran en estudio (American Psychiatric Association, 2013).

La CIE-11, por su parte, incluyó el trastorno por uso de videojuegos como adicción conductual, abriendo la discusión sobre la posible incorporación de otros cuadros similares (WHO, 2019). Numerosos autores sostienen la necesidad de más evidencia empírica y de criterios diagnósticos estandarizados para definir con claridad qué comportamientos deberían conceptualizarse como adicciones (Grant et al., 2010 & Saunders et al., 2017).

Adicción a la comida

La adicción a la comida (AC) fue propuesta por primera vez a mediados de la década de 1950 (Randolph, 1956) como una pérdida de control sobre la ingesta

de alimentos, con un deseo persistente de comer e intentos infructuosos de reducir la cantidad ingerida a pesar de conocer las consecuencias adversas (Ziauddeen et al., 2012).

Al observar que las personas obesas y quienes comen en exceso presentan características que recuerdan a la adicción, se ha utilizado un modelo adictivo para explicar los patrones de alimentación anormales observados en personas con obesidad (Volkow et al., 2012) y sobrepeso, así como en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Volkow et al., 2013 & Imperatori et al., 2016).

Más recientemente, la AC se ha definido como una enfermedad crónica y recurrente causada por la interacción de múltiples variables complejas que aumentan los antojos de ciertos alimentos específicos, ya sea para alcanzar un estado de alto placer, energía o excitación, o para aliviar estados emocionales o físicos negativos (Imperatori et al., 2016). El término adicción a la comida se ha aplicado típicamente a este perfil de ingesta compulsiva de alimentos altamente procesados. Sin embargo, aún existe controversia respecto a su consideración como diagnóstico formal.

Al igual que otras adicciones a sustancias, se postula que la adicción a la comida es el resultado de tres factores entrelazados: (1) la naturaleza adictiva de la sustancia (en este caso, alimentos altamente procesados), (2) los factores de riesgo individuales (por ejemplo, antecedentes familiares de adicción, depresión o impulsividad) y (3) un entorno que favorece que la sustancia adictiva sea accesible, asequible y atractiva.

Metaanálisis recientes de Krupa et al., (2024) han encontrado que el 14% de los adultos y el 12% de los niños cumplen con el umbral de adicción a la comida. En adultos, estas cifras son comparables a las de otras sustancias legales, accesibles y adictivas (como el alcohol y el tabaco), mientras que la prevalencia estimada en niños es significativamente mayor que la observada con otras sustancias adictivas, dado que los menores suelen estar protegidos frente a ellas.

La adicción a los alimentos se asocia con una baja autoestima, estrés psicológico, baja calidad de vida y síntomas depresivos (Figura 1) (Pape et al., 2021 & Çeçen et al., 2023).

Estudios adicionales han documentado que los individuos con adicción a la comida presentan mayores niveles de ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos y mayor probabilidad de depresión clínica en comparación con la población general (Gearhardt et al., 2011 & Imperatori et al., 2016).

Asimismo, se ha encontrado una asociación significativa entre adicción a la comida y un deterioro en el funcionamiento social y laboral, reforzando la idea de que se trata de un trastorno con repercusiones más allá de la conducta alimentaria (Pursey et al., 2014).

Desde un punto de vista epidemiológico, investigaciones internacionales han mostrado que entre un 30% y un 50% de los individuos que cumplen criterios de adicción a la comida presentan síntomas depresivos clínicamente significativos y hasta un 40% reportan niveles elevados de ansiedad (Pape et al., 2021 & Gearhardt et al., 2011). Además, se ha documentado que la presencia de adicción a la comida incrementa el riesgo de baja calidad de vida relacionada con la salud y de comorbilidades psiquiátricas (Imperatori et al., 2016 & Pursey et al., 2014).

La adicción a alimentos ricos en grasas, azúcares y sales se ha conceptualizado como una condición semejante a la adicción a otras sustancias psicoactivas hedónicas como el alcohol y el tabaco (Schiestl et al., 2020).

Algunos investigadores como Avena et al., (2011); Garber & Lustig, (2011), han propuesto que componentes específicos de los alimentos procesados, en particular los de la “comida rápida”, pueden ser adictivos de manera similar a la cocaína y la heroína.

La comida rápida contiene cuatro componentes cuyas propiedades hedónicas han sido estudiadas: sal, grasa, cafeína y azúcar (Garber & Lustig, 2011 & Moss, 2013). El azúcar agregado —y específicamente la fracción de fructosa— es único en la activación del circuito de recompensa. La fructosa actúa tanto de

manera directa como indirecta para incrementar el consumo; y tanto la obesidad como la exposición crónica a la fructosa regulan negativamente los receptores de dopamina, lo que obliga a estímulos cada vez mayores para producir una señal de recompensa (tolerancia), uno de los componentes principales de la adicción (Lustig, 2020).

La presencia de adicción a la comida parece ser más frecuente en personas con mayor peso e índice de masa corporal (IMC). Asimismo, la AC se ha vinculado con la falta de eficacia de las intervenciones para la pérdida de peso (Schiestl et al., 2020). Los estudios actuales no hallaron una relación significativa entre edad o género y adicción a la comida (Ghosh et al., 2021). Esto contrasta con estudios previos que sugerían que una mayor edad y el sexo femenino se asociaban con la AC (Pursey et al., 2014).

Una medida comúnmente utilizada para evaluar la adicción a la comida es la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS), diseñada para aplicar los criterios diagnósticos de los trastornos por uso de sustancias a la ingesta de alimentos altamente procesados. Existen versiones validadas del YFAS tanto para adultos como para niños.

Entre los síntomas más frecuentes de la AC se incluyen el deseo persistente o los repetidos intentos fallidos de dejar de consumir. Otros ítems, como el abandono de actividades sociales, laborales o recreativas importantes, se reportan con menor frecuencia, al menos en las fases iniciales. Clínicamente, muchos pacientes pueden presentar atracones alimentarios, aunque es importante destacar que, si bien existe superposición en la presentación, no todos los individuos con atracones cumplen criterios de AC (Gearhardt et al., 2011).

Figura 1

Adicción a la comida y asociaciones



Modificado de figure 1 | The complex nature of food addiction and its associated health problems; Vasiliu O, 2022

Fuente: Vasiliu, O. (2022). Current status of evidence for a new diagnosis: Food addiction — A literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 824936.

Los estudios dietéticos muestran que los alimentos ultraprocesados — frecuentemente altos en carbohidratos refinados y grasas añadidas— son consumidos en mayor medida por personas que cumplen con los criterios de AC. Investigaciones recientes indican que quienes obtienen puntuaciones más altas en el YFAS tienen mayor probabilidad de presentar IMC elevado, atracones más frecuentes, ciclos de peso más marcados, mayor impulsividad, desregulación emocional y sesgos atencionales hacia la comida. Además, presentan con más frecuencia antecedentes familiares de problemas con el alcohol (factor de riesgo conocido para los trastornos adictivos) y exhiben patrones de alto riesgo en el consumo de alcohol y nicotina (Hoover et al., 2023).

Definiciones alternativas y subtipos específicos

En la literatura reciente se ha planteado la distinción entre food addiction ("adicción a la comida") y eating addiction o eating dependence ("adicción a comer"). El primer término pone el foco en las propiedades adictivas de ciertos alimentos ultraprocesados o con alto contenido de azúcares, grasas y sales; el

segundo enfatiza el componente conductual de la acción de comer, independientemente del alimento consumido (Vasiliu, 2022).

Esta diferenciación resulta relevante para comprender las distintas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas: mientras que la noción de food addiction se alinea con los modelos de adicción a sustancias, el concepto de eating addiction se aproxima más al marco de las adicciones conductuales.

Se han descrito, además, subtipos de adicción alimentaria según el tipo de producto consumido de manera compulsiva (Vasiliu, 2022):

- Sugar addiction (adicción al azúcar): sobreingesta de productos con azúcares añadidos, asociada a activación dopaminérgica y síntomas de craving.
- Chocolate addiction (adicción al chocolate): caracterizada por craving intenso, pérdida de control y síntomas leves de abstinencia en personas identificadas como "chocoholics".
- Fast food addiction (adicción a la comida rápida): vinculada a la combinación de grasa, azúcar, sal y cafeína, junto con factores ambientales como la publicidad y la disponibilidad.
- Fat-rich food addiction (adicción a alimentos ricos en grasas): consumo compulsivo de alimentos altos en grasas (carnes grasas, postres), con patrones de vulnerabilidad psicológica específicos.

Alimentación emocional

La alimentación emocional se define como la tendencia a comer en respuesta a estados emocionales, más que a señales fisiológicas de hambre. Este patrón suele vincularse con la búsqueda de alivio ante el estrés, la ansiedad, la tristeza o incluso el aburrimiento, y no necesariamente con la necesidad energética del organismo (Kaplan & Sadock, 2009).

Diversas investigaciones han señalado que la alimentación emocional constituye una estrategia de afrontamiento poco adaptativa para regular el estado afectivo. Aunque proporciona un alivio inmediato, suele conducir posteriormente a

sentimientos de culpa o malestar, reforzando así el círculo vicioso de comer para manejar emociones (Macht, 2008).

En términos clínicos, este comportamiento contribuye tanto al mantenimiento como al aumento de peso, dificultando la adherencia a pautas alimentarias saludables y potenciando el riesgo de desarrollar obesidad y otros trastornos asociados (Van Strien et al., 2013). Asimismo, se ha observado que la alimentación emocional se asocia con un mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sal, caracterizados por su elevado poder hedónico y bajo valor nutricional (Evers et al., 2010).

Bases biológicas de la adicción a la comida

Bases neurobiológicas y factores metabólicos

Entre los biomarcadores implicados en la adicción a la comida se encuentran la leptina, la grelina, el cortisol, la insulina, la glucosa, la oxitocina, la hormona estimulante de la tiroides (TSH), la hemoglobina glicosilada (HbA1c), los triglicéridos, la amilina, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la colecistoquinina (CCK), entre otros. Una revisión sistemática identificó evidencias preliminares que vinculan los síntomas de la adicción a la comida con estas hormonas y biomarcadores sanguíneos relacionados con la regulación del apetito, la respuesta al estrés y los circuitos de recompensa, aunque se subraya la necesidad de más estudios debido a las limitaciones metodológicas (Römer et al., 2023). Asimismo, la leptina se ha relacionado tanto con la obesidad como con la impulsividad y un peor control inhibitorio, lo que puede agravar comportamientos alimentarios desordenados y otras conductas adictivas.

Alteraciones circadianas y factores ambientales

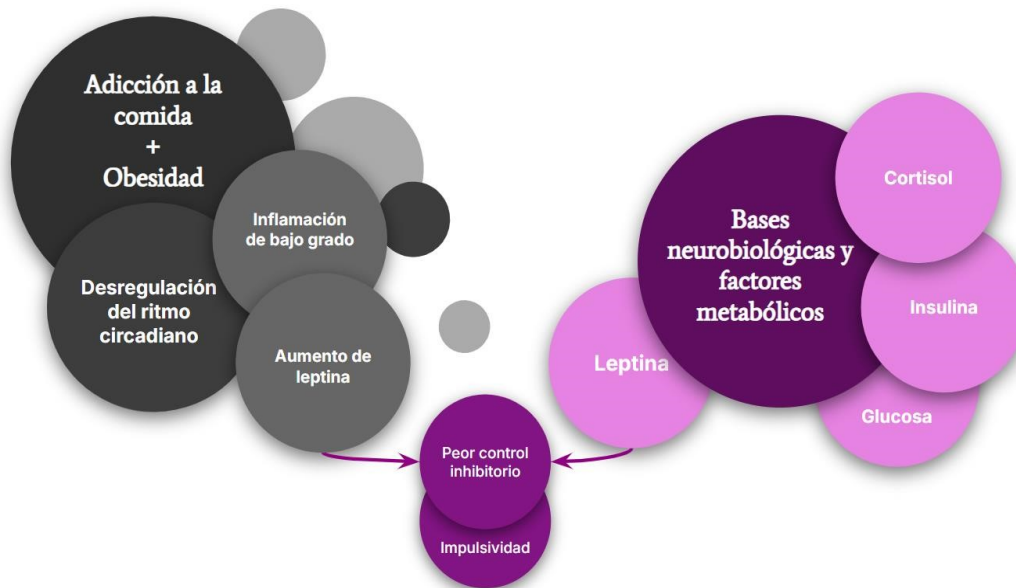
La adicción a la comida y la obesidad también se asocian con la desregulación del ritmo circadiano. En personas con obesidad se observa un aumento de los niveles de leptina, que contribuye a la inflamación crónica de bajo grado. Factores como los hábitos alimentarios nocturnos, la restricción del sueño

y el trabajo por turnos afectan la secreción circadiana de cortisol, leptina y melatonina, promoviendo una mayor ingesta de energía y reforzando los comportamientos de recompensa alimentaria. Estos procesos se relacionan con el incremento en la prevalencia de obesidad, síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Çeçen et al., 2023)(ver figura 2) Resumen de mecanismos principales:

- Sistema dopaminérgico: activación del circuito de recompensa, especialmente en el núcleo accumbens.
- Desequilibrio en neurotransmisores: alteraciones en dopamina, serotonina y opioides endógenos.
- Tolerancia y abstinencia: necesidad de mayor cantidad de comida para obtener el mismo efecto placentero.

Figura 2

Adicción a la comida y obesidad



Fuente: modificado de: Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. *Obesity Reviews*, 14(1), 2–19.

Rasgos de personalidad asociados con la adicción a la comida

Diversos estudios han explorado los rasgos de personalidad que pueden predisponer a la aparición de conductas adictivas hacia la comida. Uno de los más relevantes es la impulsividad, especialmente en sus dimensiones de urgencia negativa (actuar de manera precipitada ante emociones negativas) y urgencia positiva (impulsividad en contextos de emociones positivas). Estos rasgos se han asociado a mayores síntomas de adicción a la comida y a un incremento del IMC, mediado por la conducta alimentaria compulsiva (Meule et al., 2016).

El neuroticismo, entendido como la tendencia a experimentar emociones negativas intensas, también se ha relacionado con la adicción a la comida. Este rasgo se asocia con la dificultad para regular la conducta alimentaria en contextos de presión social o de internalización de ideales de delgadez (Bozkurt et al., 2015).

Investigaciones más recientes sugieren que tanto el neuroticismo como otros rasgos de la personalidad, como la amabilidad, se vinculan con patrones de alimentación emocional y control de la ingesta (Frontiers in Public Health, 2024).

Otro rasgo implicado es la dependencia de recompensa, descrita en modelos de temperamento como la fuerte reactividad a señales de gratificación. Personas con alta dependencia de recompensa podrían ser más vulnerables a usar la comida como fuente de placer o consuelo (Cloninger, 1987). En línea con este modelo, la teoría bifactorial de la impulsividad plantea que una elevada sensibilidad al refuerzo (Reward Drive) combinada con una baja sensibilidad a las consecuencias negativas (Rash Impulsiveness) aumenta el riesgo de desarrollar conductas adictivas, incluyendo la adicción a la comida (Dawe & Loxton, 2004).

Finalmente, es importante destacar que la idea de una "personalidad adictiva" como entidad diagnóstica ha sido cuestionada. La literatura científica señala que, más que un tipo de personalidad único, existen ciertos rasgos —como la impulsividad, el neuroticismo o la dependencia de recompensa— que pueden interactuar con factores ambientales y biológicos para incrementar la vulnerabilidad a la adicción a la comida, sin ser determinantes por sí solos (Verdejo-García et al., 2008).

Criterios diagnósticos propuestos

La herramienta más utilizada es la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS), desarrollada a partir de los criterios del DSM-IV-TR para dependencia de sustancias (Gearhardt et al., 2009). El instrumento original contempla siete síntomas y requiere además deterioro o malestar clínicamente significativo para establecer el diagnóstico. Los síntomas incluyen: (1) consumo de alimentos altamente palatables en mayores cantidades o durante más tiempo de lo previsto; (2) deseo persistente o intentos fallidos de reducir el consumo; (3) dedicar mucho tiempo a obtener, consumir o recuperarse de la comida; (4) abandono o reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido a la comida; (5) consumo continuado a pesar de consecuencias físicas o psicológicas negativas; (6) tolerancia; y (7) síntomas de abstinencia o uso de alimentos para aliviar la abstinencia (Gearhardt et al., 2009 & Gearhardt et al., 2011).

La versión actualizada YFAS 2.0 adapta estos criterios a los 11 síntomas del DSM-5 para los trastornos por uso de sustancias. Incluye, además de los previos, el incumplimiento de obligaciones (p. ej., dificultades laborales o académicas vinculadas a la alimentación), el consumo en situaciones peligrosas, los conflictos interpersonales asociados y la presencia de antojos intensos (Gearhardt et al., 2016; Schulte & Gearhardt, 2017). El diagnóstico requiere dos o más síntomas junto con deterioro o malestar clínicamente significativo.

Se han desarrollado también versiones abreviadas (mYFAS, mYFAS 2.0) que incluyen al menos un ítem representativo de cada grupo sintomático y preguntas sobre deterioro funcional, útiles para estudios poblacionales amplios (Schulte & Gearhardt, 2017).

Otras propuestas complementarias provienen de escalas que no se basan directamente en criterios de dependencia, como el Addiction-Like Eating Behaviour Scale (AEBS), que mide dimensiones como el “impulso apetitivo” y el “bajo control dietético” (Ruddock et al., 2017) o el Reward-Based Eating Drive (RED), que evalúa la falta de saciedad, la pérdida de control y la preocupación excesiva por la comida (Epel et al., 2014). Estas herramientas aún están en

proceso de validación, pero ofrecen perspectivas complementarias para comprender la adicción a la comida desde un marco conductual y motivacional.

Factores de riesgo

A. Genéticos

Existe predisposición hereditaria a conductas alimentarias de tipo adictivo, probablemente mediada por la sensibilidad de los circuitos de recompensa y de saciedad. La historia familiar de problemas con el alcohol u otras adicciones se asocia con mayor probabilidad de adicción a la comida y de patrones de consumo de alto riesgo (Hoover et al., 2023). A nivel neurobiológico, se han descrito alteraciones en vías dopaminérgicas mesolímbicas (p. ej., disponibilidad de receptores D2 y reactividad del núcleo accumbens) implicadas tanto en adicciones como en la ingesta de alimentos altamente palatables (Volkow et al., 2012, 2013).

La evidencia específica sobre marcadores genéticos de adicción a la comida aún es preliminar, pero múltiples revisiones plantean una vulnerabilidad biológica compartida con trastornos por uso de sustancias (Vasiliu, 2022 & Krupa et al., 2024).

B. Psicológicos

Factores como estrés, ansiedad, depresión y baja autoestima se asocian con mayor probabilidad de comer en respuesta a estados afectivos y con patrones de consumo compulsivo (Pape et al., 2021). La impulsividad y la búsqueda de recompensa funcionan como vulnerabilidades transdiagnósticas que facilitan la pérdida de control ante alimentos hipercalóricos (Verdejo-García et al., 2008; Dawe & Loxton, 2004 & Meule et al., 2016). Además, la alimentación emocional opera como una estrategia de regulación afectiva poco adaptativa, que brinda alivio inmediato pero refuerza el ciclo de sobreingesta y malestar posterior (Evers et al., 2010 & Macht, 2008).

C. Sociales y ambientales

El entorno obesogénico –alta disponibilidad y bajo costo de ultraprocesados, marketing intensivo y hábitos familiares– promueve la exposición repetida a estímulos alimentarios de alto poder hedónico (Swinburn et al., 2011). La “comida rápida” y productos ricos en azúcar y grasas añadidas han sido vinculados con patrones de consumo de tipo adictivo (Garber & Lustig, 2011; Lustig, 2020 & Schiestl, et al., 2020).

Diferencias con otros trastornos alimentarios

Varios trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ya han sido identificados en el DSM-5: (1) Bulimia Nerviosa (BN); (2) Anorexia Nerviosa (AN); (3) Sobrepeso y Obesidad; (4) Trastorno por Atracón (BED); (5) Síndrome de Ingesta Nocturna (NES); (6) Antojo de Comida (CF) (American Psychiatric Association, 2013). La AC, como patrón de consumo anormal, parece tener superposiciones psicopatológicas significativas con estos TCA, especialmente con BED y BN. La disminución del control alimentario, el consumo persistente a pesar de las consecuencias adversas y los altos niveles de impulsividad y psicopatología constituyen puntos de convergencia entre la AC, el BED y la BN (Gearhardt et al., 2011 & Pursey et al., 2014). No obstante, también existen diferencias cruciales entre la AC y otros TCA (Gearhardt et al., 2011; Pursey et al., 2014 & Bąk-Sosnowska, 2017):

- *Adicción a la comida (AC):* pérdida de control ante determinados alimentos, ansia intensa (craving), consumo pese a consecuencias negativas y síntomas análogos a tolerancia/abstinencia; suele incluir dedicación de tiempo a la obtención/consumo/recuperación y abandono de actividades (Gearhardt et al., 2009, 2016 & Zou et al., 2017). No es un diagnóstico oficial en DSM-5; su evaluación se operacionaliza con escalas como YFAS (American Psychiatric Association, 2013 & Krupa et al., 2024). El IMC en AC puede ser elevado o normal (p. ej., cuando la dependencia se centra en productos específicos) (Zou et al., 2017). En contraste con

BED, en AC la ingesta suele perseguir de forma prominente la satisfacción hedónica (refuerzo positivo), más allá de la regulación de tensión mental (Bąk-Sosnowska, 2017).

- *Trastorno por atracón (BED)*: episodios de ingesta en un período discreto con sensación de pérdida de control, sin conductas compensatorias regulares; el DSM-5 exige frecuencia/duración mínimas y malestar marcado (American Psychiatric Association, 2013). La preocupación por la forma y el peso es frecuente y clínicamente relevante (más que en AC), aunque no es criterio obligatorio del diagnóstico (Bąk-Sosnowska 2017 & Gearhardt et al., 2011). Desde el punto de vista funcional, el atracón puede operar como reducción de tensión (p. ej., emociones negativas, vergüenza por peso/forma o restricción) más que como búsqueda hedónica primaria (Bąk-Sosnowska, 2017).
- *Bulimia nerviosa (BN)*: presencia de atracones seguida de conductas compensatorias (vómitos, laxantes, ejercicio excesivo, etc.) y marcada sobrevaloración de la forma y el peso; los atracones se definen también en períodos discretos (American Psychiatric Association, 2013). A diferencia de AC, el ciclo atracón–compensación es definitorio en BN.

Clínica

Presentación clínica

La adicción a la comida (AC) se manifiesta por deseo intenso (craving), pérdida de control ante alimentos altamente palatables y persistencia del consumo pese a consecuencias negativas (médicas o psicosociales). Con frecuencia se observan fenómenos análogos a tolerancia (necesidad de mayor cantidad para lograr el mismo efecto) y abstinencia (p. ej., irritabilidad, malestar) cuando se intenta restringir la ingesta, junto con tiempo excesivo dedicado a conseguir/consumir/recuperarse de la comida y abandono de actividades (Gearhardt et al., 2009, 2016 & Krupa et al., 2024). Estos rasgos comparten

solapamientos con los trastornos por uso de sustancias, especialmente en circuitos de recompensa (Volkow et al., 2012, 2013 & O'Connor & Kenny, 2022).

En la práctica clínica, es habitual la alimentación emocional (comer en respuesta a estrés/afecto negativo más que a señales de hambre), que puede aliviar transitoriamente el malestar pero refuerza el ciclo de sobreingesta y culpa (Evers et al., 2010 & Macht, 2008). La presentación puede coexistir con obesidad o darse con IMC normal (Zou et al., 2017), y con frecuencia se superpone con trastorno por atracón (ver sección “Diferencias con otros trastornos alimentarios”).

Evaluación clínica (entrevista e instrumentos)

- Entrevista clínica estructurada: indagar desencadenantes, pérdida de control, consecuencias, tiempo dedicado, intentos fallidos de reducir, y síntomas tipo tolerancia/abstinencia. Explorar historia personal y familiar de otras adicciones y comorbilidades afectivas/impulsividad.
- YFAS / YFAS 2.0: instrumentos de referencia que operacionalizan criterios tipo DSM para aplicar al consumo de ultraprocesados; permiten conteo de síntomas y gravedad (leve/moderada/severa) (Gearhardt et al., 2009, 2016).
- mYFAS (formatos abreviados) y escalas complementarias: DEBQ (subescala de alimentación emocional), útil para perfilar patrones afectivos de ingesta (Van Strien et al., 2013); RBED (Reward-Based Eating Drive) para tendencia a comer por recompensa (Epel et al., 2014).
- Evaluación TCA y diferencial: instrumentos como EDE-Q/entrevista EDE (si se dispone) para delimitar BED/BN según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013 & Gearhardt et al., 2011).
- Contexto y entorno: registro de exposición a ultraprocesados, horarios, sueño, trabajo por turnos y estrés crónico (Swinburn et al., 2011; Çeçen & Guleken, 2023).
- Indicadores de gravedad/riesgo clínico (orientativos): mayor número de síntomas en YFAS 2.0; atracones muy frecuentes; comorbilidad

psiquiátrica activa (depresión/ansiedad elevada), uso problemático de sustancias (Hoover et al., 2023); marcada impulsividad o “búsqueda de recompensa” (Verdejo-García et al., 2004; Meule et al., 2016); aislamiento social o deterioro funcional significativo.

Comorbilidades y perfil psicosocial

Son frecuentes síntomas depresivos y de ansiedad, baja autoestima y estrés psicológico (Pape et al., 2021). La co-ocurrencia con problemas de alcohol/nicotina u otras conductas adictivas es más probable en personas con historia familiar de adicciones (Hoover et al., 2023). Debe considerarse el impacto del estigma por peso, que agrava la afectación emocional y dificulta la búsqueda de ayuda (Puhl & Heuer, 2010).

Correlatos físicos y de laboratorio

Evaluar antropometría (IMC, circunferencia de cintura) y signos de síndrome metabólico; considerar panel metabólico y endocrino según el caso (glucemia/HbA1c, perfil lipídico, TSH, marcadores inflamatorios). Revisión de biomarcadores asociados a síntomas de AC: leptina, grelina, cortisol, insulina, oxitocina, TG, HbA1c, TSH, TNF- α , CCK, entre otros (Römer et al., 2023). Desregulaciones circadianas (p. ej., sueño corto, trabajo por turnos) y elevación de leptina en obesidad se asocian con mayor ingesta y refuerzo alimentario (Çeçen & Guleken, 2023). Las comorbilidades cardiometabólicas (p. ej., síndrome metabólico, DM2, ECV) deben pesquisarse y manejarse activamente (Neeland et al., 2024).

Curso y pronóstico

El curso es crónico-recurrente, con fluctuaciones ligadas a estrés, acceso a ultraprocesados y comorbilidad afectiva. La respuesta mejora con abordajes interdisciplinarios, reducción de exposición a “comida gatillo” y tratamiento de comorbilidades. La evidencia sugiere que la AC puede dificultar la pérdida de peso y la adherencia a intervenciones si no se aborda de manera específica (Schiestl et al., 2020 & Pape et al., 2021).

Obesidad clínica: evaluación, diagnóstico y encuadre actual

Definiciones útiles. Siguiendo el encuadre reciente de obesidad clínica, se distingue entre: (a) preclínica (exceso de adiposidad con función orgánica preservada) y (b) clínica (enfermedad crónica, sistémica, con manifestaciones objetivas de disfunción de órganos/tejidos o limitaciones de actividades de la vida diaria atribuibles al exceso de adiposidad). Esta distinción permite separar riesgo de enfermedad y orientar mejor la toma de decisiones clínicas (Rubino et al., 2025).

Modelo diagnóstico

La evaluación integra dos componentes: (1) antropométrico para confirmar exceso de adiposidad (p. ej., perímetro de cintura, índice cintura/altura o medición directa de grasa corporal), y (2) clínico para establecer obesidad clínica mediante evidencia de disfunción orgánica y/o limitaciones de las AVD (Rubino et al., 2025). El IMC se utiliza como tamizaje o estimador poblacional, pero no capta por sí solo la función de órganos ni el impacto en la vida diaria; por ello debe complementarse con otras medidas al nivel individual (Rubino et al., 2025).

Procedimiento recomendado de evaluación;

- Historia clínica dirigida (síntomas respiratorios, cardiovasculares, metabólicos, hepáticos, renales, reproductivos, neurológicos, osteoarticulares; curso del peso; fármacos; salud mental; estigma/trauma previos).
- Examen físico completo (incluye antropometría con al menos una medida adicional al IMC).
- Laboratorio estándar: hemograma, glucemia/HbA1c, perfil lipídico, función renal y hepática; pruebas adicionales según sospecha para descartar causas secundarias (Rubino et al., 2025).
- Evaluación funcional de limitaciones de AVD (movilidad, autocuidado, sueño), y pruebas específicas si hay sospecha de disfunción orgánica (p. ej., estudios de apnea del sueño, esteatosis hepática con

fibrosis, microalbuminuria con descenso de eGFR, disfunción reproductiva) (Rubino et al., 2025).

Criterios diagnósticos (adultos, síntesis)

1. Confirmación clínica de obesidad (por antropometría adicional o medición directa de grasa). Y además, 2) uno o ambos:

Evidencia objetiva de disfunción de uno o más órganos/tejidos atribuible a obesidad (signos/síntomas y/o pruebas diagnósticas).

Limitaciones sustanciales, ajustadas por edad, en actividades de la vida diaria atribuibles a obesidad. Estos criterios buscan maximizar validez clínica, anclar el diagnóstico en manifestaciones objetivas (no solo en el IMC) y guiar la priorización de tratamiento (Rubino et al., 2025).

Objetivos del manejo clínico. En obesidad clínica, los objetivos son mejorar o remitir las manifestaciones clínicas y prevenir progresión a daño de órgano blanco. La intensidad del tratamiento se ajusta al fenotipo clínico (p. ej., compromiso cardiovascular, metabólico o musculoesquelético), más que a un umbral de IMC aislado (Rubino et al., 2025).

Enfoque relacional y estigma. Se recomienda atención libre de sesgos de peso, con enfoque trauma-informado y educación a equipos de salud para reducir estigma, dado su efecto negativo en el acceso, la adherencia y la calidad de vida (Rubino et al., 2025).

Tratamientos para la adicción a la comida: enfoques actuales y emergentes

La adicción a la comida (aún no reconocida oficialmente como diagnóstico independiente) es un trastorno complejo y multidimensional que suele coexistir con obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, por lo que no existen guías terapéuticas estandarizadas específicas aun para este cuadro. Sin embargo, la literatura reciente enfatiza la necesidad de un abordaje integrado que combine intervenciones psicológicas, nutricionales y médico-farmacológicas, apoyadas por un equipo interdisciplinario. A continuación, se resumen los tratamientos

tradicionales (psicoterapia, farmacoterapia, intervención nutricional y manejo interdisciplinario) y las nuevas terapias emergentes (tecnologías digitales, neuroestimulación y otras intervenciones experimentales).

Enfoques tradicionales en el tratamiento de la adicción a la comida

Psicoterapia y apoyo psicosocial

La intervención psicoterapéutica es un pilar fundamental. Dada la alta superposición entre la adicción a la comida y el trastorno por atracón, se recomienda especialmente la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ha demostrado reducir los episodios de atracón de manera significativa y mantener esos beneficios en el seguimiento a largo plazo. Otras psicoterapias con evidencia de eficacia incluyen la terapia interpersonal (TI), que contribuye a disminuir la conducta de atracón y a mejorar comorbilidades depresivas, y la terapia dialéctico-conductual (DBT), que ayuda a reducir la frecuencia de atracones y la psicopatología asociada.

Asimismo, los programas de pérdida de peso basados en modificación de conducta y las técnicas de autoayuda (por ejemplo, entrenamiento en autocontrol, registro de ingestas, mindfulness) pueden ser útiles como abordajes complementarios.

En el ámbito del apoyo mutuo, existen grupos de ayuda como Overeaters Anonymous (OA) –basado en el modelo de 12 pasos, que enfatiza componentes psicológicos y espirituales– y Weight Watchers (WW) –que enfatiza estrategias conductuales para el control de peso–; ambos proporcionan un marco de apoyo social que favorece el desarrollo de estrategias positivas para afrontar la alimentación compulsiva. Si bien estos grupos llevan décadas en funcionamiento, apenas han sido estudiados formalmente, aunque se reporta que pueden ayudar a algunos individuos a adoptar modalidades de afrontamiento más adaptativas (Rodríguez-Martín & Gallego-Arjiz, 2018).

Intervención nutricional y abordaje interdisciplinario

La atención nutricional especializada es otro componente central del tratamiento. Las intervenciones dietéticas buscan regular los desencadenantes alimentarios y promover hábitos saludables, usualmente como parte de programas de modificación del estilo de vida. Por ejemplo, se aconseja planificar una dieta equilibrada evitando en lo posible los alimentos ultraprocesados ricos en azúcares y grasas añadidas, ya que son los más asociados con conductas alimentarias adictivas (Garber & Lustig, 2011 & Schiestl et al., 2020).

Algunos enfoques proponen incluso una estrategia de abstinencia de ciertos ingredientes altamente palatables (como azúcar y harinas refinadas) de forma análoga a la abstinencia en las adicciones a sustancias. Un estudio reciente avala esta aproximación: en un programa clínico de 10–14 semanas con dieta baja en carbohidratos y alimentos integrales, combinado con educación nutricional y apoyo psicosocial en línea, se observó una reducción significativa de los síntomas de adicción a la comida junto con una pérdida de peso modesta (~2.8% del peso corporal) y mejoría del bienestar mental a los 3 meses (Hauck et al., 2022).

Otro seguimiento a largo plazo de un programa de recuperación de adicción alimentaria basado en abstinencia (Bright Line Eating) reportó que, tras 6 años, alrededor del 72% de sus participantes mantenían una pérdida de peso clínicamente significativa (>5% del peso) y que la adherencia estricta a un plan alimentario sin “comida adictiva” se asoció con mayores porcentajes de peso perdido (Thompson et al., 2021).

Estos resultados sugieren que las intervenciones nutricionales estructuradas, especialmente cuando forman parte de un abordaje interdisciplinario con apoyo educativo y conductual, pueden ser eficaces para controlar la ingesta compulsiva y favorecer la pérdida de peso en el largo plazo.

Dado que la adicción a la comida involucra factores biológicos, psicológicos y sociales, las guías generales en obesidad y trastornos alimentarios recomiendan un enfoque multidisciplinario. Esto implica la colaboración de distintos

profesionales –nutricionistas, psicólogos, médicos clínicos o psiquiatras, y educadores físicos– para abordar simultáneamente la dieta, la actividad física, los hábitos de vida y la salud mental del paciente (Neeland et al., 2024 & Swinburn et al., 2011).

Un manejo integral permite personalizar el tratamiento según las necesidades de cada individuo, mejorar la adherencia y abordar comorbilidades asociadas (por ejemplo, depresión, ansiedad, o impulsividad) que suelen influir en la conducta alimentaria adictiva (Pape et al., 2021).

Medidas psicoeducativas como enseñar al paciente a identificar disparadores de ingesta (emocionales, ambientales) y a desarrollar respuestas alternativas al deseo de comer, junto con recomendaciones de higiene del entorno alimentario (evitar la compra o exposición a “comida gatillo”, establecer horarios regulares de comidas, etc.), forman parte de este abordaje.

Por último, en el nivel comunitario y preventivo, se han propuesto intervenciones macrosociales que podrían ayudar a reducir la “alimentación adictiva”, tales como políticas de regulación de alimentos ultraprocesados (impuestos a las bebidas azucaradas y comida chatarra, limitaciones en publicidad dirigida a niños, etiquetados frontales), y acciones para mejorar la disponibilidad de opciones saludables en el entorno (Schiestl et al., 2020).

Tratamientos farmacológicos y médicos convencionales

En ausencia de fármacos aprobados específicamente para la adicción a la comida, la farmacoterapia se basa en medicaciones utilizadas en trastornos alimentarios y adicciones tradicionales, apuntando a modular los mismos sistemas neuroquímicos implicados en la recompensa de la comida. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han mostrado eficacia en el trastorno por atracón (McElroy et al., 2012). Por ello, ISRS como la fluoxetina (aprobada para bulimia nerviosa) o la sertralina suelen emplearse off-label en pacientes con comportamientos alimentarios adictivos, con frecuencia logrando también mejoras en síntomas afectivos comórbidos.

Otros antidepresivos, como algunos tricíclicos y los inhibidores duales de serotonina-noradrenalina, podrían ser útiles en ciertos casos resistentes. El bupropión, un antidepresivo y estimulante leve de la norepinefrina/dopamina, también se ha sugerido como tratamiento para la adicción a la comida (LaFata et al., 2024).

Además de los antidepresivos, se han investigado medicamentos de otras clases. Los anticonvulsivantes como topiramato y lamotrigina han demostrado reducir la frecuencia de atracones y favorecer la pérdida de peso en el trastorno por atracón (McElroy et al., 2003). Por otra parte, medicamentos usados en adicciones químicas han sido explorados: los antagonistas opioides (como naltrexona) pueden atenuar el sistema de recompensa frente a estímulos alimentarios hiperpalatables, reduciendo el ansia por comer; de igual modo, acamprosato podría modular la neuroadaptación adictiva en el consumo compulsivo de alimentos (Gearhardt et al., 2016). La combinación naltrexona/bupropión, aprobada para obesidad, logró disminuir significativamente los puntajes de adicción a la comida en la YFAS (LaFata et al., 2024).

En casos de obesidad severa, el tratamiento quirúrgico (Cirugía Bariátrica y Metabólica) puede ser considerado. La cirugía metabólica (bypass gástrico y manga gástrica), producen una marcada reducción de la ingesta por mecanismos restrictivos/hormonales y se ha observado disminución de síntomas de adicción a la comida tras el procedimiento (Cassidy et al., 2020). Una revisión sistemática de 2021 mostró que la Cirugía Bariátrica y Metabólica reduce significativamente la puntuación YFAS junto con intervenciones farmacológicas y cambios de estilo de vida (LaFata et al., 2024).

Nuevas terapias e intervenciones emergentes

Intervenciones digitales: aplicaciones móviles y telesalud

Programas vía internet, aplicaciones móviles y teleterapia buscan mejorar el acceso al tratamiento y apoyar cambios conductuales en tiempo real. El ensayo TRACE (2024) evaluó una intervención por telesalud con nutricionistas para

adultos con alimentación adictiva. A los 3 meses, los participantes del grupo activo tuvieron cinco veces más probabilidad de mejorar significativamente en síntomas de adicción a la comida comparado con controles, con beneficios mantenidos a los 6 meses (Kozak et al., 2024).

Las aplicaciones móviles ofrecen automonitoreo dietario, establecimiento de metas, recordatorios y entrenamientos de control de impulsos. Estudios piloto han mostrado reducciones en craving alimentario, aunque con resultados mixtos en frecuencia de atracones (Forman et al., 2019 & Jones et al., 2021). Otros programas digitales como Bright Line Eating se imparten principalmente en línea y han demostrado viabilidad como intervención intensiva (Thompson et al., 2021).

En adolescentes, apps como “OBEST” lograron mejorar hábitos como reducción del consumo de comida rápida, aunque no siempre redujeron el IMC (Neeland et al., 2024).

Neuroestimulación y neuromodulación

Técnicas no invasivas como la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) sobre la corteza prefrontal dorsolateral reducen craving y síntomas bulímicos (Chen et al., 2021).

La estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) también ha mostrado disminuir el deseo por alimentos palatables (Simpson et al., 2019). En casos extremos, la estimulación cerebral profunda (DBS) en núcleo accumbens ha mostrado mejorar el autocontrol alimentario y reducir atracones en estudios piloto (Wu et al., 2022).

Otros tratamientos emergentes y experimentales

Más allá de las terapias mencionadas, desde 2020 han surgido abordajes experimentales dirigidos a las bases biológicas de la adicción a la comida. Uno de los más destacados es el uso de agonistas del receptor GLP-1 (p. ej., liraglutida, semaglutida), desarrollados originalmente para diabetes tipo 2 y hoy empleados en obesidad. Además de su efecto anorexígeno y de favorecer la saciedad, se ha

propuesto que modulan el circuito de recompensa dopaminérgico, reduciendo la liberación de dopamina ante estímulos gratificantes (como alimentos altamente palatables) y atenuando el craving (Lustig, 2020; Smith et al., 2023). Aunque no han sido evaluados específicamente bajo el marco diagnóstico de “adicción a la comida” en ensayos controlados, su impacto sobre la preferencia y el consumo de ultraprocesados está en investigación activa y podría representar una estrategia prometedora en pacientes con obesidad y conductas alimentarias compulsivas (Lustig, 2020 & Smith et al., 2023).

Otro campo emergente es el de las terapias asistidas con psicodélicos aplicadas a trastornos alimentarios y adictivos. Algunos ensayos exploran psilocibina (en combinación con psicoterapia) para trastorno por atracón y bulimia nerviosa, con reportes preliminares de mejora en la relación con la comida y reducción sintomática en ciertos pacientes (Garel et al., 2023).

De forma análoga, se investiga ketamina por su potencial para modular la plasticidad sináptica y disminuir conductas compulsivas; sin embargo, la evidencia es incipiente y su uso debe restringirse a protocolos clínicos aprobados y equipos especializados (Garel et al., 2023), en los próximos años derivados sin el efecto psicodelico serán interesantes.

En suma, la investigación reciente muestra avances en múltiples frentes terapéuticos. Los enfoques tradicionales —psicoterapia, soporte nutricional y farmacoterapia conocida— siguen siendo la base, mientras que telesalud, neuropsiquiatría, neuromodulación y fármacos emergentes expanden el abanico de opciones. La integración selectiva y crítica de estas herramientas, con seguimiento interdisciplinario, permitirá desarrollar estrategias más efectivas y personalizadas a medida que se consolide la evidencia (Lustig, 2020; Smith et al., 2023 & Garel et al., 2023).

Nota de rigor (estado de evidencia y seguridad):

- Agonistas GLP-1: La evidencia sólida proviene de ensayos aleatorizados en obesidad/diabetes sobre pérdida de peso y reducción del apetito. Los efectos sobre craving y circuitos de recompensa son plausibles

y cuentan con apoyo preclínico/observacional, pero no existen aún ECA centrados en “adicción a la comida” como diagnóstico o con YFAS como desenlace primario. Su uso debe ceñirse a indicaciones aprobadas; cualquier extensión es off-label y requiere evaluación clínica individual y monitorización (Lustig, 2020; Smith et al., 2023).

- Psicodélicos/ketamina: La evidencia en TCA y conductas adictivas es preliminar (fases tempranas, muestras pequeñas). No hay aprobaciones regulatorias para TCA o adicción alimentaria; su uso se limita a ensayos clínicos y protocolos aprobados, con selección estricta y evaluación de riesgos (p. ej., vulnerabilidad psicótica, inestabilidad afectiva) (Garel et al., 2023).
- Neuromodulación: rTMS y tDCS muestran reducciones modestas y a corto plazo del craving en síntesis de evidencia; se necesitan ECA más grandes y seguimientos prolongados. DBS en núcleo accumbens permanece experimental (estudios piloto) con incertidumbre sobre eficacia/safety a largo plazo (Chen et al., 2021; Simpson et al., 2019; Wu et al., 2022).

Conclusiones

En términos clínicos, la adicción a la comida o a comer se ha descrito como un comportamiento alimentario caracterizado por la sobreingesta recurrente de determinados alimentos, en un patrón comparable al de las adicciones a sustancias, incluyendo pérdida de control, craving y persistencia a pesar de consecuencias adversas. Aún no existe consenso internacional sobre su clasificación lo que permitirá certezas de tratamientos.

La investigación continúa evaluando su inclusión en futuras versiones del DSM o CIE. Los pacientes continúan esperando respuesta del sistema de salud, gracias a los últimos años y el lugar por fin que se le ha dado a la comprensión de la obesidad, la clasificación de subtipos (subtipo adictivo), permitirá mayor eficacia en abordaje terapéutico y desarrollo de tratamientos en adicciones en todos sus estadios, químicos y conductuales.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Avena, N. M., Bocarsly, M. E., Hoebel, B. G., & Gold, M. S. (2011). Overlaps in the nosology of substance abuse and overeating: The translational implications of “food addiction.” *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 133–139.
- Bąk-Sosnowska, M. (2017). Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatria Polska*, 51(2), 247–259.
- Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E. V., Sáiz-Ruiz, J., & Ibáñez, A. (2001). Pathological gambling: Addiction or compulsion? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6(3), 167–176. doi:10.1053/scnp.2001.22921
- Bozkurt, N., Sahin, S., Sari, E., & Arabaci, L. B. (2015). Personality traits and eating behavior in adolescents: The role of neuroticism. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 517–524. doi:10.1007/s40519-015-0180-6
- Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 63–75. doi:10.1016/j.bcp.2007.06.043
- Cassidy, R., Sainsbury-Salis, A., & O'Connor, H. (2020). Bariatric surgery and food addiction: A review of the literature. *Obesity Surgery*, 30(10), 3752–3760. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04725-3>
- Çeçen, S., & Guleken, Z. (2023). Relationship between biological rhythm and food addiction in obesity. *Chronobiology in Medicine*, 5(1), 18–24. doi:10.33069/cim.2023.0002
- Chen, J., Liu, F., & Li, H. (2021). Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 295. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113628>
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800180093014
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343–351. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.03.007
- Dennis, K., et al. (2024). Food addiction screening, diagnosis and treatment: A protocol for residential treatment of eating disorders, substance use disorders and trauma-related psychiatric comorbidity. *Nutrients*, 16(14), 2578. doi:10.3390/nu16142578

- Epel, E. S., Tomiyama, A. J., Mason, A. E., Laraia, B. A., Hartman, W., Ready, K., et al. (2014). The Reward-Based Eating Drive Scale: A self-report index of reward-based eating. *PLoS One*, 9(6), e101350. doi:10.1371/journal.pone.0101350
- Evers, C., Stok, F. M., & de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792–804. doi:10.1177/0146167210371383
- Forman, E. M., Manasse, S. M., Butryn, M. L., Crosby, R. D., & Wyckoff, E. P. (2019). Computerized neurocognitive training for improving dietary health and facilitating weight loss. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(6), 1027–1037. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00037-2>
- Garel, N., Williams, L., & Bouso, J. C. (2023). Psychedelic-assisted therapy in eating disorders: Current perspectives and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1134567. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1134567>
- Garber, A. K., & Lustig, R. H. (2011). Is fast food addictive? *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 146–162.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2), 430–436. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 113–121. doi:10.1037/adb0000136
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2011). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 342–348. doi:10.1002/eat.20838
- Gearhardt, A. N., White, M. A., & Potenza, M. N. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 201–207. doi:10.2174/1874473711104030201
- Ghosh, T., Sarkar, S., Tilak, A., & Kochhar, K. (2021). An exploratory study of food addiction in Indian youth. *Journal of Eating Disorders*, 9, 36. doi:10.1186/s40337-021-00386-9
- Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 924–930. doi:10.1017/s109285290001511x
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2008). Gender-related differences in individuals seeking treatment for kleptomania. *CNS Spectrums*, 13(3), 235–245. doi:10.1017/s1092852900028492
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. doi:10.3109/00952990.2010.491884
- Hauck, C., Weiß, A., Schulte, E. M., Meule, A., & Ellrott, T. (2022). Lowcarbohydrate diet intervention in patients with food addiction: A pilot study. *Nutrients*, 14(3), 589. <https://doi.org/10.3390/nu14030589>
- Hoover, L. V., Yu, H. P., Cummings, J. R., Ferguson, S. G., & Gearhardt, A. N. (2023). Co-occurrence of food addiction, obesity, problematic substance

- use, and parental history of problematic alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(8), 928–935. doi:10.1037/adb0000870
- Imperatori, C., Fabbricatore, M., Vumbaca, V., Innamorati, M., Contardi, A., & Farina, B. (2016). Food addiction: Definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 60–66.
- Jones, A., Hardman, C. A., Lawrence, N. S., & Field, M. (2021). Cognitive training as a potential treatment for overweight and obesity: A critical review. *Obesity Reviews*, 22(1), e13101. <https://doi.org/10.1111/obr.13101>
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2009). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kozak, A. T., Martin, C. K., & White, M. A. (2024). The TRACE trial: Telehealth interventions for food addiction and obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01567-9>
- Krupa, H., Gearhardt, A. N., Lewandowski, A., & Avena, N. M. (2024). Food addiction. *Brain Sciences*, 14(10), 952. doi:10.3390/brainsci14100952
- LaFata, E. M., et al. (2024). Ultra-Processed Food Addiction: A Research Update. *Current Obesity Reports*, 13(2), 145–156. doi:10.1007/s13679-024-00567-2
- Lammers, M. W., et al. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 8, 36. doi:10.1186/s40337-02000311-0
- Lustig, R. H. (2020). Ultraprocessed food: Addictive, toxic, and ready for regulation. *Nutrients*, 12(11), 3401. doi:10.3390/nu12113401
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. doi:10.1016/j.appet.2007.07.002
- McElroy, S. L., Hudson, J. I., Capece, J. A., Beyers, K., Fisher, A. C., Rosenthal, N. R., & Topiramate BED Study Group. (2003). Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: A randomized, placebocontrolled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 255–261. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.255
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., & O'Melia, A. M. (2012). Pharmacological management of binge eating disorder: Current and emerging treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8, 219–241. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S25574>
- Meule, A., von Rezori, V., & Blechert, J. (2016). Impulsivity and overeating: Food cue reactivity and reinforcement sensitivity in normal-weight and obese individuals. *Appetite*, 96, 540–545. doi:10.1016/j.appet.2015.10.027
- Moss, M. (2013). *Salt, sugar, fat: How the food giants hooked us*. New York, NY: Random House.
- Neeland, I., Lim, S., Tchernof, A., Gastaldelli, A., Rangaswami, J., Ndumele, C., et al. (2024). Metabolic syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 10, 5. doi:10.1038/s41572-024-00563-5

- O'Connor, R. M., & Kenny, P. J. (2022). Utility of 'substance use disorder' as a heuristic for understanding overeating and obesity. *Progress in NeuroPsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 118, 110580. doi:10.1016/j.pnpbp.2022.110580
- Pape, M., Herpertz, S., Schroeder, S., Seiferth, C., Färber, T., Wolstein, J., et al. (2021). Food addiction and its relationship to weight- and addiction-related psychological parameters in individuals with overweight and obesity. *Frontiers in Psychology*, 12, 736454. doi:10.3389/fpsyg.2021.736454
- Potenza, M. N., Koran, L. M., & Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: A current understanding and future research directions. *Psychiatry Research*, 170(1), 22–31. doi:10.1016/j.psychres.2008.06.036
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: A systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552–4590. doi:10.3390/nu6104552
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction: Addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 198–225.
- Rodríguez-Martín, B. C., & Gallego-Arjiz, B. (2018). Overeaters Anonymous: A mutual-help fellowship for food addiction recovery. *Frontiers in Psychology*, 9, 1599. doi:10.3389/fpsyg.2018.01599
- Römer, S. S., Bliokas, V., Teo, J. T., & Thomas, S. J. (2023). Food addiction, hormones and blood biomarkers in humans: A systematic literature review. *Appetite*, 183, 106475. doi:10.1016/j.appet.2023.106475
- Rosen, E. D., & Spiegelman, B. M. (2014). What we talk about when we talk about fat. *Cell*, 156(1-2), 20–44. doi:10.1016/j.cell.2013.12.012
- Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Brown, W. A., et al. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
- Ruddock, H. K., Dickson, J. M., Field, M., & Hardman, C. A. (2017). Eating to live or living to eat? The neuropsychology of food addiction. *Appetite*, 116, 370–377. doi:10.1016/j.appet.2017.05.022
- Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., et al. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 271–279. doi:10.1556/2006.6.2017.039
- Schiestl, E. T., Rios, J. M., Parnarouskis, L., Cummings, J. R., & Gearhardt, A. N. (2020). A narrative review of highly processed food addiction across the lifespan. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110152. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110152
- Simpson, C. J., McFarland, J. M., & Wheaton, L. A. (2019). Transcranial direct current stimulation to modulate craving and consumption of high-calorie foods. *Appetite*, 143, 104417. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104417>

- Smith, J., Taylor, C., & Patel, K. (2023). GLP-1 receptor agonists and reduction of food cravings: Implications for food addiction. *BMJ*, 380, e072345. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072345>
- Speakman, J. R. (2013). FTO effect on energy demand versus food intake. *International Journal of Obesity*, 37(2), 133–135. doi:10.1038/ijo.2012.144
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., et al. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. doi:10.1016/S0140-6736(11)60813-1
- Thompson, J. K., Allen, R., & Wilson, G. T. (2021). Long-term outcomes of Bright Line Eating: A six-year follow-up study. *Eating Behaviors*, 43, 101576. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101576>
- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2013). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 60(1), 18–25. doi:10.1016/j.appet.2012.09.005
- Vasiliu, O. (2022). Food addiction—From emergence to evolvement. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 871750. doi:10.3389/fpsyt.2022.871750
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777–810. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 52, 321–336. doi:10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Obesity and addiction: Neurobiological overlaps. *Obesity Reviews*, 14(1), 2–19. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01031.x
- Waisman Campos, M, Calero S. Adicciones. Editorial Panamericana 2021. Buenos Aires, Argentina
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94–101. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO. Disponible en: <https://icd.who.int/>
- Wu, H., Van Dyck, C. H., & Nestler, E. J. (2022). Deep brain stimulation for binge eating disorder: A pilot study. *Neuroscience*, 482, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2021.11.016>
- Ziauddeen, H., Farooqi, I. S., & Fletcher, P. C. (2012). Obesity and the brain: How convincing is the addiction model? *Nature Reviews Neuroscience*, 13(4), 279–287. doi:10.1038/nrn3212
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of substance and non-substance addiction. *In Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1010, pp. 21–41). Springer. doi:10.1007/978-981-10-5562-1_2

Capítulo 8

Obesidad y Relaciones Familiares

Todos tenemos historias alrededor de la mesa

Lic. Sol Misa Aversa

ConoSer Psicología y Salud Mental

sol.misa@conoser.com.pe

Lima, Perú

“A todos aquellos que empezaron mi historia con la comida, ellos me ayudaron a crecer y entenderme.

Gracias a mis papás, siempre, y a mi hijo, que me ayuda a flexibilizar.”

Sol Misa Aversa

Introducción

La emoción expresada y el lugar de la familia

Comienzo con una frase de la autora Sepúlveda (2010) que considero profundamente reveladora: *“La emoción expresada de los miembros de la familia hacia el paciente era una variable relevante para tener en cuenta, que facilitaba o agravaba el proceso de recuperación del paciente.”*

Cada vez que la leo o la menciono en una conversación terapéutica, me conmueve reconocer hasta qué punto **la familia es un agente activo en los procesos de salud y enfermedad**. No solo acompaña al paciente: **participa, influye y configura** la manera en que cada uno se relaciona consigo mismo y con los demás.

Desde mi práctica clínica he comprobado que, así como el cuerpo guarda memoria, las mesas familiares también lo hacen. Alrededor de ellas se transmiten **historias, emociones, mandatos y silencios**, muchas veces más elocuentes que las palabras.

Venir de abuelos que tuvieron que escapar de la Segunda Guerra Mundial para comer y sobrevivir no es un dato anecdótico: es el punto de partida de mi relación emocional con los alimentos.

Mis raíces provienen de personas que, para sobrevivir, debieron separarse de sus padres, parejas, hijos y afectos, buscando refugio en algún rincón del mundo. El hambre que experimentaban **no era solo física**, sino también **afectivo**: hambre de amor, de caricias, de unión, de costumbres, de identidad, de calma y de seguridad.

Crecí escuchando historias donde **comer era sinónimo de estar a salvo**. La comida representaba la paz que ellos no tuvieron, el fin del miedo y la garantía de que todo estaría bien, al menos por un rato. Cuando finalmente alcanzaron cierta estabilidad económica, convirtieron la comida en su afición más profunda: las sobremesas interminables, las compras exageradas, las ollas grandes y los fines de semana repletos de platos rebosantes eran una manera de decir **“ahora sí hay”**. ¿Cómo decirles entonces “no tengo hambre”, “ya estoy llena”, o “prefiero comer menos”? Estas frases no solo sonaban extrañas, sino **inaceptables emocionalmente**. En ese contexto, **la comida equivalía a amor, abundancia y pertenencia**. La gordura era hermosura, y estar redondo y rosado era signo de salud. Como decía mi abuela, “con la barriga llena, esta el corazón contento”, una frase que resumía la lógica de una época: la salud emocional se sostenía desde la saciedad física.

Con los años comprendí que mis abuelos —y muchas familias como la mía— instauraron, sin querer, **creencias irracionales acerca de la alimentación**, del amor y del deber familiar. Así aprendimos que quien cocina demuestra amor, y quien come todo lo que se le sirve, lo agradece. Que preparar el plato preferido en un cumpleaños era sinónimo de “te quiero”, y que comprar un postre era la forma más rápida de aliviar la tristeza.

Estas asociaciones emocionales son tan poderosas que, aun en la adultez, pueden seguir guiando nuestras decisiones y relaciones. En la infancia, yo no veía un problema: veía una fiesta. Una gran mesa familiar, los primos corriendo detrás

del abuelo que repartía helados, las tías diciendo con orgullo que “estar gordita es estar sana y hermosa”. Sin embargo, entre los sabores y las risas, se escondía un mensaje profundo: **el amor se ganaba comiendo, y la culpa aparecía al rechazar el alimento.**

Hoy, mirando hacia atrás, entiendo que estas dinámicas son el reflejo de **procesos intergeneracionales** donde la comida funcionó como mediadora del afecto, del cuidado y también del dolor. Por eso, cuando me pregunto si la familia influye en la alimentación, la respuesta es clara: **no hay duda.** La familia **no solo enseña a comer**, también enseña el **para qué comemos** (Roth, 1991).

La familia como escenario emocional

Cuando me pregunto cómo aprendemos a comer, inevitablemente regreso a la familia. Es ahí donde comenzamos a entender que **alimentar no es solo nutrir el cuerpo**, sino también **sostener emocionalmente**. Desde el momento en que nacemos, el primer contacto con el alimento está mediado por un vínculo afectivo: alguien generalmente la madre o la figura cuidadora principal— nos alimenta mientras nos abraza, nos mira, nos contiene (Roth, 1991)

Ese acto tan cotidiano y biológico está cargado de significado emocional: a través del alimento se **transmite seguridad**, se **refuerza el apego** y se **construye confianza**. En ese primer intercambio se funde una enseñanza que acompañará toda la vida: comer no es solo satisfacer el hambre física, sino también buscar consuelo, presencia y amor (Di Bartolo, 2016).

Las familias son el **primer escenario emocional** donde aprendemos a interpretar los gestos, los silencios y los afectos. Allí se forman los patrones relacionales que más tarde se reproducen fuera del hogar: cómo expresamos lo que sentimos, cómo regulamos las emociones y cómo pedimos o rechazamos el cuidado. En muchas familias, el alimento se convierte en un **lenguaje emocional silencioso**, una forma de expresar lo que no se puede decir con palabras (Roth, 1991).

Cuando alguien dice “te preparo algo rico para que te animes”, en realidad está diciendo “quiero verte bien, quiero que estés tranquilo, quiero cuidarte”. Pero cuando el alimento se usa de forma repetida como herramienta de contención, puede surgir un **aprendizaje inconsciente**: el malestar se calma comiendo. Así, la comida deja de ser un acto biológico para transformarse en una **respuesta emocional automática**.

La obesidad, desde esta mirada, **no puede entenderse únicamente como un exceso calórico o metabólico**, sino como una forma compleja de comunicación emocional dentro del sistema familiar. Es una enfermedad **multifactorial y crónica**, donde confluyen elementos biológicos, psicológicos, sociales y relacionales. Como señala Minuchin (1984), el síntoma individual muchas veces refleja un **desequilibrio sistémico**, un intento del sistema familiar de mantener la estabilidad a través del comportamiento de uno de sus miembros. En el caso de la obesidad, **el cuerpo se convierte en un escenario donde se expresan las tensiones, alianzas y silencios del grupo familiar**.

A lo largo de los años he visto cómo los miembros de la familia —sin mala intención— pueden **reforzar o dificultar** los procesos de cambio. Los padres, por ejemplo, suelen ofrecer comida como forma de amor o consuelo. Las abuelas preparan platos especiales para “que no te falte nada”. Las parejas cocinan como un gesto romántico. Y, al mismo tiempo, pueden surgir comentarios o juicios que hieren: “qué gordo estás”, “deberías cuidarte”, “¿solo eso vas a comer?”. Cada frase carga una emoción, y cada emoción deja una huella en la relación con el cuerpo.

Las emociones que circulan dentro del sistema familiar —culpa, vergüenza, frustración, desesperanza, miedo, alegría o amor— **no siempre son comprendidas ni gestionadas**. Como seres humanos, no nacemos sabiendo cómo regularlas; aprendemos en el contacto con otros (Minuchin, 1984).

Cuando estas emociones no se expresan, suelen desplazarse hacia comportamientos compensatorios, y **la comida se vuelve un refugio emocional**, un modo de regular lo que no se puede procesar (Roth, 1991).

Por eso, en muchas familias, **la comida actúa como un “termómetro emocional”**. Se come para celebrar, para acompañar, para aliviar o para silenciar. En momentos de tensión, se cocina más; en momentos de tristeza, se busca el dulce; en los de culpa, se restringe. Cada bocado lleva un mensaje emocional que refuerza el lazo o marca la distancia. He escuchado pacientes decir frases como:

“En mi casa no se podía decir que no a la comida, era una falta de respeto.”

“Mi mamá me premiaba con dulces cada vez que me portaba bien.”

“Cuando me sentía sola, mi papá me llevaba a comer fuera.”

Estas narraciones reflejan **cómo el alimento se entrelaza con el afecto**, y cómo las emociones familiares moldean los hábitos y percepciones del cuerpo. En familias donde predomina la obesidad, no siempre encontramos desinterés o disfunción, sino, muchas veces, **exceso de implicación emocional**, sobreprotección y dificultad para marcar límites. Se trata de familias donde el amor se expresa intensamente, pero **la autonomía emocional cuesta**. El cuidado, en lugar de proteger, puede volverse controlador; y el alimento, en lugar de nutrir, puede transformarse en una forma de dominio o culpa (Minuchin, 1984).

Cuando la familia logra reconocer este entramado y tomar conciencia de su papel, puede transformarse en un **recurso terapéutico esencial**. Como señala Minuchin (1984), trabajar con la **cohesión y adaptabilidad familiar** permite diseñar estrategias más integrales y prevenir recaídas. No se trata de culpar, sino de **comprender cómo el sistema familiar influye, sostiene o resiste el cambio**. Desde mi experiencia clínica, he aprendido que cuando una familia empieza a hablar abiertamente de lo que siente —sin juzgar, sin imponer—, el cambio se vuelve posible.

A veces no es necesario cambiar la comida, sino **la manera en que nos sentamos a compartirla.**

Las funciones en la estructura familiar

En mis años de práctica clínica, una de las teorías que más ha enriquecido mi comprensión de la obesidad dentro del contexto familiar es la **Teoría Estructural de Salvador Minuchin (1984)**. Minuchin nos invita a mirar la familia como un **sistema organizado** por reglas, roles y límites, donde cada miembro cumple una función que sostiene, consciente o inconscientemente, el equilibrio del conjunto. Cuando uno de los integrantes presenta un síntoma —ya sea físico, emocional o conductual—, este no surge de manera aislada, sino que **refleja una forma particular de organización familiar.**

Siempre me ha parecido fascinante observar cómo una familia puede funcionar como un cuerpo: cuando un órgano enferma, todo el organismo reacciona para mantener la estabilidad. En ese sentido, el síntoma de la obesidad puede ser comprendido como un **intento de equilibrio**, una forma en que el sistema busca adaptarse, comunicarse o incluso protegerse (Minuchin, 1984)

Subsistemas y límites: el equilibrio que organiza la vida familiar

Según Minuchin (1984), la estructura familiar se compone de tres subsistemas principales:

- *El subsistema conyugal*, que corresponde a la pareja y define el modo en que se toman decisiones, se establecen acuerdos y se sostienen mutuamente.
- *El subsistema parental*, que regula la crianza y la autoridad sobre los hijos.
- *El subsistema fraternal*, donde los hermanos aprenden cooperación, competencia, jerarquía y solidaridad.

Cada uno de estos subsistemas tiene **límites** que delimitan los espacios emocionales y las funciones de cada miembro. Cuando los límites son **claros**, se generan relaciones saludables, donde hay afecto, comunicación y autonomía. Cuando son **difusos**, las familias tienden a volverse **enredadas o enmarañadas**, con exceso de implicación emocional y falta de independencia y cuando son **rígidos**, las familias se vuelven **desligadas**, caracterizadas por el aislamiento, la frialdad y la falta de apoyo (Minuchin, 1984).

En el trabajo con pacientes con obesidad, he podido ver con frecuencia cómo estos límites se distorsionan. En algunas familias, la preocupación por el cuerpo del otro se vuelve **una forma de control**: se opina constantemente sobre el peso, se vigila lo que se come o se ofrece comida aunque el otro no la pida (Roth, 1991).

En otras, ocurre lo contrario: **no se habla del tema**, se evita por miedo a herir o incomodar. Ambas formas son, en el fondo, intentos de amor, pero sin una comunicación emocionalmente sana. He acompañado, por ejemplo, a adolescentes cuyo aumento de peso comenzó tras un divorcio parental. En la sesión familiar, la madre decía:

“No entiendo por qué engordó tanto, si siempre comimos igual.”

Y el padre añadía, desde su distancia:

“Yo creo que lo hace para llamar la atención.”

Pero al explorar más profundamente, lo que aparecía era **una hija que usaba su cuerpo como metáfora del vínculo roto**: comía para llenar el vacío que dejó la separación, para mantener simbólicamente a sus padres unidos en torno a su síntoma (Minuchin, 1984).

Este testimonio revela cómo **la obesidad puede funcionar como un lazo emocional**, una forma de permanecer cerca, de no perder pertenencia ni identidad dentro del sistema.

Jerarquías, alianzas y coaliciones: cuando los roles se confunden

En una estructura familiar funcional, los padres ocupan el nivel jerárquico superior: son ellos quienes guían, protegen y establecen normas que dan seguridad. Sin embargo, cuando los hijos asumen roles parentales —por ejemplo, cuidando emocionalmente a sus padres—, se produce lo que Minuchin llama **inversión jerárquica**. En estos casos, el niño o adolescente se convierte en el sostén emocional del adulto, cargando con una responsabilidad que no le corresponde (Minuchin, 1997).

En mi experiencia, este tipo de dinámicas puede influir notablemente en la relación con la comida. El hijo que “cuida” a la madre puede asumir la tarea de acompañarla en sus hábitos alimentarios, comer con ella para que no se sienta sola o incluso compartir sus excesos para aliviar la culpa del otro. El cuerpo se vuelve entonces un terreno de **lealtad emocional**: “como contigo para que no sufras”, “me enfermo contigo para que no estés sola” (Minuchin, 1997).

También existen las **alianzas y coaliciones**, formas de unión que pueden ser positivas o conflictivas. Una alianza es un vínculo de cooperación entre dos miembros para cumplir una función específica, mientras que una coalición implica una unión rígida y excluyente, donde dos miembros se posicionan contra un tercero. En el contexto de la obesidad, esto puede manifestarse, por ejemplo, cuando una madre y un hijo se alían en torno a la comida —cocinando juntos, compartiendo dulces, manteniendo un secreto de consumo— frente a un padre que critica o restringe.

Esta dinámica genera una tensión invisible: la comida se convierte en símbolo de complicidad y, a la vez, en motivo de conflicto.

Tipos de familias y su impacto en la alimentación

Minuchin, 1997 describió diferentes formas estructurales de organización familiar. En el contexto de la obesidad, estas tipologías pueden ayudarnos a comprender cómo se construyen los hábitos alimentarios y las actitudes hacia el cuerpo.

Algunos ejemplos que he observado con frecuencia son:

- *Familias Acordeón:* experimentan cambios frecuentes en su composición — separaciones, divorcios, nuevos matrimonios—. Son altamente adaptables, pero los cambios constantes pueden generar inseguridad y necesidad de encontrar estabilidad en la comida.
- *Familias con Huéspedes:* suelen acoger a familiares o amigos de manera temporal. Tienen gran capacidad empática, pero límites difusos. Comer juntos se convierte en una forma de cohesión que, a la larga, puede dificultar la individualidad.
- *Familias Cambiantes:* viven transiciones significativas (migraciones, crisis económicas, cambios laborales). La comida actúa como ancla emocional ante el desarraigo y la pérdida de identidad.
- *Familias con Soporte:* mantienen redes externas sólidas (amigos, comunidad). Son muy unidas, pero pueden depender de la mirada ajena y mantener hábitos alimentarios para “encajar” o complacer.
- *Familias de Tres Generaciones:* abuelos, padres e hijos conviven o tienen contacto muy estrecho. La tradición alimentaria pesa, los límites se confunden, y los cambios en los hábitos suelen generar conflicto intergeneracional.

Cada una de estas configuraciones refleja **formas de amar y de protegerse**. Ninguna es buena o mala en sí misma: todas intentan sostener la vida familiar como mejor pueden. Sin embargo, cuando los límites, las jerarquías o los roles se desdibujan, el cuerpo puede transformarse en el escenario donde se expresan esas tensiones invisibles (Satir, 1983).

Como señala Omelanczuk et al. (2015), el **desarrollo de la autoconciencia** y el conocimiento de la enfermedad, junto con la comunicación entre paciente, familia y profesionales, son factores protectores que permiten fortalecer la adherencia terapéutica.

Comprender la dinámica familiar no solo ayuda a cambiar los hábitos alimentarios, sino que **redefine el sentido del vínculo y del cuidado**.

Las funciones en la estructura familiar

Cuando comencé a trabajar con familias en las que uno o más miembros presentaban obesidad, descubrí que el síntoma no podía comprenderse sin mirar la **estructura familiar**. La forma en que cada familia se organiza, distribuye funciones y establece límites influye directamente en el modo en que se viven las emociones, los hábitos y los vínculos con el cuerpo y con la comida.

De acuerdo con **Minuchin (1977)**, toda familia posee una estructura invisible que determina cómo se relacionan sus miembros: quién toma las decisiones, cómo se comunican, qué espacios son compartidos y cuáles son íntimos. Esta estructura está compuesta por **subsistemas** (conyugal, parental, fraterno) y se mantiene mediante **límites** que pueden ser claros, difusos o rígidos.

Cuando los límites son **claros**, los miembros logran mantener su autonomía y, al mismo tiempo, sostener la cercanía necesaria para sentirse apoyados. Sin embargo, cuando los límites se vuelven **difusos**, las emociones de uno se confunden con las del otro, y el espacio personal se diluye en el colectivo. En el otro extremo, los **límites rígidos** generan distancia, aislamiento y dificultad para compartir lo que se siente (Minuchin, 1977).

En las familias donde la obesidad está presente, es común encontrar **lazos muy estrechos y límites difusos**. El amor suele manifestarse a través de la sobreprotección, del cuidado constante o del control. Se cuida tanto, que se invade; se protege tanto, que se impide crecer. Este tipo de dinámica puede generar **dependencia emocional y poca diferenciación individual**, lo que afecta la forma en que se toma conciencia del propio cuerpo y de sus necesidades reales (Minuchin, 1977).

Minuchin (1984), observó que en muchas familias psicossomáticas —entre ellas, las que presentaban casos de obesidad o trastornos alimentarios— existía una tendencia a la **enredación emocional**: todos opinaban, todos intervenían, todos querían resolver lo del otro. En esas familias, los síntomas corporales a veces aparecían como un **modo de mantener la cohesión**.

El cuerpo enfermo o con exceso de peso puede funcionar como un **símbolo del malestar compartido**, una manera de expresar lo que el sistema no logra decir en palabras.

Desde mi experiencia, cuando un miembro de la familia “lleva el síntoma”, muchas veces está cumpliendo una **función dentro del sistema**. Su cuerpo, su conducta o su relación con la comida sostienen un equilibrio que, aunque doloroso, resulta funcional para el grupo. Por ejemplo, una madre que teme perder el vínculo con su hijo puede, sin quererlo, reforzar su dependencia a través del alimento. O un padre que evita el conflicto puede permitir que las comidas familiares sean el único momento de unión, aunque estén cargadas de tensión emocional (Satir, 1991).

En este sentido, **la obesidad no pertenece solo a quien la padece**, sino que forma parte de una **historia relacional compartida**. Comprender esto cambia la mirada terapéutica: el foco deja de estar únicamente en el peso y se traslada hacia los **vínculos, los significados y las emociones** que sostienen el síntoma. He acompañado familias donde el proceso de cambio comenzó, no con una dieta, sino con una conversación: un hijo diciendo “me duele que me hablen de mi cuerpo” o una madre reconociendo “te alimento porque siento miedo de que sufras”. Estos pequeños gestos son transformadores porque abren la puerta a la **diferenciación emocional**, al reconocimiento del otro como un ser autónomo, capaz de sentir, decidir y cuidarse (Minuchin, 1984).

El desafío está en **redefinir los roles y funciones** dentro del sistema familiar. Los padres necesitan soltar el control para permitir que los hijos desarrollen responsabilidad sobre su propio cuerpo. Los hijos, a su vez, necesitan comprender que el cuidado no es una carga, sino una elección. Y todos los miembros deben aprender a **reconocer los límites sanos**: saber hasta dónde acompañar sin invadir, y hasta dónde proteger sin anular.

La estructura familiar no es algo fijo; puede transformarse con el tiempo. Los cambios no ocurren de la noche a la mañana, pero comienzan cuando la familia deja de buscar culpables y empieza a **mirarse como un equipo** que enfrenta juntos una dificultad compartida. En ese proceso, la obesidad deja de ser una marca de

fracaso y se convierte en una oportunidad de crecimiento y conexión (Minuchin, 1984).

Como terapeuta, he aprendido que **cada familia tiene su propio ritmo para sanar**. Algunas necesitan poner palabras donde hubo silencio; otras, aprender a escuchar sin juzgar; y otras, simplemente, compartir la mesa de una forma diferente. Porque, como dice Minuchin (1984), *“una familia sana no es aquella sin conflictos, sino aquella que sabe adaptarse al cambio”*.

Conclusiones

A lo largo de los años, he comprendido que **el cuerpo no miente**. Aun cuando la mente intenta racionalizar, justificar o negar, el cuerpo siempre encuentra la manera de expresar aquello que ha quedado sin voz. En la obesidad, ese lenguaje corporal se vuelve especialmente visible: el cuerpo crece, se expande, ocupa espacio, como si necesitara recordarnos que algo dentro busca ser visto, comprendido o contenido.

El cuerpo es, en muchos sentidos, un **territorio emocional**. Lleva inscritas las huellas de nuestras historias familiares, de los afectos que recibimos y de los silencios que heredamos. Cada forma, cada curva, cada límite corporal refleja los límites —o la ausencia de ellos— en nuestras relaciones más tempranas.

Así, lo que llamamos “peso” a veces es **peso emocional**, acumulado a lo largo del tiempo en forma de exigencias, culpas, miedos o responsabilidades que no nos correspondían (Roth, 1991).

Minuchin (1984) nos enseñó que los síntomas en un miembro de la familia pueden representar un intento del sistema por mantener la estabilidad. Desde esa mirada, el cuerpo que se expande no solo habla de un metabolismo, sino de un sistema que, inconscientemente, busca equilibrio. Por eso, trabajar con la obesidad implica mirar más allá del plato o del cuerpo visible: requiere **escuchar la historia emocional que el cuerpo está narrando**.

Cuando en terapia exploramos estos significados, los pacientes comienzan a reconocer que su relación con la comida no es un acto de debilidad, sino una **estrategia aprendida de supervivencia emocional**. Comer fue, muchas veces, la

manera más accesible de regular el dolor, de llenar vacíos, de mantenerse conectado al amor familiar. Comprender esto no justifica el síntoma, pero sí **invita a la compasión**: hacia uno mismo, hacia el cuerpo y hacia las generaciones que nos precedieron.

Las familias no enseñan solo qué comer, sino **cómo amar, cómo cuidar y cómo vincularse con el placer y la culpa**. La cultura familiar determina si el alimento es un refugio o una amenaza, si el cuerpo es motivo de orgullo o de vergüenza. Cambiar esos significados requiere tiempo, presencia y, sobre todo, diálogo (Roth, 1991).

Cada vez que una familia logra hablar de sus miedos, de su historia y de sus emociones en torno a la comida, da un paso hacia la **sanación sistémica**. No se trata de eliminar el síntoma, sino de **darle un nuevo sentido**, uno que no cargue con tanto dolor (Minuchin, 1984).

He visto familias transformar sus cenas en espacios de encuentro genuino, donde la comida deja de ser el centro y se convierte en el medio para compartir, escucharse y reconocerse.

En el fondo, **todos tenemos historias alrededor de la mesa**. Algunas son de abundancia, otras de carencia, muchas de amor y algunas de soledad. Pero en todas ellas, la mesa representa el lugar donde nos vinculamos con el otro, donde decidimos dar y recibir (Calvo, 2002).

Aprender a mirarla desde esta perspectiva es también reconciliarnos con nuestra historia, con nuestra familia y con nuestro propio cuerpo.

El cambio comienza cuando entendemos que **cuidar de nosotros no es traicionar a nuestra familia, sino honrarla de un modo más consciente y saludable**.

Porque el cuerpo, cuando se siente escuchado y respetado, ya no necesita gritar a través del síntoma.

Y entonces, lentamente, **la mesa vuelve a ser un lugar de encuentro y no de conflicto**. Un espacio donde el alimento se comparte, las emociones se reconocen y el amor se expresa sin necesidad de sobrealimentar.

Referencias

- Alberga, A. S., Pickering, B. J., Alix Hayden, K., Ball, G. D. C., Edwards, A., Jelinski, S., Nutter, S., Oddie, S., Sharma, A. M., & Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: A systematic review. *Clinical Obesity*, 6(3), 175–188. <https://doi.org/10.1111/cob.12147>
- Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. En P. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (pp. 17–32). Gardner Press.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Planeta Prácticos.
- Di Bartolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. El Lugar Editorial.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(2), 175-184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.175>
- Lasagni, M., & Palma, J. (2018). *Conciencia de enfermedad y procesos familiares en obesidad crónica*. Ediciones Médicas.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1984). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Morandé, G., Graell, M., & Blanco, C. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral*. Editorial Médica Panamericana.
- Omelanczuk, J., et al. (2015). Factores psicosociales en la obesidad familiar. *Revista de Psicología de la Salud*, 22(3), 45–59.
- Roth, G. (1992). *Alimentación emocional* (1.ª ed. en español). Edaf. (Obra original publicada en 1991)
- Satir, V. (1983). *Relaciones humanas en el núcleo familiar* (1.ª ed.). Editorial Pax
- Sepúlveda García, A. R. (2010). *La emoción expresada en el proceso de recuperación del paciente*. Universidad Autónoma de Madrid.

Capítulo 9

Perspectivas Psicológicas sobre el Inconsciente en la obesidad en Cirugía Bariátrica y Metabólica: Vacíos y Excesos

Psic. Márcia Silva Marques

Centro Médico Gastroclínica
mmarques1703@gmail.com
Cascavel, Paraná, Brasil

Psic. Nóris Silva Marques

SESA -10ª Regional de Saúde PR
norismarques@hotmail.com
Cascavel, Paraná, Brasil

Introducción

La obesidad se configura como una de las principales cuestiones de salud pública en el mundo contemporáneo, reuniendo implicaciones clínicas, sociales y subjetivas que desafían a los profesionales de la salud en múltiples niveles. Más que una acumulación de grasa corporal, representa un fenómeno complejo cuya etiología involucra factores biológicos, conductuales, culturales y psicológicos (OMS, 2023).

En la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM), el abordaje clínico del sujeto obeso exige una comprensión ampliada que considere no solo los aspectos físicos, del cuerpo biológico, sino también los factores emocionales y simbólicos que influyen en su relación con el alimento, el cuerpo y las interacciones sociales (SBCBM, 2016 & Bruch, 1973).

Este capítulo propone una lectura psicológica de la obesidad en el contexto de la CBM, sustentada en una escucha sensible a los excesos y vacíos que se manifiestan no solo en el cuerpo, sino también en la subjetividad del paciente, lo que remite a la dialéctica entre lo que se gana y lo que se pierde en la experiencia del adelgazamiento. Si por un lado el cuerpo se reduce, por otro la ausencia de una escucha clínica cualificada puede intensificar los vacíos simbólicos y afectivos, generando nuevos síntomas. Desde una perspectiva fundamentada en el psicoanálisis y anclada en estudios contemporáneos, buscamos examinar los

significados inconscientes que atraviesan la obesidad, los efectos de la cirugía sobre la estructura psíquica y los impasses que emergen en la clínica pre y postoperatoria.

A lo largo de este capítulo, exploraremos esta interfaz entre cuerpo y psiquismo, cirugía y subjetividad, con el objetivo de contribuir a un abordaje clínico, profundo e integrado para el cuidado del sujeto con obesidad.

El Inconsciente y la Obesidad: Contribuciones del Psicoanálisis

El inconsciente, tal como fue formulado por Freud, constituye una instancia psíquica en la que se inscriben deseos y emociones reprimidos, y representaciones simbólicas que escapan a la conciencia. La obesidad puede ser comprendida, en este contexto, como una formación sintomática que expresa conflictos internos no elaborados. Autores como Freud (1915, 1923), Lacan (1953–1977) y Anzieu (1988) sostienen que el cuerpo ocupa un lugar privilegiado en la constitución del Yo, siendo muchas veces soporte de defensas psíquicas y expresión de experiencias traumáticas no simbolizadas.

Obesidad: Cuerpo, Subjetividad e Implicaciones Psicológicas

La obesidad, además de su complejidad clínica y metabólica, representa una expresión del sufrimiento psíquico que muchas veces se inscribe en el cuerpo. El cuerpo obeso carga historias, traumas y mecanismos de defensa que se manifiestan en forma de exceso. Freud (1905) ya señalaba, en sus estudios sobre la histeria y la conversión, que el cuerpo es el escenario donde el inconsciente se expresa. En el caso de la obesidad, esta inscripción puede ser comprendida como un intento del psiquismo de estabilizar conflictos internos o de llenar lagunas subjetivas.

Lacan (1949), al desarrollar el concepto de estadio del espejo, destacó la importancia de la imagen corporal en la constitución del yo. En la obesidad, la relación entre el sujeto y el cuerpo no es solo biológica, sino simbólica e imaginaria; esa imagen muchas veces se vuelve fragmentada, desorganizada o fuente de sufrimiento. El cuerpo es visto como algo que escapa al control del sujeto, pero también como vehículo de identidad y reconocimiento, ocupando un lugar

privilegiado en la constitución del Yo, siendo muchas veces soporte de defensas psíquicas y expresión de experiencias traumáticas no simbolizadas.

En este contexto, la psicología clínica es llamada a escuchar la dimensión simbólica de la obesidad, entendiéndola como lenguaje. El sujeto obeso no busca solo perder peso; busca muchas veces reencontrarse consigo mismo, resignificar experiencias anteriores y elaborar conflictos inconscientes (Campos, 2012).

La Intervención Bariátrica y los Procesos de Subjetivación

La CBM no es solamente un procedimiento médico, sino una intervención que transforma radicalmente la vida del sujeto, tanto en su realidad corporal como en su estructura psíquica. La pérdida abrupta de peso, la modificación de la imagen corporal y la redefinición de hábitos cotidianos provocan efectos profundos en la constitución del yo y en la manera en que el sujeto se posiciona en el mundo.

Antes de la cirugía, el sujeto ya moviliza defensas inconscientes que pueden comprometer el proceso. La idealización del procedimiento, el miedo inconsciente al cambio, la resistencia a la autonomía y la negación del sufrimiento emocional son comunes. La escucha psicoanalítica en este momento permite al paciente acceder a contenidos inconscientes y elaborar, de forma simbólica, las representaciones relacionadas al cuerpo, al alimento y a la identidad. El espacio analítico posibilita, por lo tanto, la preparación subjetiva necesaria para la transformación que vendrá.

Según Freud (1923), en la segunda tópica del aparato psíquico presentada en *El Yo y el Ello*, la mente está compuesta por tres instancias: ello, yo y superyó, que se interrelacionan en la construcción de la subjetividad. El yo es la instancia responsable de mediar los impulsos del ello — vinculados a los deseos inconscientes —, las exigencias morales del superyó y las demandas de la realidad.

Opera bajo el principio de realidad, intentando satisfacer los deseos de manera socialmente aceptable. Cuando el cuerpo pasa por transformaciones radicales, como después de la CBM, esta dinámica psíquica se ve profundamente impactada. La nueva imagen corporal puede provocar un sentimiento de extrañamiento, generando angustia o incluso estados melancólicos, a medida que el sujeto enfrenta dificultades en reconocerse en ese nuevo cuerpo.

Lacan (1953) propone que el sujeto es efecto del significante, y su identidad se estructura por medio de la mirada del Otro. Después de la cirugía, la mirada social se transforma: el obeso estigmatizado pasa a ser valorizado, admirado, deseado. Este cambio, sin embargo, no garantiza una reorganización psíquica suficiente.

La construcción del sujeto después de la cirugía exige un trabajo de elaboración que va más allá de la reeducación alimentaria. Involucra el reconocimiento de las motivaciones inconscientes que sostenían el síntoma de la obesidad y la resignificación de las relaciones con el cuerpo, con los otros y con el deseo. La psicología, especialmente en su vertiente clínica, asume aquí un papel esencial: sostener un espacio de escucha y simbolización que posibilite al sujeto reinscribirse en su historia de manera singular (Freud, 1914; NASIO, 1996 & Campos, 2012).

Clínica Psicológica y el Acompañamiento Pre y Postquirúrgico

La actuación psicológica en la CBM, es fundamental para ampliar la comprensión del sujeto acerca de su relación con el cuerpo, el alimento y los afectos que atraviesan su experiencia de vida. Tanto en el pre como en el postoperatorio, la escucha clínica debe considerar los aspectos inconscientes que sostienen los síntomas alimentarios y corporales (Campos, 2012; Segura & Andrade, 2015).

El tratamiento psicoanalítico tiene un papel importante en la travesía del proceso bariátrico. En el preoperatorio, contribuye al reconocimiento de expectativas mágicas, a la elaboración de conflictos familiares y al rescate del sujeto de su lugar sintomático. En el postoperatorio, favorece la simbolización de las pérdidas, el luto por el cuerpo antiguo, el enfrentamiento de los deseos emergentes y la sostenibilidad de una nueva posición subjetiva (Campos, 2012; Freud, 1917; Segura & Andrade, 2015).

En el preoperatorio, el trabajo psicológico implica acoger las idealizaciones depositadas en la cirugía y deconstruir la creencia en soluciones mágicas. Freud (1912) ya señalaba que el habla analítica permite dar lugar al inconsciente, y en este momento es esencial investigar los sentidos del exceso alimentario como expresión de conflictos psíquicos. La obesidad, muchas veces, es la forma en que el sujeto

organiza simbólicamente su historia, siendo un significante de dolor, protección, culpa o abandono. Es en este momento donde también surgen resistencias inconscientes al cambio, como el miedo a la libertad, la fidelidad al pasado traumático o la identificación con la imagen del obeso. La intervención psicológica permite construir, junto al paciente, un espacio simbólico para resignificar tales experiencias, favoreciendo una decisión más consciente hacia la cirugía.

Por medio de la transferencia y del trabajo interpretativo, el paciente puede reconstruir narrativas psíquicas que sostienen la obesidad, reformulando su relación con el deseo, el cuerpo y el otro. El éxito de la cirugía, en este sentido, no se mide solamente por la pérdida de peso, sino por la capacidad del sujeto de transformar su experiencia de sí mismo (Campos, 2012 & Freud, 1915).

En el postoperatorio, el acompañamiento psicológico adquiere una dimensión aún más sensible. Las rápidas transformaciones corporales desorganizan muchas veces el aparato psíquico, conduciendo a sentimientos de angustia, despersonalización y soledad. Es común que, al perder el exceso de peso, el sujeto se enfrente con los vacíos psíquicos antes llenados por la comida. En este contexto, la transferencia se convierte en una herramienta esencial (Freud, 1912).

El psicólogo debe escuchar, sostener e interpretar los discursos del paciente, ayudando a nombrar el sufrimiento y dar sentido a las nuevas demandas subjetivas. La atención clínica implica el manejo delicado de las defensas, de las represiones y de la reconfiguración del deseo (Freud, 1912 & Freud, 1915).

Además, el acompañamiento posibilita identificar señales de compulsión alimentaria, recaídas, sustituciones sintomáticas e incluso síntomas depresivos o autodestructivos que pueden emerger. La escucha clínica debe acoger estas manifestaciones sin juicio, permitiendo que el paciente se apropie de su trayectoria y desarrolle recursos psíquicos más consistentes.

Por lo tanto, la atención clínica psicológica en el campo de la CBM, no es solamente complementaria, sino esencial. Su presencia continua, desde la evaluación inicial hasta el acompañamiento postoperatorio, contribuye a un abordaje ético, subjetivante y transformador del proceso de adelgazamiento,

respetando los tiempos psíquicos de cada sujeto (Freud, 1914; Freud 1925 & Campos, 2012).

Trampas Inconscientes en el Postoperatorio y Recidiva de Obesidad

El período postquirúrgico inaugura un nuevo escenario psíquico marcado por fomentar formas inconscientes de regresión y sabotaje. A continuación, se presentarán algunas trampas psíquicas observadas en la práctica clínica psicoanalítica con pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica, entre las cuales se destacan:

Ganancia secundaria de la obesidad

Para Freud (1925), los síntomas funcionan como guardianes contra la angustia, pero al mismo tiempo son ellos mismos causantes de sufrimiento. De manera inconsciente, la grasa corporal puede funcionar como protección física y simbólica. Por ejemplo, una mujer que sufrió abuso en la infancia puede desarrollar un cuerpo mayor para evitar miradas y deseos sexuales, hasta la invisibilidad deseada. Después de la CBM, la pérdida de esta 'armadura' puede provocar angustia y miedo a nuevas exposiciones, volviendo a antiguos hábitos alimentarios y a la ganancia de peso de peso.

Culpa inconsciente

La retirada del cuerpo obeso puede activar sentimientos inconscientes de culpa por romper vínculos simbólicos con el pasado familiar o por transgredir mandatos del superyó relacionados con el sufrimiento (Freud, 1923). Para algunos pacientes, adelgazar y mejorar la autoestima puede ser vivido como una transgresión, especialmente cuando significa destacarse de la familia o romper lazos simbólicos. En este contexto, la ganancia de peso de peso puede funcionar como una expiación inconsciente de una culpa antigua, enraizada en la forma en que el individuo aprendió a ocupar un lugar en la dinámica familiar.

“El sentimiento de culpa es, claramente, solo un miedo a la pérdida de amor, una ansiedad social” (Freud, 1930).

Resistencia al deseo

Como señaló Lacan (1960), el sujeto puede temer realizar su deseo, sabotando la pérdida de peso como forma de evitar confrontar su falta estructural. Después de la bariátrica, el cuerpo más delgado y visible puede reactivar deseos antes reprimidos. Para algunos, lidiar con el propio deseo resulta amenazador, pues implica autonomía y riesgo de frustración. En este contexto, la comida surge como forma de silenciar el deseo, y la ganancia de peso de peso funciona como retorno a un lugar de menor responsabilidad con el propio deseo.

Fantasía de cura mágica

Según Lacan (1960/1998) *“la satisfacción obtenida en el nivel de la necesidad no es jamás satisfacción de la demanda, y menos aún del deseo”*, o sea, el sujeto sigue marcado por un resto de insatisfacción que la cirugía, por sí sola, no puede resolver. Algunos pacientes proyectan en la cirugía la promesa de felicidad inmediata, frustrándose con los desafíos psíquicos persistentes, esperan inconscientemente que se resuelva no solo la obesidad, sino también cuestiones emocionales y existenciales. Al darse cuenta que el adelgazamiento no transforma la estructura psíquica ni elimina la angustia, pueden experimentar frustración y recurrir nuevamente a la comida como forma de compensación, transformando la ganancia recurrente de peso en una protesta inconsciente contra esa expectativa frustrada.

Identificación con el síntoma

“El sufrimiento amenaza desde tres direcciones: del propio cuerpo, destinado a la decadencia y a la disolución; del mundo externo, que puede abatirse con fuerzas aplastantes; y, finalmente, de las relaciones con los otros hombres. El síntoma aparece como un recurso contra ese sufrimiento, pero al precio de aprisionar al sujeto en él” (Freud, 1930). A lo largo de los años, el sujeto puede haber construido

su identidad alrededor de la obesidad. Después de la cirugía, la pérdida de este síntoma puede generar desorganización y un vacío psíquico difícil de soportar. Sin algo nuevo que sustituya esa identidad, la ganancia de peso surge como un intento inconsciente de recuperar el 'yo' conocido, aunque marcado por el sufrimiento.

Fidelidad al pasado traumático

“El paciente no recuerda nada de lo que olvidó y reprimió, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin, naturalmente, saber que lo está repitiendo” (Freud, 1920). Recuperar el peso anterior puede funcionar como un reencuentro con traumas infantiles o familiares, como forma de mantener la coherencia psíquica frente a un Yo frágil. Cuando la obesidad surge como respuesta psíquica a experiencias traumáticas, un cuerpo voluminoso puede representar protección. Con el adelgazamiento, el paciente se ve obligado a reescribir su historia, lo cual puede entrar en conflicto con la lealtad al propio pasado y al dolor vivido. Así, la ganancia de peso y los ciclos de compulsión funcionan como una forma inconsciente de preservar este vínculo con el dolor (Freud, 1920; Freud, 1925 & Campos, 2012).

Miedo a la libertad

Para algunos pacientes, la autonomía conquistada con la pérdida de peso puede despertar angustias relacionadas con el desamparo, la responsabilidad y el deseo, favoreciendo movimientos regresivos y formas de autosabotaje. El adelgazamiento, aunque representa una ampliación de la libertad, trae consigo también la exigencia de asumir nuevas responsabilidades, lo que puede intensificar la experiencia de angustia. Anteriormente, el exceso de peso operaba como una justificación legítima para no comprometerse plenamente con la vida, funcionando como una barrera física y simbólica contra las demandas externas. Con su pérdida, el sujeto se encuentra ante un campo abierto de posibilidades, vivido muchas veces como amenazante. En este escenario, la ganancia de peso puede emerger

como un retorno al territorio conocido, desempeñando la función de límite protector frente a frustraciones y a la exposición (Freud, 1920; Freud, 1925 & Campos, 2012).

Idealización del cuerpo delgado

La exigencia a la perfección corporal como fuente de sufrimiento y recaída.

El paciente, después de adelgazar y recibir elogios, puede desarrollar un ideal de perfección inalcanzable, transformando el cuerpo en objeto de vigilancia constante. Cualquier imperfección genera angustia y culpa, y la ganancia de peso de peso puede surgir como reacción inconsciente a la dictadura de la perfección que ha internalizado y que se autoimpone (Freud, 1914 & Freud, 1923).

Narcisismo herido

Freud (1914) también estableció una relación entre narcisismo y pulsión de muerte, sugiriendo que el narcisismo destructivo puede llevar a la regresión y a la angustia. El narcisismo herido se refiere a experiencias que causan un daño a la autoestima y al sentido de identidad del individuo, llevando a una regresión de la energía psíquica hacia el mundo interno. Estas heridas narcisistas afectan el sentido de omnipotencia humana y pueden incidir en las relaciones interpersonales. Hay una incongruencia entre el nuevo cuerpo y la autoimagen construida en el dolor. Los pacientes que cargan una herida narcisista profunda, con un historial de rechazo, negligencia o desvalorización en la infancia, pueden tener dificultad en sostener el amor propio y mantener una autoestima positiva. La exposición y los elogios tras la cirugía entran en choque con su autoimagen negativa, llevando a la ganancia de peso de peso, que puede representar un retorno inconsciente a un estado familiar y emocionalmente seguro.

Infantilización y boicot

La dependencia emocional de cuidadores o parejas puede llevar al boicot inconsciente al cambio, manteniendo al sujeto en una posición infantilizada. En algunos casos, el inconsciente del paciente se conecta con el inconsciente familiar o social. Cuando el adelgazamiento lo hace destacarse, esa transformación puede

desestabilizar la dinámica previamente establecida en esos grupos. Ante la hostilidad notada en el ambiente, el paciente tiende a internalizarla y, de manera inconsciente, comienza a sabotearse, buscando restaurar el equilibrio en las relaciones (Freud, 1921 & Freud, 1925).

Confusión entre el deseo de adelgazar y el deseo de ser amado

La pérdida de peso puede considerarse como una solución mágica para las carencias afectivas. Aunque el paciente crea desear un cuerpo delgado, el anhelo inconsciente es por aceptación, reconocimiento y amor incondicional. Al adelgazar y notar que ese afecto no se concreta como esperaba, se instala una decepción profunda. En esa situación, cuando el amor idealizado no se realiza, la ganancia de peso puede ocurrir como una protesta inconsciente (Freud, 1914 & Freud, 1927).

Desorganización psíquica frente a la conquista

El éxito en el adelgazamiento puede ser tan amenazador como el fracaso y puede generar angustia, especialmente cuando el sufrimiento crónico servía como eje organizador de la identidad. Al conquistar el objetivo, el paciente enfrenta preguntas como “¿Y ahora?” o “¿Quién soy sin este problema?”, lo que puede reabrir heridas narcisistas y generar la llamada angustia de realización - el miedo a convertirse en aquello que se deseó. Esa sensación de vacío y amenaza puede llevar al retorno de patrones antiguos, como la ganancia de peso de peso, para protegerse de un éxito que el psiquismo aún no puede sostener, fracaso frente al éxito, tal como lo describió Freud (1916).

Estas trampas no se agotan en los ejemplos citados, pudiéndose añadir otras como:

Sustitución alimentaria y transferencia emocional

Basándose en enfoques psicodinámicos recientes, se observó que, tras la CBM, pueden surgir casos de sabotaje alimentario y colusión. Estas observaciones indican que la reducción del estómago puede resultar en una transferencia de la

carga emocional hacia la comida, de modo que la ingestión pasa a ocupar el lugar de otras formas de vínculo afectivo.

Transferencia del síntoma a otras sustancias

Hay el riesgo de sustituir la compulsión alimentaria por el uso excesivo de alcohol u otras drogas. Esta sustitución, con efectos psicosociales graves, revela la reubicación del vínculo transferencial de la comida hacia una nueva dependencia.

Conflicto entre libertad y responsabilidad

Tras el adelgazamiento, los nuevos límites corporales incitan dilemas subjetivos: deseo versus temor a exponerse. Este movimiento psíquico muchas veces se expresa en resistencia inconsciente a la autonomía y miedo a la libertad —un tema central en los estudios de Sarwer (2013), que señalan la persistencia de perturbaciones del comportamiento alimentario incluso después del éxito físico.

Rivalidad relacional y colusión inconsciente

En el post bariátrico, el adelgazamiento puede desestructurar dinámicas familiares y sociales. El sentimiento de “superar” o “traicionar” vínculos puede llevar a una ganancia de peso de peso como forma de restaurar el equilibrio inconsciente, algo descrito en análisis fenomenológicos sobre la “colusión inconsciente” en la relación con el cuerpo y con el otro (Freud, 1921; Kaës, 2010 & Campos, 2012).

Identidad corporal y vacío simbólico

La pérdida rápida del cuerpo grande puede desencadenar luto, vacío y desorientación identitaria —uno de los principales déficits simbólicos en el postquirúrgico. La literatura clínica destaca que la cirugía, por sí sola, no representa la construcción de una nueva forma psíquica, siendo esencial la intervención terapéutica que aborde desde esa base inconsciente hasta los impactos en la identidad del sujeto (Sarwer et al., 2013 & Campos, 2012).

Según Freud, estos fenómenos pertenecen al campo de las formaciones sustitutivas del inconsciente: el síntoma migra, no desaparece. Para Lacan (Seminario 11, 1964), el inconsciente está estructurado como un lenguaje, compuesto por significantes que escapan a la conciencia. Al destacar el papel del “deseo del Otro” y del lenguaje en la constitución del sujeto, se evidencia que la transformación inicial hacia un cuerpo delgado no implica, necesariamente, un cambio equivalente en el sujeto: el deseo permanece anclado en los significantes asociados al cuerpo anterior.

Las trampas evidencian que los resultados físicos de la cirugía no garantizan un cambio subjetivo. El psicoanálisis propone un referencial interpretativo que permite escuchar el síntoma más allá de sus manifestaciones corporales (Freud, 1925 & Campos, 2012).

Revisión bibliográfica de estudios científicos

En el artículo publicado por Wimmelmann et al. (2014), a través de una revisión de estudios recientes sobre factores psicológicos que pueden predecir el éxito en la pérdida de peso tras la CBM, y a partir de un análisis de 19 estudios prospectivos con más de 30 participantes y un seguimiento mínimo de un año, los autores identifican variables como el funcionamiento cognitivo, los rasgos de personalidad, la presencia de trastornos psiquiátricos y los patrones de comportamiento alimentario (como el comer compulsivo) como posibles predictores de la pérdida de peso postoperatoria. Aunque los resultados siguen siendo inconsistentes, los hallazgos sugieren que estas variables influyen en el comportamiento alimentario después de la cirugía y, por lo tanto, pueden impactar en el éxito del tratamiento. La investigación destaca la importancia de una evaluación psicológica previa amplia como parte del acompañamiento de los pacientes bariátricos.

En el trabajo “La pasión por la imagen: el yo como un diseñador de escenarios de las virtualidades del sí mismo”, Marina Pinheiro (2016) señala que, en las expresiones psicopatológicas actuales, hay una especie de bloqueo en la

elaboración de la angustia, resultando en una centralidad excesiva atribuida al cuerpo. El sujeto pasa a percibir su cuerpo no solo como origen de su sufrimiento, sino también como su posible solución. El cuerpo se convierte, así, simultáneamente en síntoma y cura, sufrimiento y alivio —operando como si fuera un “antídoto” para el propio malestar, pero sostenido por estrategias extremas como cirugías, uso de medicamentos o estímulos sensoriales. Este escenario evidencia un borrado de la palabra como instrumento fundamental para la construcción subjetiva. De este modo, los modos de existencia centrados en el cuerpo desafían a la clínica psicoanalítica, que apuesta en el habla como medio de reescribir la historia singular del sujeto. Compulsiones, adicciones, trastornos alimentarios y cuadros depresivos, entre otros, serían expresiones de un vaciamiento de la simbolización, restringiendo la capacidad de crear nuevas narrativas menos objetificantes de sí mismo.

En el estudio de caso publicado por Belarmino & Fernandes (2016), se relata que, durante el proceso psicoterapéutico, una paciente nota que, a pesar de estar en tratamiento durante años, no había hablado directamente sobre la comida, tema central de su queja. La respuesta del terapeuta —“Lo que se habla no se traga”— revela que, al verbalizar sus sufrimientos y conflictos, ella transforma el malestar en sentido, evitando la necesidad de descargarlo a través de actos impulsivos, como el comer compulsivo. Este proceso de simbolización y elaboración psíquica es descrito como un cambio psíquico significativo. Referencias a Freud y Betty Joseph refuerzan que esta transformación está relacionada a una mayor capacidad de integración emocional y de percepción más realista de las relaciones interpersonales.

Las investigaciones señalan que el tratamiento más prometedor para la obesidad mórbida implica la integración entre recursos psicoanalíticos e intervenciones médicas (clínicas y quirúrgicas). La psicoterapia psicoanalítica contribuye significativamente al abordar los determinantes psíquicos de la enfermedad —como la compulsión alimentaria y los trastornos de ansiedad— posibilitando la elaboración de contenidos inconscientes primitivos. Este abordaje integrado ofrece mayor esperanza de ayudar efectivamente a los pacientes con

obesidad mórbida, considerando tanto los factores físicos como los emocionales implicados en la condición.

De esta forma, el modelo de acompañamiento psicológico se alinea con las directrices internacionales de la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) y de la Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica y Metabólica e Metabólica (SBCBM), que recomiendan un acompañamiento longitudinal e interdisciplinar que contemple las dimensiones psicológicas del paciente.

Conclusiones

La obesidad, como fenómeno multifacético, exige una mirada que supere los determinantes fisiológicos y metabólicos, considerando también la complejidad subjetiva que la constituye. La CBM, en este contexto, no representa solamente una intervención sobre el cuerpo, sino también una interpelación radical al sujeto: sus afectos, identificaciones, historias y defensas psíquicas (OMS, 2000; Campos, 2012 & Freud, 1923).

Este capítulo buscó mostrar que la escucha psicológica, especialmente de orientación psicoanalítica, tiene un papel crucial en la comprensión de los sentidos inconscientes de la obesidad y en los efectos subjetivos provocados por la cirugía. La experiencia clínica y los estudios científicos recientes demuestran que el adelgazamiento físico no equivale a una transformación subjetiva. Al contrario, muchas veces inaugura crisis de identidad, síntomas sustitutivos y un vacío simbólico que necesita ser simbolizado para que haya apropiación de la nueva configuración corporal (Freud, 1914; Freud, 1925; Campos, 2012 & Sarwer et al., 2013).

Las trampas inconscientes en el postoperatorio — como la sustitución sintomática, el miedo a la libertad, el retorno de comportamientos compulsivos, entre otras — ilustran los impasses que enfrenta el sujeto en el intento de reorganizarse psíquicamente. La escucha clínica cualificada permite nombrar, interpretar y sostener estas experiencias, previniendo recaídas y promoviendo una reinención simbólica más auténtica (Freud, 1914; Freud, 1925 & Campos, 2012).

De esta forma, la CBM se presenta como una estrategia eficaz y necesaria en el tratamiento de la obesidad, ofreciendo al sujeto la posibilidad de transformar significativamente su salud y calidad de vida. Sin embargo, esta intervención, por más exitosa que sea desde el punto de vista físico, no borra las marcas subjetivas relacionadas al sufrimiento psíquico (OMS, 2000 & Campos, 2012).

Los vacíos y excesos que acompañan el cuerpo no se limitan a la dimensión orgánica, sino que se refieren a faltas simbólicas, afectivas y emocionales que persisten incluso después de la pérdida ponderal. Por ello, es esencial que el abordaje psicológico esté integrado al proceso, desde el pre hasta el postoperatorio, reconociendo y acogiendo los impasses del sujeto frente a los cambios (Freud, 1914; Freud, 1925 & Sarwer et al., 2013).

La escucha clínica, en este recorrido, se vuelve de gran relevancia para sostener la travesía singular de cada paciente, ampliando los efectos positivos de la cirugía y promoviendo una reconstrucción más profunda y duradera del vínculo con el propio cuerpo y el deseo. Al mismo tiempo, es fundamental destacar que esta contribución no se sobrepone ni reduce la importancia de otros enfoques psicológicos, que ofrecen recursos complementarios esenciales al tratamiento de la obesidad y, también, posibilitan un cuidado amplio, integral y eficaz (Freud, 1914; Campos, 2012 & Sarwer et al., 2013).

Referencias

- Anzier, Didier. *O Eu-pele. Psicanalise. Coleção* dirigida por Latifi Yazigi, Tradutoras: Zakie Yazigi e Rizkallah Rosaly Mahfuz. Editora Casa do Psicólogo, São Paulo. 1988. 309p.
- Bruch, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
- Campos, S. de. *Comida: semblante do objeto a*. *Psicologia em Revista*, v.18, n.1, p.28-35, 2012.
- Freud, S. (1912/traducido en 1948). *Obras completas: Capítulo III. Técnica psicoanalítica: La dinámica de la transferencia*. Vol. II, p. 321. (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905/ traducido en 1948). *Capítulo IX. Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis*. En *Obras completas* (Vol. I, p. 949). (L. López Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1914/ traducido en 1948). Capítulo II. Recuerdo, Repetición y Elaboración. En *Obras completas* (Vol. II, p. 345). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915/ traducido en 1948). Capítulo X. *Lo inconsciente*. En *Obras completas* (Vol. I, p. 1063). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915/ traducido en 1948). Capítulo III. *Observaciones sobre el Amor de Transferencia* (Vol. II, p. 350). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914/ traducido en 1948). Capítulo XI. *Introducción al narcisismo*. En *Obras completas* (Vol. I, pp. 1097–1110). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1916/ traducido en 1948). Capítulo XIII.8.II. *Los que fracasan al triunfar*. En *Obras completas* (Vol. II, p. 993). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1920/ traducido en 1948). Capítulo XII. *Más allá del principio del placer*. En *Obras completas* (Vol. I). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1917/ traducido en 1948). Capítulo X. *Duelo y melancolía* (Vol. I, p. 1047-1087). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1921/ traducido en 1948). Capítulo XIII. *Psicología de las masas y análisis del yo* (Vol. I, p. 1141;1171). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923/ traducido en 1948). Capítulo XV. *El yo y el ello*. En *Obras completas* (Vol. I, p. 1213). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925/ traducido en 1948). Capítulo XVI. *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras completas* (Vol. I, p. 1235). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1927/ traducido en 1948). Capítulo XVII. *El porvenir de una ilusión* (Vol. I, p. 1277). (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930/ traducido en 2010). *O mal-estar na civilização* (P. C. de Souza, Trad.). Em *Obras completas* (Vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras.
- Garrido, P. B. (2022). *Psicanálise no tratamento multidisciplinar e cirúrgico da obesidade severa* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório de Teses USP. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-15082022-134616/publico/garrido_me.pdf
- Kaës, R. *Las alianzas inconscientes*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010.
- Lacan, J. (1949/1998). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. En J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1957/1998). *A instância da letra no inconsciente*. En J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1985–2008). *Los seminarios* (Libros 1–11). Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J.-D. *Los siete conceptos cruciales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós 1996.
- Organización Mundial de la Salud. *Obesity: preventina and managing the global epidemic*. Geneva: WHO, 2000.

- Organización Mundial de la Salud *Obesity and overweight*. Geneva: WHO, 2023
- Pinheiro, M. (2016). *A paixão pela imagem: o eu como cenógrafo das virtualidades do si mesmo*. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(1), 84–98.
<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p84.7>
- Sarwer, D. B., & Heinberg, L. J. (2013). Psychosocial issues and bariatric surgery. *American Psychologist*, 68(3), 244–257. <https://doi.org/10.1037/a0032510>
- Segura, D. C.; Andrade, A. M. *Aspectos psicológicos en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica*. *Revista de Psicología de la Salud*, 2015.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. *Diretrizes brasileiras para cirurgia bariátrica e metabólica*. São Paulo: SBCBM, 2016.
- Wimmelmann, C. L., Dela, F., & Mortensen, E. L. (2014). Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research & Clinical Practice*, 8(4), e299–e313.
<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2013.09.001>

Capítulo 10

Adolescencia y Cirugía Bariátrica y Metabólica: desafíos éticos, emocionales y familiares

Psic. Aída R. Marcondes Franques
Psicóloga Clínica y Bariátrica.
aidafranques@gmail.com
São Paulo, Brasil

Introducción

La obesidad severa en la adolescencia constituye uno de los desafíos más urgentes para los sistemas sanitarios contemporáneos, especialmente en América Latina, donde las desigualdades estructurales agravan los determinantes sociales de la salud. En la región, más de 4 millones de niños menores de 5 años y casi 50 millones entre los 5 y 19 años presentan sobrepeso (UNICEF, 2023). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPAS, 2025), el 67,5% de los adultos y el 37,6% de los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años tienen sobrepeso u obesidad, cifras que continúan en aumento. Esta condición se asocia a enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2, la apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial o la dislipidemia, además de dificultades psicológicas que afectan el bienestar integral y los procesos de construcción identitaria.

Desde una perspectiva biopsicosocial, la obesidad en la adolescencia implica experiencias sostenidas de estigmatización en los ámbitos escolares, familiares y comunitarios. La discriminación, la exclusión y la internalización del estigma corporal impactan negativamente en la autoestima y se observan mayores tasas de depresión, ansiedad social y retraimiento en estos jóvenes (Puhl et al., 2020 & Braddock et al., 2023).

En este contexto, la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM) aparece como una alternativa terapéutica segura y eficaz para casos seleccionados (Pajack & Cohen, 2021 & Marchesini et al., 2020). No obstante, su indicación en personas menores de edad plantea desafíos éticos, emocionales y clínicos, considerando que se trata de sujetos en pleno desarrollo, con procesos de autonomía y maduración psíquica aún en curso.

Las guías conjuntas de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) y de la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2022) y American Academy of Pediatrics (AAP, 2023) respaldan su uso bajo criterios estrictos, enfatizando la necesidad de evaluar la madurez emocional y garantizar acompañamiento psicosocial integral. En América Latina, la *Resolução CFM n.º 2.429/25* del Consejo Federal de Medicina de Brasil amplía la posibilidad de indicación desde los 14 años.

Este capítulo se inscribe en una perspectiva bioética y psicosocial para abordar la CBM en adolescentes como una práctica compleja, relacional y situada. Procura promover una reflexión crítica sobre los límites entre autonomía y vulnerabilidad, así como sobre la responsabilidad profesional de garantizar cuidados integrales, respetando la dignidad, singularidad y derechos humanos de los jóvenes.

Panorama clínico y criterios de indicación

La obesidad severa en la adolescencia representa hoy una condición médica de alta complejidad que combina dimensiones biológicas, conductuales y estructurales. Su abordaje requiere reconocer que el exceso de peso sostenido en esta etapa vital no es únicamente un problema metabólico, sino un fenómeno sistémico que compromete el desarrollo físico, emocional y social. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS, 2024), la prevalencia de obesidad severa en adolescentes latinoamericanos se ha duplicado en los últimos veinte años, afectando de manera desproporcionada a los sectores de menores ingresos y a las poblaciones con menor acceso a educación nutricional y servicios de salud especializados.

La acumulación precoz de tejido adiposo produce alteraciones metabólicas y endocrinas que predisponen a un curso de enfermedad crónica desde edades tempranas. Entre las más relevantes se encuentran la resistencia a la insulina, la esteatosis hepática no alcohólica, la apnea obstructiva del sueño, las dislipidemias y las alteraciones menstruales en mujeres. No obstante, las repercusiones

psicológicas y sociales suelen ser igualmente graves: baja autoestima, retraimiento social, *bullying*, depresión y trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes (Warnick, 2022; Franques & Levy, 2021).

En este contexto, la CBM se ha consolidado como una alternativa terapéutica eficaz para adolescentes con obesidad severa refractaria a los tratamientos convencionales. A diferencia de la visión restrictiva predominante en décadas anteriores, las guías internacionales actuales la conciben como un tratamiento integral de la enfermedad metabólica, más que como una mera técnica de reducción ponderal.

Guías internacionales

Las guías conjuntas de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) (2022) y de la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2022), establecen un marco científico actualizado que redefine los criterios de elegibilidad para adolescentes. Dichas guías recomiendan considerar la CBM en jóvenes con IMC igual o mayor al 120 % del percentil 95 (obesidad de clase II) y comorbilidad importante, o con un IMC igual o mayor al 140 % del percentil 95 (obesidad de clase III).

Además, enfatizan la importancia de una evaluación interdisciplinaria exhaustiva que garantice la madurez emocional, la comprensión del procedimiento y la existencia de un entorno familiar de apoyo. Las ASMBS/IFSO (2022) subrayan que la cirugía debe realizarse exclusivamente en centros acreditados con experiencia en población pediátrica, donde existan equipos integrados por cirujanos, endocrinólogos, psicólogos, nutricionistas y pediatras.

Por su parte, la American Academy of Pediatrics (AAP, 2023) amplió aún más el acceso, sosteniendo que la derivación a programas de cirugía metabólica puede considerarse a partir de los 13 años, siempre que los tratamientos conservadores intensivos hayan fracasado y se garantice un acompañamiento integral. Este cambio refleja una tendencia global hacia el reconocimiento temprano de la

obesidad severa como enfermedad crónica, cuya demora en el tratamiento quirúrgico puede perpetuar el daño metabólico y psicológico.

La Resolución del CFM n.º 2.429/25, aprobada en abril de 2025 por el Consejo Federal de Medicina de Brasil, constituye un hito regulatorio en América Latina, al armonizar la legislación nacional con los estándares internacionales. Entre sus disposiciones más relevantes se destacan la autorización para realizar la cirugía a partir de los 14 años en casos de obesidad grave (IMC > 40) con comorbilidades metabólicas significativas y la equiparación de los criterios para adolescentes de 16 años o más con los aplicables a adultos.

Resultados clínicos y pronóstico a largo plazo

Los estudios multicéntricos más recientes (Beamish et al., 2023; Wu et al., 2023; Ryder et al., 2024 & Chinn et al., 2025) confirman que la CBM en adolescentes es un procedimiento seguro y eficaz, con resultados comparables o superiores a los observados en adultos.

No obstante, la cirugía no garantiza la resolución de los problemas emocionales ni la adherencia plena al nuevo estilo de vida. La literatura destaca que los problemas de salud mental persisten en adolescentes estudiados 5 años después de la CBM, a pesar de una pérdida de peso satisfactoria.

La CBM puede mejorar muchos aspectos de la salud, pero no se puede esperar remisión de los problemas de salud mental (Järholm et al., 2020). El seguimiento a largo plazo es, por lo tanto, un componente indispensable del tratamiento.

Desafíos de implementación en América Latina

El aumento de la obesidad y la complejidad de su control en América Latina se debe a múltiples factores que han sido estudiados y tomados en cuenta al considerar el control de la progresión y el tratamiento de esta enfermedad. Los estudios resaltan algunos determinantes principales: el entorno físico, la exposición a los alimentos, los intereses económicos y políticos, el acceso limitado al conocimiento científico, la cultura, el comportamiento contextual y la genética. Por

lo tanto, a pesar de los avances normativos con respecto a la CBM, persisten barreras estructurales que limitan el acceso de los adolescentes latinoamericanos a programas integrales de tratamiento quirúrgico de la obesidad. Entre ellas se destacan la escasa disponibilidad de equipos interdisciplinarios formados, la concentración de servicios en centros urbanos, la falta de políticas públicas específicas para la población pediátrica y el persistente estigma social asociado a la obesidad (Franques & Levy, 2020; Ferreira et al., 2024).

En muchos países, la CBM sigue percibiéndose como una “opción extrema”, lo que retrasa derivaciones y perpetúa la cronificación del cuadro clínico. Además, los sistemas de salud enfrentan el desafío de asegurar seguimientos prolongados que abarquen la transición del adolescente a la vida adulta, etapa en la cual las tasas de abandono de tratamiento son altas. (OPS, 2024). El panorama clínico actual, por tanto, exige superar el reduccionismo biológico y avanzar hacia un modelo integral de atención, basado en la continuidad del cuidado, la coordinación interdisciplinaria y la equidad de acceso.

Aspectos psicológicos

La adolescencia constituye una etapa de transformación profunda, donde confluyen procesos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales que configuran la identidad personal y la relación con el propio cuerpo. Desde la psicología del desarrollo, se reconoce que el cuerpo adolescente es un escenario simbólico central donde se juegan la autonomía, la pertenencia, la aceptación y la autoestima. Intervenir quirúrgicamente en este cuerpo no implica solo una modificación anatómica, sino una reconfiguración subjetiva de gran magnitud.

En el caso de la CBM, esta complejidad se amplifica. La CBM propone un cambio estructural en el sistema digestivo que obliga al adolescente a modificar su modo de alimentarse, de vincularse con el placer, con la autoimagen y con el entorno social. De allí que el acompañamiento psicológico no sea un complemento accesorio, sino un eje central del proceso terapéutico, indispensable tanto en la etapa preoperatoria como en la posoperatoria.

Järholm et al., (2020) muestran que los resultados clínicos favorables de la CBM en adolescentes están directamente asociados a la continuidad del seguimiento multidisciplinario. La atención psicológica a lo adolescente operado y a su familia es esencial. Cuando estos factores están ausentes, aumentan los riesgos de abandono del seguimiento, recaídas en conductas alimentarias desadaptativas o dificultades de adaptación a la nueva corporalidad (Franques & Levy, 2021).

Evaluación psicológica preoperatoria

La evaluación psicológica preoperatoria tiene un carácter preventivo, educativo y ético. Su objetivo no es determinar quién “merece” o “no merece” operarse, sino explorar las condiciones subjetivas, familiares y sociales que pueden influir en la eficacia y seguridad del procedimiento (Franques & Levy, 2021; Rocha, 2023)

Desde un enfoque de la bioética clínica, la evaluación de los adolescentes debe centrarse en las expectativas con respecto a la cirugía, en la historia de su salud mental (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias o ideación autolesiva), imagen corporal y autoestima, dinámica familiar y comprensión del procedimiento (Franques et al., 2024).

La aplicación de instrumentos estandarizados combinada con entrevistas semiestructuradas, permite un diagnóstico psicológico integral. La inclusión de al menos una entrevista familiar favorece la construcción de acuerdos realistas sobre responsabilidades, cuidados y expectativas posoperatorias (Franques et al., 2024).

Asimismo, la evaluación psicológica debe incluir una dimensión educativa, orientada a preparar emocionalmente al adolescente para los cambios drásticos que enfrentará en su relación con la comida, el cuerpo y la identidad. Este trabajo psicoeducativo constituye el primer paso en la creación de una “alianza terapéutica” sólida entre el adolescente, la familia y el equipo interdisciplinario (Franques & Levy, 2021).

Acompañamiento postoperatorio y salud mental

El proceso psicológico no concluye con la cirugía, por el contrario, se intensifica. El posoperatorio inmediato suele estar marcado por una mezcla de euforia, esperanza y alivio, pero también por ansiedad, miedo y una sensación de vulnerabilidad frente al nuevo cuerpo. En los primeros seis a doce meses, muchos adolescentes experimentan un rápido descenso de peso que transforma su apariencia, su rol social y la forma en que son percibidos por los demás. (Burton et al., 2020).

Esta “revolución corporal” requiere contención emocional constante. La pérdida súbita de peso puede generar sentimientos ambivalentes: orgullo y entusiasmo, pero también desconcierto, extrañeza e incluso duelo por la antigua imagen corporal. Algunos jóvenes refieren sentir que “no se reconocen” o que “ya no son los mismos”, lo cual evidencia el impacto simbólico de la cirugía sobre la identidad (Boaretto & Thurm, 2020).

El acompañamiento psicológico posoperatorio debe incluir sesiones individuales y familiares. El trabajo con las familias es igualmente decisivo. Los cuidadores deben aprender a acompañar sin controlar, a sostener rutinas sin invadir la autonomía del joven y a reconocer que la CBM no elimina las patologías mentales preexistentes ni los desafíos emocionales a los tendrá que enfrentarse. La construcción de un clima familiar empático y colaborativo es un importante factor protector frente a recaídas o dificultades de adherencia (Franques & Levy, 2021).

Riesgos específicos: trastornos alimentarios y consumo de sustancias

Existe una alta correlación entre los trastornos psiquiátricos y la obesidad, aún más marcada entre los adolescentes con obesidad. Los profesionales de la salud mental deben estar muy atentos, incluso en la fase preoperatoria, para diagnosticar riesgos conductuales y evaluar la capacidad de adherencia al seguimiento postoperatorio. La depresión, la ansiedad, los pensamientos suicidas y el “*bullying*” escolar deben ser evaluados con antelación y, si es necesario, derivados a tratamiento psiquiátrico (Lopes et al., 2021).

A pesar de sus beneficios, la CBM puede asociarse a ciertos riesgos psicológicos y conductuales. Los estudios internacionales (Cerón et al., 2021 & Beamish et al., 2023) advierten sobre la aparición de comportamientos alimentarios desadaptativos como el *grazing* (picoteo constante), la restricción rígida, el miedo a engordar o la compensación excesiva mediante ejercicio. Estas conductas, si no son detectadas a tiempo, pueden evolucionar hacia cuadros compatibles con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Del mismo modo, se ha documentado un incremento en la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras sustancias luego de la cirugía. Los jóvenes con antecedentes de impulsividad o baja tolerancia a la frustración presentan mayor riesgo en este sentido, por lo que la evaluación y la prevención deben ser continuas (Franques & Levy, 2021). La evidencia científica demuestra que las personas que se someten a CBM (cirugía metabólica cíclica) corren riesgo de aumentar su consumo de alcohol e incluso de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol. (TUA). Sin embargo, sugieren que las alteraciones en los sistemas de recompensa del cerebro pueden desempeñar un papel importante en el aumento de este consumo y en el desarrollo de TUA, por lo tanto, no son atribuibles únicamente a cambios en el metabolismo y la farmacocinética causada por la cirugía, como se había sugerido anteriormente (Moretto et al., 2021 & White, 2024).

La detección temprana, la educación sobre riesgos y la derivación oportuna a psicoterapia especializada y si fuera necesario o seguimiento psiquiátrico, son medidas imprescindibles.

Consideraciones éticas y terapéuticas

Desde una perspectiva ética, el trabajo psicológico con adolescentes en proceso de CBM exige reconocer su autonomía progresiva y su derecho a ser escuchados como sujetos activos en las decisiones sobre su cuerpo. (Gorga, 2024). El psicólogo no actúa como “*gatekeeper*” del procedimiento, sino más bien como garantía de un espacio de la deliberación informada y de acompañamiento emocional.

Asimismo, los equipos deben evitar interpretar el malestar posoperatorio como “fracaso”. La cirugía no resuelve el conflicto con la imagen corporal ni elimina los mandatos estéticos internalizados. El objetivo terapéutico debe centrarse en trabajar estos temas y redefinir el sentido de la salud y del autocuidado, promoviendo una relación más compasiva y realista con el propio cuerpo. En síntesis, el acompañamiento psicológico es de gran importancia para contribuir al éxito a largo plazo de la CBM en adolescentes. No se trata de prepararlos para una cirugía, sino de acompañarlos en un proceso de transformación identitaria que exige sostén, comprensión y respeto por su subjetividad (Franques et al., 2024).

El abordaje ético de la Cirugía Bariátrica y Metabólica y metabólica (CBM) en adolescentes es altamente complejo, ya que integra principios bioéticos, derechos de los niños y adolescentes y dilemas de la práctica médica contemporánea. La indicación en menores plantea interrogantes clave: ¿hasta dónde el o la adolescente puede comprender y consentir un procedimiento irreversible? ¿Cuál es la responsabilidad familiar y profesional en esta decisión? ¿Cómo equilibrar la beneficencia con la autonomía progresiva? (Floriano, 2023).

Estas preguntas requieren deliberación interdisciplinaria que incluya la voz del adolescente, la familia y el equipo de salud, y en algunos casos, comités de ética asistencial. Desde la bioética del cuidado (Macklin, 2022), la CBM debe entenderse no solo como un acto técnico, sino como una práctica moral orientada a acompañar, proteger y fortalecer a un sujeto en desarrollo.

Autonomía progresiva, consentimiento y asentimiento informado

El principio de autonomía progresiva reconoce que la capacidad para decidir no aparece de manera súbita en la mayoría de edad, sino que se desarrolla gradualmente con la madurez cognitiva y emocional. Por ello, el adolescente debe ser considerado un agente moral con derecho a participar activamente en las decisiones sobre su propio cuerpo (Gorga, 2024). Por lo tanto, el consentimiento de los padres o tutores por sí solo no es suficiente.

Este doble consentimiento constituye una práctica ética indispensable y no una formalidad burocrática. Debe garantizar que el joven comprenda la naturaleza

irreversible de la cirugía y que su participación no sea meramente simbólica. La literatura bioética de Fins (2024), insiste en que el respeto por el asentimiento no solo legitima la decisión clínica, sino que fortalece su sentido de agencia y responsabilidad.

Cuando el deseo del adolescente diverge del de los padres, por ejemplo, cuando el joven rechaza la cirugía o la acepta bajo presión familiar, el equipo interdisciplinario debe actuar como mediador ético, promoviendo la deliberación y, si es necesario, la consulta con un comité de ética asistencial. Lo esencial es proteger la voz del adolescente sin desatender el principio de beneficencia (Franques & Levy, 2021).

Beneficencia y no maleficencia: el equilibrio entre riesgo y necesidad

El principio de beneficencia obliga a los profesionales a actuar en favor del bienestar de la persona en atendimento, mientras que la no maleficencia impone el deber de evitar daños previsibles. En la CBM adolescente, ambos principios adquieren matices singulares: la intervención quirúrgica, aunque invasiva, puede prevenir daños futuros más graves (diabetes, cardiopatías, sufrimiento psíquico crónico (Filho & Melo, 2021 & Lopes, 2021).

La evaluación ética no se limita a pesar riesgos y beneficios inmediatos, sino que incluye la consideración del daño por omisión: postergar la cirugía en adolescentes con obesidad grave puede significar perpetuar un estado de sufrimiento, estigmatización y deterioro progresivo de la salud. De allí que el juicio clínico-ético deba ser contextual y prospectivo, valorando tanto las consecuencias biológicas como las emocionales y sociales (Ahn, 2020).

El equipo de salud tiene la obligación moral de ofrecer alternativas basadas en evidencia, de garantizar la calidad técnica del procedimiento y de sostener el acompañamiento posterior. La beneficencia, en este sentido, no se cumple con la mera indicación quirúrgica, sino con la continuidad del cuidado (Franques et al., 2024).

Justicia y equidad en el acceso

El principio de justicia en la Cirugía Bariátrica y Metabólica y metabólica (CBM) para adolescentes cobra especial relevancia en América Latina, donde las desigualdades estructurales condicionan el acceso a tratamientos complejos. La disponibilidad de CBM suele concentrarse en centros urbanos y en el sector privado, mientras que los sistemas públicos presentan limitaciones de infraestructura y equipos interdisciplinarios especializados, lo que reproduce inequidades sanitarias (Ortúzar, 2024).

La justicia ética demanda políticas públicas que garanticen cobertura, formación profesional y seguimiento continuo. Asimismo, es necesario reconocer desigualdades simbólicas, como el estigma y la discriminación que enfrentan adolescentes con obesidad—particularmente mujeres—, factores que pueden obstaculizar el acceso o influir en la decisión terapéutica (Franques & Levy, 2021).

Promover justicia implica asegurar condiciones reales para una decisión informada, acompañamiento psicosocial y continuidad del cuidado en el largo plazo.

Responsabilidad profesional y deliberación ética

Los profesionales que integran los equipos de cirugía metabólica asumen una responsabilidad moral ampliada. No son meros ejecutores de un acto técnico, sino mediadores entre la ciencia, la ética y la subjetividad de la persona. La decisión de indicar una CBM en un adolescente debe surgir de una deliberación colegiada, documentada y justificada, que incluya las dimensiones médicas, psicológicas, familiares y sociales del caso (Rodrigues et al., 2021).

La responsabilidad profesional también implica el deber de comunicación empática y veraz. Los adolescentes, al igual que los adultos, tienen derecho a recibir información sobre posibles complicaciones, limitaciones y efectos secundarios del procedimiento. Ocultar, minimizar o simplificar los riesgos vulnera el principio de respeto por la persona (Franques et al., 2024).

Finalmente, el acompañamiento ético se extiende al posoperatorio: los profesionales tienen el deber de sostener el seguimiento a largo plazo, de reconocer

las dificultades psicosociales emergentes y de intervenir de manera preventiva ante cualquier signo de vulnerabilidad (Franques & Levy, 2021).

Hacia una ética relacional del cuidado

Frente a los límites de la bioética principialista, autores como Kottow (2024) & Fins (2024), proponen una ética del cuidado que puede utilizarse como alternativa para pensar la CBM en adolescentes. Este enfoque parte de la idea de que el cuidado es una práctica relacional y afectiva, que reconoce la interdependencia humana y la vulnerabilidad como condiciones inherentes a la existencia (Kottow, 2024 & Fins, 2024).

Desde esta perspectiva, el acto quirúrgico no se justifica únicamente por su eficacia médica, sino por su capacidad de generar bienestar integral, entendiendo la salud como una experiencia de dignidad, autonomía y sentido. La ética del cuidado invita a los equipos interdisciplinarios a sostener vínculos de empatía, respeto y corresponsabilidad, donde el adolescente sea visto no como objeto de tratamiento, sino como sujeto de derechos (Araújo et al., 2025).

La CBM, en última instancia, no es solo una técnica para modificar el cuerpo: es una oportunidad para reparar vínculos, restaurar la confianza y reconstruir el proyecto vital de jóvenes que han vivido bajo el peso del estigma (Franques & Levy, 2021). La ética, entonces, no acompaña la práctica médica desde afuera: la habita y la humaniza (Araújo et al., 2025).

Conclusiones

La CBM no es el final de un camino, sino el comienzo de una nueva narrativa de salud y ciudadanía. Allí donde la ciencia se une al respeto, donde la técnica se acompaña de empatía y donde el equipo interdisciplinario trabaja con la ética como brújula, la Cirugía Bariátrica y Metabólica se transforma —más que en una práctica médica— en un acto de reparación, reconocimiento y esperanza.

Referencias

- Ahn, S. M. (2020) Current Issues in Bariatric Surgery for Adolescents with Severe Obesity: Durability, Complications, and Timing of Intervention. *J Obes Metab Syndr.* 29(1):4-11. doi: 10.7570/jomes19073. PMID: 32183507; PMCID: PMC7118002.
- American Academy of Pediatrics. (2023). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) & International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). (2022). Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 18(12), 1345–1356.
- Araújo E. F., Araújo M. F., Araújo P. F., Paulino C. S., Araújo W. F., Pereira AC. (2025). Ética na Saúde: Em Busca do Bem-Estar Coletivo. *Saúde Coletiva - Edição Brasileira*, 15 (93):14264-14269. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14264-14269
- Beamish, A. J., Ryan Harper, E., Järholm, K., Janson, A., & Olbers, T. (2023). Long-term outcomes following adolescent metabolic and bariatric surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(9), 2184–2192. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad317>
- Boaretto, BB; Thurm, EB. (2020). Imagem Corporal e Cirurgia Bariátrica. In: Tonelli, H., Pereira, M., & Marchesini, J. (Orgs.). *Saúde Mental e Cirurgia Bariátrica*. São José do Rio Preto: Editora DLR–Serviços Médicos. (06), 95 -102
- Braddock, A., Browne, N. T., Houser, M., Blair, G., & Williams, D. R. (2023). Weight stigma and bias: A guide for pediatric clinicians. *Obesity Pillars*, 6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667368123000049>
- Campos, K. K. ; Guckert, S. B.; Gonçalves, L. F.; Paiva, M. K.; Stefani, F. M.; Haas, P. (2021). Atuação da Equipe Interdisciplinar no Pós-operatório de Cirurgia Bariátrica: uma revisão sistemática. *Arquivos Catarinenses De Medicina*, 50(3), 106-122. <https://doi.org/10.63845/4vww3c39>
- Cerón-Solano, G., Zepeda, R. C., Lozano, J. G. R., Roldán-Roldán, G., & Morin, J. P. (2021). Cirugía Bariátrica y Metabólica y trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias: Una revisión sistemática. *Cirugía Española*, 99(9), 635–647.
- Chinn, J. O., Baidal, J. W., Pratt, J. S., Shepard, W. E., & Fell, G. L. (2025). Cirugía metabólica y bariátrica pediátrica y medicamentos contra la obesidad: Evaluación de la eficacia, los riesgos y las perspectivas futuras. *The Journal of Pediatrics*, 283, 114610. [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(25\)00150-7](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(25)00150-7)
- Conselho Federal de Medicina. (2025). *Resolução CFM n.º 2.429, de 25 de abril de 2025*. Brasília: CFM. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2429>

- Ferreira, S. R. G., Macotela, Y., Velloso, L. A., & Mori, M. A. (2024). Determinants of obesity in Latin America. *Nature Metabolism*, 6(3), 409–432. doi:10.1038/s42255-024-00977-1
- Filho, APL, Melo, ME (2021). Aspectos Psiquiátricos das Cirurgias Bariátricas e Metabólicas em Adolescentes e Idosos. In: Segal, A., Kussonoki, D, Freire, C . et al. *Cirurgias Bariátricas e Metabólicas: Tópicos de Psicologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rubio. (20), 221 – 225.
- Fins, J., Pérez, O. M., Camps, V., Argemí, M. D., Maresma, S. M., Maestre, B. R. et al. (2024). *Horizontes de la Bioética*. Barcelona: Herder Editorial.
- Floriano, MJ (2023). Cirurgia Bariátrica à Luz da Bioética: um estudo de caso. In: Braga, D. L. S. (Org.). *Estudos em Ciências da Saúde no Brasil*. Instituto Scientia. <https://institutoscientia.com/wp-content/uploads/2023/04/capitulo-scientia-saude-2023-46.pdf> - DOI:10.55232/1087001.46
- Franques, A. R. M., & Levy, A. (2020). *Obesidade e seus determinantes culturais e psicossociais*. In: Tonelli, H., Pereira, M., & Marchesini, J. (Orgs.), *Saúde Mental e Cirurgia Bariátrica*. São José do Rio Preto: Editora DLR–Serviços Médicos. (02), 33–42.
- Franques, A. R. M., & Levy, A. (2021). Avaliação da Psicologia em Cirurgias Indicadas em Extremos de Idade. In: Segal, A., Kussonoki, D, Freire, C . (Orgs.), *Cirurgias Bariátricas e Metabólicas: Tópicos de Psicologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rubio. (14), 117–122.
- Franques, A. R. M.; Freire, C. C.; Pereira, M. S. et al (2023). *Diretrizes Brasileiras de Assistência Psicológica em Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM*. <https://sbcbm.org.br/sbcbm-lanca-diretrizes-brasileiras-de-assistencia-psicologica-em-cirurgia-bariatrica-e-metabolica>
- Gorga, M., & Miranda, G. C. (2024). Autonomía progresiva, vulnerabilidad y cuidados en salud de niños, niñas y adolescentes. In: *III Congreso Internacional de Ciencias Humanas*. Escuela de Humanidades, Universidad Nacional de San Martín.
- Järholm, K., Bruze, G., Peltonen, M., Marcus, C., Flodmark, C. E., Henfridsson, P. et al. (2020). Resultados de salud mental y patrones alimentarios a 5 años tras Cirugía Bariátrica y Metabólica en adolescentes: un estudio de cohorte prospectivo. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(3), 210–219.
- Kottow, M. (2022). *Bioética en Salud Pública: una mirada latinoamericana*. Santiago: Editorial Universitaria de Chile.
- Lopes, F. A. P., & Melo, M. E. (2021). *Cirurgias Bariátricas e Metabólicas: Tópicos de Psicologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rubio. (20), 221–225.
- Lopes, P. A. C., Alcantara, L. L. M., Moraes, S. M. A., Monteiro, P. H. M., Hernandez-Júnior, P. R., Lima, A. L. L. C., et al. (2021). A Cirurgia Bariátrica em Adolescentes. *Revista Científica Integrada RCI* (5) <https://univassouras.edu.br/wp-content/uploads/2024/03/A-CIRURGIA-BARIATRICA-EM-ADOLESCENTES.pdf>
- Macklin, R. (2022). Another Defense of Common Morality. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 31(2), 177–184. <https://doi.org/10.1017/S0963180121000578>
- Marchesini, J. C., Sadowski, J. A., & Marchesini, J. B. (2020). Noções de técnicas cirúrgicas para profissionais de saúde mental. In: Tonelli, H., Pereira, M., &

- Marchesini, J. (Orgs.). *Saúde Mental e Cirurgia Bariátrica*. São José do Rio Preto: Editora DLR–Serviços Médicos. (01), 13–32.
- Moretto, M., Basséres, L. B. L., & Segal, A. (2021). *Cirurgias Bariátricas e Metabólicas: Tópicos de Psicologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rubio. (18), 171–180.
- OPAS. (2025). *Nove países da América Latina e do Caribe intensificam esforços para reduzir a obesidade*. <https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2025-nove-paises-da-america-latina-e-do-caribe-intensificam-esforcos-para-reduzir>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Panorama de la obesidad infantil y adolescente en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Ortúzar, M. G., & Rodríguez Garat. (2024). Bioética Interseccional en América Latina: agenciamiento político, autonomía relacional y cuidados para la vida. *Cadernos de Campo*, 24(n. esp. 2), e024014. DOI: <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.19567>
- Pajeck, D., & Cohen, R. (2021). Cirurgias Bariátricas e Metabólicas. In: Segal, A., & Kussonoki, D. (Orgs.), *Cirurgias Bariátricas e Metabólicas: Tópicos de Psicologia e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rubio. (03), 19–30.
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight stigma in youth: prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402–411.
- Rocha, AS. (2023) Psychological Assessment in The Context of Bariatric Surgery: Integrative Review. *Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC-6* (2) 263-278. <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/323/243>
- Rodrigues, F. de O., & Rodrigues, F. de A. A. (2023). Atuação multidisciplinar e humanização nos atendimentos de cirurgia bariátrica. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo - QUALIS A4*, 15(9), 9961–9971. <https://doi.org/10.55905/cuadv15n9-106>
- Ryder, J. R., Todd, J. M., Thomas, I. H., Xie, C., Courcoulas, A. P., Harmon, C. M., et al. (2024). Ten-year outcomes after bariatric surgery in adolescents. *New England Journal of Medicine*, 391(17). doi:10.1056/NEJMc2404054
- UNICEF. (2023). *América Latina y el Caribe: más de 4 millones de niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/america-latina-caribe-mas-4-millones-ninos-ninas-menores-5-sobrepeso>
- Warnick, J. L., Darling, K. E., West, C. E., Jones, L., & Jelalian, E. (2022). Weight stigma and mental health in youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(3), 237–255. doi:10.1093/jpepsy/jsab110
- White, G. E., Boles, R. E., Courcoulas, A. P., Inge, T. H., Yanovski, S. Z., Jenkins, T. M., et al. (2024). Predictors of Alcohol Use, Alcohol-Related Problems, and Substance Use Following Adolescent Metabolic and Bariatric Surgery. *Annals of Surgery Open*, 5(3), e461.

Wu, Z., Gao, Z., Qiao, Y., Chen, F., Guan, B., Wu, L. et al. (2023). Resultados a largo plazo de la Cirugía Bariátrica y Metabólica en adolescentes con al menos 5 años de seguimiento: una revisión sistemática y un metanálisis. *Obesity Surgery*, 33(6), 1730–1745. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06593-4>

II. Desde las perspectivas diagnósticas y terapéuticas

Capítulo 11

Obesidad : ¿el tratamiento farmacológico es una opción?

Dra. Valeria Álvarez

Creadora y fundadora de Etos: Espacio Terapéutico

Sanatorio Allende

docvalealvarez@gmail.com

Córdoba - Argentina

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que afecta a una de cada cuatro personas en numerosos países del mundo.(Lancet 2025). Sin embargo, para quienes la padecen, la palabra “obesidad” no describe solo un diagnóstico: describe una experiencia vital. Implica vivir con un cuerpo cuya biología defiende un peso que muchas veces no coincide con el deseo consciente del paciente; una biología que incrementa el hambre cuando intenta bajar de peso, que reduce el gasto energético para conservar reservas y que responde de manera exagerada a estímulos alimentarios altamente palatables.

Hoy sabemos, con evidencia robusta proveniente de neuroimagen, la genética y la endocrinología, que la obesidad no es un fallo de voluntad, ni un problema moral, ni una simple cuestión de elección. Es el resultado de la interacción entre vulnerabilidades biológicas heredadas o adquiridas, un ambiente profundamente obesogénico, factores psicológicos, estrés crónico, trastornos del sueño, medicaciones y condicionantes sociales(Müller & Blüher, 2024). Hablar de obesidad es hablar de obesidades, ya que existen múltiples trayectorias y fenotipos que conducen a esta condición.

Para quienes trabajamos en el campo, uno de los mayores desafíos es ayudar a los pacientes a comprender que el hambre que sienten, la impulsividad alimentaria, la dificultad para “parar” o para sostener cambios no son fallas personales, sino síntomas de la enfermedad: expresiones de sistemas

neurobiológicos intensamente regulados por hormonas como insulina, leptina, grelina, péptidos intestinales y neurotransmisores del sistema de recompensa.

Al mismo tiempo, la ciencia ha transitado un cambio histórico. Durante décadas, los tratamientos farmacológicos fueron escasos y muchas veces ineficaces; algunos incluso fueron retirados por efectos adversos. Hoy, sin embargo, estamos viviendo una verdadera revolución terapéutica con la llegada de los agonistas del receptor GLP-1 y otras moléculas incretínicas. Estos fármacos han demostrado un impacto clínico sin precedentes: no solo reducen el apetito y mejoran la saciedad actuando directamente en centros hipotalámicos, sino que también modulan el sistema de recompensa, disminuyen la inflamación, mejoran parámetros metabólicos y reducen eventos cardiovasculares en pacientes de alto riesgo.

Ahora bien, una lectura exclusivamente fisiopatológica deja áreas clínicas no capturadas por el modelo biomédico: hay episodios que se repiten, desbordes que ocurren sin registro subjetivo previo, o recaídas que no se explican por falta de información o motivación. En estos casos, puede ser útil incorporar una hipótesis psicodinámica compatible con el enfoque médico: además de los determinantes homeostáticos y de recompensa, la comida puede adquirir funciones singulares de regulación de afectos y tensión. Desde la perspectiva psicológica, parte de la conducta puede organizarse como una formación de compromiso — una solución psíquica que se expresa de manera disfrazada o indirecta, como ocurre en ciertos síntomas compulsivos— y como repetición de modos de respuesta que no dependen por completo de una decisión consciente (Poviña, 2019).

El objetivo clínico de introducir esta dimensión no es psicologizar la obesidad ni volver a moralizarla, sino ampliar el mapa causal: comprender qué dispara la conducta, qué función cumple y cómo se mantiene, para ganar margen de intervención. En este punto conviene explicitar una distinción que ordena la ética del abordaje: culpa no equivale a responsabilidad, y responsabilidad no equivale a acto voluntario. La culpa moraliza (“fallé como persona”); el acto voluntario supone intención consciente plena; la responsabilidad clínica, en cambio, consiste en ubicar la participación del sujeto en un circuito que lo excede parcialmente —biológico y también no consciente— para construir condiciones de cambio más realistas:

identificación de disparadores, trabajo sobre regulación afectiva, diseño de estrategias concretas y sostén interdisciplinario (Poviña, 2019).

Este marco permite a los profesionales de la salud mental intervenir con mayor precisión, ampliando el mapa causal y ofreciendo estrategias sostenibles que dialogan con el tratamiento médico.

Este capítulo busca tender un puente entre la medicina de la obesidad y la salud mental. La evidencia es clara: no existe un tratamiento exitoso sin un abordaje psicológico integral, que acompañe la regulación emocional, el manejo del estrés, la construcción de hábitos sostenibles y la lucha contra el estigma. La mirada interdisciplinaria es, hoy, la única forma de ofrecer un tratamiento efectivo y humano.

Neurobiología del hambre y la regulación del peso corporal

Atender la obesidad requiere comprender cómo funciona el hambre. Esta, no es una sensación volitiva ni un rasgo de personalidad: es un proceso neurobiológico regulado por múltiples sistemas que operan, en gran parte, fuera de la conciencia. Desde la perspectiva actual, el cerebro puede considerarse el “órgano primario de la obesidad”, ya que integra señales metabólicas, hormonales, emocionales y ambientales para decidir cuánto comer y cuánta energía gastar.

El hipotálamo: centro regulador del apetito (Katz et al., 2018). El hipotálamo recibe información minuto a minuto desde el tracto gastrointestinal, el tejido adiposo, el páncreas y el sistema nervioso. Dentro de él, destacan dos núcleos fundamentales:

- Núcleo arcuato (ARC): contiene neuronas orexigénicas (NPY/AgRP) que estimulan el hambre y neuronas anorexigénicas (POMC/CART) que lo disminuyen y activan la saciedad.
- Núcleo paraventricular (PVN) y núcleo ventromedial (VMH): actúan como centros de integración que traducen estas señales en conductas alimentarias.

Cuando el balance energético se altera, el hipotálamo responde con mecanismos de defensa. Esto explica por qué, tras un descenso de peso, el cerebro

incrementa el hambre, disminuye la saciedad y reduce el gasto energético basal. No es resistencia del paciente; es fisiología adaptativa.

Señales periféricas del hambre y saciedad

El cuerpo comunica su estado energético a través de hormonas. Entre las más relevantes: (Cappelletti et al., 2018).

- Grelina: secretada por el estómago, aumenta antes de las comidas y estimula al hipotálamo para promover el hambre. En personas con obesidad, paradójicamente, su ritmo circadiano puede estar alterado, haciendo más difícil regular la ingesta.
- Leptina: producida por el tejido adiposo, debería disminuir el apetito. Sin embargo, en la obesidad suele haber resistencia a la leptina, lo que impide que el cerebro “vea” adecuadamente las reservas energéticas.
- Insulina: además de su función metabólica, actúa en el cerebro promoviendo saciedad; en la resistencia a la insulina, esta señal también se vuelve menos efectiva.
- Péptidos intestinales: GLP-1, PYY, CCK y otros reguladores de saciedad se liberan al comer, pero en la obesidad su respuesta puede estar atenuada y tardía, generando menor freno al apetito.

Estas alteraciones hormonales no son causadas por mala conducta alimentaria, sino por una interacción compleja entre genética, ambiente, inflamación metabólica y adaptaciones neuroendocrinas.

El sistema de recompensa: comer también “se siente bien”

Además del hambre metabólica, existe el hambre hedónica, ligada a la búsqueda de placer, alivio emocional o reducción del estrés. Este proceso está mediado por (Neuroscience News. 2025):

- Vía dopaminérgica mesolímbica, particularmente el núcleo accumbens.
- Señales emocionales provenientes de la amígdala, hipocampo y corteza prefrontal.

Los alimentos ultraprocesados —ricos en azúcar, grasa y sal— activan estas vías con intensidad similar a otras conductas altamente reforzantes. En contextos de estrés, privación de sueño o trauma, el cerebro puede buscar repetidamente este tipo de recompensa. Esto no es un déficit moral; es un aprendizaje neuroconductual profundamente adaptativo en ambientes adversos.

Las personas con obesidad suelen observar este fenómeno clínicamente como “pérdida de control”, “atracción emocional” o “comer para calmarse”, pero desde la neurobiología corresponde a una hiperreactividad del sistema de recompensa y una menor capacidad de control inhibitorio, ya que éste se encuentra bloqueado en esta enfermedad.

El “set point”: por qué el cuerpo defiende un peso?

El cuerpo funciona con un rango de peso que tiende a preservar. Cuando el paciente intenta bajar de peso:

- El hipotálamo aumenta señales orexigénicas.
- Disminuye la termogénesis y el gasto energético.
- El sistema de recompensa se vuelve más sensible a los alimentos densos en energía.

Este fenómeno, conocido como defensa del peso corporal, está ampliamente documentado en estudios longitudinales y explica porque la recuperación de peso es tan frecuente con abordajes exclusivamente conductuales (Rosenbaum & Leibel, 2010). *Es la biología de la Obesidad: ¡pues la grasa siempre defiende a la grasa! Siempre quiere volver y se las ingenia para autoperpetuarse.*

Las diferentes opciones terapéuticas deben apuntar a *resetear ese set point*, para ello es necesario bajar y mantener por un tiempo mínimo necesario el peso alcanzado. A la vez, es importante saber que la meta debería ser el “menor peso posible sostenible”.

Las “obesidades”: heterogeneidad clínica y comprensión fenotípica

Hablar de obesidad en singular es clínicamente insuficiente. La evidencia acumulada en las últimas dos décadas demuestra que no existe un único mecanismo responsable de su desarrollo, ni un único perfil de paciente. En realidad, la obesidad es un síndrome heterogéneo, resultado de la interacción entre biología, ambiente, emociones, genética, medicamentos, historia de vida y determinantes sociales. **Esta diversidad explica por qué los pacientes responden de manera tan distinta a los mismos tratamientos y por qué la intervención debe ser personalizada.**

“ Obesidad metabólicamente sana y metabólicamente enferma”

Un grupo significativo de personas con obesidad presenta parámetros metabólicos normales: buena sensibilidad a la insulina, ausencia de hipertensión, lípidos adecuados y baja inflamación sistémica. A este grupo se lo denomina obesidad metabólicamente sana (Cappelletti, 2018).

Por otro lado, existe la obesidad metabólicamente enferma, caracterizada por resistencia a la insulina, hígado graso, hiperinsulinemia, dislipidemia y un estado inflamatorio crónico. Ambas condiciones comparten el exceso de adiposidad, pero se expresan de manera completamente diferente en términos de riesgo cardiometabólico y progresión clínica. (este riesgo aumenta ante la presencia de tejido adiposo “hipertrofiado”) (Cappelletti, 2018).

Es fundamental que los profesionales de salud mental comprendan esta distinción, ya que influye en el pronóstico, en la vivencia del paciente y en la urgencia del abordaje.

Predisposición y disparadores

La obesidad no enferma a quien quiere, sino a quien puede: existe una predisposición biológica y genética que, situada en un ambiente obesogénico, se manifiesta cuando aparecen ciertos disparadores. En la práctica clínica, los más frecuentes incluyen (Vijayan, et al., 2025):

- Genéticos y epigenéticos

Polimorfismos asociados a regulación del apetito y metabolismo.

Influencia de la epigenética y programación fetal.

- Ambientales y sociales

Entorno obesogénico (disponibilidad de alimentos ultraprocesados).

Urbanización, sedentarismo y cambios en estilos de vida.

- Factores socioeconómicos y desigualdad.

Dietarios y conductuales,

Alta densidad energética y palatabilidad de los alimentos.

Patrones de alimentación desestructurados.

Hambre emocional y disparadores psicológicos.

- Neuroendocrinos y fisiológicos

Alteraciones en el eje leptina–insulina–ghrelina.

Disfunción del sistema de recompensa dopaminérgico.

Regulación hipotalámica del hambre y saciedad.

- Otros factores emergentes

Microbiota intestinal y su rol en metabolismo.

Sueño insuficiente y cronobiología.

Exposición a disruptores endocrinos.

Tratamiento integral de la obesidad: un enfoque basado en evidencia

El tratamiento de la obesidad ha evolucionado de manera sustancial en los últimos años. Hoy se reconoce que intervenir únicamente sobre la alimentación o la conducta resulta insuficiente. La evidencia muestra con claridad que la obesidad requiere un enfoque multisistémico, que combine intervenciones médicas, nutricionales, psicológicas, farmacológicas, quirúrgicas (en algunos casos) y sociales, articuladas de manera coherente (Aguirre et al., 2023).

La meta no es solo la reducción ponderal, mucho menos la búsqueda de un “peso ideal” sino la mejoría integral de la salud física, metabólica, emocional y funcional. Es muy importante dialogar en el proceso con el paciente acerca de las expectativas, del comportamiento de la enfermedad para entenderse y comprender por ejemplo que la meseta en la curva peso o la ganancia de peso o recaída no es equivalente al fracaso o falta de respuesta (es la biología de la enfermedad), ya que esto genera muchas veces frustración, culpa, vergüenza y abandono del tratamiento.

1. Alimentación terapéutica: calidad, saciedad y sostenibilidad

Las intervenciones nutricionales más efectivas son aquellas que:

- priorizan alimentos reales y minimizan ultraprocesados,
- aumentan la densidad proteica (para preservar masa magra y mejorar la saciedad),
- incorporan fibras, grasas saludables y carbohidratos de bajo índice glucémico,
- reducen el hambre biológica a través de patrones estables,
- y se sostienen en el tiempo sin generar restricción rígida (Gargallo Fernández et al., 2012).

Modelos como la dieta mediterránea, los patrones antiinflamatorios o los esquemas hipohidrocarbonados moderados muestran beneficios consistentes en control metabólico y adherencia a largo plazo. La elección debe personalizarse según fenotipo, comorbilidades y preferencias del paciente.

2. Actividad física como herramienta metabólica y emocional

La actividad física mejora sensibilidad a la insulina, aumenta gasto energético, preserva masa muscular, reduce inflamación sistémica y tiene efectos psicotrónicos positivos (aumento de BDNF, mejora del ánimo, reducción del estrés) (Oppert, Jet al., 2021).

Los lineamientos actuales recomiendan combinar:

- Ejercicio aeróbico (cardiovascular) adecuado a las posibilidades de cada persona, idealmente 3 veces por semana en días alternos (se recomiendan 50 minutos cada vez).
- Entrenamiento de fuerza, preferentemente de grupos musculares grandes y siempre incluir core, estos estímulos pueden ser juntos o separados.

Si se realizan en una misma práctica la secuencia ideal es la siguiente:

- entrada en calor con 5 minutos de trabajo cardiovascular + movilidad articular,
- seguir con el bloque de fuerza y
- luego el trabajo aeróbico
- y finalizar con la elongación (Adrian Baravale- 2025) y adecuación progresiva según capacidad funcional

Interrupción del sedentarismo, hay fuerte evidencia que es más riesgoso estar muchas horas sentado que la inactividad física, se sugiere incluir pausas activas durante la jornada laboral (Van Iterson, 2025).

En obesidad, el ejercicio no es primordialmente una estrategia para “quemar calorías”, sino para mejorar metabolismo, función muscular, salud mental y expectativa de vida. Por otro lado, y no menos importante previene la sarcopenia y ganancia de peso de peso .

3. Sueño y ritmos circadianos

El sueño insuficiente o fragmentado altera grelina, leptina y sensibilidad dopaminérgica, favoreciendo la hiperfagia y la búsqueda compulsiva de alimentos densos en energía. Además, impacta en (Wang et al., 2022):

- impulsividad alimentaria,
- aumento de apetito nocturno,
- reducción del gasto energético basal,
- y mayor riesgo de resistencia a la insulina.

Además, diagnosticar y tratar la apnea del sueño, instaurar rutinas circadianas y mejorar higiene del sueño es indispensable para optimizar el funcionamiento de nuestro organismo (durante el descanso ,el organismo cumple tareas vitales como la limpieza y la regeneración) y estabilizar la conducta alimentaria(en especial disminuir el apetito)

4. Regulación emocional y psicoterapia (Amalia et al., 2024)

Como mencionamos en el apartado anterior, la dimensión emocional es inseparable del tratamiento. La psicoterapia basada en evidencia:

- Mejora de la adherencia;
- Reducción del comer emocional;
- Fortalecimiento de la motivación;
- Bienestar psicológico: disminuye síntomas de ansiedad y depresión, lo que impacta positivamente en la calidad de vida y en la capacidad de mantener hábitos saludables.
- Resultados sostenibles: al trabajar sobre la conducta y la cognición, los cambios se mantienen en el tiempo,

Sin este trabajo, el tratamiento farmacológico o nutricional pierde estabilidad (Amalia et al., 2024).

5. Ambiente alimentario y determinantes sociales

Intervenir la obesidad sin abordar el ambiente del paciente puede resultar estéril. Esto implica:

- analizar y mejorar disponibilidad de alimentos,

- revisar horarios laborales para organizar hábitos (alimentación, ejercicio, descanso, etc)
- evaluar sobrecarga mental y emocional,
- trabajar creencias culturales en torno al peso y la comida,
- y reforzar redes de apoyo.

Los cambios en el estilo de vida se sostienen mejor cuando el ecosistema en el que vive el paciente acompaña (Peresini et al., 2022).

6. Farmacoterapia

Durante décadas, la farmacoterapia antiobesidad estuvo limitada por falta de eficacia, discontinuación temprana y efectos adversos significativos. Muchos fármacos fueron retirados del mercado. Sin embargo, estamos viviendo una transformación histórica: las terapias incretínicas, especialmente los análogos de GLP-1 y las combinaciones GLP-1/GIP, han revolucionado el paradigma clínico. Estos medicamentos no reemplazan hábitos alimentarios, ejercicio físico ni psicoterapia: los potencian, corrigen la neurobiología del hambre y permiten resultados inéditos.

La revolución farmacológica en obesidad: cuando la biología encuentra soluciones reales

La irrupción de los análogos de GLP-1 y las terapias incretínicas marcó un quiebre histórico en el tratamiento de la obesidad. No sólo porque permiten pérdidas de peso clínicamente significativas, sino porque corrigen mecanismos biológicos centrales —apetito, saciedad, recompensa alimentaria, función metabólica— que durante décadas habían sido abordados de manera incompleta.

Esta nueva etapa es fundamental: habilita intervenciones más integrales, reduce la carga emocional del paciente y ofrece un marco más realista sobre las posibilidades de cambio, ya que el paciente verdaderamente siente y percibe que puede tomar decisiones relacionadas con la ingesta.

¿Qué son las terapias farmacológicas para la obesidad?

Las terapias enfocadas en la obesidad se dividen en (Lecube, 2023):

- Fármacos con acción central (moduladores del apetito, del sistema dopaminérgico y noradrenérgico). Ejemplo Naltrexona/Bupropion
- Fármacos con acción periférica (inhibidores de absorción, moduladores de glucosa). Ejemplo Orlistat
- Terapias hormonales gastrointestinales - metabólicos —la categoría más moderna y transformadora— donde se encuentran los análogos de GLP-1, los agonistas duales GLP-1/GIP, y las moléculas en desarrollo GLP1/GIP/Glucagon. Ejemplo: Semaglutida, Tirzepatida.

Este último grupo es el que ha cambiado el curso clínico de la enfermedad.

¿Por qué son una revolución?

La enfermedad por fin cuenta con una herramienta que interviene directamente en los mecanismos biológicos que sostienen el exceso de peso.

Décadas de evidencia han demostrado que la obesidad no es consecuencia exclusiva de hábitos o elecciones; es un trastorno neurobiológico, metabólico y hormonal donde participan (Katz et al., 2018).

- desregulación de señales de saciedad y hambre,
- hiperactividad del sistema de recompensa,
- inflamación hipotalámica,
- alteración del eje intestino-cerebro,
- reducción adaptativa del gasto energético,
- fisiología defensiva del peso corporal (set point).

Las nuevas moléculas actúan justamente sobre estos puntos, por eso logran lo que otros fármacos no habían conseguido.

¿Cómo actúan los agonistas de receptores incretínicos?

Estas moléculas (semaglutida, liraglutida, dulaglutida, tirzepatida, próximamente agonistas triples: GLP1- GIP y Glucagon) reproducen los efectos fisiológicos de esta incretina secretada por el intestino en respuesta a los alimentos.

Sus acciones clave:

- ✓ Regulan el hambre a nivel central .

Actúan en hipotálamo y tronco encefálico, reduciendo las señales de hambre, disminuyendo pensamientos intrusivos de comida y modulando la motivación por comer.

Se observa disminución en la activación del núcleo accumbens, lo que explica la menor urgencia alimentaria y reducción del “craving” por alimentos hiperpalatables.

- ✓ Mejoran la saciación y saciedad .

Aumentan la señalización en los centros de plenitud e inducen un patrón de saciedad más precoz y sostenido. (enlentecen el vaciado gástrico)

- ✓ Modulan recompensa y conducta alimentaria emocional

Se observa reducción del comer automático, del atracón y del comer impulsivo. Para la salud mental, este punto es crucial: los pacientes reportan “silencio del hambre”, mayor claridad cognitiva y sensación de control (al modular el sistema mesolímbico permite a la corteza pre-frontal la toma de decisiones).

- ✓ Mejoran función metabólica
 - Aumentan la secreción de insulina dependiente de glucosa.
 - Reducen glucagón (GIP)

- Mejoran sensibilidad periférica para la captación de glucosa y triglicéridos .
 - Disminuyen inflamación sistémica de bajo grado.
- ✓ Retardan vaciamiento gástrico

Lo que prolonga saciedad y reduce picos glucémicos.

Eficacia clínica: el antes y el después

Las terapias previas lograban entre 3% y 7% de descenso de peso.

Las nuevas moléculas alcanzan:

- 5 -10% Liraglutida (Pi-Sunyer et al., 2015).
- 14, 9 % Semaglutida (Wilding et al., 2021).
- 20,9% Tirzepatida (Jastreboff et al., 2022).

Esta magnitud de descenso está asociada a remisión de diabetes tipo 2, mejoría de hígado graso, reducción de presión arterial, menor inflamación sistémica, disminución del riesgo cardiovascular y mejoría de apnea del sueño (E van Bloemendaal et al., 2014).

En términos de salud mental, se evidencia disminución de síntomas ansiosos relacionados a la ingesta, menor compulsión, menos culpa y mayor autopercepción de eficacia. Uno de los efectos más interesantes, el paciente siente que puede tomar decisiones con respecto a las comidas, y así empezar a sanar el vínculo con el alimento.

Seguridad y tolerabilidad

Los análogos de GLP-1 y las terapias incretínicas presentan un perfil de seguridad ampliamente estudiado, con efectos adversos que se concentran principalmente en el sistema gastrointestinal. Las manifestaciones más habituales son náuseas, sensación de plenitud precoz, constipación o, en menor medida,

diarrea. Estos síntomas se explican por el enlentecimiento del vaciamiento gástrico y por la intensificación de las señales de saciedad a nivel central, fenómenos que forman parte del mecanismo terapéutico de la droga. Suelen aparecer en las primeras semanas de tratamiento, coincidiendo con la fase de titulación de dosis, y tienden a disminuir con el tiempo a medida que el organismo se adapta. La mayoría de los pacientes logra tolerarlos con ajustes progresivos de la dosis, educación alimentaria específica y, en algunos casos, medidas sintomáticas transitorias (Lincoff et al., 2023).

A diferencia de los fármacos utilizados en décadas previas, retirados por riesgos cardiovasculares o psiquiátricos, las terapias incretínicas han demostrado un perfil de seguridad sólido y consistente en estudios con miles de pacientes y seguimientos prolongados. Más allá de la ausencia de efectos adversos graves, se han documentado beneficios adicionales de carácter cardio, reno y hepatoprotector, lo que refuerza su valor clínico en poblaciones de alto riesgo. Este contraste con los tratamientos del pasado marca un cambio de paradigma: por primera vez contamos con agentes farmacológicos que no solo son eficaces en la reducción de peso y la mejora metabólica, sino también seguros en términos de salud global (Lincoff, et al., 2023)

La clave clínica está en transmitir y educar al paciente que los efectos adversos iniciales no deben interpretarse como intolerancia ni como fracaso terapéutico, sino como una respuesta adaptativa esperable. En la mayoría de los casos, estos síntomas pueden manejarse mediante una titulación más lenta y personalizada de la dosis, ajustada al ritmo de cada individuo. Este enfoque permite mejorar la tolerabilidad, sostener el tratamiento en el tiempo y alcanzar los beneficios clínicos completos de la terapia. Cuando el paciente comprende este proceso y se siente acompañado, la adherencia aumenta y el tratamiento deja de ser vivido como una lucha, convirtiéndose en una herramienta real y sostenible para recuperar salud y calidad de vida.

Diferencias con los fármacos del pasado

Durante años se intentó tratar la obesidad con (Yanovski & Yanovski, 2014):

- estimulantes anfetamínicos,
- inhibidores de recaptación serotoninérgica,
- bloqueadores de absorción,
- combinaciones dopaminérgicas/agonistas adrenérgicos.

Muchos fueron retirados por riesgos cardiovasculares, psiquiátricos o falta de eficacia.

Las terapias actuales se diferencian en tres puntos esenciales:

1. Actúan sobre la fisiología verdadera de la enfermedad, no sobre síntomas aislados.
2. Son sostenibles, con respuesta a largo plazo. Indicación de duración prolongada (tratamiento crónico)
3. Son herramientas que permiten planificar tratamiento integral, incluyendo cambios conductuales más estables.

Implicancias para la salud mental

Para psicólogos, psiquiatras y terapeutas, comprender esta revolución farmacológica abre nuevas posibilidades:

- menor impulsividad alimentaria = mayor receptividad a intervenciones psicoterapéuticas (Farr et al., 2016):
- menor sensación de fracaso = mayor adherencia;
- reducción del estigma interno = más apertura al trabajo emocional; • regulación del hambre = espacio para trabajar hábitos sin lucha constante.

El fármaco no reemplaza el trabajo terapéutico: lo hace posible y sostenible (Rubino et al., 2022).

A modo de cierre...estamos frente a un nuevo paradigma clínico de tratamiento para la Obesidad.

Las terapias incretínicas no son “ayudas”, sino tratamientos específicos para una enfermedad específica.

Representan el paso más importante en décadas para romper la narrativa de que la obesidad es una falla personal. Por primera vez, la neurobiología del hambre puede modularse de manera eficaz y segura.

La obesidad en la era de los tratamientos que transforman la biología y la vida del paciente.

La comprensión moderna de la obesidad nos invita a dejar atrás miradas reduccionistas para adoptar un enfoque profundamente humano y científico. Hoy sabemos que se trata de una enfermedad crónica, multifactorial y neurobiológica, en la que convergen procesos hormonales, metabólicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Su impacto emocional y su interacción con factores de estrés, trauma, impulsividad alimentaria y regulación afectiva hacen imprescindible la participación activa de la salud mental en cada etapa del tratamiento (Rubino et al., 2020).

La llegada de las terapias incretínicas —los análogos de GLP-1 y los agonistas duales GLP-1/GIP— representa un punto de inflexión histórico. Por primera vez, contamos con fármacos capaces de actuar sobre la raíz fisiológica del hambre, la saciedad y la recompensa alimentaria, con niveles de eficacia nunca antes alcanzados (Jastreboff et al., 2022). Esta revolución farmacológica no anula el rol del paciente ni desplaza las intervenciones psicológicas, nutricionales, conductuales o quirúrgicas. Por el contrario, las potencia: disminuye la lucha interna, reduce la culpa, permite regular el impulso y crea las condiciones necesarias para que el trabajo terapéutico sea efectivo y sostenible.

Entender estos avances es fundamental para abandonar narrativas dañinas, reducir estigma y promover un acompañamiento clínico compasivo, informado y centrado en la evidencia.

Estamos frente a una oportunidad única: acompañar a las personas con obesidad desde un lugar donde la ciencia, la empatía y la interdisciplinariedad se

encuentran para mejorar la vida de quienes, durante años, cargaron una enfermedad invisibilizada y profundamente incomprendida (Rubino et al., 2020).

La revolución en el tratamiento ya comenzó. Nuestro desafío como profesionales es estar a la altura de este cambio y permitir que llegue a quienes más lo necesitan.

Conclusión

El Desafío de la Cronicidad

Tras tres décadas de estudio, la evidencia es contundente: si detectamos y tratamos un TCA en su primer año de evolución, la tasa de recuperación supera el 80%. Si el trastorno se cronifica más de cinco años, la recuperación total desciende al 20%.

La detección temprana según el DSM-5 (2013), no es solo marcar casilleros en un manual; es salvar vidas. La universidad tiene el deber de formar médicos, psicólogos y educadores que no tengan miedo de mirar al plato y preguntar lo que nadie quiere preguntar.

Referencias

- Aguirre Ackermann, M., Salinas, V., Torresani, M., Cappelletti, A. M., Cafaro, L., Menéndez, E. et al. (2023). Consenso intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adultos en Argentina. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 57(Supl. 2), 3–47.
<https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/718>
- Amalia, R., Lutfatulatifah, & Indreswari, H. (2024). Integrating CBT in obesity treatment for sustainable health and well-being. *Journal of Public Health*, 46(4), e683–e684.
- Cappelletti, A. M., & Katz, M. (Eds.). (2018). *Obesidad: Encrucijadas y abordajes*. Akadia Editorial. Buenos Aires.
- Cleveland Clinic. (2025, 16 de mayo). *Health risks of a sedentary lifestyle*. Health Essentials. <https://health.clevelandclinic.org/sedentary-lifestyle>
- Farr, O. M., Upadhyay, J., Rutagengwa, C., et al. (2016). Effects of liraglutide on brain activation to food cues in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 39(11), 1862–1869. <https://doi.org/10.2337/dc16-0461>
- Gargallo Fernández, M., Quiles Izquierdo, J., Basulto Marset, J., Breton Lesmes, I., Formiguera Sala, X., & Salas-Salvadó, J. (2012). Recomendaciones

- nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 567–579.
- GBD 2021 Adult BMI Collaborators. (2025). Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: A forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 405(10481), 813–838. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00355-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00355-1)
- Jastreboff, A. M., Aronne, L. J., Ahmad, N. N., Wharton, S., Connery, L., Alves, B., et al. (2022). Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *The New England Journal of Medicine*, 387(3), 205–216.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. A., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, et al. (2023). Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas (Guía GIRO). Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). <https://www.seedo.es/index.php/guia-giro>
- Lincoff, A. M., Brown-Frandsen, K., Colhoun, H. M., et al. (2023). Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 389(24), 2221–2232.
- Müller, T. D., & Blüher, M. (2024). The obesity epidemic is fuelled by biology, not lack of willpower. *Nature Reviews Endocrinology*, 20(5), 275–288.
- Neuroscience News. (2025, April 16). How obesity rewires the brain's food reward circuits. Neuroscience News.
- Oppert, J. M., Bellicha, A., van Baak, M. A., Battista, F., Beaulieu, K., Blundell, J. E. et al. (2021). Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: Synthesis of the evidence and recommendations from the European Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group. *Obesity Reviews*, 22(S4), e13273.
- Peresini, V., Tumas, N., & Acevedo, G. E. (2022). Determinantes sociales y de género del exceso de peso en la adultez en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina, 2019. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14(1), 1–10.
- Pi-Sunyer, X., et al. (2015). A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *The New England Journal of Medicine*, 373, 11–22.
- Poviña, A. M. (2019). Culpa, voluntad y responsabilidad. Material de taller no publicado. Etos, Córdoba – Argentina.
- Rosenbaum, M., & Leibel, R. (2010). Termogénesis adaptativa en humanos. *International Journal of Obesity*, 34(Suppl. 1), S47–S55. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.184>
- Rubino, D. M., Greenway, F. L., Khalid, U., et al. (2022). Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs withdrawal on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity. *JAMA*, 327(2), 138–150.
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497.
- Van Bloemendaal, L., Ten Kulve, J. S., la Fleur, S. E., Ijzerman, R. G., & Diamant, M. (2014). Effects of glucagon-like peptide-1 on appetite and body weight:

- Focus on the central nervous system. *The Journal of Endocrinology*, 221(1), T1–T16.
- van de Giessen, E., Celestin-Sowidagdo, M., ten Kulve, J., van Riel, N., van den Brink, W., & Serlie, M. J. (2023). Brain responses to nutrients are severely impaired and not reversed by weight loss in humans: A randomized clinical trial. *Nature Metabolism*, 5, 963–979. <https://doi.org/10.1038/s42255-023-00816-9>
- Vijayan, A., Meenakshi, S., Prakash, V., Murti, K., & Kumar, N. (2025). *Genetic, environmental, and dietary factors contributing to obesity*. In Handbook of Public Health Nutrition (pp. 1–21). Springer Nature.
- Wang, J., Wu, N., & Zhang, L. (2022). Causal relationship between sleep and obesity: Novel insights and therapeutic target. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(10), e4265–e4266.
- Wilding, J. P. H., et al. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *The New England Journal of Medicine*, 384, 989–1002.
- Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2014). Obesity: Etiology and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(6), 402–414.

Capítulo 12

Trastorno Adaptativo y Craving por carbohidratos en pacientes que viven con Obesidad

Dra. Bárbara Graf Lyng
Grupo SIOS
dra.barbara.graf@gmail.com
Viña del Mar, Chile

Introducción

El trastorno adaptativo constituye una de las respuestas psicopatológicas más frecuentes ante acontecimientos vitales estresantes. Aunque tradicionalmente se ha conceptualizado como un cuadro de curso limitado y pronóstico favorable, en la práctica clínica se observa que puede asociarse a múltiples manifestaciones conductuales desadaptativas que cumplen funciones de regulación emocional. Entre ellas, la conducta alimentaria, y particularmente el craving por carbohidratos, ha recibido atención creciente.

Por otra parte, el manejo psicológico del paciente con obesidad, sobrepeso o sometido a Cirugía Bariátrica y Metabólica implica enfrentar múltiples desafíos emocionales, conductuales y adaptativos. Entre ellos, el trastorno adaptativo y el craving por carbohidratos emergen como fenómenos clínicos frecuentes, interrelacionados y, a menudo, subdiagnosticados (Abilés et al, 2010). Ambos influyen de manera significativa en la adherencia terapéutica, el control del peso, el bienestar psicológico y el pronóstico a largo plazo, sobre todo considerando que frente a nuevos estresores vitales, los pacientes reaccionan con los mecanismos adaptativos (o maladaptativos) previos a la cirugía.

Este capítulo tiene como objetivo analizar en profundidad la relación entre el trastorno adaptativo y el craving por carbohidratos en pacientes que padecen obesidad, integrando modelos psicológicos, neurobiológicos y conductuales, y proponiendo lineamientos clínicos para su evaluación e intervención desde la salud mental.

El Trastorno Adaptativo: Definición y Fundamentos Clínicos

El trastorno adaptativo se define como una reacción emocional y/o conductual desproporcionada frente a uno o más factores de estrés identificables, que se inicia dentro de los tres meses posteriores a la exposición al estresor. Esta reacción genera malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral o académico del individuo (APA, 2022).

A diferencia de otros trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, el trastorno adaptativo se caracteriza por su relación directa con un evento externo claramente identificable, como pérdidas interpersonales, cambios laborales, enfermedad médica, crisis vitales o transiciones importantes. Los síntomas pueden incluir ánimo deprimido, ansiedad, preocupación excesiva, irritabilidad, dificultades de concentración y alteraciones conductuales (APA, 2022 & Stern et al., 2025).

Desde el punto de vista diagnóstico, es fundamental diferenciar el trastorno adaptativo de cuadros como el trastorno depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. En el primero, la intensidad, duración y autonomía de los síntomas suele ser mayor, mientras que en el trastorno adaptativo la sintomatología se encuentra claramente vinculada al estresor y tiende a remitir cuando este cesa o se resuelve (APA, 2022).

Los factores de vulnerabilidad incluyen antecedentes psicopatológicos, escasas estrategias de afrontamiento, bajo apoyo social y una alta carga subjetiva del estresor. Aunque su curso suele ser limitado, la falta de intervención puede favorecer la cronificación del malestar o la aparición de conductas desadaptativas de afrontamiento.

En pacientes que padecen obesidad o han sido sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica, los estresores suelen ser crónicos, acumulativos y multidimensionales, lo que incrementa la vulnerabilidad psicológica. Estos factores favorecen respuestas emocionales caracterizadas por ansiedad, tristeza, irritabilidad, conductas evitativas y dificultades en la autorregulación (Tabla 1).

Tabla 1

Estresores frecuentes en obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica

Tipo de estresor	Ejemplos clínicos
Biográficos	Historia de estigmatización, bullying, dietas restrictivas, fracasos reiterados a tratamientos previos
Médicos	Diagnóstico de obesidad como condición crónica, discapacidades físicas secundarias a la obesidad, indicación quirúrgica
Psicosociales	Presión familiar o social para bajar de peso, expectativas sociales
Postquirúrgicos	Cambios corporales rápidos, expectativas irreales de éxito o bienestar inmediato, miedo a ganancia de peso, eventos vitales adversos o crisis normativas posteriores

Fuente: Elaboración propia de Dra. Barbara Graf Lyng, 2026.

**Craving por Carbohidratos, Más Allá del “Antojo”:
Bases Neurobiológicas y Psicológicas**

Los animales dependen de quimiorreceptores, que configuran el gusto, para detectar alimentos que contienen glucosa para satisfacer sus necesidades fisiológicas. En los humanos, el gusto es un factor importante que regula el comportamiento alimentario, ya que influye en la preferencia por determinados alimentos y se considera que modula el apetito y la ingesta calórica. Los pacientes con obesidad reportan un mayor disfrute por el sabor dulce en comparación con personas de peso normal (Yue, 2018).

El craving alimentario se define como un deseo intenso, específico y recurrente de consumir determinados alimentos. En el caso de los carbohidratos, el craving suele dirigirse hacia alimentos altamente palatables y de rápida absorción, como pan, pastas, dulces y productos ultraprocesados (Adam, 2007 & Lenner, 2019).

Desde una perspectiva neurobiológica, la ingesta de carbohidratos simples produce una rápida elevación de la glucosa sanguínea, lo que desencadena la liberación de insulina y activa circuitos cerebrales de recompensa, particularmente aquellos mediados por dopamina. Asimismo, se ha descrito que el consumo de

carbohidratos puede aumentar transitoriamente la disponibilidad de serotonina, neurotransmisor asociado a la regulación del estado de ánimo (Sominsky, 2014 & Meier, 2013).

En contextos de estrés psicológico, se observa una activación sostenida del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal, con aumento del cortisol, lo que favorece el apetito y el deseo por alimentos energéticamente densos (Sominsky, 2014). A nivel psicológico, el craving se ve influido por factores como la restricción cognitiva, la rigidez dietética, el aprendizaje emocional, la baja tolerancia al malestar y la asociación entre comida y alivio del malestar (Singh, 2014).

Desde esta perspectiva, el craving por carbohidratos no debe interpretarse como una simple “falta de voluntad”, sino como el resultado de una compleja interacción entre procesos biológicos, emocionales y ambientales.

Es fundamental distinguir entre hambre fisiológica y craving emocional (Tabla 2).

Tabla 2

Diferencias entre hambre fisiológica y craving

Dimensión	Hambre fisiológica	Craving
Inicio	Gradual	Súbito
Objeto	Alimento en general	Alimentos específicos
Regulación	Se sacia	Alivio transitorio
Emoción	Neutral	Asociado a malestar
Control de la ingesta	Mantenido	Sensación de pérdida de control
Post ingesta	Saciedad	Culpa o vergüenza posterior

Fuente: Elaboración modificada de Dra. Barbara Graf Lyng, 2016 con base en datos de www.italudmental.com

Vínculo Psicológico entre Trastorno Adaptativo y Craving por Carbohidratos

El trastorno adaptativo y el craving por carbohidratos comparten mecanismos psicobiológicos relevantes. El estrés desencadenante del trastorno adaptativo genera un estado de sobrecarga emocional que compromete las capacidades de regulación afectiva del individuo. En este contexto, la alimentación (especialmente rica en carbohidratos) puede convertirse en una estrategia compensatoria para modular emociones negativas (Sominisky, 2014).

El craving por carbohidratos puede funcionar como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo, proporcionando alivio emocional transitorio, pero perpetuando a largo plazo un patrón conductual que mantiene el malestar. Este círculo se ve reforzado por la activación de los sistemas de recompensa y por la posterior aparición de culpa, frustración o pérdida de control (Singh, 2014).

Desde el punto de vista clínico, esta interacción es particularmente relevante en pacientes con sobrepeso, obesidad o antecedentes de trastornos alimentarios, así como en contextos de cambios vitales importantes que alteran rutinas, horarios y hábitos de autocuidado. Este tipo de pacientes muestran más inflexibilidad psicológica, lo que dificulta los cambios en el peso corporal (Lillis & Hayes, 2007). En contextos de estrés adaptativo, el cerebro prioriza respuestas de alivio inmediato, reforzando circuitos de consumo compulsivo. En relación a lo anterior, el consumo de carbohidratos cumple funciones de regulación emocional rápida, disminución transitoria de ansiedad, evasión del malestar psíquico, sensación de contención y alivio (Lenners, 2019).

En pacientes con obesidad se ha visto que el craving por carbohidratos es un síntoma predominante (Abilés et al, 2010) y que los individuos con mayor IMC muestran niveles más altos de craving (Chao et al, 2014).

Considerando lo anterior, en respuesta a pensamientos o sensaciones displacenteras, los individuos experimentan deseos de comer como un esfuerzo para mitigar dicho distress, aumentando el craving (Weineland et al., 2012; Adams et al., 2007) o generando síntomas de Trastornos de conducta alimentaria,

específicamente Trastorno de Comer por Atracón (Finger et al., 2020). Estos patrones de comportamiento alimentario se han visto que empeoran la baja de peso en programas establecidos y aumentan la severidad de la obesidad (Finger et al.2020; Weineland et al., 2012 & Goncalves et al., 2025).

Además, considerando que la Cirugía Bariátrica y Metabólica se realiza como un acto transversal frente a la patología médica y metabólica, pero que al evaluar un individuo desde el punto de vista de salud mental se debe considerar la historia longitudinal (pre y post cirugía), es lógico pensar que pueden haber numerosos estresores futuros para los pacientes con distintos mecanismos de reacción adaptativos o maladaptativos, entre los que puede estar la reaparición del craving por carbohidratos como estrategia de afrontamiento.

Manifestaciones clínicas

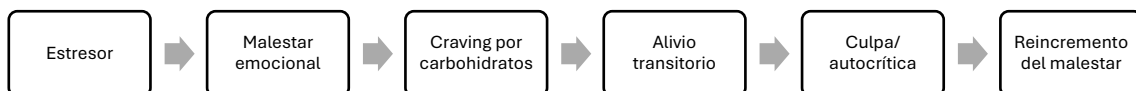
En la práctica clínica, en pacientes que padecen obesidad se observan:

- Aumento del craving ante eventos estresantes
- Conductas de “picoteo” o ingesta emocional
- Dificultades para adherir a pautas nutricionales
- Pensamiento dicotómico (“todo o nada”)
- Autocrítica intensa y desmoralización

Entonces podemos describir un circuito anómalo en este tipo de pacientes (Figura 1).

Figura 1

Circuito anómalo en los pacientes que viven con obesidad



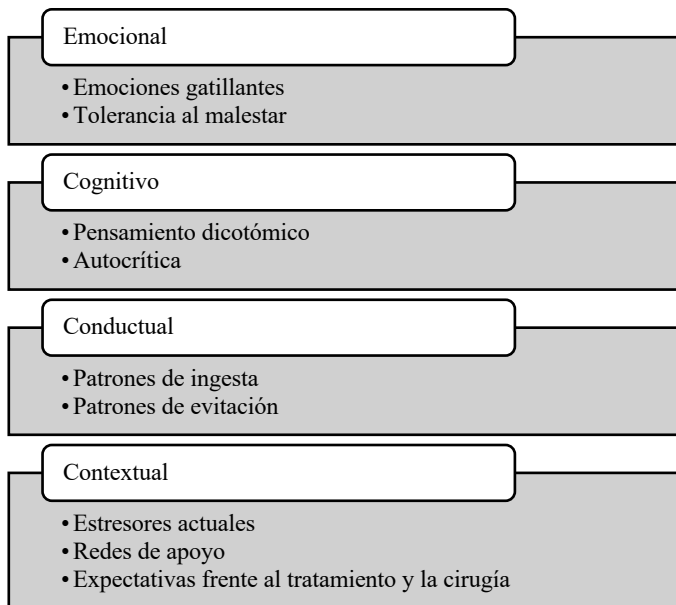
Fuente: elaboración modificada por Dra. Barbara Graf Lyng, basado en Sominsky, L & Spencer, S. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Review Front Psychol*, May 13; 5:434.

Evaluación Clínica desde la Salud Mental

La evaluación clínica debe priorizar la comprensión funcional del craving por sobre la cuantificación aislada de la conducta alimentaria. Resulta clave explorar el significado subjetivo del alimento y los contextos de activación (Fig. 2). En cuanto al craving por carbohidratos, se recomienda indagar la frecuencia, intensidad y contexto emocional de los episodios, así como las creencias asociadas a la comida, la presencia de restricción dietética y las consecuencias emocionales posteriores a la ingesta.

Figura 2

Ejes de evaluación clínica en paciente que padece obesidad y presenta trastorno adaptativo y craving por carbohidratos



Fuente: Elaboración propia de la Dra. Barbara Graf Lyng, 2026.

Abordaje Terapéutico

Farmacológico

La farmacoterapia disminuye el volumen del craving, pero no reemplaza el trabajo psicoterapéutico, sobre todo si va asociado a un trastorno adaptativo. Considerando este último punto, muchas veces el craving es el resultado de las estrategias maladaptativas para manejar el distress emocional, por lo que se debe considerar uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (principalmente Fluoxetina, Sertralina). Estos fármacos además de manejar síntomas ansioso – depresivos, producen una reducción indirecta del craving. También se pueden utilizar benzodiacepinas o hipnóticos para manejo de síntomas asociados al Trastorno Adaptativo.

Al escoger un psicofármaco para un paciente que padece obesidad, preferir los que no aumenten el peso ni empeoren el Síndrome Metabólico.

Tabla 3

Fármacos que reducen componente adictivo/compulsivo por comer

Fármaco	Mecanismo de acción	Indicaciones más frecuentes	Otros
Bupropion	↑ dopamina y noradrenalina	Craving, Comer emocional, Fatiga + desmotivación	Disminuye impulsividad No aumenta peso
Naltrexona + Bupropion	Acción combinada sobre circuito de la recompensa	“Pérdida de control”, Atracciones, Ansiedad por dulce.	Evidencia sólida en obesidad
Topiramato	Modula GABA/glutamato Reduce impulsividad alimentaria	Trastorno de comer por atracón, comer nocturno	Puede producir efectos cognitivos indeseables
Lisdexanfetamina	Reduce urgencia compulsiva	Trastorno comer por atracón moderado - grave	Uso idealmente por especialistas

Fuente: Elaboración propia de Dra. Barbara Graf Lyng, 2026.

Tabla 4

Fármacos que regulan el craving por Carbohidratos

Fármaco	Mecanismo de acción	Efecto clínico	Otros
Agonistas GLP-1 (Semaglutida, Liraglutida, Tirzepatida)	Actúan sobre insulina, glucosa y saciedad	Disminuye deseo por dulces Reduce Picoteo	Ventaja de uso parenteral para pacientes post bariátricos
Metformina	Mejora sensibilidad a la insulina	Útil en hambre reactiva. Reduce craving postprandial	Uso cuando hay Síndrome de Ovario poliquístico
Acarbosa	Retrasa absorción de Carbohidratos	Previene hipoglicemias reactivas	No está en todos los países. Puede provocar reacciones adversas digestivas

Fuente: Elaboración propia de Dra. Barbara Graf Lyng, 2026.

Nuevos estudios están evaluando el rol de la Oxitocina como modulador del apetito al actual en el circuito de la recompensa, por lo que podría modificar patrones alimentarios disfuncionales como el craving por Carbohidratos (Alsayegh et al, 2026).

Psicoterapéutico

El abordaje terapéutico debe ser integral e interdisciplinario. El tratamiento debe orientarse a validar el sufrimiento adaptativo, despatologizar el craving y ampliar el repertorio de regulación emocional, trabajando la autocompasión y la flexibilidad psicológica. Se ha visto que técnicas de difusión cognitiva, para aumentar este último ítem, resultan en reducción de craving específicos, como la ingesta de chocolate (Karekla et al., 2020)

El foco no debe estar en eliminar el craving, sino en modificar la relación del paciente con el malestar y el alimento.

Etiquetar el craving como “falta de control” o “fracaso” puede cronificar el trastorno adaptativo. El profesional de la salud mental debe adoptar una postura no punitiva, comprensiva y basada en procesos, no en resultados.

Dentro de las estrategias clínicas recomendadas (Alberts et al. 2010) están:

- Psicoeducación sobre estrés y craving: normalización del stress pero diferenciación entre adaptación normal y respuesta disfuncional. En programas de manejo de peso, evaluar craving por carbohidratos al ingresar.
- Entrenamiento en tolerancia al malestar
- Identificación de funciones del consumo. Identificar el comportamiento de “comer para calmar” simultáneamente.
- Mindfulness y práctica de comer consciente, diferenciar hambre fisiológica vs deseo emocional.
- Intervención psicológica para regulación del deseo: aumentar conciencia de los desencadenantes, técnicas de alarma, reestructuración cognitiva (“¿qué me está diciendo este deseo?”).
- Integración de componente nutricional y psicoeducativo: comprensión de peaks de glucemia/insulina, alimentos de bajo índice glicémico, horarios de comida, composición del plato, etc.
- Colaboración con nutricionista, nutriólogo/a y, si aplica, endocrinólogo/a o equipo bariátrico (en contextos de obesidad).
- Técnicas de reemplazo de conducta, Ej.: actividad alternativa, respiración, registro de impulsos (Jacobs, 2024).
- Técnicas específicas cognitivas: ROC (*Regulation of cravings*): muestra efectos positivos en la elección de alimentos y consumo calórico (Sun, 2020). Es una estrategia emergente que está en proceso de validación.
- Reestructuración de expectativas post cirugía, considerando que el craving puede reaparecer y se debe manejar a la brevedad por equipo interdisciplinario (considerar posibilidad de recaída). El craving puede aumentar riesgo de “dumping” comportamental, mal ajuste emocional, ganancia de peso o trastorno de ingesta.

Referencias

- Abilés, V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Perez de la Cruz A, et al. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*, 20(2), 161–167.
- Adam, T & Epel, E. (2007). Stress, eating and the reward system. *Review Physiol Behav*, Jul 24;91(4):449-58.
- Alberts, H.J.E.M., Mulkens, S., Smeets M., Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*. 55(1): 160-163.
- Alsayegh A, Ashfaq F, Bajahzer, M, Alshaharani, M, Almutairi AS, Khan, MI, et al. (2026). A comprehensive analysis of oxytocin: a potential brain-based treatment to regulate obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)* Jan 5:16:1708807.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5 TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chao A, Grilo, CM, White, MA, & Sinha, R. (2014). Food cravings, food intake, and weight status in a community-based sample. *Eating Behaviors*, 15(3), 478–482.
- Finger, I.D.R., de Freitas, BI, & Oliveira, M.D. S. (2020). Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 169–175.
- Gonçalves, L, Oliveira, N, Rocha, AL, Cravo, S, Dal Molin, B & Mourão, G. (2025). Binge Eating, Food Addiction, and Body Image Dissatisfaction before and after Metabolic Bariatric Surgery: Weight Loss occurs, but the Relationship with Food and the Body May not Improve in the long Term after Surgery. *Obes Surg*. Dec;35(12):5410-5417.
- Jacobs, A, Montpellier, V, Torensma, B, Antoniou, E, Janssen, I, Tollenaar R, et al. (2024). Influence of mental and behavioral factors on weight loss after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. Jun;25(6):e13729.
- Karekla, M, Georgiou, N, Panayiotou, G, Sandoz, EK, Kurz, AS & Constantinou, M. (2020). Cognitive Restructuring vs. Defusion: Impact on craving, healthy and unhealthy food intake. *Eating Behaviors*, 37, Article 101385.
- Lennerz, B & Lennerz, J. (2017). Food Addiction, High Glycemic Index Carbohydrates and Obesity. *Clin Chem*. Nov 20;64(1):64–71.
- Lillis, J & Hayes, SC (2007). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 30–40.
- Ma, Y, Ratnasabapathy, R & Gardiner, J. (2017). Carbohydrate Craving- not everything is sweet. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017 Jul;20(4):261–265.
- Meier, A., et al. (2013). Neurobiologic basis of carbohydrate craving. *Journal of Nutrition*, 143(5), 598–605.

- Rebello, C & Greenway, F. (2016). Reward-Induced Eating: Therapeutic Approaches to Addressing Food Cravings. *Adv Ther Nov*;33(11):1853-1866.
- Singh, M. (2014). Mood, food, and obesity. *Front Psychol*. Sep 1; 5:925.
- Sominsky, L & Spencer, S. (2014). Eating behavior and stress: a pathway to obesity. Review *Front Psychol*, May 13; 5:434.
- Stern, TA & Powell, AD (2025). *Grief, bereavement, and adjustment disorders*. In: Stern TA, Wilens TE, Fava M, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; chap 36.
- Sun, W & Kober, H. (2020). Regulating Food Craving: From Mechanisms to Interventions. *Physiol Behav*. Apr 13;222:112878.
- Weineland, S, Arvidsson, D, Kakoulidis, TP, & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6(1), e21–e30.

Capítulo 13

La importancia de la detección temprana de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM-5: un imperativo clínico y ético

Dra. Cecilia Inés Juárez

Psiquiatra Consultora en ICONO

Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría

Fac. de Medicina - UNT

ceciliainesjuarez@gmail.com

San Miguel de Tucuman, Argentina

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria representan una de las patologías más complejas de la psiquiatría contemporánea, asociadas a una elevada morbilidad y a la tasa de mortalidad más alta entre los trastornos mentales (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010). El presente artículo analiza, desde el marco diagnóstico del DSM-5, la relevancia crítica de la detección temprana de estas patologías. Se exploran variables clínicas somáticas, conductuales y psicopatológicas fundamentales, así como el uso de herramientas de tamizaje validadas. La intervención en las etapas iniciales, específicamente durante la denominada ventana de oportunidad del primer año de síntomas, constituye el factor pronóstico más determinante para la recuperación y la prevención de la cronicidad (DSM-V, 2013).

Como profesora de esta cátedra durante tres décadas, he observado una evolución alarmante en la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Lo que históricamente se consideraba una patología circunscripta a un grupo demográfico específico se ha transformado en un problema global, transcultural y de inicio cada vez más temprano (Treasure & Schmidt, 2013).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), en su quinta edición introdujo modificaciones sustantivas en la clasificación de los TCA, eliminando criterios excesivamente restrictivos como la amenorrea obligatoria en la

anorexia nerviosa e incorporando formalmente el trastorno por atracón como entidad diagnóstica independiente (American Psychiatric Association, 2013). A pesar de estos avances, el diagnóstico continúa llegando tardíamente. La brecha entre el inicio de los síntomas y el primer contacto clínico suele extenderse por años, período durante el cual los patrones conductuales y las alteraciones neurobiológicas se consolidan, dificultando el abordaje terapéutico (Fairburn, 2008).

Qué es la detección temprana en psiquiatría

La detección temprana no se limita al diagnóstico precoz, sino que implica la identificación de síntomas prodrómicos o subclínicos antes de que se cumplan plenamente los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). En los trastornos de la conducta alimentaria, este enfoque apunta a interceptar tempranamente la tríada de insatisfacción corporal, restricción cognitiva y conductas compensatorias, antes de que el compromiso somático y psicológico se vuelva severo.

Desde una perspectiva clínica, la detección temprana se inscribe en el nivel de prevención secundaria y tiene como objetivo reducir la duración de la enfermedad no tratada, concepto conocido como Duration of Untreated Illness, ampliamente estudiado en psicosis y cada vez más relevante en el campo de los TCA (Treasure et al., 2010).

Clasificación de los trastornos de la conducta

alimentaria según el DSM-5

Para una detección eficaz resulta indispensable dominar las categorías diagnósticas vigentes. El DSM-5 clasifica los trastornos de la conducta alimentaria en función de la conducta observable y de la psicopatología subyacente (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 1

Clasificación de los trastornos la conducta alimentaria según el DSM V

Trastorno	Característica Patognomónica	Variable Clínica Crítica
Anorexia Nerviosa (AN)	Restricción de la ingesta energética.	Miedo intenso a ganar peso y alteración de la imagen corporal.
Bulimia Nerviosa (BN)	Atracones seguidos de conductas compensatorias.	Frecuencia mínima: 1 vez/ semana durante 3 meses.
Trastorno por Atracón	Ingesta voraz sin conducta compensatoria.	Malestar intenso y pérdida de control sobre la ingesta.
ARFID (TANE)	Evitación de la ingesta por características sensoriales.	Ausencia de distorsión de la imagen corporal.

Fuente: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. American Psychiatric Publishing.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se define por la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo. Entre las variables clínicas críticas se destacan el miedo intenso a ganar peso, que no disminuye con el adelgazamiento, y la alteración de la imagen corporal, donde la autoevaluación se encuentra excesivamente influida por el peso y la silueta (American Psychiatric Association, 2013).

El DSM-5 (2013), introduce especificadores de gravedad basados en el índice de masa corporal, lo que permite una evaluación clínica más precisa del riesgo médico asociado.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, tales como vómitos

autoinducidos, uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo. El criterio temporal establece una frecuencia mínima de un episodio semanal durante al menos tres meses (American Psychiatric Association, 2013).

Trastorno por atracón

La incorporación del trastorno por atracón como entidad diagnóstica independiente constituye uno de los aportes más relevantes del DSM-5. A diferencia de la bulimia nerviosa, no se observan conductas compensatorias, aunque sí una marcada vivencia de pérdida de control y sentimientos posteriores de culpa o vergüenza (American Psychiatric Association, 2013).

ARFID

El trastorno de evitación o restricción de la ingesta alimentaria resulta especialmente relevante en población pediátrica. No se encuentra motivado por el miedo a engordar, sino por características sensoriales de los alimentos o temor a consecuencias aversivas, produciendo deficiencias nutricionales significativas (American Psychiatric Association, 2013).

Variables clínicas para la detección temprana

La detección temprana requiere una semiología que trascienda el peso corporal. Las primeras manifestaciones suelen ser conductuales y psicológicas, incluyendo rituales alimentarios, aislamiento social, rigidez cognitiva y perfeccionismo clínico (Fairburn, 2008; Treasure & Schmidt, 2013).

Las variables somáticas constituyen señales de alarma fundamentales. La bradicardia, las alteraciones térmicas, el signo de Russell, la erosión del esmalte dental y la presencia de lanugo son indicadores clínicos clásicos de restricción o purga sostenida (Treasure et al., 2010).

Los estudios de laboratorio, si bien no forman parte de los criterios diagnósticos, apoyan la sospecha clínica a través de la detección de alteraciones electrolíticas, anemia o disfunción endocrina (American Psychiatric Association, 2013).

El Proceso de Detección Temprana

Variables Clínicas

La detección temprana consiste en la identificación de síntomas antes de que el trastorno se consolide en su forma completa. En psiquiatría, este proceso se conceptualiza como la reducción de la duración de la enfermedad no tratada, conocida como Duration of Untreated Illness o DUI, un constructo que ha demostrado un fuerte valor pronóstico también en los trastornos de la conducta alimentaria (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010).

Variables Conductuales

Las manifestaciones conductuales suelen constituir las primeras señales clínicas observables y, por ello, resultan fundamentales en la detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008).

Alteración del ritmo social

El paciente comienza a evitar cenas familiares o encuentros sociales que involucren comida, argumentando que ya ha comido previamente o que no se siente bien. Este aislamiento progresivo constituye un indicador temprano de restricción cognitiva y evitación alimentaria (Treasure & Schmidt, 2013).

Ritualización

La presencia de rituales alimentarios como desmenuzar excesivamente la comida, utilizar platos pequeños o ingerir grandes cantidades de agua durante las comidas refleja un intento de control rígido de la ingesta y suele preceder a la instauración del trastorno completo (American Psychiatric Association, 2013).

Hiperactividad funcional

El paciente puede mostrarse excesivamente involucrado en actividades relacionadas con la comida, como cocinar para otros o estudiar nutrición, sin consumir aquello que prepara. Esta hiperactividad aparente encubre una restricción persistente y una sobrevaloración cognitiva de la alimentación (Fairburn, 2008).

Variables Somáticas

Las variables somáticas representan la inscripción corporal del trastorno y constituyen señales clínicas de alto valor diagnóstico cuando son reconocidas a tiempo (Treasure et al., 2010).

Bradycardia y alteraciones térmicas

Un pulso bajo en reposo y la sensación constante de frío son indicadores de un metabolismo adaptado a un estado de restricción energética prolongada, frecuentes en cuadros de anorexia nerviosa y restricciones severas (American Psychiatric Association, 2013).

Signo de Russell

La presencia de callosidades en los nudillos, producto de la inducción mecánica del vómito, constituye un signo clínico clásico asociado a conductas purgativas persistentes (Treasure et al., 2010).

Sialadenosis

La hinchazón de las glándulas parótidas, con el característico aspecto de cara redondeada, suele observarse en pacientes con vómitos recurrentes y refleja una adaptación glandular crónica (American Psychiatric Association, 2013).

Alteraciones dermatológicas

La piel seca, la caída del cabello y la aparición de lanugo, un vello fino de tipo fetal en espalda y extremidades, constituyen respuestas adaptativas del organismo frente a la pérdida de grasa corporal y al estado de inanición (Treasure et al., 2010).

Instrumentos de Cribado y Psicometría

La entrevista clínica continúa siendo el estándar de referencia en la detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, el uso de instrumentos psicométricos validados permite optimizar el tiempo clínico y aumentar la sensibilidad diagnóstica (Fairburn, 2008).

Cuestionario SCOFF

El cuestionario SCOFF es una herramienta breve de cinco ítems diseñada para atención primaria. Dos o más respuestas afirmativas indican una alta probabilidad de trastorno de la conducta alimentaria (Morgan, Reid, & Lacey, 1999).

Su aplicación debe realizarse en un clima de confianza, evitando un estilo interrogativo. En contextos de negación, puede integrarse de manera indirecta en la entrevista clínica (Morgan et al., 1999).

Eating Attitudes Test EAT-26

El EAT-26 es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para la detección de actitudes alimentarias de riesgo, especialmente en poblaciones escolares. Un puntaje superior a 20 requiere derivación inmediata para evaluación especializada (Fairburn, 2008).

Eating Disorder Inventory EDI-3

El Eating Disorder Inventory en su tercera versión es un instrumento profesional de segundo nivel que evalúa no solo la conducta alimentaria, sino

también dimensiones psicológicas asociadas, como baja autoestima, alienación personal y perfeccionismo. Resulta fundamental para comprender la función emocional del síntoma y planificar el tratamiento posterior a la detección (Garner, 2004).

Instrucciones para Educadores de la Salud

El educador de la salud cumple un rol clave como nexo entre la comunidad y el sistema sanitario. Su función no es diagnosticar, sino detectar señales de alarma y canalizar la consulta especializada (Treasure & Schmidt, 2013).

Lineamientos para talleres de salud

Evitar el enfoque centrado en el peso

Los programas escolares basados en el índice de masa corporal o en el conteo calórico pueden actuar como disparadores en poblaciones vulnerables. Se recomienda promover una concepción de salud integral y funcional, evitando enfoques estéticos o normativos (Fairburn, 2008).

Alfabetización en medios

Es fundamental enseñar a los jóvenes a deconstruir la imagen corporal digital, comprendiendo el uso de filtros y edición, y reconociendo que la delgadez extrema difundida en redes sociales suele ser una construcción artificial (Treasure et al., 2010).

Detección de grupos de riesgo

Se debe prestar especial atención a atletas de alto rendimiento, bailarines y modelos, donde la presión estética suele confundirse con disciplina y rendimiento (Treasure & Schmidt, 2013).

Protocolo de comunicación

Ante la sospecha de un trastorno, la comunicación con la familia debe basarse en la preocupación por la salud y el bienestar general del paciente, evitando etiquetas diagnósticas o acusaciones directas (American Psychiatric Association, 2013).

El Paradigma de la Psicoeducación

La psicoeducación constituye uno de los pilares del abordaje temprano y del tratamiento a largo plazo de los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008).

Psicoeducación para el paciente

Explicar que la restricción alimentaria altera la neuroquímica cerebral, afectando sistemas como la serotonina y la dopamina, permite comprender la intensificación de la ansiedad y la obsesión, disminuyendo la culpa y favoreciendo la adherencia al tratamiento (Fairburn, 2008).

La externalización del trastorno, mediante la diferenciación entre el yo del paciente y la voz del trastorno, facilita la toma de distancia crítica frente a los síntomas (Treasure & Schmidt, 2013).

Psicoeducación para la familia

Es esencial transmitir que no existe un progenitor culpable, dado el carácter multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria (Treasure et al., 2010).

En población adolescente, el tratamiento basado en la familia ha demostrado ser uno de los enfoques más eficaces, al involucrar activamente a los padres en la restauración inicial de la alimentación hasta que el paciente recupera la capacidad de autorregulación cognitiva (Lock & Le Grange, 2012).

Conclusiones

La evidencia clínica acumulada indica que cuando un trastorno de la conducta alimentaria es detectado y tratado durante su primer año de evolución, las tasas de recuperación superan ampliamente aquellas observadas en cuadros cronificados (Treasure et al., 2010). La detección temprana según el DSM-5 no constituye un ejercicio burocrático de clasificación diagnóstica, sino una intervención clínica y ética orientada a preservar la vida y la salud mental.

Las instituciones universitarias y los sistemas de salud tienen la responsabilidad de formar profesionales capaces de identificar estas patologías en sus etapas iniciales, superando el temor a intervenir y el reduccionismo centrado exclusivamente en el peso corporal (American Psychiatric Association, 2013).

Referencias

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Fairburn, C. G. 2008. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Garner, D. M. 2004. *Eating Disorder Inventory 3*. Professional manual. Psychological Assessment Resources.
- Lock, J., & Le Grange, D. 2012. *Treatment manual for anorexia nervosa. A family based approach*. Guilford Press.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. 1999. The SCOFF questionnaire. Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ Clinical Research Edition*, 319(7223), 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Treasure, J., & Schmidt, U. 2013. The cognitive interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited. A revised formulation for clinical practice and research. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. 2010. Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)

Capítulo 14

Trastorno del estado de ánimo en personas adultas con obesidad.

Magister María Gabriela Varas

Clínica Gallia

mgabrielavaras@gmail.com

Cordoba, Argentina

Introducción

La obesidad se ha consolidado como una pandemia global, afectando a una proporción sustancial de la población adulta. En 2022, aproximadamente 2.500 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales 890 millones eran obesos. Esto significa que el 43% de los adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso y el 16% eran obesos (OMS, 2022). Las consecuencias de la obesidad trascienden el mero exceso de peso, asociándose con un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes e hipertensión, y afectando profundamente la calidad de vida.

Paralelamente, la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar presentan una prevalencia alarmante a nivel mundial. La carga global de estas condiciones ha sido exacerbada por eventos recientes, como la pandemia de COVID-19, que provocó un aumento del 25% en las tasas de depresión y ansiedad durante su primer año, sumándose a los casi mil millones de personas que ya vivían con algún trastorno mental (OMS, 2022).

La comorbilidad entre la obesidad y los trastornos del estado de ánimo es cada vez más reconocida. Se ha observado que la obesidad puede aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno de salud mental. Esta creciente evidencia sugiere una interacción compleja y bidireccional entre obesidad y trastornos del ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo son un conjunto de entidades clínicas que abarcan la distimia, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2013). Tienen en común características afectivas que comprometen la voluntad, la conducta, la capacidad de sentir placer y los ritmos vitales: ciclo sueño – vigila, el apetito y la libido. Esto genera un deterioro en las áreas personales, vinculares, laborales y

sociales del paciente. Por el impacto que producen, representan un desafío para la salud pública y privada de magnitud creciente a nivel global.

En este capítulo abordaré la presentación clínica de los pacientes con obesidad y trastornos del ánimo, estableceré la diferencia del trastorno de ánimo que es consecuencia de la obesidad del trastorno anímico comorbido con la obesidad.

Planteamiento Clínico

La clínica de los trastornos del estado de ánimo se puede observar en tres esferas de la personalidad de un sujeto: volitiva, hedónica y vital. Cada una se altera en distinta intensidad y tiempo de evolución según qué tipo de trastorno anímico sufra el paciente.

La persona que padece obesidad presenta con frecuencia algún tipo de trastorno anímico (Esquivias Zabala, 2022), esta asociación mórbida tiene una compleja e intrincada interdependencia. Factores neuroendocrinos, genéticos, corporales, familiares y sociales afectan el estado de ánimo de las personas que padecen sobre peso excesivo.

La desregulación neuroendocrina (eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, leptina, ghrelina) y las alteraciones en los neurotransmisores serotonina, dopamina y neuropeptidos son claves en la fisiopatogenia de la asociación obesidad - trastornos del ánimo (Cordeiro, 2024).

La serotonina regula el apetito, el sueño, el estado de ánimo, el miedo, la capacidad de afrontamiento y la temperatura corporal; el 90% de este neurotransmisor se produce en el intestino. La dopamina está implicada en los sistemas de recompensa, la motivación y el placer, su desregulación, junto con la de la serotonina, se asocia con trastornos del estado de ánimo y comportamientos adictivos, incluida la alimentación emocional. Aproximadamente el 50% de la dopamina del cuerpo también se produce en el tracto gastrointestinal (Eisenhofer et al., 1997).

El cortisol, conocido como la "hormona del estrés", juega un papel central en la respuesta fisiológica y emocional al estrés crónico. Esta hormona conduce a una

activación sostenida del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), cuyo resultado es el hipercortisolismo. Este estado se ha vinculado directamente con la depresión, el síndrome metabólico y la obesidad. Además, la secreción de cortisol inducida por el estrés puede provocar permeabilidad intestinal e inflamación, estableciendo un vínculo entre estrés, el intestino y la inflamación sistémica (Chrousos, G.P. 2009)

El tejido adiposo, especialmente la grasa visceral, es un órgano endocrino activo que promueve un estado de inflamación crónica de bajo grado. Esta inflamación se caracteriza por la producción de citoquinas pro inflamatoria como la proteína C reactiva (PCR), la interleuquina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Estos marcadores también se asocian con los síntomas depresivos (Dantzer et al., 2008)

La inflamación crónica sistémica conduce a la resistencia a la insulina, disfunción endotelial, hipertensión y dislipidemia, aumentando significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. Este estado inflamatorio también está profundamente implicado en la patogénesis de la depresión y otros trastornos de salud mental. Por ejemplo, se ha demostrado que la inflamación elevada se asocia con la depresión y el estrés percibido en adultos obesos. La conexión entre la inflamación y la salud mental se hizo particularmente evidente durante la pandemia de COVID-19, donde los pacientes obesos experimentaron mayores complicaciones debido a su estado pro inflamatorio preexistente (Diniz et al., 2024).

Otro factor que impacta en el eje intestino-cerebro es el microbioma. El intestino es a menudo referido como el "segundo cerebro" debido a la complejidad del sistema nervioso entérico y su capacidad para producir neurotransmisores. El eje intestino-cerebro es una red de comunicación bidireccional constante entre ambos órganos que involucra vías neuronales (principalmente a través del nervio vago), endocrinas (mediante la secreción de hormonas como el cortisol) e inmunes (a través de la modulación de citoquinas) (Gershon, 1998).

La microbiota intestinal, compuesta por billones de bacterias, virus y hongos, desempeña un papel fundamental en este eje, influyendo en el comportamiento, la cognición (memoria), las emociones, el humor, los deseos y la percepción. Un

desequilibrio en la composición de la microbiota (disbiosis) se ha vinculado con trastornos metabólicos como la obesidad y el síndrome metabólico, así como con trastornos neuropsiquiátricos como la ansiedad, la depresión y el trastorno bipolar (Cryan et al., 2019)

La microbiota puede producir moléculas neuroactivas, incluyendo neurotransmisores y metabolitos del triptófano, que afectan directa o indirectamente la función cerebral y el estado de ánimo. El estrés puede impactar negativamente en el eje intestino-cerebro y la composición de la microbiota. Un elemento clave que influye en su equilibrio es la dieta (Valles-Colomer et al., 2019).

Otra situación generada por la obesidad es la limitación de la movilidad corporal, con la dificultad o imposibilidad para realizar actividades físicas y sociales. Sumadas a la discriminación y el estigma social. Como consecuencia, las personas obesas tienden al encierro en su hogar con un predominio del comportamiento endogámico que favorece los trastornos anímicos. Se observan estas conductas sintomáticas en las personas con obesidad que consultan en nuestro equipo (Bener et al., 2014).

Los factores psicológicos contribuyen a la compleja interrelación obesidad trastornos del ánimo. Los patrones cognitivos disfuncionales son frecuentes en individuos con obesidad, quienes a menudo presentan pensamientos distorsionados y negativos sobre la comida, su cuerpo y su capacidad para cambiar hábitos. Estos patrones cognitivos contribuyen a sentimientos de desesperanza y generan estrategias de afrontamiento desadaptativas como la alimentación emocional. Esta se define como el consumo de alimentos en respuesta a estados emocionales (como tristeza, ansiedad o estrés) en lugar de la necesidad fisiológica de hambre. Este patrón es un mecanismo de afrontamiento frecuente ante emociones negativas como la soledad y el estrés (Costill & Wilmore, 2004).

La alimentación emocional se asocia con un consumo excesivo de alimentos, con hábitos alimentarios poco saludables (como la ingesta de comida rápida y ultra procesada) y, consecuentemente, el aumento de peso. Este comportamiento a menudo exacerba los problemas de peso, creando un círculo vicioso en el que el malestar emocional impulsa la sobre ingesta, lo que a su vez provoca un aumento

de peso y un empeoramiento de los trastornos del estado de ánimo. (Dallman et al., 2003 & Volkow et al., 2011).

El estigma social y la discriminación por el peso corporal se traducen en una autopercepción negativa, baja autoestima y aislamiento social. El malestar emocional, a su vez, desencadena mecanismos de afrontamiento desadaptativos, que contribuyen al aumento de peso y perpetúan un ciclo de deterioro físico y mental. La presencia de este estigma dentro del propio sistema de salud agrava aún más el problema al crear barreras para un tratamiento efectivo (Puhl & Heuer, 2009).

La historia de trauma y adversidad temprana son factores subyacentes poderosos y a menudo pasados por alto. La activación prolongada del sistema de respuesta al estrés debido a las adversidades tempranas puede alterar las funciones corporales normales, lo que lleva a problemas de salud física y mental duraderos.

Esto sugiere que las experiencias de vida temprana pueden establecer una trayectoria a largo plazo para las vulnerabilidades de salud. Por lo tanto, las intervenciones eficaces deben no solo abordar los estresores psicosociales actuales, sino también identificar y tratar el historial de trauma (Felitti et al., 1998).

Finalmente, alimentaria los trastornos de la conducta comórbidos, como el trastorno por atracones, son altamente prevalentes en poblaciones obesas y a menudo están vinculados a la depresión y a intentos de afrontar emociones negativas. La bulimia nerviosa y trastorno por estrés postraumático se reportan como comorbilidades (Hudson et al., 2007).

Por todo lo mencionado se considera a los trastornos del ánimo una patología asociada a la obesidad mórbida; esta relación es bidireccional influyendo una sobre la otra.

Trastornos del ánimo y obesidad ¿Asociación o comorbilidad?

Ante el paciente que padece obesidad y algún tipo de trastorno del ánimo debemos preguntarnos si la clínica anímica está asociada a la obesidad por todas las condiciones antes mencionadas o es un cuadro comorbido. La respuesta la dará una exhaustiva anamnesis, que debe incluir antecedentes patológicos tanto personales como familiares.

Es fundamental detectar si hay o hubo consumo problemático de sustancias en el paciente y/o en sus familiares de primer y segundo grado. Estas pueden ser alcohol, nicotina, sustancias ilegales y sustancias legales como el uso de benzodiazepinas o algún tipo de fármaco psico estimulantes o psicosedativo. Indagar si el paciente tiene o tuvo conductas auto lesivas y, si existen o existieron, determinar el estado de ánimo que padecía al momento de infringirlas. Se deben tener en cuenta aspectos genéticos y epigenéticos de la conjunción obesidad-trastorno de ánimo.

Para determinar si el trastorno del ánimo es patología asociada o comorbilidad se debe conocer el curso evolutivo del trastorno anímico ¿Es previo a la obesidad o se desarrolló como consecuencia de esta? Establecer esta diferencia diagnóstica permite tener un pronóstico, confeccionar planes de tratamiento y nos brinda una perspectiva de la posible evolución anímica del paciente en relación con el tratamiento quirúrgico y/o psicofarmacológico (Luppino et al., 2010).

Si la clínica anímica es previa al exceso de peso y además existen antecedentes familiares de algún tipo de trastornos del estado de ánimo podemos pensar en comorbilidad; si el cuadro anímico surgió a medida que la obesidad se desarrolló o empeoró podemos definirlo como patología secundaria a la obesidad (Luppino et al., 2010 & Mannan et al., 2016).

En nuestra experiencia clínica distimia y depresión son los trastornos anímicos que más se asocian a la obesidad, mientras que el trastorno bipolar se presenta con más frecuencia como comorbilidad. En el servicio de Salud Mental, clínica Gallia, en el año 2018, de un total de 123 pacientes, 5 presentaron trastorno depresivo y 1 paciente trastorno bipolar II. En 2019 de 70 pacientes, 6 con trastorno depresivo y 5 con trastorno distimico y 1 con trastorno bipolar I. En el 2022 de un total de 97 pacientes, 8 padecían trastorno distimico, 6 trastorno depresivo y 2 trastorno bipolar II. En el 2023 de un total de 57 pacientes, 4 con diagnóstico de trastorno depresivo y 2 con trastorno bipolar II en el 2025 hasta el 28 de agosto de un total de 43 pacientes 5 con Trastorno depresivo, 1 con trastorno bipolar I y 1 con trastorno bipolar II.

El diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo se hicieron según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2013).

Prevalencia de Trastornos del Estado de Ánimo en Adultos con Obesidad vs. Población General.

La evidencia indica que entre el 30% y el 60% de las personas que viven con obesidad presentan alguna condición de salud mental (Quintero, 2016). Un estudio que analizó datos de millones de personas encontró que los pacientes con obesidad mostraron porcentajes significativamente más altos para muchos diagnósticos psiquiátricos en comparación con los pacientes sin obesidad (Simon et al., 2006).

En el estudio "Psicopatología en el paciente con obesidad" los autores utilizaron un cuestionario de auto informe (BDI-II), encontraron que un 80.9% de la muestra presentaba sintomatología depresiva (puntuación ≥ 13), de los cuales el 35.8% era moderada y el 8.1% severa (Moreno-Enríquez et al., 2016).

La comorbilidad entre la obesidad y los trastornos del estado de ánimo es un fenómeno ampliamente documentado, con una prevalencia significativamente mayor en la población adulta con obesidad en comparación con la población general (Luppino et al., 2010).

La asociación entre obesidad y trastornos del estado de ánimo también muestra variaciones significativas según el grado de obesidad, medido por el IMC. La OMS (1997) definió la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m², clasificándola en Obesidad I (30-34.9 kg/m²), Obesidad II (35-39.9 kg/m²) y Obesidad III (IMC ≥ 40 kg/m²).

Se ha observado una tendencia consistente a que la sintomatología depresiva aumente con la severidad de la obesidad. Algunos estudios sugieren una prevalencia de depresión hasta tres veces mayor en pacientes con un IMC superior a 40 (obesidad mórbida) en comparación con aquellos con un IMC entre 35 y 39.9. Esta relación implica que los individuos con obesidad severa o mórbida representan un subgrupo particularmente vulnerable. El aumento de los síntomas depresivos con grados más altos de obesidad sugiere que los riesgos para la salud física y mental se exacerban a medida que la obesidad progresa. Esto requiere un abordaje de la

patología anímica más intensivo e inmediato. Cualquier estrategia de tratamiento para la obesidad mórbida, como la Cirugía Bariátrica y Metabólica, debe incluir psicólogos y psiquiatras dado el mayor riesgo de desafíos psicológicos preexistentes y postoperatorios en esta población (Onyike et al., 2003 & Luppino et al., 2010).

Variaciones según Género, Edad, Etnia y Nivel Socioeconómico.

La relación entre obesidad y trastornos del estado de ánimo no es uniforme en toda la población, sino que varía considerablemente según factores demográficos y socioeconómicos (Carpenter et al., 2000 & Paganoni et al., 2007).

Género

La asociación entre obesidad y depresión es consistentemente más fuerte en mujeres. La asociación en la que la depresión conduce a la obesidad es más pronunciada en mujeres en la edad adulta. Las mujeres, en general, tienden a presentar una peor salud mental. En diversas muestras de pacientes con obesidad, la mayoría son mujeres, con proporciones que van desde el 72% hasta el 88.4%. Sin embargo, un estudio en mujeres en edad fértil no encontró una asociación directa entre el exceso de peso y los síntomas depresivos, pero sí destacó la relevancia de factores socioeconómicos (Luppino et al., 2010).

Edad

La depresión muestra una prevalencia elevada en grupos de edad más jóvenes (por ejemplo, menores de 21 años) y, posteriormente, aumenta con la edad. Los hombres mayores de 65 años, en particular, presentan una mayor prevalencia de depresión que otros grupos de edad. La edad media de los pacientes en algunos estudios se sitúa alrededor de los 42 años (Kessler et al., 2005).

Nivel Socioeconómico y Educación

La falta de educación, la residencia en zonas urbanas y la ausencia de una relación sentimental estable se asocian con una mayor probabilidad de experimentar

síntomas depresivos. Las desigualdades socioeconómicas, junto con las raciales y étnicas, exacerbaban las barreras para acceder a programas de manejo de peso y a la atención de salud en general (Lorant et al., 2003).

Etnia

La predisposición genética a la obesidad puede estar influenciada por la diversidad étnica, y la dieta puede tener un impacto significativo en la expresión de los genes. Además, factores socio ambientales y la aculturación también influyen en los comportamientos relacionados con el peso en poblaciones hispanas y latinas. No hay una asociación de etnia, IMC y depresión que resulte un indicador de prevalencia (Ordovás & Smith, 2010).

La interacción de género, edad, nivel socioeconómico y etnia configura una compleja red de vulnerabilidades. La mayor prevalencia de la relación en mujeres podría deberse a una combinación de factores biológicos, como las fluctuaciones hormonales, y a presiones sociales intensificadas relacionadas con la imagen corporal y el estigma del peso. Las disparidades socioeconómicas y la falta de educación agravan estos riesgos, lo que sugiere que abordar la interconexión entre obesidad y trastornos del estado de ánimo requiere estrategias de salud pública que sean culturalmente sensibles, equitativas y que adopten una perspectiva intersectorial (Vartanian & Smyth, 2013).

Abordaje Terapéutico

Dada la complejidad y bidireccionalidad de la relación entre la obesidad y los trastornos del estado de ánimo, las estrategias de intervención más efectivas son los enfoques integrados y multidisciplinarios de manera simultánea. Un equipo que incluya endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras y especialistas en actividad física puede garantizar una atención integral y coordinada que aborde tanto los aspectos físicos como los mentales (Wharton et al., 2020).

Las consideraciones farmacológicas especiales son necesarias. La selección de psicofármacos debe realizarse con precaución, considerando su potencial de

aumento de peso, y los planes de tratamiento deben ser individualizados. El monitoreo continuo del peso es indispensable (Gafoor et al., 2018).

Los psiquiatras pueden decidir una monoterapia o combinar psicofármacos según lo requiera la clínica del paciente (Stahl, 2021).

Los fármacos utilizados pueden ser: inhibidores de recaptación de serotonina (IRSS) fluoxetina, sertralina, escitalopram, estos tienen menos probabilidades de aumento de peso, incluso los primeros meses de tratamiento el paciente puede disminuir de peso. El bupropion tiene un 15% menos de probabilidades de aumento de peso que la sertralina. De este grupo hay que evitar la paroxetina y la mirtazapina que aumentan significativamente el peso corporal. Cada fármaco deberá elegirse según los síntomas predominantes que padezca el paciente, cada uno de ellos tiene diferente especificidad (Serretti & Mandelli, 2010).

Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO) provocan aumento de peso por lo que deben evitarse (Serretti & Mandelli, 2010).

Dentro de los estabilizadores del ánimo la lamotrigina y el topiramato no aumenta el peso. Especial atención nos merece el topiramato para los pacientes con obesidad porque tiene un efecto anti impulsivo y ansiolítico que beneficia notablemente el tratamiento del ánimo y del descenso de peso (Stahl-781). El resto de estabilizadores: carbamazepina, gabapentina, pregabalina, divalproato de sodio y litio provocan un significativo incremento del apetito y del peso (Zaccara et al., 2011).

Los antipsicóticos con frecuencia se combinan con los antidepresivos para ansiolisis o para potenciar el efecto de los antidepresivos o para abordar los síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo en depresión mayor y bipolaridad. Los que menos impactan el peso son aripiprazol y bexiprazol que a dosis bajas tienen un efecto activante del estado de ánimo y por esto se utilizan en combinación con los antidepresivos; a dosis altas presentan un efecto antipsicótico. Risperidona y quetiapina aumentan el peso en menor porcentaje y dosis dependiente. Olanzapina y clozapina aumentan significativamente el peso corporal (Leucht et al., 2013).

Finalmente, los programas de prevención primaria y secundaria deben enfocarse en promover comportamientos saludables desde edades tempranas, abordar los determinantes sociales de la salud y proporcionar intervenciones tempranas para aquellos en riesgo, con el fin de prevenir el inicio o la progresión de ambas condiciones (OMS, 2021).

El soporte Psicológico Integral es imprescindible con acceso a terapias psicológicas basadas en la evidencia, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y las intervenciones basadas en *Mindfulness*. Estas terapias deben adaptarse a las necesidades individuales, incluyendo la historia de trauma y los patrones de alimentación emocional. En nuestro servicio, el abordaje psicológico es psicoanalítico con un enfoque psicosomático según la estructura psíquica del paciente, con respuestas clínicas altamente favorables (American Psychological Association, 2017).

Conclusiones

Obesidad y trastornos del ánimo son una asociación compleja e interconectada que comparte mecanismos fisiopatológicos (neuroendocrinos, inflamatorios, de neurotransmisores, del eje intestino-cerebro, genéticos y epigenéticos). La desregulación crónica del estrés (a través del eje HHA y el cortisol), la inflamación sistémica (derivada de la disfunción del tejido adiposo) y la disbiosis intestinal, en conjunto, alteran el equilibrio de los neurotransmisores, creando una vulnerabilidad biológica compartida que predispone tanto a la obesidad como a los trastornos del estado de ánimo. Esta interconexión exige de intervenciones múltiples y simultáneas, ya que tratar un aspecto de forma aislada podría no producir resultados sostenibles. Por ejemplo, la reducción de la inflamación mediante cambios en la dieta o el aumento de la actividad física podrían no solo mejorar la salud metabólica, sino también aliviar los síntomas depresivos (Lassale et al., 2019).

Del mismo modo, el manejo del estrés a través de terapias psicológicas podría impactar positivamente el eje HHA y la microbiota intestinal, influyendo así

en el manejo del peso. Esta perspectiva integral es fundamental para desarrollar tratamientos verdaderamente efectivos y duraderos.

Referencias

- American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bener, A., et al. (2014). The potential impact of family history of metabolic syndrome and risk of type 2 diabetes mellitus: In a highly endogamous population. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(1), 52.
- Carpenter, K. M., et al. (2000). "Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study". *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Cordeiro, T. D.C. et al. (2024) Asociación entre niveles de ansiedad y depresión en adultos con obesidad. *Enfermería Global* (2024), 83–121. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.587821>
- Cryan, J. F., et al. (2019). The Microbiota-Gut-Brain Axis. *Physiological Reviews*, 99(4), 1877-2013.
- Dallman, M. F., et al. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of 'comfort food'. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 100(20), 11696-11701.
- Felitti, V. J., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Gafoor, R., et al. (2018). Antidepressant use and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study. *BMJ*, 361, k1951.
- Gershon, M. D. (1998). *The Second Brain: A Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine*. New York: HarperCollins.
- Hudson, J. I., et al. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Kessler, R. C., et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., et al. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965-986.

- Lorant, V., et al. (2003). "Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., et al. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. (2016) Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PloS One* doi: 10.1371/journal.pone.0157240. PMID: 27285386.
- Quintero, J.- Félix Alcántara, M- Banzo Arguis, C. (2016) Psicopatología en el paciente obeso versión impresa ISSN 0185-3325. *Salud Mental* vol.39 no.3.
- Onyike, C. U., et al. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1139-1147.
- Ordovás, J. M., & Smith, C. E. (2010). Epigenetics and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 7(9), 510–519.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Promoción de la salud y determinantes sociales de la salud: Hacia una mayor equidad*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2022) *Datos globales sobre obesidad y sobrepeso para el año 2022*. Fichas de actualización. OMS
- Paganoni, S., et al. (2007). Gender differences in the association between obesity and depression. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Puhl, R. M & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). Cambridge University Press.
- Serretti, A & Mandelli, L. (2010). Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1259-1272.
- Simon, G. E., et al. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Valles-Colomer, M., et al. (2019). The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nature Microbiology*, 4(4), 623-632.
- Vartanian, L. R & Smyth, J. M. (2013). The impact of body image dissatisfaction on health-related behaviors: The moderating role of self-esteem. *Body Image*, 10(1), 67-75.
- Wharton, S., et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 192(31), E875-E891
- Wilmore, J. H & Costill, D. L. (2004). *Fisiología del esfuerzo y del deporte* (5.ª ed.). Paidotribo.
- Volkow, N. D., et al. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 37-46.
- Zaccara, G., et al. (2011). Weight gain and antiepileptic drugs: A review. *Seizure*, 20(8), 583-594.

Capítulo 15

Trastornos de Ansiedad: absorción de psicofármacos en Cirugía Bariátrica y Metabólica

Dr. Maximiliano Smith

Hospital Privado de Comunidad. HPC

maximiliano.smith@hpc.org.ar

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina

“...Aun soy víctima de mi pensar. ¿Cuándo podré ordenarle a mi pensar mantener silencio, que mis pensamientos, perros obstinados, se arrastren a mis pies? ¿Cómo puedo alguna vez esperar percibir más fuerte tu voz, más claramente tus visiones, cuando todos mis pensamientos aúllan alrededor de mí? ...” Carl Jung. Liber primus.

Introducción

El fenómeno ansioso se puede comprender y abordar a través de diferentes objetivos. Por un lado, podremos usar una lente amplia que ilumine lo *macro* de esta enfermedad y por otro lo *micro* desde lo celular, y porque no también, hasta lo molecular y genético. Es importante entender que la ansiedad es inherente al ser humano. A lo que “románticamente” y dialécticamente conocemos como ansias, nerviosismos, inquietud o angustias en diversas situaciones de la vida cotidiana.

Este abanico de vivencias subjetivas tiene sentidos y propósitos biológicos en el organismo. Con la lente puesta en lo neurobiológico, buenas explicaciones encontramos en textos del Alvano et al. (2020) en uno de sus libros. Allí considera las experiencias emocionales y sentimientos centrándose en la amígdala cerebral que no solamente es la encargada de activar las regiones relacionadas con la expresión somática de las emociones, sino que además coordina la activación de estas estructuras con las áreas neocorticales encargadas del procesamiento consciente de la experiencia emocional o sentimientos que genera en definitiva la toma de conciencia de la emoción. Por otro lado, el hipocampo tiene la función de contextualizar las descargas amigdalinas y así se genera procesamiento de la

información que determina que la respuesta sea diferente frente a una situación de miedo real o imaginario (Alvano., 2020).

Personas con trastornos de ansiedad experimentan miedo y preocupación de manera intensa y excesiva. La angustia es uno de los principales síntomas, pero solo es la punta del iceberg, lo que se evidencia, lo que se ve, lo que se siente subjetivamente, pero debajo subyace toda la complejidad que la origina. En términos generales va acompañado también de desagradables vivencias de tipo somáticas que son el resultado de descargas autonómicas cerebrales del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico.

Para entender un poco más los fenómenos, se ha avanzado sobre la conceptualización de la corteza cerebral insular que, por un lado, desempeñaría un papel central en el temor aprendido o miedo condicionado, pero, por otro lado, también en los cuadros de ansiedad. Estudios de resonancia magnética funcional pudieron mostrar como esta región de la corteza se activa cuando a los sujetos se les anticipa el conflicto (Phelps et al 2001). Otros autores amplían agregando la memoria de trabajo (Working memory) en tanto fenómeno cognitivo y elemento necesario para un buen funcionamiento del sistema. Analizaré más adelante la importancia de los fenómenos mnésico-cognitivos en el contexto de obesidad. Además, la corteza insular interviene en las respuestas al gusto, entre otras (Alvano, 2020).

El espectro entonces es suficientemente amplio y va desde manifestaciones ansiosas cotidianas con propósitos y utilidades biológicas muy precisas, entre ellos la propia supervivencia en ocasiones, hasta el fenómeno patológico de la ansiedad, generando los trastornos de ansiedad en sí.

La OMS (2021) comunicó que 359 millones de personas en el mundo sufrían de trastorno de ansiedad, entre ellas 72 millones de niños y adolescentes. En 2017 a través de publicación de un documento, de un modo que considero muy inteligente y estratégico se basó en estadísticas y estimaciones observadas a nivel mundial.

Se refirieron dos enfermedades del ser humano que ocupan los primeros lugares en la preocupación sanitaria: la Depresión y la Ansiedad.

Las definió como **Enfermedades Comunes**, de este modo se colocan en la agenda sanitaria mundial a estas dos enfermedades en el primer plano, como enfermedades que debemos considerarlas “comunes“, pero principalmente tratables. Las estimaciones mostradas en este documento son aterradoras.

Describiré más adelante algunas de ellas, pero primero me gustaría proponer el ejercicio introspectivo, el de considerar por un momento vivenciar síntomas y signos de algún trastorno afectivo (Depresión) o algún trastorno de ansiedad y vivir en carne propia la declinación inexorable de la calidad de vida provocada por alguna de estas dos enfermedades comunes, como un intento empático y compasivo de comprobar todo lo que esto implica, posiblemente así comprenderíamos aún más la profunda gravedad del asunto.

Algunas conclusiones importantes de este documento: Solo el 50 % de los pacientes de los que se estima que sufren Trastorno de ansiedad o Trastorno depresivo reciben algún tipo de tratamiento (OMS, 2017).

Varios estudios han podido demostrar que la prevalencia a lo largo de la vida de Depresión, Trastornos de ansiedad (pánico) y trastornos alimentarios es alta en los pacientes candidatos a cirugía de obesidad. Pudieron ver que al menos en algún momento de la vida tuvieron alguno de estos trastornos en alrededor de 55 % de los casos referidos a cirugía (Barbuti, 2022).

Parece necesario hacer un alto aquí para describir escenas de la vida cotidiana de los consultorios de psiquiatría. Nunca falta en la consulta el paciente que, hace “unos años” fuera diagnosticado de “Insomnio” sin otros comentarios o mayores aclaraciones. En el intento de conocer su historia se cae en la cuenta de que ese medicamento indicado para tal insomnio esconde un diagnóstico que en retrospectiva podría haber sido tratado correctamente.

Podemos concluir en términos sanitarios que se ha estado tratando algunos de estos trastornos comunes con abordajes insuficientes e incorrectos que no hacen otra cosa que enmascarar el problema. Es frecuente observar intervenciones tales como: ansiolítico o similar, hierbas medicinales u otras hierbas, incluido un espectro que va desde hierbas inocuas o infusiones hasta marihuana en sus variadas presentaciones.

El fenómeno silencioso de apoptosis.

Tan silencioso como implacable es el fenómeno de apoptosis o muerte celular programada. Por una parte, es fundamental y necesaria en el neurodesarrollo, junto con los procesos de poda neuronal. Por otra parte, encontramos el daño provocado por inflamación de bajo grado en ansiedad, depresión y obesidad que genera desequilibrio de estos delicados sistemas. El resultado se podría decir que será: poda donde no se debe podar y muerte celular programada en aquellas neuronas que han perdido funcionalidad. Visibilizar estos procesos nos permite ajustar tratamientos e intervenciones hacia la pretendida medicina de precisión, especialmente con *timing* en las intervenciones, dicho, en otros términos, no seguir llegando tarde con los tratamientos apropiados.

Depresión, ansiedad y estrés permanecen vinculados a través del concepto de metaplasticidad acuñado por Abraham & Bear (1996) que es, en pocas palabras, la capacidad de modificar la plasticidad sináptica según algún evento bioquímico o eléctrico previo. El estrés actúa sobre el hipocampo generando atrofia como lo observado en depresión. Esto es llamado disfunción en los fenómenos neuroplásticos. También el estrés desempeña un papel predominante en los cuadros de ansiedad. La modulación glutamatérgica, las alteraciones cortisólicas y los factores neurotróficos deficitarios juegan un papel fundamental en la disrupción de la neuroplasticidad desencadenando muerte celular programada. Debemos mencionar en este punto el BDNF (Factor neurotrófico derivado del Cerebro) necesario para la supervivencia de nuevas neuronas cuya expresión aumenta con el uso de antidepresivos (Alvano, 2020).

Por carácter transitivo es dable observar que, como existen millones de personas en el mundo con trastornos de depresión y trastornos de ansiedad, los tratamientos instaurados (si tienen la suerte de tener alguno) son por lo menos inapropiados como explica la OMS (2021). Final de la historia: el paciente ha perdido unas cuantas neuronas en el camino.

Del total de las personas que padecen depresión y ansiedad en el mundo solo reciben algún tipo de tratamiento el 50%, y de estos, solo 1 de cada 4 pacientes con depresión o ansiedad recibieron un tratamiento apropiado, reza el documento.

Algunos números más del escrito de la OMS (2021) sobre “Enfermedades Comunes”: A nivel mundial, se calcula que 4,4% de la población sufre un trastorno depresivo y 3,6%, un trastorno de ansiedad. Esta tasa mundial de prevalencia varía levemente entre las regiones de la OMS. Dado que muchas presentan ambas condiciones simultáneamente (comorbilidad), sería inapropiado simplemente sumar estas dos cifras para obtener una cifra total con respecto a los trastornos mentales comunes. En estas estimaciones generales de prevalencia se registran distintas formas de intensidad, y al menos un tercio de los casos sintomáticos son de moderados a severos.

Los Trastornos de Ansiedad son un conjunto de síntomas y signos que terminan por provocar la alteración de la homeostasis del sistema dando como resultado una pérdida de la funcionalidad y de la calidad de vida de la persona. Por deducción y extrapolación, esta declinación en la calidad de vida y pérdida de fuerza de trabajo agravará aún más el fenómeno observado a nivel mundial en estimaciones de sobrepeso y obesidad, estas comorbilidades como se dijo no son infrecuentes.

Producen como mencioné antes, una profunda alteración de la calidad de vida y fuerza de trabajo que supone una pérdida de salud y carga de enfermedad tomado como porcentaje del total de años vividos con discapacidad. En América latina, por ejemplo, en Argentina esto representa el 5.9 % del total de años vividos con discapacidad. En el caso de México: 4%, mientras que en Brasil representa el 8.3 % del total de años vividos con discapacidad (Tabla 1) (OMS, 2017).

Tabla 1

Prevalencias en región de las Américas OMS/OPS

Región de las Américas de la OMS

PAÍS	PREVALENCIA*				PÉRDIDA DE SALUD/CARGA DE ENFERMEDAD**			
	Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad		Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad	
	Total de casos	% de población	Total de casos	% de población	Total de años vividos con discapacidad	% del total de años vividos con discapacidad	Total de años vividos con discapacidad	% del total de años vividos con discapacidad
Antigua y Barbuda	4 424	5,1%	5 327	6,1%	794	9,0%	492	5,6%
Argentina	1 914 354	4,7%	2 542 091	6,3%	340 420	8,5%	235 969	5,9%
Bahamas	19 138	5,2%	22 721	6,2%	3 413	8,7%	2 093	5,4%
Barbados	14 586	5,4%	16 640	6,1%	2 575	8,0%	1 522	4,8%
Belice	14 956	4,4%	19 295	5,7%	2 713	8,9%	1 792	5,9%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	453 716	4,4%	565 857	5,4%	82 101	8,6%	52 430	5,5%
Brasil	11 548 577	5,8%	18 657 943	9,3%	2 129 960	10,3%	1 718 833	8,3%
Canadá	1 566 903	4,7%	1 652 746	4,9%	261 307	6,9%	151 851	4,0%
Colombia	2 177 280	4,7%	2 691 716	5,8%	388 707	9,4%	250 109	6,0%
Costa Rica	216 608	4,7%	211 997	4,6%	38 445	9,1%	19 684	4,7%
Cuba	605 879	5,5%	675 037	6,1%	107 008	8,8%	62 007	5,1%
Chile	844 253	5,0%	1 100 584	6,5%	149 514	8,8%	102 106	6,0%
Ecuador	721 971	4,6%	879 900	5,6%	130 497	9,2%	81 544	5,8%
El Salvador	255 032	4,4%	267 780	4,6%	44 820	8,0%	24 732	4,4%
Estados Unidos de América	17 491 047	5,9%	18 711 966	6,3%	3 088 893	8,4%	1 709 258	4,6%
Granada	4 848	4,7%	5 910	5,7%	871	8,4%	545	5,2%
Guatemala	580 994	3,7%	652 313	4,2%	102 878	7,5%	60 518	4,4%
Guyana	33 700	4,5%	42 507	5,7%	6 025	8,1%	3 914	5,3%
Haití	437 639	4,3%	565 920	5,5%	78 379	7,1%	51 941	4,7%
Honduras	308 862	4,0%	335 907	4,3%	55 220	8,6%	31 320	4,9%
Jamaica	134 054	4,8%	159 012	5,7%	23 997	8,5%	14 640	5,2%
México	4 936 614	4,2%	4 281 809	3,6%	866 544	8,6%	399 231	4,0%

Fuente: OMS. (2020). *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental*. (mhGAP). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

El Programa de Acción para Reducir la Brecha en Salud Mental de la OMS (mhGAP) (2020), este programa tiene como objetivo ampliar los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, especialmente en países de ingresos bajos y medios. El programa sostiene que, con la atención adecuada, asistencia psicosocial y medicación, decenas de millones de personas podrían recibir tratamiento para la depresión, la esquizofrenia y la epilepsia, prevenir el suicidio y comenzar a llevar una vida normal, incluso donde los recursos son escasos (OMS, 2020).

Es evidente que, como agentes sanitarios, desde el lugar que a cada uno nos toque, tenemos la necesidad de generar programas de asistencia integrales y con accesibilidad universal. También es necesario permanecer informados y actualizados sobre los nuevos programas existentes y en qué medida desde nuestros consultorios aportamos para estas causas. Uno de esos modos en que podemos colaborar, de maneras directas e indirectas, es en la conformación de equipos multidisciplinarios. Basados en evidencias y abordajes apropiados como lo es la interdisciplina como modelo conceptual. Este modelo debe tener como principal atribución la suficiente flexibilidad como para ofrecer a cada caso en

particular, dentro de las posibilidades con las que se cuenta, una asistencia integrada, a tiempo y efectiva.

Por otro lado, contamos con el DSM V (2013), que es un manual descriptivo de patología mental que provee información muy útil en la práctica clínica. Quizás sea importante aclarar que la clínica no dejará nunca de ser soberana, de manera que, cada individuo en su singularidad deberá ser tomado como un único e irrepetible universo sobre el que intentaremos descubrir, a través de la anamnesis, algunos datos que nos permitan ayudar, asistir y acompañar sus problemas o dificultades.

De algún modo, y sin olvidar que la complejidad de la existencia del ser humano no podría reducirse jamás a unos cuantos criterios, debemos hacer un uso racional de estos recursos diagnósticos. No obstante, se trata de un sistema de clasificación de enfermedades con amplia trayectoria y ediciones con esforzados procesos de ajustes que lo validan para poder abordar las enfermedades de salud mental y, en parte, este capítulo.

Tomaré solo la clasificación actual de los diferentes modos de presentación de los trastornos de ansiedad, entre ellos:

- 1- **TAG.** Trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de las preocupaciones excesivas
- 2- **Trastorno de pánico**
- 3- **Trastorno de ansiedad social**
- 4- **Trastorno por agorafobia / 5-Trastorno de ansiedad por separación / 6- Fobias específicas / 7- Mutismo selectivo.**

Además de estos diagnósticos mencionados no debemos olvidar los llamados trastornos de ansiedad secundarios: **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica**, por ejemplo: asma, EPOC, hipertiroidismo, HTA, Feocromocitoma y otras enfermedades endócrinas, hipovitaminosis B12, entre otros, y especialmente tener presentes los **Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos** tales como: Alcohol / Cannabis / Inhalantes / alucinógenos / Sedantes / opiáceos / cocaína / Anfetaminas y otros. (DSMV, 2014).

Cuando la integración de comportamiento, regulación emocional y temperamento es crucial.

Es importante hacer distinciones aclaradoras entre comportamientos, temperamentos, impulsividad y conductas compulsivas basándonos en el avance de las evidencias y publicaciones. Esto sería un hipotético Espectro que avanza desde estos comportamientos hacia los diagnósticos clínico-psiquiátricos tales como Trastornos de Ansiedad, Depresión Mayor, Trastornos del comportamiento alimentario.

En este esfuerzo de lograr estas distinciones, los estudios científicos han ido agregando aspectos narrativos dentro de los razonamientos clínicos. Se han conseguido mejores descripciones sindromáticas que resultan más cercanas a la realidad de los pacientes. Podemos mencionar en el contexto de los pacientes candidatos a cirugía de obesidad: conductas o comportamientos alimentarios Desadaptativos / Maladaptativos / Erráticos / Alimentación no normativa / Comportamientos alimentarios problemáticos entre otros. Corresponde aclarar en este punto que: **sobrepeso y obesidad no son sinónimos de enfermedad mental, tampoco son sinónimos de trastornos del comportamiento alimentario.**

Comprender los comportamientos, al menos hipotéticamente, permite en psicología y psiquiatría desarrollar hipótesis de trabajo basándose en la singularidad de cada paciente, con asiento en las evidencias y avances neurocientíficos.

Temperamento, carácter, regulación emocional, control de impulsos e impulsividad, comportamientos compulsivos *linkeados* con diagnósticos como trastornos de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios, han sido y son estudiados en el cuerpo de evidencia.

Schaffer et al., (2017), realizaron un estudio con el objetivo de ampliar el conocimiento de buena parte de estos aspectos en precandidatos a CBM. Con ayuda de procesamientos de los datos estadísticos obtenidos realizaron un interesante aporte.

Lo podemos simplificar en un **Espectro** (Fig.1) que va desde la funcionalidad de alto nivel o lo que los autores llamaron resilientes de alto funcionamiento

(*Resilient high functioning*) hasta el otro extremo en donde predomina la desregulación emocional y el bajo control (*Emotionally desregulated/Undercontrolled*) con especial asociación de reducción del control en el comportamiento alimentario. El autocontrol y la desregulación emocional posteriormente fueron fuertemente vinculados a la alimentación en nuevos estudios (Schafer, 2017 & Sockalingam, 2020).

Figura 1

Espectro



Fuente: Esquema adaptado de Schafer L., et al. (2017). Identifying prebariatric subtypes based on temperament traits, emotion dysregulation, and disinhibited eating: a latent profile analysis. *Int J Eat Disord.* 2017;50(7):723–736.

Cuando la toma de decisiones se hace difícil

Numerosos autores estudiaron las funciones cognitivas considerándolas complejas integraciones neurobiológicas que consiguen sostener las funciones ejecutivas. La memoria es crucial para los aspectos de la vida cotidiana, estas van desde llevar adelante una conversación hasta resolución de variadas actividades más complejas. En este caso la corteza prefrontal dorsolateral (CPF DL) filogenéticamente es más nueva y es la mayor región implicada en este tipo de memoria, pudiendo así los seres humanos conseguir la resolución de problemas y tomar las decisiones más convenientes. Los autores también vinculan estos aspectos neurobiológicos, entre otros más complejos, con la motivación y la recompensa (Alvano, 2020).

Ha sido documentado el déficit cognitivo en alrededor del 23% de los pacientes candidatos a CBM. Tomando en cuenta una sub-caracterización del deterioro como “deterioro cognitivo sutil” reportan que cerca del 40 % de los

pacientes lo presentan. El creciente cuerpo de evidencia sugiere una asociación común entre obesidad y deterioro de funciones ejecutivas (Cornejo & Pareja, 2021).

Al contar con este conocimiento desde lo neurocognitivo, otro buen ejercicio podría ser pensar en algunas dificultades que pueden presentar los pacientes candidatos a cirugía de obesidad, tomando terminología anglosajona: “the **decisión-making process**”. Es de vital importancia la toma de decisiones en la vida del ser humano y es necesario contar con mecanismos de afrontamiento saludables y habilidades para la resolución de problemas con eficacia. Pagar cuentas, refinanciar deudas, resolver una rencilla interpersonal, elegir en lugar de un alimento altamente palatable uno de mayor valor nutricional que requiere de mayor autogestión y autodeterminación, elegir entre un buen profesor de gimnasia experto en CBM y uno de un gimnasio que solo genera estigma, son buenos ejemplos entre muchos de la vida misma.

De manera compasiva, integrada y empática debemos comprender que los pacientes candidatos a CBM deben tomar estas decisiones trascendentales además de desafíos importantes en la búsqueda del pretendido estilo de vida saludable. De esta manera y utilizando el *timing* apropiado, podremos adaptarnos a las necesidades de cada individuo para cada intervención, con las palabras, medicaciones, tratamientos e intervenciones más acertadas y asertivas en cada caso.

El abordaje terapéutico de personas con obesidad y candidatos a CBM que cursen un trastorno de ansiedad debe poder integrar todos los aspectos mencionados hasta aquí.

Perspectivas terapéuticas de los Trastornos de ansiedad

Algunos asuntos psicofarmacológicos de importancia

La clave para un buen tratamiento es: el que se efectiviza y se concretiza. Parangonando un dicho popular en Argentina diré: “*No hay peor gestión que la que no se hace*”. Debajo de este primer punto clave subyace un segundo e importantísimo asunto psicofarmacológico el cual es la selección racional de medicaciones en contexto de CBM. Existen variadas posibilidades terapéuticas con

muy buenos resultados en tratamientos de trastornos de ansiedad. Algunos serán de preferencia en CBM si prestamos atención a las recomendaciones de manuales y evidencias.

Los trastornos de ansiedad en términos generales tienden a ser crónicos, de modo que la sostenibilidad y tolerabilidad es la tercera clave importante para tener en cuenta. Dicho en otros términos más clínicos y aplicados: si un paciente candidato a CBM es medicado con algunos de los fármacos con probada vinculación con el aumento ponderal es más probable, no nos deberá sorprender que eso no funcione. También sucederá que se aleje aún más la posibilidad de ser correctamente tratado, además de la consecuencia del aumento de peso y el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida.

Existen suficientes estudios de larga data que observaron los efectos y resultados de tratar o no tratar los trastornos de depresión o ansiedad. No tratarlos es incorrecto, no es de buena práctica clínica y además contrariamente a lo que se podía suponer en el pasado, en CBM se han encontrado evidencias de que los pacientes bien tratados para estas enfermedades comunes como depresión y ansiedad resultan pacientes a los que incluso les va mejor que a otros pacientes sin enfermedad mental (Kozela, 2024).

***No todos los psicofármacos ni todos los antidepresivos
producen aumento de peso.***

Publicaciones han estudiado la asociación entre medicaciones antidepresivas de uso habitual y el riesgo de aumento ponderal. En este caso por ejemplo se ha encontrado que Escitalopram (ampliamente utilizado y recomendado para trastornos de ansiedad), se ha relacionado con al menos el 15% de riesgo de generar aumento de peso en contexto de pacientes bariátricos estudiados y en esta misma línea paroxetina y duloxetina fueron relacionadas con aumento de peso también, no así otros antidepresivos de uso común.

Fluoxetina ha sido muy segura en los tratamientos de largo plazo y no ha sido vinculada al aumento de peso. Hay que destacar también que este es un fármaco

sumamente exitoso y estudiado en comportamientos alimentarios problemáticos y/o patológicos.

Por otro lado, se demostró en un estudio prospectivo de importante cantidad de pacientes que bupropion tuvo entre un 15 a un 30% menos de posibilidades de generar aumento de peso en contexto de tratamiento para depresión. Por último y no menor es, que los pacientes presentaron mejores seguimientos en comparación de los pacientes sin tratamientos antidepresivos y también mejores objetivos logrados a los dos años en términos de IMC (Mushtaq, 2024 & Petimar, 2024).

Haciendo un análisis del estado del arte puede verse en publicaciones que no han contado con profesionales especialistas en salud mental, conclusiones que a la luz del conocimiento de la neuropsiquiatría actual son, al menos, errores conceptuales. Tanto es así que, en un análisis más meticuloso de estas fuentes, varios de estos hallazgos de aumento ponderal no son concluyentes y son contradictorios, por ejemplo, la venlafaxina, que en los manuales de psiquiatría basados en evidencias no ha sido vinculada al aumento de peso.

También este fenómeno se puede observar en materiales de divulgación para pacientes por diferentes vías de comunicación masivas como son las redes sociales, Instagram, Facebook etc., incluso de prestigiosos profesionales, con el riesgo que esto representa.

Al respecto tomaré uno de los libros de Stahl (2024), en tanto referente mundial, en donde sus revisiones muestran que muchos de los psicofármacos han sido erróneamente vinculados con el aumento ponderal, por ejemplo, fluoxetina, venlafaxina, aripiprazol, brexpiprazo, sertralina. Será bueno mencionar un reporte de aquellos psicofármacos que pueden usarse con perfil de seguridad aceptable respecto del peso y metabolismo.

El efecto adverso en el peso es reportado como **INUSUAL** en: trazodona, fluvoxamina, lamotrigina, topiramato, lumapeterona, lurasidona, pimavanserina, vilazodona, vortioxetina, ziprasidona, citalopram, alprazolam, clonazepam, midazolam, lorazepam, armodafinilo, modafinilo, naltrexona, cariprazina, desvenlafaxina, duloxetina, eszopiclona, ketamina, metilfenidato, trifluoperazina, triiodotironina, vareniclina, zolpidem y zopiclona.

Es reportado como **NO INUSUAL** (que ocurre en una minoría) en: carbamazepina, haloperidol, paroxetina, pregabalina. Son reportados como **COMÚN** (muchos pacientes) en mirtazapina, clozapina, olanzapina (cabe aclarar que la combinación de fluoxetina con olanzapina resulta efectiva en depresión y tiende a neutralizarse el efecto en el peso el efecto adverso de aumento de peso), carbamacepina paliperidona, quetiapina, risperidona, valproato, zuclopentixol. Si en alguno de estos casos su uso no es reemplazable por otro psicofármaco entonces el riesgo / beneficio, y la proporcionalidad de las intervenciones deberán ser medidos con suma precaución y sensatez. La alteración y agravamiento de la calidad de vida o el suicidio consumado son costos desproporcionadamente altos y no aceptables. La ecuación deberá resolverse utilizando variadas estrategias para manejo del peso especialmente en la era de los medicamentos antiobesidad, altamente exitosos en el manejo de este problema.

Me permito esta digresión sobre litio, que es un excelente y efectivo estabilizador del ánimo ampliamente usado en la práctica clínica. Es vinculado con aumento ponderal, con indicador de frecuencia de efecto adverso "COMUN". Pero si hilamos más fino respecto de los criterios considerados en el DSMV veremos que: *aumento o reducción del peso de al menos el 5% del peso corporal* es criterio de depresión, y, por tanto, por deducción esto es reportado por los pacientes en las consultas iniciales y sin intervención psicofarmacológica. Además, también es criterio de depresión las *fantasías recurrentes de muerte o ideación y planificación suicida*. En este contexto nadie dudaría usar el litio, que ha demostrado ser un eficaz medicamento antisuicida, reduciendo suicidios consumados e intentos de suicidios no solo en trastorno bipolar sino también en depresión mayor unipolar (Stahl, 2024).

Hay recursos más que aceptables para tratar las diferentes formas de presentación de Depresión y Ansiedad y, si se utilizan de manera racional y multimodal la ecuación puede resolverse de manera razonable.

Si bien excede al propósito de este capítulo, en este análisis parece importante tener presentes nuevos estudios que señalan una asociación de coincidencia genética significativa entre depresión e índice de cintura cadera

(obesidad central), no encontrando igual asociación con IMC. Por supuesto que esto requiere de replicaciones, confirmaciones y nuevos estudios (Zhan, 2025).

De este modo creo conveniente concluir que es importante la intervención atinada, razonable y racional en la población de pacientes candidatos a CBM. La creencia errada de que **todos** los tratamientos psicofarmacológicos se vincularán necesariamente con aumento ponderal supone varios problemas técnicos. En este caso considero el que me parece más importante y es que aleja aún más a los pacientes de la posibilidad de acceder a tratamientos correctos e integrados, basados en muchos casos en creencias equivocadas.

Tiempos terapéuticos

En manuales prestigiosos de psiquiatría clínica encontraremos conceptos terapéuticos que son la base de los tratamientos de depresión y extrapolables también a los tratamientos para trastornos de ansiedad.

Estos tres tiempos de tratamiento que describiré son los que principalmente guían los procesos terapéuticos:

Tratamiento de inicio o agudo. Este es un tiempo en el que se debe acompañar a los pacientes muy de cerca y con una buena combinación de paciencia empatía y compasión. Durante este periodo los pacientes deben estar preparados para enfrentar sus síntomas sabiendo que deben esperar la respuesta psicofarmacológica sin grandes cambios en su ansiedad. A este periodo lo llamamos *latencia psicofarmacológica* y se mide no en horas ni en días, sino que en semanas. No deberían ser menos de 4-8 o 12 semanas.

Tratamiento de mantenimiento o continuación. En este punto los pacientes han logrado estabilidad, buenas respuestas y tolerancia. Lo principal en esta etapa es evitar recaídas lo que en términos generales es un gran desafío para sostener calidad de vida y no perder lo logrado.

Etapa de discontinuación. Esta etapa se da en los casos seleccionados en donde se asume que podría ser exitoso el retirado de la medicación. Se debe

controlar este período celosamente para detectar posibles recaídas y necesidad de dar continuidad al tratamiento por más tiempo (Wikinski & Jufe, 2013).

Como se puede ver los tiempos terapéuticos no son para nada estancos ni mucho menos estándar. La AATA (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad) es una organización que investiga y difunde aspectos académicos y también hace divulgación de información para pacientes. Refirieron como guía ya en 1998 un total de duración de 12 a 18 meses aproximados de tratamientos para Trastorno de pánico y agorafobia. Se considera a los trastornos de ansiedad, en términos generales, como crónicos en muchos casos. (Alvano., 2020).

Absorción de psicofármacos en contexto de CBM.

Teniendo en cuenta la importancia de lo descripto hasta aquí debemos ocuparnos de un aspecto importante: la absorción de psicofármacos en post cirugía de la obesidad.

Varios estudios y autores han coincidido en que la absorción de psicofármacos se ve reducida durante los primeros 6 meses postoperatorios de CBM, no obstante, esto tiende a estabilizarse y normalizarse alrededor de los 6 meses posteriores a la cirugía. Claramente esto tiene implicancias importantes en el mantenimiento de la estabilidad y evitar recaídas de los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión (Batelaan 2017 & Angels, 2019). (Angles, 2019).

Conclusiones

Para finalizar tomaré esta conclusión de un importante estudio: “Un equipo multidisciplinario de cirujanos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos y psiquiatras especializados en pacientes bariátricos es esencial para comprender la cronicidad de la enfermedad” (Furtado, 2023).

Desde el cuerpo de evidencias de la psiquiatría es necesario traer a discusión aquellos aspectos que podrían prestarse a confusiones, me refiero a generalizaciones tales como *“los psicofármacos generan obesidad”*, con las consiguientes consecuencias directas en los pacientes y su salud mental, su calidad de vida y que, en algunos casos, ponen en peligro su vida.

Otra consideración en lo que respecta a comunicación y divulgación: siempre tener presente el poder de las palabras y el auditorio que las escuchará. Una información sesgada o presentada en términos ambiguos, o peor, información errónea, tendrá consecuencias en una buena parte de los casos.

El estar avezados y en “**modo**” multidisciplinario “**encendido**” en los equipos nos permitirá tener una dirección terapéutica apropiada.

Referencias

- Alvano, (2020). *Trastornos del Estado de Ánimo, de Ansiedad, de Estrés Postraumático y Obsesivo Compulsivo: aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Intramed; 2020.
- Angeles, P, Robertsen H, Seeberg T, et al. (2019). The influence of bariatric surgery on oral drug bioavailability in patients with obesity: a systematic review. *Obes Rev.* 2019;20(9):1299–1311. doi:10.1111/obr.12869.
- Barbuti, M, Brancati GE, Calderone A, et al. (2022). Prevalence of mood, panic and eating disorders in obese patients referred to bariatric surgery: patterns of comorbidity and relationship with body mass index. *Eat Weight Disord.* 2022;27(1):345–354. doi:10.1007/s.
- Batelaan, N. M., Bosman, R. C., Muntingh, A., Scholten, W. D., Huijbregts, K. M., & van Balkom, A. J. L. M. (2017). Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ*, 358, j3927. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3927>
- Cornejo-Pareja I, Molina-Vega M & Gómez-Pérez AM. (2021). Factors related to weight loss maintenance in the medium–long term after bariatric surgery: a review. *J Clin Med.* 2021;10(8):1739. doi:10.3390/jcm10081739.
- DSMV, (2014). American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014.
- Furtado, GC., Girundi MA, Campolina L, et al. (2023). Depressive and eating disorders in patients post-bariatric surgery with weight regain: a descriptive observational study. *Rev Col Bras Cir.* 2023;50(2):e1725. doi:10.1590/0102-672020230002e1725.
- Kozela, M., Stepaniak, U., Koziara, K., et al. (2024). No association between history of psychiatric treatment and postoperative weight reduction after bariatric surgery. *Eat Weight Disord.* 2024;29(3):823–832. doi:10.1007/s40519-024-01645-9.
- Mushtaq, B., Galantini, G., Ottaway, J., et al. (2024). Impact of selective serotonin reuptake inhibitors on weight loss after vertical sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2024;1-5. doi:10.1016/j.soard.2024.07.017.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2020). *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*.

- Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52848>
- Petimar, J., Young, JG., Yu H, et al., (2024). Medication-induced weight change across common antidepressant treatments: a target trial emulation study. *Ann Intern Med.* 2024;177(8):993–1003. doi:10.7326/M23-2742.
- Schäfer, L., Hübner, C & Carus, T. (2017). Identifying prebariatric subtypes based on temperament traits, emotion dysregulation, and disinhibited eating: a latent profile analysis. *Int J Eat Disord.* 2017;50(7):723–736. doi:10.1002/eat.22760.
- Sockalingam, S & Leung, SE. (2020). Psychiatric management of bariatric surgery. *Psychosomatics.* 2020;61(5):498–507. doi:10.1016/j.psych.2020.04.002.
- Stahl. (2024). *Psicofarmacología Esencial de Stahl*. Guía del prescriptor. Octava edición. 2024.
- Wikinski, & Jufe. (2013). *Wikinski-Jufe. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. 2 Edición. Editorial Panamericana.
- Zhan, Y., Zhao, N., & Zhao, Q.-G. (2025). Investigating shared genetic architecture between major depressive disorder and central obesity. *Obesity*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1002/oby.24333>

Capítulo 16

Evaluación y Manejo Psicológica previo a la Cirugía de Revisión

Blanca P. Ríos M., MD, PsyD

Hospital Ángeles Pedregal y Estilo de Vida Center

blanca_rios@hotmail.com

Ciudad de México, México

Introducción

La cirugía de revisión (CR) bariátrica se ha convertido en una intervención necesaria para un porcentaje significativo de pacientes que experimentan ganancia recurrente de peso, pérdida de peso insuficiente, complicaciones quirúrgicas o falta en la mejoría de las comorbilidades médicas, después de un procedimiento bariátrico primario (Mauro et al., 2024; Salazar et al., 2024; Soukoulis, 2023).

La ganancia recurrente de peso, se define comúnmente, como la recuperación de $\geq 20\%$ del peso perdido desde el peso nadir postoperatorio, y se presenta aproximadamente del 15-25% de los pacientes bariátricos a largo plazo, siendo una de las principales indicaciones para CR (Mauro et al., 2024). Los hallazgos principales indican que el trastorno por atracón actual, la ansiedad preoperatoria elevada, la desinhibición alimentaria y la impulsividad son predictores robustos de ganancia recurrente de peso y deben ser evaluados sistemáticamente (Mauro et al., 2024; Vionnet et al., 2023). Mientras que la pérdida de peso insuficiente, generalmente definida como una pérdida de menos del 50% del exceso de peso, representa otra indicación importante para considerar procedimientos de revisión (Soukoulis, 2023).

La evaluación psicológica preoperatoria en candidatos a CR es fundamental, para identificar factores psicológicos y conductuales que contribuyeron al fracaso del procedimiento primario y para optimizar los resultados de la intervención de revisión (Vionnet et al., 2023; Von Hoyt & Walter, 2023).

Este capítulo revisa la evidencia científica publicada entre 2020 y 2026 sobre la evaluación psicológica en CR, identifica predictores psicológicos de los resultados adversos, los protocolos de evaluación recomendados y las estrategias de intervención previa a la intervención (Mishali & Kisner, 2022).

El consenso internacional establece que la evaluación interdisciplinaria, incluyendo valoración psicológica especializada y es obligatoria antes de considerar la CR (Mahawar et al., 2020).

Importancia de la Evaluación Psicológica en Cirugía de Revisión

El primer consenso internacional sobre Cirugía Bariátrica y Metabólica y Metabólica (CBM) de revisión, desarrollado mediante metodología Delphi con participación de expertos internacionales, establecen que la selección de candidatos para CR debe incluir evaluación interdisciplinaria **obligatoria**, que abarque valoración nutricional, conductual/psicológica, médica y anatómica (Mahawar et al., 2020).

Este consenso reconoce que los candidatos a CR constituyen una población clínicamente distinta con características psicológicas específicas que requieren protocolos de evaluación diferentes, de aquellos utilizados en una cirugía primaria.

La evaluación psicológica tiene múltiples objetivos como: identificar factores psicológicos y conductuales, que contribuyeron al fracaso del procedimiento primario, el detectar psicopatología activa que pueda comprometer los resultados de la revisión, el evaluar la capacidad del paciente para adherirse a recomendaciones postoperatorias y determinar si las intervenciones psicológicas pre-revisión pueden optimizar los resultados quirúrgicos (Vionnet et al., 2023).

Predictores Psicológicos

Ganancia Recurrente de peso y Resultados Subóptimos

a) Trastornos de la Conducta Alimentaria

Trastorno por Atracón.

El trastorno por atracón (TPA) o Binge Eating Disorders (BED), por sus siglas en inglés), representa el predictor psicológico más robusto de ganancia recurrente de peso, después de la cirugía primaria.

Un estudio transversal realizado en 90 pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) encontró que el 55.6% de los pacientes experimentaron

ganancia recurrente de peso significativa ($\geq 20\%$ del peso máximo perdido), y que la presencia de TPA actual se asoció con un riesgo marcadamente elevado de la ganancia de peso (Mauro et al., 2024). Este resultado indica, que los pacientes con TPA activo tienen más de seis veces mayor probabilidad de experimentar ganancia de peso, comparado con pacientes sin este trastorno, lo que tiene implicaciones críticas para la evaluación y el manejo de candidatos a CR (DSM V-TR, 2022; Mauro et al., 2024).

Esto sugiere que las conductas de atracón, desde episodios subclínicos hasta el trastorno completo, representa un factor de riesgo importante que debe ser evaluado **exhaustivamente** en candidatos a CR. Los episodios de atracón pueden persistir o reaparecer después de la CBM primaria y su presencia indica un patrón conductual desadaptativo que probablemente comprometerá los resultados de una CR si no se trata adecuadamente antes del procedimiento (Bianciardi et al., 2021).

Desinhibición Alimentaria

La desinhibición alimentaria (DA) representa un patrón conductual, caracterizado por pérdida del control cognitivo sobre la ingesta, donde los individuos tienen dificultad para resistir la tentación de alimentos altamente palatables y para limitar el tamaño de las porciones una vez que comienzan a comer. También, el comer en exceso en respuesta a estímulos externos como situaciones sociales o estados emocionales (estrés, ansiedad, tristeza), mostraron una asociación fuerte con la ganancia de peso (Mauro et al., 2024).

En un estudio de Mauro et al. (2024), la desinhibición alimentaria evaluada mediante cuestionarios estandarizados de conducta alimentaria, obtuvo que los pacientes con alta desinhibición, tienen puntuaciones significativamente más elevadas en estas escalas comparados con pacientes sin la ganancia de peso. Este patrón conductual es particularmente problemático en el contexto postoperatorio, donde la capacidad gástrica reducida requiere un control consciente y constante de la ingesta para mantener la pérdida de peso.

Otras Conductas Alimentarias Desadaptativas

El hambre aumentada, evaluada mediante escalas de conducta alimentaria, también se asoció con ganancia de peso (Mauro et al., 2024). Los pacientes que reportan niveles más altos de hambre fisiológica y/o psicológica después de la CBM primaria, tienen mayor riesgo de consumir cantidades excesivas de alimentos, contribuyendo a la ganancia de peso.

La conducta de "grazing" o picoteo continuo, caracterizada por el consumo repetido de pequeñas cantidades de alimentos a lo largo del día sin hambre fisiológica, también ha sido identificada como un patrón alimentario problemático en pacientes con ganancia recurrente de peso, aunque la evidencia cuantitativa específica de estudios actuales es limitada (Mishali & Kisner, 2022).

b) Ansiedad y Trastornos del Estado de Ánimo

Ansiedad Preoperatoria como Predictor

La ansiedad preoperatoria elevada en la CR, emergió como un predictor significativo de ganancia de peso acelerada a largo plazo. En un estudio prospectivo de cohorte de Vionnet et al. (2023), quien evaluó a 236 pacientes sometidos a RYGB, los pacientes con ansiedad de estado alta (evaluada mediante el State-Trait Anxiety Inventory, STAI-S), mostraron una trayectoria de peso significativamente menos favorable, comparado con pacientes con ansiedad baja. Esto indica que los pacientes con ansiedad preoperatoria alta, experimentan ganancia de peso más rápida posterior a la cirugía.

La ansiedad puede interferir con la adherencia a las recomendaciones postoperatorias, promover alimentación emocional como mecanismo de afrontamiento, contribuir a patrones de sueño inadecuados y reducir la actividad física, factores que pueden contribuir a la ganancia de peso (Vionnet et al., 2023).

c) Depresión y Otros Trastornos del Estado de Ánimo

Una revisión narrativa sobre factores psico-conductuales relacionados con ganancia recurrente de peso después de CBM, concluyó que los problemas de salud mental, particularmente depresión y ansiedad, están asociados con ganancia

de peso, especialmente durante los primeros dos años postoperatorios (Mishali & Kisner, 2022).

La depresión puede manifestarse con síntomas neurovegetativos que incluyen cambios en el apetito, fatiga, anhedonia y reducción de la motivación para mantener conductas saludables, las cuales pueden comprometer la adherencia a la dieta y al ejercicio. Por lo que la presencia de sintomatología depresiva significativa debe ser considerada en la evaluación integral de candidatos a CR (Mishali & Kisner, 2022).

d) Impulsividad de “no planeación”

La impulsividad de no-planificación, se caracteriza por la tendencia a actuar sin considerar las consecuencias futuras, ni la falta de planificación anticipada.

En el contexto de la conducta alimentaria postoperatoria, la impulsividad de no-planificación puede manifestarse como: decisiones alimentarias impulsivas, las compras no planificadas de alimentos poco saludables, la falta de preparación de comidas saludables y la dificultad para resistir tentaciones alimentarias inmediatas a pesar de comprender las consecuencias negativas a largo plazo. La impulsividad, específicamente el subtipo de impulsividad de no-planificación, mostró una asociación fuerte con ganancia de peso (Mauro et al., 2024).

e) Rasgos de Personalidad

Un estudio de Von Hoyt & Walter, (2023), que evaluó específicamente a mujeres candidatas a CBM, encontró que estos pacientes presentan perfiles psicológicos distintivos que se asocian con patrones de ganancia recurrente de peso a 12 meses. Aunque los detalles específicos de los rasgos de personalidad no se reportan completamente en los datos disponibles, esto sugiere que los candidatos a CR pueden tener características psicológicas diferentes de los candidatos a cirugía primaria, lo que justifica evaluaciones psicológicas.

La investigación previa ha sugerido que los candidatos a CR pueden tener mayor prevalencia de psicopatología en relación a la personalidad, particularmente

rasgos desadaptativos que interfieren con la adherencia a largo plazo y el manejo del estrés (Von Hoyt & Walter, 2023).

f) Factores Neurocognitivos

Un estudio longitudinal de Bianciardi et al. (2021), con seguimiento a 4 años evaluó predictores neurocognitivos y psicopatológicos de pérdida de peso después de CBM, encontró que el deterioro en la función ejecutiva preoperatoria y la severidad de síntomas de atracón se asociaron con menor porcentaje de pérdida de peso a 1 y 4 años.

La función ejecutiva, que incluye habilidades como planificación, inhibición de respuestas, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo, es esencial para mantener conductas de salud complejas a largo plazo. Los déficits en función ejecutiva pueden manifestarse como: dificultad para planificar comidas, resistir impulsos alimentarios, adaptarse a cambios en las rutinas y mantener la adherencia a regímenes dietéticos y de ejercicio estructurados. Por lo que el autor sugiere que la evaluación neurocognitiva puede ser valiosa en casos complejos en candidatos a CR, particularmente aquellos con historias de múltiples intentos fallidos de pérdida de peso (Bianciardi et al., 2021).

Pérdida de Peso Insuficiente

La pérdida de peso insuficiente después de CBM primaria, típicamente definida como pérdida de menos del 50% del exceso de peso o el porcentaje de pérdida del excedente de peso sea <50%, puede estar relacionada con factores técnicos-anatómicos, pero también con factores psicológicos y conductuales. Los mismos factores psicológicos que predicen ganancia recurrente de peso (trastorno por atracón, desinhibición alimentaria, impulsividad), también pueden contribuir a pérdida de peso insuficiente desde el inicio del período postoperatorio (Mishali & Kisner, 2022).

Los pacientes con psicopatología alimentaria preoperatoria no tratada, pueden tener dificultad para adherirse a las restricciones dietéticas estrictas

requeridas en el período postoperatorio temprano, logrando una pérdida de peso subóptima desde el principio (Mishali & Kisner, 2022).

La evaluación psicológica de candidatos a revisión por pérdida de peso insuficiente, debe incluir una revisión detallada de la adherencia dietética durante el período postoperatorio de la cirugía primaria, identificando patrones conductuales específicos que interfirieron con la pérdida de peso óptima (Salazar et al., 2024).

Sin Mejora en las Comorbilidades Metabólicas

La CBM tiene como objetivo, no solo la pérdida de peso, sino también la remisión o mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, incluyendo diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño e hígado graso no alcohólico. La falta de mejoría de estas comorbilidades después de cirugía primaria puede estar relacionada con: la pérdida de peso insuficiente o ganancia recurrente de peso, ambas influenciadas por factores psicológicos y conductuales (Salazar et al., 2024).

Los pacientes con adherencia subóptima a recomendaciones dietéticas y de actividad física, frecuentemente relacionada con factores psicológicos como depresión, ansiedad y falta de motivación, pueden experimentar beneficios metabólicos limitados incluso con pérdida de peso moderada.

La evaluación psicológica de candidatos a revisión por no mejoría de comorbilidades debe incluir, una valoración de la adherencia a las recomendaciones de estilo de vida postoperatorio y explorar las barreras psicológicas para el cambio conductual sostenido (Vionnet et al., 2023).

Evaluación Psicológica en Candidatos a Cirugía de Revisión

El consenso internacional sobre CBM de revisión, establece que los candidatos a CR debe determinarse mediante evaluación interdisciplinaria **obligatoria**, que incluya valoración nutricional, conductual/psicológica, médica y anatómica (Mahawar et al., 2020).

Este enfoque interdisciplinario reconoce que el fracaso de la cirugía primaria es típicamente multifactorial y que la CR tiene mayor probabilidad de éxito cuando todos los factores contribuyentes son identificados y abordados

Componentes de la Evaluación Psicológica

Entrevista Clínica Semiestructurada

La entrevista clínica representa el componente central de la evaluación psicológica y debe ser realizada por un profesional de salud mental **con experiencia** en CBM (Vionnet et al., 2023; Von Hoyt & Walter, 2023).

La entrevista debe explorar sistemáticamente los siguientes rubros:

Historia de la cirugía primaria y curso postoperatorio: tipo de procedimiento, fecha de la cirugía, peso máximo preoperatorio, peso nadir postoperatorio, patrón temporal de ganancia o pérdida insuficiente, adherencia a seguimiento postoperatorio, y complicaciones experimentadas (Mauro et al., 2024; Soukoulis, 2023);

Factores desencadenantes de ganancia o pérdida insuficiente: eventos vitales estresantes, cambios en circunstancias de vida, inicio o exacerbación de problemas de salud mental, cambios en medicaciones, y factores conductuales identificados por el paciente (Mishali & Kisner, 2022; Salazar et al., 2024; Vionnet et al., 2023);

Conducta alimentaria actual: patrones alimentarios diarios, frecuencia y regularidad de comidas, tipos de alimentos consumidos, tamaño de porciones, velocidad de ingesta, monitoreo de episodios de atracón, alimentación emocional, desinhibición, grazing, consumo de líquidos calóricos y/o conductas purgativas (Mishali & Kisner, 2022; Von Hoyt & Walter, 2023; Mauro et al., 2024);

Salud mental actual: síntomas depresivos, ansiedad, historia de trastornos psiquiátricos, tratamientos psiquiátricos previos y actuales, uso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas ilícitas), y funcionamiento psicosocial general (Mishali & Kisner, 2022; Vionnet et al., 2023; Von Hoyt & Walter, 2023; Mauro et al., 2024);

Motivación y expectativas: razones para buscar la CR, expectativas sobre pérdida de peso y mejoría de comorbilidades, comprensión de factores que

contribuyeron al fracaso de la cirugía primaria y la disposición para realizar cambios conductuales y participar en seguimiento a largo plazo (Von Hoyt & Walter, 2023; Vionnet et al., 2023).

Instrumentos Psicométricos Estandarizados y Recomendados

Basado en la evidencia de predictores psicológicos se recomienda una batería de instrumentos psicométricos estandarizados como:

a) *Entrevista diagnóstica estructurada*: La Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) o el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para evaluar diagnósticos psiquiátricos del Eje I, incluyendo trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno por atracón, bulimia nerviosa, y trastornos por uso de sustancias (Mauro et al., 2024).

b) *Evaluación de ansiedad*: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para evaluar ansiedad de estado (situacional) y de rasgo (disposicional), con particular atención a puntuaciones elevadas (>percentil 75) que predican ganancia de peso acelerada (Vionnet et al., 2023).

c) *Evaluación de depresión*: Beck Depression Inventory-II (BDI-II) o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para evaluar severidad de sintomatología depresiva.

d) *Evaluación de trastornos alimentarios*: Binge Eating Scale (BES), Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q), o cuestionarios específicos para evaluar frecuencia y severidad de episodios de atracón (Mauro et al., 2024).

e) *Evaluación de conducta alimentaria*: Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18 o TFEQ-R21) para evaluar desinhibición alimentaria, restricción cognitiva, y alimentación emocional (Mauro et al., 2024);

f) *Evaluación de impulsividad*: Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) para evaluar la atención a la impulsividad, impulsividad motora, y de no-planificación (Mauro et al., 2024);

g) *Evaluación de calidad de vida*: Instrumentos como SF-36 o cuestionarios específicos de calidad de vida en obesidad para evaluar impacto funcional y psicosocial.

Diferencias en la Evaluación Psicológica entre la Cirugía Primaria y la Cirugía de Revisión

Aunque los componentes básicos de la evaluación psicológica son similares entre cirugía primaria y de revisión, existen diferencias importantes en el enfoque y énfasis que se deben considerar:

a) Llevar a cabo un análisis más detallado del fracaso de la cirugía primaria: exploración exhaustiva de factores conductuales, psicológicos y de adherencia que contribuyeron al resultado subóptimo.

b) Evaluación de insight y comprensión: determinar si el paciente comprende los factores que llevaron al fracaso y si tiene expectativas realistas sobre la CR.

c) Evaluación de cambios en conducta: identificar qué cambios conductuales el paciente ha intentado implementar desde el fracaso de la cirugía primaria y cuáles han sido los resultados.

d) Monitoreo más exhaustivo de psicopatología alimentaria: dada la asociación **extremadamente fuerte** entre el trastorno por atracón y la ganancia de peso (Mauro et al., 2024).

e) Evaluación de expectativas: los candidatos a cirugía de revisión, pueden tener expectativas no realistas de que la CR "solucionará" los problemas sin necesidad de cambios conductuales o alternativamente, pueden tener desesperanza excesiva basada en el fracaso previo.

En la Tabla 1 se especifica más ampliamente la diferencia entre la CBM primaria y la cirugía de revisión (Von Hoyt & Walter, 2023).

Tabla 1

Comparación de la Evaluación Psicológica de la CBM primaria vs Cirugía de Revisión

Aspectos a evaluar	CBM Primaria	Cirugía de Revisión
Objetivo principal	Determinar al candidato y darle la preparación psicológica para la intervención	Identificar factores psicológicos que contribuyeron al fracaso primario y optimizar resultados de revisión
Énfasis de evaluación	Monitoreo general de psicopatología y conductas alimentarias	Análisis exhaustivo de patrones que llevaron al fracaso; evaluación más profunda de los trastornos alimentarios
Duración de la sesión inicial	1-2 sesiones (60-90 min)	2-4 sesiones (90-120 min cada una)
Nivel de especialización requerido	Psicólogo/psiquiatra con conocimiento sobre obesidad y CBM	Psicólogo/psiquiatra especializado en CBM con experiencia en casos complejos
Obligatoriedad	Recomendada	Obligatoria
Momento de la Evaluación	Preoperatoria	Preoperatoria + análisis retrospectivo del fracaso primario
Historia de Peso	Historia de obesidad desde la infancia, la adolescencia y la adultez Intentos previos de pérdida de peso Peso máximo histórico Fluctuaciones de peso y eventos asociados	TODO LO ANTERIOR + Peso preoperatorio primario Peso nadir postoperatorio Velocidad de ganancia de peso Identificación de punto de inflexión Patrón temporal detallado en ganancia recurrente de peso
Historia quirúrgica	Cirugías abdominales previas Complicaciones quirúrgicas pasadas	TODO LO ANTERIOR + Tipo específico de cirugía primaria Fecha de cirugía primaria Complicaciones postoperatorias Procedimientos adicionales Razones de pérdida del seguimiento Adherencia a seguimiento postoperatorio primario
Eventos vitales	Eventos estresantes recientes (últimos 6-12 meses)	TODO LO ANTERIOR + Correlación temporal entre eventos y ganancia de peso Cambios en circunstancias de vida Cambios en medicaciones

	Cambios de vida significativos	Eventos vitales desde cirugía primaria
Trastorno por atracón (TPA) PRIORIDAD MAXIMA	Monitoreo de episodios actuales Historia de TPA Frecuencia de atracones Gravedad: leve/moderado/severo de acuerdo al DSM-VTR	TODO LO ANTERIOR + TPA pre-cirugía primaria vs. actual Recurrencia de atracones post-cirugía primaria Tratamientos previos y respuesta Episodios aislados o el trastorno completo Periodo de remisión requerido: ≥6 meses
Desinhibición alimentaria PRIORIDAD MAXIMA	Evaluación general con el Cuestionario de Alimentación de Tres Factores Tendencia a comer en exceso Respuesta a estímulos externos	TODO LO ANTERIOR (efecto grande para ganancia de peso) Patrón específico de desinhibición post-primaria Alimentos desencadenantes identificados Contextos de desinhibición Estrategias de control utilizadas
Alimentación emocional PRIORIDAD MEDIA-ALTA	Monitoreo general Uso de comida para regular emociones Emociones desencadenantes	TODO LO ANTERIOR + Evolución de alimentación emocional post-primaria Relación con eventos vitales estresantes Efectividad de estrategias conductuales previas Mecanismos de afrontamiento alternativos
Grazing (Picoteo) PRIORIDAD MEDIA	Evaluación básica Patrón de picoteo continuo	TODO LO ANTERIOR + Inicio de grazing post-primaria Frecuencia e intensidad actual Alimentos típicamente consumidos Contextos específicos
Consumo de líquidos calóricos PRIORIDAD MEDIA	Monitoreo general Tipos de bebidas Cantidades aproximadas	TODO LO ANTERIOR + Patrón post-cirugía primaria específico Calorías diarias de líquidos Sustitución de alimentos sólidos Razones del consumo (tolerancia y preferencia)
Conductas purgativas PRIORIDAD VARIABLE	Monitoreo de vómito autoinducido Uso de laxantes/diuréticos Ejercicio compensatorio excesivo	TODO LO ANTERIOR + Vómito post-cirugía primaria (intencional vs dumping) Conductas compensatorias nuevas Riesgo de complicaciones médicas
Ansiedad PRIORIDAD ALTA	STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Screening general Ansiedad situacional vs rasgo	TODO LO ANTERIOR + Ansiedad específica sobre el fracaso Miedo a resultados subóptimos Tratamiento obligatorio antes de la CR

<p>Trastorno de Ansiedad Generalizada</p> <p>PRIORIDAD MEDIA</p>	<p>Monitorear con GAD-7</p> <p>Síntomas de preocupación excesiva</p> <p>Interferencia funcional</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Relación con la ganancia de peso</p> <p>Preocupaciones específicas sobre revisión</p> <p>Impacto en la calidad de vida actual</p>
<p>Depresión</p> <p>PRIORIDAD MEDIA-ALTA</p>	<p>Evaluar con PHQ-9 o BDI-II</p> <p>Identificar síntomas actuales</p> <p>Historia de episodios depresivos</p> <p>Tratamiento actual</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Depresión asociada con fracaso primario</p> <p>Síntomas depresivos ante el resultado subóptimo primario</p> <p>Desesperanza y desmoralización</p> <p>Respuesta a tratamientos previos</p> <p>Impacto en adherencia postoperatoria previa</p>
<p>Ideación suicida</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Monitoreo obligatorio</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Plan de seguridad si actualmente está en un tratamiento psiquiátrico previo a la CBM</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Desesperanza por el fracaso</p> <p>Presión social/familiar</p> <p>Sentimientos de "última oportunidad"</p> <p>Tratamiento psiquiátrico a evaluar</p>
<p>Impulsividad</p> <p>PRIORIDAD ALTA</p>	<p>Evaluación general con BIS-11</p> <p>Evaluación de control de impulsos</p> <p>Conductas impulsivas generales</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Relación específica ante la decisión de ciertos alimentos</p> <p>Patrón de compras impulsivas de alimentos</p> <p>Falta de planificación de comidas</p> <p>Impulsividad de no-planificación</p> <p>Dificultad para considerar consecuencias futuras</p>
<p>Rasgos de Personalidad</p> <p>PRIORIDAD MEDIA-ALTA</p>	<p>Evaluación general</p> <p>Identificación de rasgos o trastornos de personalidad</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Patrón de "pensamiento mágico" (expectativa de solución sin cambio conductual)</p> <p>Desesperanza aprendida</p> <p>Locus de control externo</p> <p>Perfiles psicológicos específicos en candidatos de revisión</p>
<p>Motivación por la cirugía</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Razones para buscar cirugía</p> <p>Motivación intrínseca vs extrínseca</p> <p>Presión familiar/social</p> <p>Objetivos personales</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Motivación después del fracaso previo</p> <p>Comprensión de factores conductuales previos y actuales</p> <p>Diferenciación: ¿solución mágica vs herramienta?</p> <p>Análisis de insight sobre fracaso primario</p> <p>Disposición a cambios conductuales</p>

<p>Expectativas</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Expectativas de pérdida de peso</p> <p>Expectativas de mejora de las comorbilidades</p> <p>Realismo de expectativas</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Expectativas ante la cirugía primaria vs la de revisión</p> <p>Procesamiento de decepción previa</p> <p>Expectativas sobre necesidad de cambios conductuales</p> <p>Expectativas adaptadas a la experiencia previa</p>
<p>Adherencia terapéutica</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Historia de adherencia a dietas</p> <p>Adherencia a tratamientos médicos</p> <p>Predicción de adherencia futura</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Seguimiento nutricional postoperatorio previo</p> <p>Adherencia a la suplementación</p> <p>Asistencia a citas de seguimiento con el equipo interdisciplinario</p> <p>Barreras identificadas</p> <p>Adherencia específica post-cirugía primaria</p> <p>Razones específicas de la poca o nula adherencia</p>
<p>Apoyo social</p> <p>PRIORIDAD MEDIA-ALTA</p>	<p>Red de apoyo familiar</p> <p>Apoyo de pareja</p> <p>Apoyo de amigos</p> <p>Grupos de apoyo</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Cambios en la red de apoyo desde la cirugía primaria</p> <p>Impacto en las relaciones interpersonales ante del resultado subóptimo en la cirugía primaria</p> <p>Estigma percibido o internalizado</p> <p>Falta de apoyo familiar y/o social ("burn-out" de las personas cercanas)</p> <p>Cambios en su vida social y/o familiar</p>
<p>Alcohol</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Evaluar con el AUDIT</p> <p>Patrón de consumo actual</p> <p>Historia de abuso/dependencia de alcohol y/o drogas</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Aumento de consumo post-cirugía primaria</p> <p>Uso como mecanismo de afrontamiento</p> <p>Impacto en absorción de nutrientes</p> <p>Calorías de alcohol</p> <p>Transferencia de la adicción</p>
<p>Tabaco</p>	<p>Monitoreo del consumo de tabaco o vapeadores</p> <p>Disposición a dejar de fumar</p> <p>Apoyo para cesación</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Recaída en tabaquismo post-cirugía primaria</p> <p>Impacto en cicatrización (especialmente en revisión)</p> <p>Intentos para dejar de fumar que ha hecho</p> <p>Cesación obligatoria pre-revisión</p>
<p>Cannabis y drogas ilícitas</p> <p>PRIORIDAD MAXIMA</p>	<p>Monitoreo general</p> <p>Patrón de uso y abuso</p> <p>Disposición a la abstinencia</p>	<p>TODO LO ANTERIOR +</p> <p>Uso como afrontamiento ante el resultado subóptimo de su cirugía primaria</p> <p>Impacto en la motivación y adherencia</p> <p>Disposición al Síndrome de Abstinencia</p>

Frecuencia de seguimiento	Mes 1, 3, 6, 12, 24 Después anual o según la necesidad de cada paciente	MÁS INTENSIVO: Mensual los siguientes 3 meses Bimensual 6-12 meses Trimestral 12-24 meses Semestral >24 meses
Señales de alerta roja	Reaparición de conductas problemáticas Síntomas psiquiátricos Ganancia de peso Reaparición de conductas alimentarias como picoteo y atracones Volver al sedentarismo	TODO LO ANTERIOR + Reaparición del picoteo Reaparición de atracones ≥1/semana Ganancia >5% en 3 meses Ganancia >2% en 1 mes Síntomas depresivos severos Ideación suicida
Intervención de las alertas	Intervención según la necesidad de cada paciente	Intervención inmediata e intensa Prevención de un deterioro adicional

Fuente: Adaptación elaborada por Dra. En Psic. Blanca Ríos, (2026) basado en Mahawar et al, (2020). The first consensus statement on revisional bariatric surgery using a modified Delphi approach. *Surgical Endoscopy*, 34(4), 1648-1657; Vionnet et al. (2023). Impact of preoperative psychiatric profile in bariatric surgery on long-term weight outcome. *Obesity Surgery*, 33(6), 1782-1790 & Von Hoyt, T., & Walter, F. A. (2023). Psychological profiles and 12-month weight outcomes of women evaluated for reoperative bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 33(6), 1847-1856.

Intervenciones Psicológicas Previas a la Cirugía de Revisión

Tratamiento del Trastorno por Atracón

Dado que el trastorno por atracón (TPA) actual es el predictor más fuerte de ganancia recurrente de peso, el tratamiento efectivo de este trastorno antes de la CR es esencial.

Las intervenciones basadas en evidencia para TPA incluyen (Mauro et al., 2024):

- *Terapia Cognitivo-Conductual para TPA (TCC-BED)*: protocolo estructurado típicamente de 16-20 sesiones que incluye automonitoreo alimentario, identificación de desencadenantes de atracones, desarrollo de estrategias de afrontamiento alternativas, reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados sobre alimentación y peso y prevención de recaídas.

- *Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)*: enfoque que enfatiza desarrollo de habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, y mindfulness, particularmente útil cuando los atracones están relacionados con dificultades en regulación emocional.
- *Terapia Interpersonal (TIP)*: enfoque que aborda problemas en relaciones interpersonales que pueden contribuir a atracones.
- *Psicofarmacología*: Obligatoriamente prescrita por un profesional de la Salud Mental (psiquiatra).

Manejo de Ansiedad Preoperatoria

La ansiedad preoperatoria elevada predice ganancia de peso acelerada, lo que justifica intervención específica antes de la CR (Vionnet et al., 2023).

Las intervenciones recomendadas incluyen:

- *Psicofarmacología*
- *Terapia Cognitivo-Conductual para Ansiedad*: incluye identificación y reestructuración de pensamientos ansiosos, exposición gradual a situaciones temidas, técnicas de relajación y manejo de preocupaciones.
- *Técnicas de manejo de estrés*: entrenamiento en Mindfulness, meditación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática y otras técnicas de reducción de estrés.

El criterio de éxito debe incluir reducción de puntuaciones de ansiedad a niveles no clínicos (STAI < percentil 75), mejora en funcionamiento diario, y estabilidad sintomática durante al menos 3 meses (Vionnet et al., 2023).

Intervenciones para Desinhibición Alimentaria e Impulsividad

La desinhibición alimentaria y la impulsividad de no-planificación son predictores significativos que requieren intervención conductual específica.

Las intervenciones recomendadas incluyen:

- *Entrenamiento en alimentación consciente (Mindful Eating)*: desarrollo de habilidades para comer con atención plena, reconocer señales de hambre y saciedad, distinguir hambre física de la emocional y disfrutar de alimentos sin juicio.

- *Entrenamiento en control de impulsos*: técnicas de "pausa y planifica" antes de tomar las decisiones alimentarias, análisis de consecuencias a corto y largo plazo, desarrollo de estrategias de demora de gratificación.
- *Planificación conductual estructurada*: planificación anticipada de comidas para toda la semana, preparación de listas de compras específicas, preparación de comidas, eliminación de alimentos desencadenantes del ambiente doméstico.
- *Módulos de TDC*: especialmente habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional para manejar impulsos sin actuar sobre ellos;
- *Modificación ambiental*: reestructuración del ambiente alimentario para reducir señales que desencadenan desinhibición (eliminar alimentos tentadores visibles, usar platos más pequeños, evitar comer directamente de paquetes grandes) (Mauro et al., 2024).

Seguimiento Psicológico Post-Cirugía de Revisión

Protocolo de Seguimiento Intensivo

El seguimiento psicológico después de la CR, debe ser más intensivo y prolongado que después de una cirugía primaria, reconociendo que estos pacientes tienen mayor riesgo de resultados subóptimos.

Se recomienda el siguiente protocolo (Mishali & Kisner, 2022):

- *Primeros 6 meses postoperatorios*: evaluaciones psicológicas mensuales enfocadas en adherencia dietética, conducta alimentaria (monitoreo de reaparición de atracones o picoteo), síntomas depresivos y ansiosos, manejo de estrés, y refuerzo de estrategias conductuales.
- *6-12 meses postoperatorios*: evaluaciones bimensuales enfocadas en consolidación de patrones alimentarios saludables, evaluación de trayectoria de pérdida de peso, prevención de recaídas y manejo de desafíos psicosociales.
- *12-24 meses postoperatorios*: evaluaciones trimestrales enfocadas en

mantenimiento de pérdida de peso, detección temprana de signos de ganancia de peso, evaluación de la calidad de vida y la consolidación de cambios conductuales a largo plazo.

- *>24 meses postoperatorios*: evaluaciones semestrales enfocadas en mantenimiento a largo plazo, continuo monitoreo de la psicopatología emergente y apoyo continuo.

Señales de Alerta y Criterios para una Intervención

Las siguientes señales de alerta requieren intervención psicológica inmediata (Mishali & Kisner, 2022):

- *Alerta roja* (intervención urgente): reaparición de episodios de atracón con frecuencia ≥ 1 vez por semana, aumento de peso $>5\%$ en 3 meses, síntomas depresivos severos o ideación suicida, inicio o recaída en abuso de sustancias (alcohol y/o drogas), conductas autolesivas.

- *Alerta amarilla* (monitoreo estrecho e intervención temprana): aumento de alimentación emocional, incremento en el picoteo continuo, disminución de adherencia a recomendaciones dietéticas, aumento de ansiedad o síntomas depresivos leves-moderados, aislamiento social progresivo, expresión de insatisfacción marcada por el resultado del peso, aumento de peso $>2\%$ en 1 mes.

La intervención temprana ante estas señales puede prevenir deterioro adicional y optimizar los resultados a largo plazo.

Consideraciones Especiales y Casos Complejos

Pacientes con Múltiples Cirugías de Revisión Previas

Los pacientes que solicitan una segunda o tercera CR representan un desafío clínico particular y requieren evaluación psicológica **especialmente exhaustiva**.

Estos pacientes pueden presentar:

a) *Patrón de "búsqueda mágica"*: expectativa persistente de que la próxima cirugía resolverá todos los problemas sin necesidad de cambios conductuales sostenidos;

b) *Desesperanza y desmoralización*: sentimientos de resultados subóptimos repetidos, que pueden interferir con la motivación para realizar cambios conductuales;

c) *Psicopatología compleja*: mayor prevalencia de trastornos de personalidad, trastornos alimentarios severos y comorbilidad psiquiátrica múltiple;

d) Deterioro en calidad de vida: impacto psicosocial acumulativo de múltiples cirugías y fracasos.

La evaluación debe determinar si el paciente tiene capacidad psicológica para beneficiarse de una cirugía adicional y valorar si alternativas no quirúrgicas serían más apropiadas (Von Hoyt & Walter, 2023).

Consideraciones Culturales y Socioeconómicas

La evaluación psicológica debe ser culturalmente sensible y considerar factores socioeconómicos que pueden influir en los resultados. Factores como el acceso limitado a alimentos saludables, estrés relacionado con inseguridad económica, barreras para el acceso a la atención de salud mental y diferencias culturales en relación a la percepción del peso y la alimentación, las cuales pueden influir tanto en el resultado subóptimo de la cirugía primaria, como en los resultados de la CR. Por lo que, la evaluación debe incluir la exploración de recursos y barreras psicosociales, por lo que, el plan de tratamiento debe ser individualizado considerando estas variables (Salazar et al., 2024).

Limitaciones de la Evidencia Actual y Direcciones Futuras

La evidencia actual sobre evaluación psicológica en CR presenta varias limitaciones importantes:

- Escasez de estudios específicos de revisión: la mayoría de estudios de 2020-2026 evalúan predictores de ganancia recurrente de peso después de cirugía primaria, no resultados específicos de CR;
- Heterogeneidad metodológica: diferentes estudios utilizan diferentes instrumentos de evaluación, y definiciones de ganancia de peso (desde $\geq 10\%$

hasta $\geq 25\%$ del peso perdido) y períodos de seguimiento, dificultando comparaciones y síntesis de evidencia;

- Predominio de diseños transversales y retrospectivos: hay pocos estudios prospectivos que dan seguimiento a candidatos a la cirugía de revisión, desde la evaluación preoperatoria hasta resultados postoperatorios a largo plazo;
- Falta de estudios de intervención: hay evidencia limitada sobre la efectividad de intervenciones psicológicas pre-cirugía de revisión específicas en relación a la mejora de resultados de la CR;
- Falta de protocolos estandarizados validados: no existe un protocolo de evaluación psicológica estandarizado y validado específicamente para candidatos a CR (Althumiri et al., 2024; Mishali & Kisner, 2022).

Conclusiones

La evaluación psicológica representa un componente esencial e insustituible en la valoración de candidatos a CBM y CR. La evidencia científica identifica predictores psicológicos robustos de ganancia recurrente de peso y resultados subóptimos que deben ser evaluados sistemáticamente en todos los candidatos a la CR.

El trastorno por atracón actual emerge como el predictor más fuerte, con un riesgo más de seis veces mayor de ganancia recurrente de peso, lo que justifica un monitoreo exhaustivo y tratamiento obligatorio antes de proceder con la CR (Mauro et al., 2024). Mientras que la ansiedad preoperatoria elevada predice trayectorias de peso menos favorables y requiere una intervención psicológica específica para optimizar los resultados (Vionnet et al., 2023).

La desinhibición alimentaria y la impulsividad de no-planificación, representan patrones conductuales modificables que deben ser objetivos de intervención conductual antes de la CR (Mauro et al., 2024).

El consenso internacional establece inequívocamente que la evaluación interdisciplinaria, incluyendo valoración psicológica especializada, siendo **obligatoria** antes de considerar la CR (Mahawar et al., 2020). Esta evaluación debe

incluir entrevista clínica semiestructurada exhaustiva, aplicación de instrumentos psicométricos estandarizados enfocados en los predictores identificados, anteriormente y considerar tanto contraindicaciones absolutas como relativas. Los candidatos con contraindicaciones relativas, particularmente trastorno por atracón, ansiedad elevada, o impulsividad severa, deben recibir intervenciones psicológicas específicas basadas en evidencia durante 6-12 meses antes de reconsiderar la CR, con criterios claros de éxito terapéutico que deben alcanzarse antes de proceder (Mauro et al., 2024; Vionnet et al., 2023).

El seguimiento psicológico post-CR debe ser más intensivo que después de la cirugía primaria, con evaluaciones mensuales durante los primeros 6 meses y seguimiento continuado a largo plazo, con atención particular a señales de alerta que requieren intervención temprana para prevenir recurrencia de patrones desadaptativos (Mishali & Kisner, 2022).

La implementación de protocolos estandarizados de evaluación psicológica basados en la evidencia científica actual, combinada con intervenciones pre-cirugía de revisión específicas para factores de riesgo identificados, tiene el potencial de optimizar significativamente los resultados de la CR y reducir el riesgo de fracasos quirúrgicos adicionales. Sin embargo, se necesita investigación adicional, particularmente estudios prospectivos de la CR y ensayos de intervenciones psicológicas, para continuar refinando las estrategias de evaluación e intervención en esta población clínicamente compleja (Althumiri et al., 2024 & Salazar et al., 2024).

Referencias

- Althumiri, N. A., BinDhim, N. F., Al-Rayes, S. A., & Alumran, A. (2024). A systematic review exploring dietary behaviors, psychological determinants, and lifestyle factors associated with weight regain after bariatric surgery. *INPLASY Protocol*, 2024100097. <https://doi.org/10.37766/inplasy2024.10.0097>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM5-TR) 147, 5th Edition. Revised Treatise (2020).
- Bianciardi, E., Raimondi, G., Samela, T., Innamorati, M., Contini, L. M., Procenesi, E., et al. (2021). Neurocognitive and psychopathological predictors of weight loss after bariatric surgery: A 4-year follow-up study. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 662252. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.662252>

- Mahawar, K., Himpens, J., Shikora, S., Ramos, A., Alexander, J., Angrisani, L., et al. (2020). The first consensus statement on revisional bariatric surgery using a modified Delphi approach. *Surgical Endoscopy*, 34(4), 1648-1657. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-06937-1>
- Mauro, M.F. F. P., Papelbaum, M., Brasil, M. A. A., Carneiro, J. R. I., & Luiz, R. R. (2024). Mental health and weight regain after bariatric surgery: Associations between weight regain and psychiatric and eating-related comorbidities. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 68, e230208. <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2023-0208>
- Mishali, M & Kisner, M. (2022). Psycho-behavioral factors related to weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 32(9), 3040-3048. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06195-6>
- Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, M., et al. (2010); El rol del psicólogo en cirugía bariátrica. *Cirujano General*. April-June, 32(2), 114-20.
- Ríos, B. (Comp.). (2016). *Manejo multidisciplinario de la cirugía bariátrica*. Ed. IIECS. México. Descargar gratis en: www.blancarios.me
- Salazar, J. O., Duran, P., Garrido, B., Parra, H., Cano, C., Chacín, et al. (2024). Weight regain after metabolic surgery: Beyond the surgical failure. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 1143. <https://doi.org/10.3390/jcm13041143>
- Soukoulis, C. (2023). Revisional surgery for weight regain. *Bariatric and Metabolic Surgery* (pp. 487-497). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25828-2_37
- Vionnet, N., Amiguet, M., Chartoumpakis, D. V., Mantziari, S., Perrenoud, M., & Schiavo, L. (2023). Impact of preoperative psychiatric profile in bariatric surgery on long-term weight outcome. *Obesity Surgery*, 33(6), 1782-1790. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06595-2>
- Von Hoyt, T., & Walter, F. A. (2023). Psychological profiles and 12-month weight outcomes of women evaluated for reoperative bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 33(6), 1847-1856. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06583-6>

Capítulo 17

Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica

Mariemma Antor Troconis, MD, PhD

Universidad Central de Venezuela

mariemmaantor@yahoo.com

mariemmaantor@gmail.com

Caracas, Venezuela

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, catalogada como una pandemia del Siglo XXI debido a su alta prevalencia y riesgo sanitario. Es originada por la interacción de aspectos genéticos, socioambientales, nutricionales, metabólicos, psicológicos y del estilo de vida en un contexto obesogénico que favorece el consumo excesivo de alimentos altamente calóricos y promueve actividades sedentarias, perjudicando el desarrollo saludable del organismo y deteriorando sus hábitos de vida (ONU, 2023, Leiva et al., 2020; OMS, 2024; Cuatrecasa et al., 2024 & Membrive et al., 2024).

El exceso de peso no solo conlleva un aumento significativo de la morbimortalidad por múltiples comorbilidades físicas, sino que también se asocia a graves consecuencias psicosociales, tales como depresión, baja autoestima, problemas interpersonales, desajuste social, prejuicios y discriminación (Armour & Mukkai, 2015; OMS, 2020; Pou et al., 2023; OPS, 2024; OMS, 2024; Arrieta & Botet, 2021).

Estas secuelas resultan en un deterioro considerable y sistemático de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), especialmente en pacientes con obesidad mórbida, quienes a menudo enfrentan fracasos con los tratamientos convencionales para la reducción y el mantenimiento del peso (Wee et al., 2016;

Leiva et al., 2020 & Parra-Penagos et al., 2025), convirtiéndose la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM) como la alternativa más eficaz para lograr una pérdida de peso sostenida, la remisión de las comorbilidades y, fundamentalmente, la mejora integral del bienestar físico, psicológico y socioeconómico del paciente. Por lo tanto, el éxito de la intervención debe medirse también a través de indicadores de CVRS (Askari et al., 2020; Fiorani et al., 2021 & Cazorla et al., 2022).

La obesidad mórbida representa un proceso crónico y degenerativo que impacta de manera significativa en la autonomía funcional del individuo, limitando progresivamente su capacidad para realizar actividades cotidianas como el autocuidado, las habilidades domésticas, la participación comunitaria y el establecimiento de relaciones sociales (Membrive et al., 2024). Esta realidad se sustenta tanto en observaciones clínicas directas como en los reportes de los propios pacientes, quienes manifiestan que las actividades mencionadas sufren una disminución notable a medida que aumenta el exceso ponderal.

La obesidad mórbida requiere un abordaje biopsicosocial, ya que las dimensiones biológicas (comorbilidades, disfunción física) y las psicológicas (depresión, baja autoestima) se relacionan íntimamente con las sociales. El estigma social asociado a la obesidad genera aislamiento, discriminación laboral y un círculo vicioso que deteriora progresivamente la CVRS y la salud mental (Sarwer & Grilo, 2020; Bautista-Díaz, 2023; Luján, 2023 & Muñoz et al., 2024).

La intervención clínica debe ser integral y realizada por un equipo profesional (cirugía, psicología, nutrición) que promueva no solo la pérdida de peso, sino también la mejora de factores psicosociales y de la CVRS subjetiva y objetiva. La remisión de comorbilidades y la recuperación de la autonomía funcional se constituyen en objetivos terapéuticos centrales.

La CBM ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la obesidad mórbida logrando mejoras inmediatas en el bienestar físico y psicosocial de los pacientes. A largo plazo, la reducción del peso favorece la mejora de la imagen corporal, la

autoestima y la CVRS (Kirkil et al., 2018, Mendivelso-Duarte & Borda-Hernández, 2024; Pillasagua et al., 2024; NIH, 2024; López-Pérez et al., 2025).

Uno de los hallazgos más relevantes, reportado a partir de investigaciones publicadas, es la correlación directa entre la magnitud de la pérdida de peso y la mejora en la CVRS, lo que implica que los procedimientos quirúrgicos inciden profundamente en el bienestar físico, mental y social del paciente (Parra-Penagos et al., 2025 & López- Pérez et al., 2025). En consecuencia, la evaluación del éxito quirúrgico debe trascender la mera medición del peso corporal e incluir indicadores de CVRS.

Mejorar la deteriorada CVRS es uno de los objetivos centrales de la Cirugía Bariátrica y Metabólica, más allá de la prolongación de la vida buscando condiciones vitales razonablemente satisfactorias (Vega-Albornoz et al., 2023). Sin embargo, este éxito a largo plazo depende del procedimiento y del compromiso activo del paciente para adoptar y sostener cambios en su estilo de vida, siendo la autorresponsabilidad un componente clave para la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos saludables posteriores a la intervención.

Específicamente, el estudio de la CVRS en pacientes obesos mórbidos refiere a su valoración como sujetos biopsicosociales adaptándose desde dimensiones funcionales, cognitivas, emocionales, sociales y laborales. En consecuencia, el abordaje de los pacientes con obesidad mórbida debe hacerse desde una perspectiva biopsicosocial, entendiendo al paciente como un ser complejo cuyas dimensiones biológicas, psicológicas y sociales se relacionan íntimamente (Hernández et al., 2016; Malczak et al., 2021; Hidalgo-Acosta et al., 2024 & Sevillano et al., 2024). Esta concepción integral es crucial para una mejor comprensión de las variables que afectan la CVRS y para la elaboración de estrategias terapéuticas efectivas.

Además, las consecuencias psicosociales engloban un impacto negativo en la vida sexual, las relaciones afectivas y la integración social, aspectos que

requieren atención especializada dentro del proceso de tratamiento. La percepción negativa que el individuo tiene de sí mismo se ve amplificada por la discriminación y exclusión social que sufrirá a menudo, lo cual contribuye a un círculo vicioso donde se deterioran progresivamente su calidad de vida y su salud mental.

Para afrontar estos retos, es importante destacar que la intervención clínica debe garantizar un abordaje integral realizado por un equipo interdisciplinario compuesto por especialistas en Cirugía Bariátrica y Metabólica y metabólica, psicología, nutrición y otras áreas afines. Este modelo de atención promueve no solo la pérdida de peso y la remisión de comorbilidades, sino factores psicosociales que inciden en la CV subjetiva y objetiva del paciente (Eisenberg et al., 2023; Calvo, 2024; PAHO, 2025).

La CVRS es un constructo multidimensional que incluye estatus funcional, síntomas, funcionamiento psicológico y social. Su complejidad radica en la subjetividad y la influencia cultural, lo que dificulta su medición (Govantes et al., 2016; Malczak et al., 2021).

Considerando esta complejidad, los investigadores diseñan instrumentos que respeten rigurosos estándares psicométricos para evaluarla y validar resultados clínicos, comprendiendo que la salud sin calidad de vida es un concepto vacío. La CVRS es entonces una construcción cognoscitiva y afectiva-subjetiva que el paciente autoevalúa según su condición de obeso mórbido.

Diversas dimensiones de la CVRS en estos pacientes se agrupan en categorías físico-biológicas, emocionales y sociales, y son evaluadas tras la realización de procedimientos bariátricos, mostrando un notable éxito asociado con la pérdida de peso y la mejoría de las comorbilidades. Esta evaluación es personal, influida pero no determinada por otros, y responde a la jerarquía de valores de cada individuo.

Definir, operacionalizar y medir la CVRS es una tarea compleja debido a la naturaleza multidimensional, subjetiva, dinámica y variable del constructo,

especialmente en la obesidad entendida desde una perspectiva biopsicosocial destacando que las condiciones ambientales del paciente influyen en la percepción sobre su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social en un contexto que estigmatiza la obesidad.

Las investigaciones que abordan la CVRS en obesos están llamadas a considerar las manifestaciones físicas y psicosociales que impactan la vida cotidiana y a comprender que la efectividad de la Cirugía Bariátrica y Metabólica debe medirse en términos de pérdida de peso, mejoría médica, reducción de la mortalidad y aumento del bienestar psicológico. La satisfacción con la cirugía varía según la intensidad de las dificultades personales, sociales e institucionales experimentadas.

En síntesis, la obesidad mórbida representa un desafío sanitario y psicosocial complejo, cuyo abordaje requiere integrar la evaluación objetiva y subjetiva de la CVRS, con instrumentos validados, para acompañar y medir el impacto de los tratamientos bariátricos y promover mejoras sustentables en la CVRS de los pacientes. La CVRS emerge como un constructo fundamental en la evaluación y el tratamiento de la obesidad.

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud como constructo multidimensional

Definición de la CVRS

La incorporación del concepto de calidad de vida al campo de la salud es relativamente reciente -mediados del siglo XX-, siendo empleado primeramente en Medicina y luego en Psicología. Desde la década de 1990 el concepto ha cobrado un auge significativo y ha experimentado transformaciones relevantes. Inicialmente se circunscribía al cuidado de la salud personal, para luego abarcar aspectos como la salud pública, los derechos humanos, laborales y ciudadanos, el acceso a los

recursos económicos, hasta centrarse finalmente en la experiencia subjetiva del individuo en relación con su vida social, actividades cotidianas y estado de salud.

Los estudios en salud reconocen la necesidad de incorporar al concepto de CV la percepción del paciente como un elemento fundamental, lo que marca un cambio paradigmático hacia la valoración de datos subjetivos que reflejan sentimientos y experiencias legítimas de bienestar o malestar, y que condicionan tanto la salud como el estilo de vida (Verdugo & Schalock, 2021; Schalock & Verdugo, 2024).

El concepto de Calidad de Vida (CV) se aborda en la actualidad desde una perspectiva multidimensional que permite comprender al individuo de forma integral.

El modelo de Schalock y Verdugo (2021, 2024) propone un enfoque social-ecológico donde la CV es el resultado de la interacción entre la persona y su entorno, mediada por un sistema de apoyos que fomenta la autodeterminación y la inclusión social. Este modelo es esencial para identificar cómo los factores externos y los derechos ciudadanos impactan en el bienestar personal.

Complementariamente, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), según Ruiz y Pardo (2005), refiere al ámbito del bienestar físico y funcional. Este enfoque subraya la importancia de la subjetividad del paciente, estableciendo que la salud no solo depende de la ausencia de síntomas, sino de la percepción del individuo sobre cómo su condición clínica limita o permite su desarrollo en las esferas física, psicológica y social.

Este concepto se consolida en las ciencias de la salud durante el siglo XXI, en un contexto caracterizado por una mayor longevidad, aunque no siempre acompañada de una mejor calidad de vida. A esta realidad contribuyen múltiples factores contemporáneos, entre ellos la rápida transformación tecnológica, la inseguridad social, el desempleo o la necesidad de desempeñar múltiples trabajos para subsistir, el exceso de información, la erosión de estructuras familiares tradicionales y el cambio o pérdida de valores sociales. Tales fenómenos

constituyen fuentes de estrés crónico que afectan la salud y, en consecuencia, la calidad de vida.

La CVRS es susceptible de ser modulada por múltiples variables personales y contextuales, tales como: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo y socioeconómico, el entorno geográfico, el estado anímico, especialmente la presencia de depresión; las funciones cognitivas y la experiencia previa con la enfermedad, que modula expectativas y percepciones actuales (Rodríguez et al., 2020 & Camacho-Camargo et al., 2021). Diversas definiciones de CVRS, recogidas en la literatura, subrayan el carácter integral y subjetivo de esta experiencia.

La multidimensionalidad inherente a la CVRS dificulta su definición y operacionalización. Se trata de un concepto relativo, cuya riqueza semántica se manifiesta en la variedad de perspectivas y significados que puede asumir. A menudo, el término calidad de vida (CV) se emplea indistintamente al de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), aunque se reconoce que *la CVRS enfatiza específicamente el impacto del estado de salud en la experiencia global del individuo.*

Una dificultad central en la comprensión y aplicación del concepto reside en su subjetividad. Esta dimensión subjetiva desafía a los profesionales sanitarios a captar por qué algunos pacientes toleran discapacidades graves y mantienen una percepción positiva de su situación, mientras otros, con alteraciones menores, experimentan gran insatisfacción. Por esto, se sostiene que la CV y la CVRS son, esencialmente, lo que el propio individuo percibe y define como tal.

En síntesis, *la CVRS puede definirse como un constructo multidimensional, subjetivo y dinámico, que representa la evaluación que realiza una persona sobre su estado físico, emocional y social, basándose en sus propios valores, creencias y contexto en un momento determinado.* Esta evaluación conlleva una respuesta cognitiva seguida de una emocional. El núcleo de este constructo radica en reconocer que la percepción del bienestar físico, mental, social y espiritual depende

en gran medida de los valores, las creencias, la cultura, la historia personal, las expectativas y el grado de satisfacción con la vida; es decir, de su naturaleza biopsicosocial. Esto es más pertinente aún en el contexto de enfermedades crónicas como la obesidad mórbida. Su estudio en el ámbito sanitario es fundamental, ya que los indicadores clásicos (mortalidad, morbilidad) resultan insuficientes para evaluar la CVRS (Rodríguez et al., 2020 & Camacho-Camargo et al., 2021).

Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

La CVRS se estructura en torno a dimensiones interrelacionadas que evalúan la experiencia del paciente (Ruiz & Pardo, 2005).

- **Funcionamiento Físico y Funcional:** evalúa el estado de salud y el impacto de los síntomas clínicos en el desempeño de actividades diarias, incluyendo la autonomía funcional y la movilidad. En la obesidad mórbida, se observa una limitación progresiva en el autocuidado y las actividades cotidianas.
- **Bienestar Psicológico y Salud Mental:** se refiere a la repercusión cognitiva y psicológica, incluyendo la capacidad para evocar memorias a corto y largo plazo, el pensamiento claro, la vitalidad o niveles de energía, y la autoeficacia percibida para afrontar los problemas derivados de la enfermedad o su tratamiento.
- **Estado Emocional:** evalúa los elementos afectivos relacionados con la preocupación, la ansiedad y la depresión, los cuales constituyen aspectos emocionales fundamentales del bienestar psicológico.
- **Funcionamiento Social:** mide el impacto de la condición de salud sobre el desempeño en relaciones sociales, el aislamiento social producto de limitaciones físicas, y la afectación en el cumplimiento de roles familiares, laborales y comunitarios.
- **Percepción General de la Salud:** incluye valoraciones globales y subjetivas del estado de salud y creencias relacionadas con ella,

integrando preferencias personales, valores, necesidades y actitudes en torno a la salud.

- Dolor: considerada una dimensión independiente dado su carácter subjetivo y la amplia variabilidad individual en la percepción y tolerancia al dolor. Evalúa el nivel de este y su interferencia en la vida cotidiana.
- Otras dimensiones: algunos instrumentos incorporan áreas específicas adicionales como la función sexual, la satisfacción con la vida, la productividad laboral y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. También se consideran indicadores indirectos relacionados con la cantidad de visitas médicas o la necesidad del uso de medicamentos.

Las medidas de CVRS deben contemplar indicadores relativos a la patología misma, el estado funcional —en sus dominios físicos, psicológicos y sociales— y las percepciones subjetivas de salud por parte del individuo, y aunque estas dimensiones se encuentran interrelacionadas en mayor o menor grado, cada una evalúa aspectos diferenciados de la vida y la autonomía del paciente (Ruiz & Pardo, 2005).

En pacientes con obesidad mórbida, estas dimensiones han sido abordadas y evaluadas en el contexto pre- y postoperatorio, mostrando mejoras evidentes asociadas con la pérdida de peso y la remisión de comorbilidades. La recuperación de la CVRS se constituye en un factor motivador para mantener la adherencia a los regímenes postquirúrgicos y promover estilos de vida saludables.

Un desafío vigente es operacionalizar con rigor la CVRS y desarrollar métodos de medición que permitan su evaluación confiable y válida, contribuyendo así al conocimiento científico y al manejo integral de pacientes con obesidad mórbida.

En estos pacientes, la CVRS se ve deteriorada en dominios específicos como la imagen corporal, la movilidad física, la salud mental y la integración social. Estudios longitudinales evidencian que estos aspectos mejoran significativamente luego de la Cirugía Bariátrica y Metabólica y pueden mantenerse tanto en el corto como en el largo plazo (Askari et al., 2020; Sarwer & Grilo, 2020 & Vega-Albornoz et al., 2023).

La imagen corporal y la percepción positiva hacia sí mismo aumentan significativamente después de la cirugía, aunque es importante señalar que, en ciertos pacientes, aspectos como la flacidez cutánea posterior a una pérdida masiva de peso puede afectar negativamente la autoimagen, generando la necesidad de intervenciones complementarias como la cirugía plástica reconstructiva. Aun así, el balance general suele favorecer un aumento en la autoestima y en la CVRS reportada por el paciente.

Resultados en CVRS tras la Cirugía Bariátrica y Metabólica

Estudios longitudinales confirman mejoras significativas en las dimensiones físicas, emocionales y sociales del bienestar a partir de los seis y los doce meses posteriores a la CBM. Estas mejoras están estrechamente vinculadas a la magnitud de la pérdida de peso y al incremento en la movilidad y energía. Aspectos como la imagen corporal y la autoestima aumentan significativamente, aunque se debe considerar la heterogeneidad de resultados en áreas como la función sexual debido a factores físicos y psicosociales. De igual modo, se observa una mejoría en el desempeño laboral y la participación social, lo que contribuye sustancialmente a la sensación de una mejor CVRS (Marek et al., 2017; Peacock et al., 2018; Mustafa et al., 2020; Eisenberg et al., 2022; Myers Esmenjoud & Maldonado G, 2024; Parra-Penagos et al., 2025).

Así pues, la CVRS se constituye como un objetivo fundamental en el tratamiento de la obesidad mórbida (Carmona et al., 2020, Sapunar-je et al., 2020

& López-Espinoza et al., 2023) emergiendo la Psicología de la Salud como un campo de acción clave para el abordaje integral del paciente obeso mórbido, contribuyendo activamente: a la evaluación preoperatoria y postoperatoria de la CVRS; a la intervención en factores psicológicos y conductuales que modulan el bienestar y al fomento de la autorresponsabilidad y la adherencia a los cambios de estilo de vida.

El reto para el equipo bariátrico es continuar desarrollando métodos rigurosos y culturalmente adaptados que permitan captar fielmente la experiencia subjetiva de los pacientes, potenciando no solo la supervivencia, sino la calidad existencial y el bienestar total.

En suma, la CVRS en pacientes con obesidad mórbida debe ser entendida como un constructo complejo, en el que convergen la funcionalidad física, la salud emocional, el bienestar social y la percepción personal del bienestar total. La Cirugía Bariátrica y Metabólica representa una valiosa herramienta para la mejora de estos ámbitos, siempre que se combine con una intervención multidisciplinaria centrada en la persona y su contexto biopsicosocial.

Medición de la CVRS.

Problemas y desafíos

El concepto de CVRS aún es vago y se define y mide de múltiples formas, por lo cual ha sido necesario desarrollar indicadores subjetivos y psicosociales, así como instrumentos generales de evaluación.

A pesar de que una puntuación global puede ser útil para comparar intervenciones en investigación, el análisis individualizado por dimensiones es crucial en la práctica clínica para diagnósticos detallados. La validez de las mediciones se apoya en criterios estadísticos rigurosos y en la adaptación de las escalas (generalmente tipo Likert) a los baremos de cada subgrupo clínico.

La subjetividad inherente a la CVRS implica que no hay consenso sobre el peso que cada dimensión debe tener en la evaluación global. Un mismo estado de salud puede ser percibido de forma diversa dependiendo de múltiples factores personales y experienciales. Aunque se asume que un paciente con alta CVRS presenta mejor estado en todas las dimensiones, pueden existir perfiles heterogéneos que dificultan una valoración lineal única.

Para medir este constructo, es indispensable contar con instrumentos confiables, válidos, sensibles al cambio y adaptados culturalmente.

Características generales de los instrumentos de CVRS

Instrumentos y estructura: debido a que elementos de la CVRS no son observables directamente, la evaluación se realiza mediante cuestionarios compuestos por afirmaciones que se puntúan para obtener calificaciones globales o por dominios (como física o mental).

Es fundamental que al seleccionar o diseñar un instrumento se considere el nivel de detalle, el contexto, el objetivo del tratamiento, el tiempo de aplicación, la confiabilidad y la validez, siendo más complejos para pacientes con estados de salud más delicados.

Características frecuentes: la mayoría de los instrumentos son autoadministrados e incluyen dos perfiles o dominios principales: físico y mental. Cada dominio puede tener evaluación objetiva y subjetiva, como ocurre con BAROS en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Deben reflejar el punto de vista del paciente (sentimientos, autovaloraciones, conductas), estar adaptados cultural y lingüísticamente y contar con propiedades psicométricas comprobadas (Ruiz & Pardo, 2005).

Puntuación: algunos cuestionarios tienen varias preguntas por dimensión (permiten puntuación por dimensión y total); otros tienen una pregunta única por dimensión, donde las respuestas combinadas dan la puntuación global, como el

Cuestionario de Moorehead-Ardelt II (MAQoLQ-II) (Moorehead et al., 2003; Oria & Moorehead, 2009).

Los instrumentos deben capturar aspectos fundamentales de salud, ser precisos, confiables, sensibles a cambios y reflejar variaciones tras tratamientos.

Tipos de instrumentos para medir la CVRS

Instrumentos genéricos: diseñados para ser aplicados a diversas poblaciones y condiciones, cubren amplias áreas de la vida y permiten comparaciones globales. Son menos sensibles para detectar cambios relacionados con intervenciones específicas en enfermedades concretas. Algunos ejemplos: *SF-36* (Ware & Sherbourne, 1992), *SIP*, Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981), *PGWBI*, Psychological General Well-Being Index (Dupuy, 1984), *PAIS-SR*, Psychological Adjustment to Illness Scale (Derogatis, 1986), *NHP*, Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1981).

Instrumentos específicos: dirigidos a evaluar la CVRS asociada a diagnósticos específicos o grupos determinados, como obesidad, diabetes, dispepsia, VIH, etc. Son más sensibles para detectar diferencias en pacientes con la misma enfermedad y medir el efecto de tratamientos concretos. No son diagnósticos, sino que miden la repercusión funcional y el bienestar.

Ejemplos adaptados al español: *IPSS*, Hiperplasia Prostática Benigna (Barry et al., 1992), *WOMAC* (artrosis), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (Bellamy et al., 1988), *DRHS* (dispepsia), Digestive Health Status Questionnaire (Kleinman et al., 2002), *SGRQ* (enfermedades respiratorias crónicas), Saint George Respiratory Questionnaire (Jones et al., 1992), *MOS-HIV*, Medical Outcomes Study HIV Health Survey (Wu et al., 1997).

Aproximaciones a la evaluación de la CVRS en pacientes con obesidad mórbida

Se ha desarrollado y empleado una variedad de instrumentos en investigaciones con pacientes obesos, tanto genéricos como específicos.

El SF-36, un instrumento genérico, ha sido ampliamente usado evaluando 8 áreas funcionales y ha mostrado ser capaz de detectar mejoras post CBM, tanto a corto como a largo plazo (Askari et al., 2020; Sarwer & Grilo, 2020). Diferentes estudios reportan mejoras significativas en la CVRS posterior a la CBM medidas con este instrumento genérico y con otros específicos como el *IWQOL* (Impact of Weight Quality of Life). Algunos sugieren que el SF-36 puede ser insuficiente para captar sensibilidades específicas en obesos mórbidos, haciendo recomendable el uso complementario de instrumentos específicos.

El Cuestionario de Calidad de Vida de Moorehead y Ardelit (*MAQoLQ*) es un instrumento específico diseñado para pacientes obesos (Moorehead et al., 2003; Oria & Moorehead, 2009) y está integrado dentro del sistema *BAROS* (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System). Este sistema evalúa tres áreas clave: pérdida de peso, mejoría de las condiciones médicas y CVRS, permitiendo valorar esta última antes y después de intervenciones quirúrgicas (Moorehead et al., 2003; Oria & Moorehead, 2009; Antor & Salinas, 2017). Ha sido validado como uno de los mejores sistemas integrales y objetivos para evaluar el beneficio de la CBM, considerando múltiples variables clínicas y la CVRS postoperatoria. También permite comparar los resultados de diferentes procedimientos realizados por diferentes cirujanos con diferentes técnicas, utilizando pacientes de diferentes culturas y con diferentes lenguas o idiomas.

Este ha sido y es ampliamente utilizado en Europa, Norteamérica, Australia y algunos países asiáticos, y se ha convertido en un desiderátum de la evaluación de los pacientes obesos que optan por la CBM, tanto antes como después de la misma, dadas sus excelentes propiedades psicométricas y su amplitud en términos

de la consideración de seis dimensiones fundamentales asociadas a la CVRS, a saber: autoestima, actividad física, contactos sociales, satisfacción laboral, placer sexual y forma de aproximación a la comida.

Existen trabajos de adaptación y validación al español del MAQoLQ-II aunque con algunas limitaciones que sugieren la necesidad de nuevas traducciones y validaciones regionales para asegurar su adecuación cultural y lingüística y así preservar el significado original de los ítems, su validez y confiabilidad similares al instrumento original. Específicamente en la región latinoamericana, se detecta escasez de instrumentos adaptados para medir la CVRS en pacientes con obesidad.

Pocas investigaciones dan luces sobre la adaptación al español. Una traducción española del MAQoLQ-II (Sauerland et al., 2009) muestra problemas lingüísticos y un tamaño muestral insuficiente para generalizar resultados, haciendo necesaria una revisión exhaustiva y una nueva adaptación para poblaciones específicas. En este sentido, una adaptación y nueva traducción fue realizada por Antor y Salinas (2017) confirmando su utilidad para evaluar la percepción subjetiva de la CVRS en pacientes obesos mórbidos antes y después del bypass gástrico en Y de Roux (BPGYR). La versión incluye seis ítems (añadiendo la conducta alimentaria) y utiliza una escala Likert de diez posiciones para mejorar en la sensibilidad y diferenciación de respuestas.

En cuanto a la validación psicométrica, se han reportado coeficientes alfa de Cronbach sólidos (~ 0.84), e indicadores de validez convergente con instrumentos reconocidos como el SF-36, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ingesta Alimentaria de Stunkard y Messick (Moorehead et al., 2003; Oria & Moorehead, 2009; Antor & Salinas, 2017).

El MAQoLQ se ha utilizado en múltiples estudios para evaluar CVRS en pacientes obesos que se someten a Cirugía Bariátrica y Metabólica, demostrando sensibilidad para detectar mejoras en autoestima, bienestar físico, integración

social, función sexual y hábitos alimentarios. También se emplea para comparar diferentes técnicas quirúrgicas y evaluar el impacto de la cirugía plástica reconstructiva posterior.

Resulta crucial disponer de un instrumento confiable, válido, culturalmente adaptado y fácil de administrar como el MAQoLQ-II en español, para evaluar adecuadamente la CVRS en el seguimiento pre y postoperatorio de pacientes obesos mórbidos. Esto contribuiría con el avance del conocimiento científico en el campo de la Psicología de la Salud y la Psicología Bariátrica y con el abordaje y la atención interdisciplinaria hacia la salud con calidad de vida.

Conclusiones

La CVRS es un constructo multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales del bienestar de las personas, especialmente relevante en enfermedades crónicas como la obesidad mórbida. Como tal, debe evaluarse dentro de un enfoque integral. Su medición enfrenta retos metodológicos por su naturaleza subjetiva y multidimensional y pese a reconocer factores psicológicos y sociales importantes, los instrumentos no siempre capturan la totalidad de la experiencia subjetiva, limitando la comprensión completa de la CVRS desde un enfoque biopsicosocial.

La evidencia empírica ha demostrado los beneficios significativos de la CBM sobre la CVRS en pacientes obesos mórbidos en múltiples dimensiones y un impacto positivo en sus comorbilidades y el bienestar psicológico.

Sin embargo, se recomienda evaluar con instrumentos específicos y adaptados culturalmente para medir con precisión estos cambios.

Por último, la Psicología de la Salud emerge como un campo clave para el abordaje integral del paciente obeso mórbido, contribuyendo a la evaluación, prevención e intervención en el deterioro y la mejora de la CVRS desde una perspectiva biopsicosocial.

Referencias

- Antor, M., & Salinas, A. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud "CVRAS-14" para pacientes obesos. *Psicología, Revista de la Escuela de Psicología (UCV)*, 36(1-2), 15-43.
- Apovian, C., Huskey, K., Chiodi, S., Hess, D., Schneider, B., Blackburn, G., Jones, D., & Wee, C. (2013). Patient factors associated with undergoing laparoscopic adjustable gastric banding vs Roux-en-Y gastric bypass for weight loss. *Journal of the American College of Surgeons*, 217(6), 1118-1125.
- Armour Forse, R., & Mukkai Krishnamurt, D. (2015). Epidemiology and discrimination in obesity. En N. Nguyen, P. Robin, R. Blackstone, J. Morton, J. Ponce, & R. Rosenthal (Eds.), *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery: Volume 1: Bariatric Surgery* (pp. 3-12). Springer.
- Arrieta, F., & Botet, P. (2021). Editorial: Reconocer la obesidad como enfermedad: todo un reto. *Revista Clínica Española*, 221(9), 544-546.
- Askari, A., Dai, D., Taylor, C., Chapple, C., Halai, S., Patel, K., et al. (2020). Long-term outcomes and quality of life at more than 10 years after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass using bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity Surgery*, 30(10), 3968-3975.
- Barry, M. J., Fowler, F. J., Jr., Binane, N. K., Haier, M. P., Holtgrewe, H. L., Mebust, W. K., & Cockett, A. T. (1992). The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*, 148 (5), 1549–1557. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)36966-5](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)36966-5)" \t "_blank"[https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)36966-5](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)36966-5)
- Bautista-Díaz, M. (2023). Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica: razones para integrar en su tratamiento al profesional de la psicología. *Gaceta Médica Boliviana*, 46 (2), 144-145. HYPERLINK "<https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.795>" \t "_blank"<https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.795>
- Bellamy, N., Buchanan, W. W., Goldsmith, C. H., Campbell, J., & Stitt, L. W. (1988). Validation study of WOMAC: A specialized health status questionnaire for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of Rheumatology*, 15(12), 1833–1840.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787–805. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>" \t "_blank"<https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>
- Calvo Bonacho, E. (2024). Actualización del tratamiento de la obesidad: presente y futuro. *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, 9(4), 709-724.
- Camacho-Camargo, N., Pereira, I., & Paoli-Valeri, M. (2021). Calidad de vida de adolescentes escolarizados con sobrepeso y obesidad. Mérida, Venezuela. *Revista GICOS*, 6(1), 135-154. HYPERLINK

- "<http://erevistas.saber.ula.ve/gicos>" \t
"_blank"<http://erevistas.saber.ula.ve/gicos>
- Carmona, J., Marcano, I., & Rodríguez, D. (2020). Calidad de vida posterior a Cirugía Bariátrica y Metabólica: bypass gástrico vs gastrectomía vertical. *Revista Venezolana de Cirugía*, 67(2), 43–48.
- Cazorla, G., Shinin, E., & Solis, U. (2022). Efectividad de la Cirugía Bariátrica y Metabólica en el tratamiento de la obesidad. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2). HYPERLINK "<https://doi.org/10.37135/ee.04.14.04>" \t
"_blank"<https://doi.org/10.37135/ee.04.14.04>
- Cuatrecasas, G., García, J. M., Lluch Taltavull, J., & Maestre Fullana, M. A. (2024). *Medición y recogida de variables clínicas y de calidad de vida en personas con obesidad* (S. Herrera-Pérez & G. Mercadal, Coords.). FARUPEIB.
- Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77–91. HYPERLINK "[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)" \t
"_blank"[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)
- Dupuy, H. J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg, & J. Elinson (Eds.), *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies* (pp. 170–183). Le Jacq Publishing.
- Eisenberg, D., Shikora, S., Aarts, E., Aminian, A., Angrisani, L., Cohen, R., et al. (2023). 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) indications for metabolic and bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 33, 3-14.
- Fiorani, C., Coles, S. R., Kulendran, M., McGlone, E. R., Reddy, M., & Khan, O. A. (2021). Long-term quality of life outcomes after laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass: A comparative study. *Obesity Surgery*, 31(3), 13761–13780.
- Govantes, Y., Ortiz, R., Manes, L., Rosabal, F., Carvajal, Y., & Pérez, K. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con obesidad. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 8(2), 48-60.
- Hernández, S., Esquivias-Zavala, H., Maldonado, M., Ruiz-Velasco, S., & Reséndiz, M. (2016). Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Salud Mental*, 39(3), 131-139. HYPERLINK "<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.011>" \t
"_blank"<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.011>
- Hidalgo Acosta, J. A., Barberán Astudillo, L. D. P., Camacho Sig Tú, E. E., Ibarra Vélez, L. S., Zambrano Zambrano, Y. R., & Díaz Meneses, N. G. (2024). Últimas estrategias en el tratamiento de la obesidad: Una revisión sistemática. *Mediciencias UTA*, 8(1), 17-25. HYPERLINK "<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v8i1.2305.2024>" \t
"_blank"<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v8i1.2305.2024>
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology &*

- Medical Sociology*, 15(3), 221–229. HYPERLINK
"https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90005-5" \t
" _blank" [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90005-5)
- Jones, P. W., Quirk, F. H., Baveystock, C. M., & Littlejohns, P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation: The St. George's Respiratory Questionnaire. *The American Review of Respiratory Disease*, 145(6), 1321–1327. HYPERLINK
"https://doi.org/10.1164/ajrccm/145.6.1321" \t
" _blank" <https://doi.org/10.1164/ajrccm/145.6.1321>
- Kirkil, C., Aygen, E., & Korkmaz, M. F. (2018). Quality of life after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 31(3), 1–4.
- Kleinman, L., Revicki, D. A., & Flood, E. (2002). Psychometric evaluation of the Digestive Health Status Questionnaire-Short Form (DHSQ-SF) in patients with gastroesophageal reflux disease. *Quality of Life Research*, 11(7), 674.
- Leiva, M. J., Cruz, M., Díaz, P., Barros, C., Assadi, V., Cortés, S., et al. (2020). Manejo psicológico del paciente sometido a Cirugía Bariátrica y Metabólica. Consenso Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 518-527. HYPERLINK
"https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400518" \t
" _blank" <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400518>
- López-Espinoza, M. Á., Vega-Albornoz, N., & Navarro-Mora, O. (2023). Efecto de la Cirugía Bariátrica y Metabólica sobre calidad de vida en obesos: Una revisión sistemática global. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(4), 108-116.
- López-Pérez AM, López-Carmona MH, Echenique-Gazzotti MI, Padrón-Sanabria JA. (2025) Pérdida de peso, resolución de comorbilidades y calidad de vida actual en pacientes intervenidos por Cirugía Bariátrica y Metabólica. Estudio Prospectivo. *Revista Venezolana de Cirugía*, 78 (1).
- Luján, J. (2023). *Intervención y seguimiento a largo plazo en Cirugía Bariátrica y Metabólica. Impacto en los resultados de pérdida ponderal y calidad de vida en pacientes con obesidad* [Tesis doctoral, Universidad de Navarra]. Repositorio Institucional.
- Malczak, P., Mizera, M., Lee, Y., Pisarska-Adamczyk, M., Wysocki, M., Bala, M., et al. (2021). Quality of life after bariatric surgery – a systematic review with Bayesian network meta-analysis. *Obesity Surgery*, 31, 5213-5223. HYPERLINK "https://doi.org/10.1007/s11695-021-05687-1" \t
" _blank" <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05687-1>
- Marek, R., Ben-Porath, Y., Van Dulmen, M., Ashton, K., & Heinberg, L. (2017). Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(3), 514-521.
- Membrive, J. A., Expósito, N., Navarro, C., Alcázar, J., & Hidalgo, L. (2024). Grupo para pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica y Metabólica. Unidad de Hospitalización. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. *Norte de Salud Mental*, 19(70), 56-66.
- Mendivelso-Duarte, F. O., & Borda-Hernández, R. A. (2024). Resultados cardiometabólicos de largo plazo tras Cirugía Bariátrica y Metabólica:

- control de comorbilidades, pérdida y ganancia de peso de peso a los 5 años de seguimiento. *Revista Colombiana de Cirugía*, 39(3), 396-406.
- Moorehead, M., Ardelt, E., Lechner, H., & Oria, H. (2003). The validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obesity Surgery*, 13, 684-692.
- Muñoz, V., Jiménez, J., Vanegas, J., & Torres, C. (2024). Efectividad de un programa multidisciplinario para el manejo de la obesidad: cambio en la calidad de vida y en los parámetros clínicos, fisiológicos y antropométricos. *Medical Clinical Practice*, 7, 1-8.
- Mustafa, A., Rizkallaha, N., Samuel, N., & Balupuria, S. (2020). Laparoscopic Roux-En-Y gastric bypass versus one anastomosis (loop) gastric bypass for obesity: A prospective comparative study of weight loss and complications. *Annals of Medicine and Surgery*, 55, 143-147.
- Myers Esmenjaud, J., & Maldonado Pintado, D. (2024). Resultados comparativos de las técnicas de Cirugía Bariátrica y Metabólica para el tratamiento de la obesidad por un grupo quirúrgico en el Hospital Ángeles Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 22(1), 17-21.
- National Heart, Lung and Blood Institute (NIH). (2024). *Sobrepeso y obesidad. La obesidad y la salud de las mujeres*. HYPERLINK "<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/mujeres>" \t "_blank"<https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad/mujeres>
- Naciones Unidas. (22 de noviembre de 2023). *La obesidad es un desafío de salud pública que requiere una respuesta integral*. Noticias ONU. HYPERLINK "<https://news.un.org/es/story/2023/11/1525562>" \t "_blank"<https://news.un.org/es/story/2023/11/1525562>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2020). *Obesidad y sobrepeso*. HYPERLINK "<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>" \t "_blank"<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Obesidad y sobrepeso*. HYPERLINK "<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>" \t "_blank"<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (7 de marzo de 2024). *Más que una cuestión de peso*. HYPERLINK "<https://www.paho.org/es/noticias/7-3-2024-mas-que-cuestion-peso>" \t "_blank"<https://www.paho.org/es/noticias/7-3-2024-mas-que-cuestion-peso>
- Oria, H., & Moorehead, M. (2009). Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(1), 60-66.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2025). *Día Mundial de la Obesidad: Un desafío global*. HYPERLINK "<https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2025-dia-mundial-obesidad-desafio-global>" \t "_blank"<https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2025-dia-mundial-obesidad-desafio-global>
- Parra-Penagos, L. F., Becerra-González, L. F., Becerra-González, S., & Arango-Gómez, F. (2025). Evaluación de la calidad de vida antes y después de

- Cirugía Bariátrica y Metabólica laparoscópica: Un estudio observacional analítico prospectivo. *Revista Colombiana de Cirugía*, 40(4), 751-761. HYPERLINK "<https://doi.org/10.30944/20117582.2756>" \t "_blank"<https://doi.org/10.30944/20117582.2756>
- Peacock, J., Perry, L., & Morien, K. (2018). Bariatric patients' reported motivations for surgery and their relationship to weight status and health. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(1), 39-46.
- Pillasagua, A., Fernández, H., Meza, L., Ponce, J., Calderón, S., Méndez, K., et al. (2024). Más allá de la báscula: Ventajas y desventajas de la Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 2273–2284. HYPERLINK "<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2273-2284>" \t "_blank"<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2273-2284>
- Pou, S., Wirtz, J., & Aballay, L. (2023). Epidemia de obesidad: Evidencia actual, desafíos y direcciones futuras. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(2), 2. HYPERLINK "<https://www.google.com/search?q=https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2023/>" \t "_blank"<https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2023/>
- Rodríguez, H., Bolaños, O., & Pedroso, I. (2020). Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 12(3).
- Ruiz, M. A., & Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles*, 2(1), 31-43.
- Sapunar-Je, A., Escalona, A., Araya, A., Aylwin, C., Bastías, M., Boza, C., et al. (2020). Rol de la Cirugía Bariátrica y Metabólica/metabólica en el manejo de la diabetes mellitus 2, Consenso SOCHED/SCCBM. *Revista Médica de Chile*, 148(11), 1598-1616.
- Sarwer, D. B., & Grilo, C. M. (2020). Obesity: Psychosocial and behavioral aspects of a modern epidemic: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 75(2), 135-138.
- Sauerland, S., Weiner, S., Häusler, E., Dolezalova, K., Angrisani, L., Masdevall, C., García-Caballero, M., & Immenroth, M. (2009). Validity of the Czech, German, Italian, and Spanish version of the Moorehead-Ardelt II Questionnaire in patients with morbid obesity. *Obesity Facts*, 2(Suppl. 1), 57-62.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2024). From a concept to a theory: The six eras of quality of life research and application. *Research in Developmental Disabilities*, 150, 104711. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104711>" \t "_blank"<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104711>
- Sevillano, P., Arroba, J., Cedeño, F., & Zatán, M. (2024). Bypass gástrico: Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. *RECIAMUC*, 8(1), 385-394. HYPERLINK "[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.385-394](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.385-394)" \t "_blank"[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.385-394](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.385-394)

- Vega-Albornoz, N., Navarro-Mora, O., & López-Espinoza, M. (2023). Efecto de la Cirugía Bariátrica y Metabólica sobre la calidad de vida en obesos: Una revisión sistemática global. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(4), 110-118. HYPERLINK "<https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i4.5727>" \t "_blank"<https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i4.5727>
- Verdugo, M. Á., Schalock, R. L., & Gómez, L. E. (2021). El modelo de calidad de vida y apoyos: La unión tras veinticinco años de caminos paralelos. *Siglo Cero*, 52(3), 9-28. HYPERLINK "<https://doi.org/10.14201/scero2021523928>" \t "_blank"<https://doi.org/10.14201/scero2021523928>
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Wee, C. C., Davis, R. B., Jones, D. B., Apovian, C. M., Chiodi, S., Huskey, K. W., & Hamel, M. B. (2016). Sex, race, and the quality-of-life factors most important to patients' well-being among those seeking bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 26, 1308-1316.
- Wu, A. W., Revicki, D. A., Jacobson, D., & Malitz, F. E. (1997). Evidence for reliability, validity and responsiveness of the MOS-HIV Health Survey. *Quality of Life Research*, 6(6), 481–493. HYPERLINK "<https://doi.org/10.1023/a:1018485002061>" \t "_blank"<https://doi.org/10.1023/a:1018485002061>

Capítulo 18

Manejo psicoterapéutico de los Trastornos Alimentarios en el tratamiento de la Obesidad

Psic. María José Leiva

Clínica Las Condes

mleiva@clinicalascondes.cl

Santiago, Chile

Introducción

Hablar de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el contexto del tratamiento de la obesidad no constituye un ejercicio teórico ni un refinamiento diagnóstico secundario. Es, ante todo, una necesidad clínica, ética y sanitaria. En la práctica cotidiana, muchas personas que consultan por obesidad arrastran una relación compleja y dolorosa con la comida, marcada por intentos reiterados de control, experiencias persistentes de pérdida de control alimentario, culpa y vergüenza. Estas vivencias, aunque frecuentes, no siempre son exploradas de manera explícita en la consulta clínica (Melville et al, 2023).

La evidencia acumulada durante la última década muestra que hasta un 30% de las personas que buscan tratamiento por obesidad presentan síntomas clínicamente relevantes de TCA, particularmente trastorno por atracón (Hilbert & Schmidt, 2022). Esta coexistencia impactaría directamente en el pronóstico, la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el riesgo en salud mental, tanto en contextos médicos como quirúrgicos (Melville et al, 2023).

Desde una mirada clínica integrada, no se trata de diagnósticos independientes que simplemente se suman, sino de una interacción compleja entre cuerpo, emoción y conducta. La vulnerabilidad neurobiológica, el estigma internalizado y la historia de tratamientos fallidos configuran trayectorias clínicas de alta complejidad. Las conductas alimentarias desadaptativas deben comprenderse no solo como obstáculos, sino también como intentos —frecuentemente fallidos— de regulación frente al malestar psicológico (Camacho-Barcia et al., 2024).

Desde esta comprensión entonces, el abordaje psicoterapéutico de los TCA se vuelve un componente central del tratamiento de la obesidad. Identificar y trabajar explícitamente estas dinámicas no solo mejoraría los resultados clínicos, sino que permitiría construir procesos terapéuticos más humanos, sostenibles y coherentes con la comprensión actual de la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial y cruzada por dimensiones psicológicas y relacionales (Camacho-Barcia et al., 2024).

Obesidad y TCA como condiciones interrelacionadas

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de adiposidad, cuya fisiopatología es compleja y multidimensional, involucrando mecanismos neuroendocrinos, metabólicos, conductuales y psicosociales. Sin embargo, a diferencia de otras condiciones crónicas, su abordaje clínico ha estado históricamente atravesado por juicios morales, estigmatización y una focalización excesiva en el peso como indicador principal —y muchas veces único— de éxito terapéutico (Barnes & Lawson, 2024).

Desde una perspectiva epidemiológica, diversos estudios han demostrado que la prevalencia de TCA en personas con obesidad es significativamente mayor que en la población general. El trastorno por atracón constituye el diagnóstico más frecuente, con tasas que oscilan entre 5 % y 30 %, dependiendo del método de evaluación y del contexto clínico (Hilbert & Schmidt, 2022). En poblaciones candidatas a Cirugía Bariátrica y Metabólica, las conductas de pérdida de control alimentario alcanzan cifras cercanas al 40 %, mientras que el diagnóstico formal de trastorno por atracón se sitúa entre 10 % y 20 % (AlTarrah et al., 2025). Esta comorbilidad se asocia de manera consistente a mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos, antecedentes de trauma, ideación suicida y menor autoestima (Law, Smith, & Adams, 2023).

Desde la neurociencia clínica, la obesidad se asocia a alteraciones en circuitos de recompensa, motivación, regulación emocional y control inhibitorio. Estos mismos sistemas están implicados en los TCA, lo que contribuye a explicar la

elevada prevalencia de conductas de atracón, alimentación emocional y pérdida de control alimentario en esta población. Ignorar esta base compartida conduce a intervenciones reduccionistas y, con frecuencia, iatrogénicas (Conceição & Goldschmidt, 2019).

Los TCA más frecuentemente observados en personas con obesidad incluyen el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa entre otros (American Psychiatric Association, 2022). En el contexto del tratamiento de la obesidad, cobra especial relevancia el concepto de *espectro de atracón*, que abarca no solo episodios de atracón objetivo, sino también experiencias subjetivas de pérdida de control alimentario y conductas persistentes de picoteo o *grazing*. La evidencia muestra de forma consistente que la percepción subjetiva de pérdida de control y la vivencia de culpa o vergüenza posterior, más que la cantidad absoluta de alimento ingerido, constituyen los principales marcadores psicopatológicos del atracón, asociándose a peor calidad de vida y peores resultados terapéuticos (Meany, Conceição, & Mitchell, 2014; Grilo & Juarascio, 2023).

Desde el punto de vista clínico, la presencia de un TCA no tratado se vincula a menor eficacia de las intervenciones nutricionales, mayor riesgo de abandono del tratamiento, peores resultados de pérdida de peso, mayor probabilidad de recuperación ponderal a mediano y largo plazo y una mayor carga de sufrimiento psicológico (Hilbert & Schmidt, 2022). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de comprender obesidad y TCA como condiciones interrelacionadas y de abordarlas de manera integrada desde las etapas iniciales del tratamiento.

Evaluación psicológica y detección de TCA en el contexto de la obesidad

Históricamente, la evaluación de TCA en obesidad ha estado atravesada por creencias erróneas que dificultan su detección, como asociarlos exclusivamente a bajo peso o a conductas compensatorias visibles. El estigma, la normalización cultural de ciertas conductas y el temor a ser excluidos de tratamientos médicos o quirúrgicos refuerzan la invisibilización. Esta mirada dicotómica ha contribuido de

manera significativa al subdiagnóstico de los TCA en esta población (Leiva et al., 2020; Mitchell et al., 2014; Barnes & Lawson, 2024; Timkova et al., 2025).

Preguntar de manera directa, respetuosa y no punitiva constituye, en sí mismo, una intervención clínica. Explorar la experiencia subjetiva del paciente en torno a la comida, la pérdida de control, la culpa y la vergüenza permite abrir espacios terapéuticos sin instalar barreras al tratamiento y fortalece la alianza terapéutica desde las etapas iniciales. Para muchos pacientes, ser preguntados sin juicio representa la primera oportunidad de nombrar experiencias que han permanecido invisibilizadas durante años.

El uso de instrumentos validados facilita la detección temprana y la toma de decisiones clínicas informadas. Herramientas como el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), el SCOFF o el BEDS-7 permiten diferenciar entre hábitos alimentarios desadaptativos y TCA clínicamente significativos. Estas herramientas no reemplazan la entrevista clínica, pero contribuyen a reducir el subdiagnóstico y a estructurar la evaluación de manera más objetiva y consistente.

Principios del manejo psicoterapéutico

El objetivo central de la intervención psicoterapéutica no es el control conductual aislado, sino la reducción del sufrimiento psicológico, la mejora de la relación con la comida y el cuerpo, y el fortalecimiento de la regulación emocional. Estos objetivos solo pueden alcanzarse en un marco de trabajo no estigmatizante, donde la alianza terapéutica y el lenguaje utilizado por el equipo se transforman en predictores clave de adherencia y de éxito terapéutico (Barnes & Lawson, 2024; Timkova et al., 2025).

El manejo psicoterapéutico de los TCA en el contexto de la obesidad se sustenta en principios clínicos transversales que orientan tanto la indicación como la forma de intervenir. En este marco, resulta fundamental comprender que la presencia de un TCA no constituye una contraindicación absoluta para el tratamiento de la obesidad, incluida la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM). Por el contrario, se trata de un indicador clínico relevante que invita a ajustar el enfoque terapéutico, los tiempos y la intensidad del acompañamiento, con el objetivo de

resguardar la salud mental y favorecer resultados sostenibles en el tiempo (Conceicao & Goldschmidt, 2019).

Cuando los TCA no son detectados ni abordados, el tratamiento de la obesidad queda incompleto. La evidencia muestra que esta omisión se asocia a mayor frustración, abandono del tratamiento, recuperación ponderal y deterioro del bienestar psicológico (Hilbert & Schmidt, 2022; Melville et al., 2023 & Lobo et al., 2023).

En cuanto a los modelos con respaldo empírico, la terapia cognitivo-conductual (CBT) continúa siendo el tratamiento de primera línea para el trastorno por atracón. La evidencia muestra que la CBT específica reduce de manera consistente los episodios de atracón, mejora el control alimentario y disminuye el malestar psicológico asociado (Grilo & Juarascio, 2023; Waller & Beard, 2024). En el contexto de la obesidad, este enfoque requiere adaptaciones que consideren la historia de dietas restrictivas, el estigma internalizado y las alteraciones en las señales de hambre y saciedad.

Otros enfoques psicoterapéuticos han mostrado utilidad en subgrupos específicos. La terapia dialéctico-conductual resulta especialmente pertinente en personas con alta impulsividad y desregulación emocional, mientras que las terapias basadas en aceptación, como la ACT, promueven flexibilidad psicológica, conexión con valores personales y una relación menos reactiva con pensamientos y emociones asociadas a la comida (Forman, Butryn, & Schumacher, 2025).

Obesidad, Cirugía Bariátrica Metabólica y TCA

La CBM constituye una herramienta terapéutica altamente eficaz en el tratamiento de la obesidad, se asocia a beneficios metabólicos y de salud ampliamente documentados. Sin embargo, su relación con los TCA es más compleja de lo que históricamente se asumió. En personas con obesidad, los TCA no desaparecen necesariamente con la intervención quirúrgica, sino que interactúan con los cambios anatómicos, fisiológicos y emocionales que la cirugía introduce.

La evidencia reciente muestra que, si bien la CBM, se asocia a una reducción significativa de los episodios de atracón objetivos en el corto plazo, principalmente como efecto de las restricciones anatómicas, conductas como la pérdida de control alimentario subjetiva, el *grazing* y la alimentación emocional pueden persistir o emerger durante el seguimiento postoperatorio (Kerver, Murray, & Dougherty, 2025).

Estudios longitudinales han descrito de manera consistente la continuidad de conductas alimentarias problemáticas antes y después de la cirugía, así como su asociación con los resultados de largo plazo del tratamiento (Conceição et al., 2014).

Desde la perspectiva clínica, la persistencia de estas conductas no debe interpretarse como un “fracaso” del procedimiento quirúrgico, sino como la expresión de dificultades preexistentes en la relación con la comida, la regulación emocional y el manejo del malestar. En este sentido, la CBM no “resuelve” por sí sola los trastornos de la conducta alimentaria ni las complejidades en la relación con el cuerpo y la alimentación. Por el contrario, el proceso quirúrgico y su evolución postoperatoria interactúan con historias previas de dietas restrictivas, estigma internalizado y estrategias de regulación emocional que la persona trae consigo, y que requieren ser abordadas de manera explícita en el acompañamiento terapéutico (Conceição et al., 2019).

No detectar ni abordar oportunamente un TCA en el contexto de la obesidad y de la CBM, implica riesgos clínicos relevantes. La evidencia muestra que la presencia de TCA no diagnosticados se asocia a menor adherencia a las indicaciones postoperatorias, mayor probabilidad de conductas alimentarias desadaptativas persistentes —como pérdida de control alimentario y *grazing*— y mayor riesgo de recuperación ponderal en el mediano y largo plazo (AlTarrah et al., 2025). Desde esta mirada, no identificar un TCA no constituye una omisión menor, sino un factor de riesgo clínico que puede comprometer tanto los resultados quirúrgicos como la salud mental del paciente (Law, Smith, & Adams, 2023).

Al mismo tiempo, es fundamental subrayar que la identificación de un TCA o de conductas alimentarias problemáticas no implica excluir ni retrasar innecesariamente la cirugía. Por el contrario, permite preparar mejor al paciente,

ajustar expectativas, definir apoyos específicos y planificar un seguimiento acorde al nivel de riesgo clínico. La cirugía es una herramienta potente; su efectividad a largo plazo se ve fortalecida cuando forma parte de un abordaje integral que considera la salud mental como un eje estructurante del tratamiento (Law, et al., 2023).

Un elemento central en esta articulación entre obesidad, cirugía y TCA es el rol del lenguaje y de la comunicación clínica del equipo quirúrgico. La evidencia muestra que mensajes centrados exclusivamente en el peso, juicios implícitos sobre la conducta alimentaria o referencias a la “falta de control” pueden reforzar el estigma internalizado, aumentar la ansiedad y favorecer conductas de ocultamiento o desregulación alimentaria. Por el contrario, un lenguaje coherente, respetuoso y centrado en la salud actúa como una herramienta terapéutica en sí misma, fortaleciendo la alianza, mejorando la adherencia y reduciendo el riesgo de abandono del seguimiento, particularmente en pacientes con antecedentes de atracón o comer desordenado (Barnes & Lawson, 2024).

Desde una perspectiva ética y de salud pública, integrar el abordaje psicoterapéutico de los TCA en los programas de obesidad y CBM resulta fundamental. No detectar ni tratar estos cuadros se asocia a mayor deterioro de la salud mental, incluyendo síntomas depresivos severos e ideación suicida, y contribuye a trayectorias de atención fragmentadas y costosas. En contraste, modelos de atención que incorporan la salud mental de manera longitudinal permiten mejorar resultados clínicos, reducir recaídas y promover una atención más humana, efectiva y sostenible (Law et al., 2023 & Hilbert & Schmidt, 2022).

La continuidad del cuidado en salud mental debe entenderse, por tanto, como parte integral del tratamiento quirúrgico de la obesidad y no como un apoyo accesorio. El seguimiento psicológico pre y postoperatorio permite detectar precozmente señales de alerta, ajustar intervenciones y acompañar los cambios emocionales y conductuales que emergen a lo largo del proceso. Entender la cirugía como un hito dentro de una trayectoria de cuidado continuo —y no como un evento aislado— favorece procesos más realistas, protege al paciente y a los equipos de expectativas irreales y contribuye a resultados clínicos más estables en el tiempo.

contribuye a resultados clínicos más estables en el tiempo (Conceição & Goldschmidt, 2019; Law, Smith, & Adams, 2023).

Conclusiones

A partir de la evidencia revisada y de la experiencia clínica reportada a lo largo de este capítulo, es posible concluir que:

El abordaje psicoterapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria en el tratamiento de la obesidad no puede entenderse como un complemento opcional del proceso terapéutico, sino como un componente central de una atención de calidad, coherente con la comprensión actual de la obesidad como una condición crónica, compleja y multifactorial. La evidencia muestra de manera consistente que, cuando la salud mental se integra desde las etapas iniciales del tratamiento, los resultados tienden a ser más sostenibles y los procesos se vuelven más humanos y coherentes con la complejidad de esta condición (Hilbert & Schmidt, 2022; Camacho-Barcia et al., 2024).

La alta prevalencia de conductas alimentarias desadaptativas y de TCA clínicamente significativos en personas que viven con obesidad obliga a ampliar la mirada clínica más allá del peso corporal como único indicador de éxito terapéutico.

Detectar y abordar oportunamente estas dinámicas permitiría comprender con mayor profundidad las necesidades de cada paciente, diseñar tratamientos más ajustados a sus necesidades y favorecer procesos de cambio más sostenibles en el tiempo (Melville et al., 2023 & Altarrah et al., 2025).

Un elemento transversal que atravesaría esta comorbilidad es estigma asociado al peso. La vergüenza, la culpa y la internalización de discursos moralizantes no solo afectarían el acceso y la continuidad del cuidado, sino que participarían activamente en la génesis y mantención de las conductas alimentarias problemáticas. Por ello, el uso de un lenguaje clínico respetuoso, comprensivo y centrado en la salud se transforma en una herramienta terapéutica en sí misma, capaz de abrir espacios de confianza y favorecer la adherencia (Barnes & Lawson, 2024 & Timkova et al., 2025).

En el contexto de la CBM, esta integración adquiere un valor aún mayor. Identificar TCA o conductas alimentarias problemáticas no tendría por objetivo excluir ni retrasar innecesariamente el procedimiento quirúrgico, sino preparar mejor al paciente, ajustar el acompañamiento y fortalecer el seguimiento postoperatorio.

La cirugía es una herramienta potente, cuya efectividad a largo plazo se vería significativamente potenciada cuando forma parte de un abordaje integral que reconoce el rol de la salud mental como eje estructurante del tratamiento (Law, Smith, & Adams, 2023; Conceição & Goldschmidt, 2019).

Los modelos psicoterapéuticos basados en evidencia ofrecen caminos diversos y complementarios para este abordaje. La terapia cognitivo-conductual adaptada al contexto de obesidad, la terapia dialéctico-conductual en casos de alta impulsividad y desregulación emocional, y las terapias basadas en aceptación y compromiso orientadas a promover flexibilidad psicológica y conexión con valores personales, constituyen herramientas clínicas de alto valor. La elección y adaptación de cada enfoque debe responder a las necesidades singulares de cada paciente, siempre en un marco libre de estigma y con un acompañamiento sostenido en el tiempo (Grilo & Juarascio, 2023; Waller & Beard, 2024; Forman et al., 2025).

De cara al futuro, los equipos multidisciplinares enfrentan el desafío de implementar protocolos sistemáticos de detección de TCA, fortalecer la formación continua en comunicación clínica y estigma, y consolidar el seguimiento psicológico longitudinal como parte estructural de los programas de obesidad y CBM (Leiva et al., 2020 & Forman et al., 2025).

En síntesis, avanzar hacia modelos de atención integrados, éticos y basados en evidencia constituye hoy una necesidad urgente. No se trata únicamente de mejorar los resultados clínicos, sino de ofrecer a las personas que viven con obesidad y TCA un cuidado más humano, respetuoso y sostenible, alineado con los principios de la medicina y la psicología contemporáneas.

Referencias

- AlTarrah, D., Alwafi, H., Alshammari, M., Almutairi, R., Alharbi, A., & Alenzi, A. (2025). Eating disorder risk and associated factors among bariatric surgery candidates: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, *15*, 95614. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-95614-6>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Barnes, R. D., & Lawson, J. L. (2024). Weight stigma, binge eating, and perceptions of healthcare provider quality. *Journal of Eating Disorders*, *12*, 128. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01093-x>
- Camacho-Barcia, L., Giel, K. E., Jiménez-Murcia, S., Álvarez Pitti, J., Micali, N., & Fernández-Aranda, F. (2024). Eating disorders and obesity: Bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends in Molecular Medicine*, *30*(4), 361–379. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2024.02.007>
- Conceição, E. M., & Goldschmidt, A. (2019). Disordered eating after bariatric surgery: Clinical aspects, impact on outcomes, and intervention strategies. *Current Opinion in Psychiatry*, *32*(6), 504–509. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000549>
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Schenck, C., & Engel, S. G. (2014). Eating disorders and problematic eating behaviors before and after bariatric surgery: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, *22*(6), 379–392. <https://doi.org/10.1002/erv.2313>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., & Schumacher, L. M. (2025). Acceptance-based behavioral approaches for obesity and eating disorders. *Behavior Therapy*, *56*(1), 45–62. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.09.003>
- Grilo, C. M., & Juarascio, A. S. (2023). Binge-eating disorder interventions: Review, current status, and implications. *Current Obesity Reports*, *12*(3), 406–416. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00517-0>
- Hilbert, A., & Schmidt, R. (2022). Eating disorders in obesity: A special issue. *Obesity Reviews*, *23*(Suppl. 1), e13456. <https://doi.org/10.1111/obr.13456>
- Kerver, G. A., Murray, S. M., & Dougherty, M. (2025). Eating disorders in the context of metabolic and bariatric surgery. *Current Obesity Reports*. <https://doi.org/10.1007/s13679-025-00620-4>
- Law, S., Smith, K., & Adams, T. (2023). Bariatric surgery and mental health outcomes: An umbrella review. *Frontiers in Endocrinology*, *14*, 1283621. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1283621>
- Leiva, M. J., Cruz, M., Díaz, P., Oda-Montecinos, C., & Figueroa, M. (2020). Manejo psicológico del paciente sometido a Cirugía Bariátrica y Metabólica: Consenso del Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, *148*(4), 518–527. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000400518>
- Lobo, I., da Luz, F. Q., Hay, P., Gaeta, T. L., Teixeira, P. C., Cordás, T. A., et al. (2023). Is binge eating associated with poor weight loss outcomes in people with a high body weight? A systematic review with meta-analyses. *Eating*

- and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28, 89.
<https://doi.org/10.1007/s40519-023-01613-9>
- Melville, H., Lister, N. B., Libesman, S., Seidler, A. L., Garnett, S. P., Baur, L. A., et al., (2023). The prevalence of eating disorders and disordered eating in adults seeking obesity treatment: A systematic review with meta-analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 3–18.
<https://doi.org/10.1002/eat.24483>
- Meany, G. M., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87–91.
<https://doi.org/10.1002/erv.2273>
- Mitchell, J. E., King, W. C., Courcoulas, A., Dakin, G., Elder, K., Engel, S., et al. (2014). Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 215–222.
<https://doi.org/10.1002/eat.22199>
- Timkova, V., Hemmingsson, E., Lawrence, B., & Flint, S. W. (2025). Psychosocial distress in obesity: The role of weight stigma. *Frontiers in Psychology*, 16, 1474844. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1474844>
- Waller, G., & Beard, J. (2024). Recent advances in cognitive behavior therapy for eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 26(3), 351–358.
<https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>

Capítulo 19

Herramientas clínicas y ejercicios psicoterapéuticos en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad

Lic. Claudia Alonso

ICONO (Instituto de Cirugía de la Obesidad del Noroeste)

psicoclaudiaalonso@gmail.com

San Miguel de Tucumán, Argentina

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad constituyen problemáticas clínicas complejas, de etiología multifactorial, atravesadas por dimensiones biológicas, psicológicas, vinculares y socioculturales. A pesar de los avances científicos y terapéuticos, continúan presentando alta prevalencia, elevados índices de recaída y un impacto significativo en la calidad de vida de quienes los padecen (American Psychiatric Association, 2013).

La experiencia clínica acumulada durante décadas muestra con claridad que los abordajes centrados exclusivamente en la conducta alimentaria, el peso corporal o el control externo de la ingesta resultan insuficientes para producir cambios profundos y sostenidos. Comer compulsivamente, restringir o perder el control sobre la ingesta no son conductas carentes de sentido, sino intentos de regulación emocional y modos de tramitación del malestar psíquico en contextos donde otras herramientas no estuvieron disponibles (Fairburn, 2008).

En este marco, la psicoterapia ocupa un lugar central como espacio de elaboración, simbolización y reconstrucción del vínculo con el cuerpo, la comida y las emociones. El diálogo con las neurociencias ha permitido enriquecer esta tarea, ofreciendo marcos explicativos que legitiman la experiencia subjetiva del paciente, disminuyen la culpa y permiten diseñar intervenciones más ajustadas, sin caer en reduccionismos biologicistas (Siegel, 2012 & LeDoux, 2015).

Este trabajo propone una lectura integradora de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, articulando psicoterapia, aportes de las neurociencias y dispositivos individuales, familiares y grupales, desde un posicionamiento clínico ético y no punitivo (Van der Kolk, 2014).

Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: una mirada clínica ampliada

Desde el punto de vista diagnóstico, los trastornos de la conducta alimentaria incluyen entidades claramente delimitadas, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, así como presentaciones subclínicas o mixtas que no siempre encajan de manera estricta en las categorías nosográficas. La obesidad, por su parte, ha sido tradicionalmente abordada desde modelos médicos centrados en el índice de masa corporal, el metabolismo y la ingesta calórica (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que estas clasificaciones, si bien útiles para la investigación y la comunicación interdisciplinaria, resultan limitadas para comprender el sufrimiento subjetivo de los pacientes. En la práctica cotidiana, es frecuente observar solapamientos entre obesidad y trastornos alimentarios, especialmente en lo que respecta a la regulación emocional, la relación con el cuerpo, la impulsividad y la historia de dietas reiteradas y fallidas (Fairburn, 2008).

Desde una perspectiva psicológica, tanto los TCA como la obesidad pueden ser comprendidos como configuraciones clínicas en las que la conducta alimentaria adquiere una función reguladora frente a estados emocionales difíciles de tolerar. Comer, no comer o perder el control sobre la ingesta no constituye el problema en sí mismo, sino la solución encontrada, muchas veces de manera temprana y automática, frente a un malestar que no logró ser simbolizado de otro modo (Fonagy et al., 2002).

Relación con el cuerpo y construcción de la identidad

Uno de los ejes centrales en los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad es la alteración de la relación con el cuerpo. El cuerpo deja de ser vivido como un espacio de experiencia y pasa a convertirse en un objeto de evaluación constante, control, vergüenza o rechazo. Esta objetivación corporal se ve reforzada por una cultura que exalta determinados ideales estéticos y que moraliza el peso y la alimentación (Fonagy et al., 2002).

Muchos pacientes construyen su identidad alrededor del cuerpo y de la comida, definiéndose a sí mismos a partir del fracaso, la falta de control o la desvalorización. Esta identidad estigmatizada no solo es sostenida por el entorno social, sino que termina siendo internalizada, operando como un obstáculo significativo para el cambio terapéutico (Siegel, 2012).

Desde la clínica, resulta fundamental abordar la relación con el cuerpo no como un problema secundario, sino como un núcleo central del sufrimiento psíquico. Trabajar sobre la percepción corporal, la autocompasión y la reconexión con las sensaciones internas constituye un paso indispensable para cualquier proceso de transformación profunda (Farb et al., 2013).

Regulación emocional y función del síntoma alimentario

Uno de los aportes más relevantes de los enfoques contemporáneos es la comprensión de la conducta alimentaria problemática como una estrategia de regulación emocional. Numerosos pacientes con TCA y obesidad presentan dificultades para identificar, nombrar y modular sus estados emocionales (Fonagy et al., 2002).

En este contexto, la comida funciona como un regulador externo, accesible y socialmente aceptado, al menos en una primera etapa. El atracón, la restricción o el comer compulsivo pueden aliviar transitoriamente emociones como la ansiedad, la tristeza, el enojo o el vacío. Sin embargo, este alivio es efímero y suele ir seguido

de culpa, vergüenza y autocrítica, reforzando un círculo vicioso que consolida el síntoma (Fairburn, 2008).

La psicoterapia integradora se propone interrumpir este circuito no desde la prohibición o el control, sino desde la comprensión de la función que cumple la conducta. Reconocer que el síntoma tuvo, en algún momento, un valor adaptativo, permite al paciente disminuir la autoagresión y abrirse a la construcción de alternativas más saludables (Linehan, 2015).

Estigma, culpa y sufrimiento psíquico

La obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran fuertemente atravesados por el estigma social. A diferencia de otras patologías, el sufrimiento de estos pacientes suele ser minimizado o interpretado como consecuencia de elecciones personales erróneas, falta de voluntad o irresponsabilidad (Van der Kolk, 2014).

Este estigma no solo proviene del entorno social, sino que muchas veces se reproduce en el sistema de salud, generando experiencias de descalificación, maltrato o desconfianza hacia los profesionales. Estas vivencias refuerzan la vergüenza, el aislamiento y la resistencia al tratamiento. (Siegel, 2012).

Desde una perspectiva clínica ética, resulta imprescindible desarmar estas narrativas culpabilizantes y construir, junto al paciente, una comprensión más compleja y compasiva de su historia. El trabajo terapéutico no puede avanzar si el paciente se siente juzgado o reducido a su conducta alimentaria o a su peso corporal (Fonagy et al., 2002).

Posicionamiento clínico

El abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad exige una posición clínica que combine rigor teórico, sensibilidad humana y flexibilidad técnica. No se trata de aplicar protocolos de manera mecánica, sino de construir, junto a cada paciente, un camino terapéutico singular (Fairburn, 2008).

La integración de los aportes de las neurociencias al trabajo psicoterapéutico permite comprender mejor los límites del cambio voluntario, los tiempos necesarios para la reorganización emocional y la importancia de la repetición de experiencias correctivas en un entorno seguro. Este conocimiento no reemplaza la escucha clínica, sino que la potencia (Siegel, 2012 & LeDoux, 2015). Durante muchos años, los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad se centraron en corregir lo visible, olvidando que la conducta es apenas la punta del iceberg.

La clínica enseña que cuando el trabajo se orienta a comprender el sentido del síntoma, a fortalecer la regulación emocional y a reconstruir el vínculo con el cuerpo y con los otros, los cambios dejan de ser frágiles y comienzan a volverse verdaderamente transformadores (Van der Kolk, 2014).

Aportes de las neurociencias al trabajo psicoterapéutico

La incorporación de las neurociencias al campo clínico ha permitido comprender por qué el cambio no depende exclusivamente de la voluntad y por qué las recaídas no constituyen fallas morales. Los procesos psicológicos se sostienen en sistemas neurobiológicos moldeados por la experiencia (LeDoux, 2015).

El estudio de los circuitos de recompensa muestra cómo determinados alimentos activan sistemas dopaminérgicos que alivian transitoriamente el malestar emocional. Este aprendizaje implícito explica por qué el control externo de la conducta resulta insuficiente (Panksepp & Biven, 2012).

El estrés crónico, frecuente en la historia de muchos pacientes, afecta la autorregulación emocional y favorece respuestas impulsivas. Intervenir terapéuticamente implica entonces reducir el estrés global, no solo modificar la alimentación (Herman et al., 2016).

La memoria emocional y el aprendizaje implícito explican por qué muchas conductas se activan sin mediación consciente. La psicoterapia, como experiencia

relacional sostenida, permite reorganizar estas memorias en un contexto de seguridad emocional (Siegel, 2012).

La neuroplasticidad sostiene la posibilidad de cambio a lo largo de toda la vida, siempre que se repitan experiencias emocionales correctivas en un entorno seguro. El cambio no es un evento puntual, sino un proceso gradual (Siegel, 2012).

La interocepción, entendida como la percepción de las señales internas del cuerpo, suele estar alterada en estos pacientes. El trabajo psicoterapéutico favorece la reconstrucción de una relación más confiable con el cuerpo, sin imponer pautas externas (Farb et al., 2013).

Psicoterapia integradora: fundamentos clínicos

El abordaje de los TCA y la obesidad requiere una psicoterapia integradora capaz de articular distintos marcos teóricos sin eclecticismo superficial. El eje organizador no es la técnica, sino el vínculo terapéutico (Fonagy et al., 2002).

Los enfoques cognitivo-conductuales contemporáneos aportan herramientas valiosas cuando se alejan de una lógica correctiva y promueven flexibilidad psicológica, aceptación y autocompasión (Linehan, 2015).

La regulación emocional constituye el núcleo transversal del tratamiento. La comida deja de ser el único regulador posible cuando el paciente amplía su repertorio emocional (Siegel, 2012).

La mentalización permite crear un espacio entre emoción y acción, favoreciendo respuestas menos automáticas. Este proceso requiere tiempo, acompañamiento y tolerancia a la ambigüedad (Fonagy et al., 2002).

Los enfoques psicodinámicos aportan la comprensión del sentido simbólico del síntoma, vinculado a la historia relacional y a las primeras experiencias de cuidado (Van der Kolk, 2014).

En pacientes con antecedentes de trauma, el cuerpo suele ser un territorio de conflicto. La psicoterapia integradora incorpora una mirada sensible al trauma, priorizando la seguridad emocional y evitando intervenciones intrusivas. El vínculo terapéutico constituye el principal agente de cambio. La constancia, la ausencia de juicio y la validación permiten reorganizar los circuitos emocionales y construir nuevas formas de regulación (Van der Kolk, 2014).

Criterios generales para el uso de herramientas clínicas

En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, las herramientas no constituyen técnicas estandarizadas aplicables de manera uniforme, sino recursos al servicio de un proceso psicoterapéutico singular (Fairburn, 2008).

Toda intervención debe estar contextualizada en la historia del paciente, en su momento vital y en el nivel de regulación emocional disponible. El uso indiscriminado de ejercicios, especialmente aquellos centrados en la alimentación o el cuerpo, puede resultar iatrogénico si no se acompaña de una escucha clínica atenta y de una evaluación constante del impacto subjetivo (Van der Kolk, 2014).

Desde un enfoque integrador, las herramientas se conciben como experiencias que favorecen la conciencia emocional, la mentalización y la regulación, y no como instrumentos de control o corrección conductual (Fonagy et al., 2002).

Ejercicios de identificación y diferenciación emocional

Uno de los primeros objetivos terapéuticos en pacientes con TCA y obesidad es ampliar el registro emocional. Muchos pacientes presentan dificultades para identificar qué sienten, reduciendo su experiencia afectiva a categorías globales como ansiedad, enojo o vacío (Fonagy et al., 2002).

Un recurso clínico frecuente consiste en trabajar con ejercicios de identificación emocional guiada. Estos ejercicios pueden realizarse en sesión y

luego ser retomados entre sesiones. El objetivo no es lograr una clasificación precisa de emociones, sino favorecer la curiosidad y la observación interna (Linehan, 2015).

El terapeuta puede invitar al paciente a detenerse ante un impulso alimentario y explorar qué estados emocionales lo preceden, utilizando preguntas abiertas y no directivas. La clave está en sostener la exploración sin exigir respuestas inmediatas, permitiendo que el paciente construya progresivamente un lenguaje emocional propio (Farb et al., 2013).

Este tipo de ejercicios se apoya en los desarrollos sobre mentalización y regulación emocional, y contribuye a crear un espacio entre la emoción y la acción (Farb et al., 2013).

Entrenamiento en interocepción y conciencia corporal

La recuperación de la conciencia corporal constituye un eje central en el tratamiento psicoterapéutico de los TCA y la obesidad. Muchos pacientes han aprendido a ignorar, distorsionar o desconectarse de las señales corporales, ya sea por dietas reiteradas, experiencias de estigmatización o historia de trauma (Fairburn, 2008).

El entrenamiento interoceptivo se orienta a restablecer una relación más confiable con el cuerpo, sin imponer normas externas. Los ejercicios pueden incluir la exploración guiada de sensaciones corporales, la diferenciación entre hambre fisiológica y estados emocionales, y el registro de señales de saciedad o tensión. Estos ejercicios se introducen de manera gradual, respetando los límites del paciente. En algunos casos, el contacto con el cuerpo puede generar ansiedad o rechazo, por lo que resulta fundamental evaluar cuidadosamente el momento clínico adecuado para su implementación (Linehan, 2015).

Registro emocional y alimentario no punitivo

El registro suele ser una herramienta ampliamente utilizada en el tratamiento de los TCA, aunque no siempre de manera adecuada. Desde una perspectiva integradora, el registro no debe funcionar como un instrumento de vigilancia o autocastigo, sino como un recurso de observación y reflexión (Fairburn, 2008). El registro emocional y alimentario no punitivo se centra en la experiencia subjetiva asociada a la conducta alimentaria, más que en la cantidad o el contenido de los alimentos. El objetivo es que el paciente pueda reconocer patrones, estados emocionales recurrentes y contextos que influyen en su relación con la comida. Este tipo de registro se trabaja activamente en sesión, revisando junto al terapeuta lo observado, evitando interpretaciones moralizantes o conclusiones apresuradas. Utilizado de este modo, el registro se convierte en una herramienta de mentalización y no en un reforzador de la culpa (Siegel, 2012).

Intervenciones centradas en regulación emocional

El desarrollo de recursos de regulación emocional constituye uno de los pilares del tratamiento psicoterapéutico. Estas intervenciones no buscan eliminar emociones consideradas negativas, sino ampliar la capacidad del paciente para tolerarlas sin recurrir automáticamente a la conducta alimentaria. Las estrategias pueden incluir ejercicios de respiración consciente, prácticas de atención focalizada, exploración de alternativas conductuales frente al malestar y trabajo sobre la autocompasión. Estas herramientas se introducen como experimentos, no como obligaciones, evaluando junto al paciente cuáles resultan más accesibles y efectivas (Linehan, 2015; Siegel, 2012).

Desde el aporte de las neurociencias, se comprende que la repetición de estas prácticas en un contexto seguro favorece la reorganización de los circuitos emocionales y reduce la reactividad impulsiva (Schwartz & Begley, 2002; LeDoux, 2015).

Ejercicios de mentalización aplicados a la conducta alimentaria

Los ejercicios orientados a fortalecer la mentalización buscan ayudar al paciente a comprender el sentido de sus conductas, pensamientos y emociones, sin reducirlos a etiquetas diagnósticas. En el caso de los TCA y la obesidad, esto implica explorar la función que cumple la conducta alimentaria en distintos momentos (Fonagy et al., 2002).

El terapeuta puede invitar al paciente a reconstruir situaciones concretas de ingesta problemática, no para analizarlas desde un punto de vista normativo, sino para comprender qué necesidad emocional estaba en juego, qué alternativas existían y cuáles estaban disponibles en ese momento (Fonagy et al., 2002 & Fairburn, 2008).

Este trabajo favorece una actitud reflexiva y compasiva hacia uno mismo, disminuyendo la impulsividad y el automatismo.

Prevención de recaídas desde una perspectiva integradora

La prevención de recaídas no se plantea como un control anticipado de la conducta, sino como un proceso de fortalecimiento de recursos internos. Identificar señales tempranas de desregulación emocional, reconocer contextos de riesgo y consolidar redes de apoyo constituye un aspecto central del trabajo terapéutico. Desde este enfoque, la recaída no se interpreta como un fracaso, sino como una oportunidad de aprendizaje. El terapeuta acompaña al paciente en la comprensión de lo ocurrido, evitando lecturas punitivas que refuercen la vergüenza y el abandono del tratamiento (Siegel, 2012; Linehan, 2015).

Las herramientas clínicas solo producen efectos transformadores cuando se utilizan al servicio de la comprensión y no del control. En los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad, todo ejercicio que refuerce la vigilancia, la culpa o la exigencia termina reproduciendo el mismo circuito que se intenta modificar.

Trabajo con la familia y dispositivos grupales

Los TCA y la obesidad se inscriben en contextos vinculares específicos. La familia y la red de contención pueden operar como factores de riesgo o de protección (Siegel, 2012).

La psicoeducación familiar permite desarmar creencias culpabilizantes y reducir dinámicas de control. Acompañar no es controlar; implica sostener sin invadir (Fairburn, 2008).

El trabajo con parejas y referentes significativos favorece una comunicación más clara y menos reprochadora (Fonagy et al., 2002). Los dispositivos grupales ofrecen un espacio de pertenencia donde el sufrimiento puede ser simbolizado. Los grupos terapéuticos priorizan el trabajo emocional y vincular, mientras que los talleres psicoeducativos y vivenciales amplían el repertorio de recursos (Yalom y Leszcz, 2005).

Los grupos multifamiliares permiten abordar dinámicas relacionales compartidas y reducir la culpa (Siegel, 2012).

Consideraciones éticas y posicionamiento profesional

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad plantea desafíos éticos específicos, especialmente en un contexto cultural que estigmatiza el cuerpo y la alimentación. El profesional de la salud mental debe asumir una posición crítica frente a discursos normativos y prácticas que refuercen la culpa, la vergüenza o la vigilancia del cuerpo (Van der Kolk, 2014).

La integración de conocimientos neurocientíficos no debe derivar en una medicalización excesiva del sufrimiento ni en una tecnificación del vínculo terapéutico. El saber científico adquiere valor clínico en la medida en que se pone al servicio de una relación humana, respetuosa y sostenida en el tiempo. Uno de los mayores riesgos actuales en el campo de la salud mental es confundir sofisticación teórica con eficacia clínica. La verdadera transformación en los trastornos de la

conducta alimentaria y la obesidad ocurre cuando el paciente se siente comprendido, no juzgado y acompañado en la construcción de una relación más habitable consigo mismo (Siegel, 2012 & Fonagy et al., 2002).

Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad constituyen problemáticas clínicas complejas que no pueden ser abordadas eficazmente desde enfoques parciales o reduccionistas. La evidencia clínica y teórica presentada en este trabajo sostiene la necesidad de modelos integradores que articulen psicoterapia, aportes de las neurociencias y dispositivos vinculares (Siegel, 2012 & Van der Kolk, 2014).

La conducta alimentaria problemática debe ser comprendida como una estrategia de regulación emocional aprendida, sostenida por circuitos neurobiológicos moldeados por la experiencia. El cambio terapéutico implica un proceso de reorganización gradual que requiere tiempo, continuidad y un entorno emocionalmente seguro (LeDoux, 2015; Schwartz & Begley, 2002).

La psicoterapia integradora, complementada con el trabajo con la familia, la red de contención y los dispositivos grupales, ofrece un marco clínico sólido para acompañar estos procesos. Este enfoque permite no solo reducir la sintomatología, sino también mejorar la calidad de vida, fortalecer la identidad y promover una relación más saludable con el cuerpo y las emociones (Fairburn, 2008 & Siegel, 2012).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. American Psychiatric Publishing.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., & Anderson, A. K. (2013). Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 15–26. <https://doi.org/10.1093/scan/nss066>

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Herman, J. P., McKlveen, J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., et al. (2016). Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical stress response. *Comprehensive Physiology*, 6(2), 603–621.
<https://doi.org/10.1002/cphy.c150015>
- LeDoux, J. E. (2015). *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. Viking.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* second edition. Guilford Press.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. W.W. Norton & Company.
- Schwartz, J. M., & Begley, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force*. HarperCollins.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press, New York, NY.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking, New York, NY.

Capítulo 20

Más allá del peso perdido: Mindfulness y Bienestar Emocional

Psic. Stephanie Yelile Baddour Blacutt

Clínica Metropolitana de Las Américas

sybaddour@gmail.com

Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

Introducción

La obesidad es una condición heterogénea caracterizada, principalmente, por el exceso de adiposidad que puede o no presentar alteraciones en la distribución o función del tejido adiposo en el organismo. Esta condición debe entenderse como la interacción compleja de procesos biológicos y contextuales, ya que en ella confluyen factores genéticos, psicológicos, metabólicos, nutricionales y ambientales, siendo así una afección de origen multifactorial. Además de ello, el impacto de la obesidad trasciende las complicaciones de salud debido a la afectación social y emocional aunado al estigma social que la envuelve, imponiendo de esta manera retos importantes a la salud mental y al bienestar subjetivo (Rubino et al., 2025 & Perin et al., 2025).

Siendo la obesidad catalogada además como una condición crónica, la Cirugía Bariátrica y Metabólica (CBM) se ha establecido como el procedimiento quirúrgico más eficaz para alcanzar y mantener la pérdida de peso anhelada que se asocia con beneficios para la salud y calidad de vida de las personas. Sin embargo, a pesar de su efectividad y beneficios, este procedimiento implica cambios y ajustes posteriores importantes que puede causar en los pacientes nuevos retos psicológicos o reactivar en ellos dificultades psicológicas antiguas (Courcoulas et al., 2023; Ratcliffe & Banting, 2023).

Los profesionales de la salud, sobre todo aquellos que conforman los equipos multidisciplinares, aconsejan y esperan que los pacientes logren tener una conducta alimenticia más saludable posterior a la intervención quirúrgica, pero para

los pacientes esto puede ser una dificultad o un aspecto problemático de larga data que no necesariamente se resuelve con la cirugía (Natvik et al., 2014), lo que puede afectar en el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo o en el bienestar posterior. Según las estadísticas de una revisión sistemática, el 49% de los pacientes sometidos a CBM presentan recurrencia del peso, sugiriendo que la intervención quirúrgica no garantiza que los efectos de pérdida de peso puedan ser sostenibles a largo plazo sin que haya una continuidad en la modificación de hábitos de vida (Reis et al., 2024).

En otra revisión sistemática, Athanasiadis et al. (2021) clasificaron en cinco categorías los factores de riesgo de la recurrencia del peso pos CBM: anatómicos, genéticos, dietéticos, psiquiátricos y temporales. En lo que respecta a la parte psiquiátrica y psicológica, la ansiedad, la ingesta de dulces, la alimentación emocional, los impulsos alimenticios, los atracones, el tamaño de las porciones y la desinhibición a la hora de comer, junto con la pérdida de control, son aspectos que se relacionan positivamente con esta problemática. Posteriormente, Tzvetkov (2023) clasificó cuatro tipos de hábitos que manifiestan los pacientes y están asociados, independientemente, a una probabilidad mayor de recurrencia del peso, estos son: consumo de dulces, picoteo (grazing), comer nocturno y sedentarismo.

Dentro de los abordajes psicológicos para combatir la obesidad y los problemas de conducta alimentaria e imagen corporal, tanto en pacientes bariátricos como no bariátricos, las intervenciones basadas en mindfulness (MBIs, por sus siglas en inglés), han ganado popularidad en el último tiempo y están siendo utilizadas como opciones de tratamiento al considerarse una propuesta prometedora, ya que integran componentes de aceptación, consciencia corporal y regulación emocional (Mercado et al., 2021; Perin et al., 2025). Las MBIs entrenan a los pacientes a prestar atención a las señales internas del organismo (hambre, saciedad) como también a prestar atención al momento presente sin juicios, este último se considera un factor clave de la autorregulación porque fortalece la consciencia interoceptiva (Gibson, 2019; Mercado et al., 2021).

Mindfulness o atención plena como se le conoce en español, hace referencia a la manera deliberada en la que se presta atención, siendo totalmente conscientes de lo que sucede en el mundo interior (cuerpo, mente y corazón) como en el mundo exterior (entorno); es la consciencia en el presente sin emitir juicios de valor o críticas. La atención plena se puede aplicar en distintos aspectos de la experiencia humana, como pensamientos, emociones, sensaciones, sonidos y eventos. Las instrucciones de mindfulness consisten en dirigir la atención a una experiencia en particular, como la respiración, el hambre física, sensaciones, emociones o el caminar (Bays, 2015 & Kristeller et al., 2018).

Diversos estudios y revisiones sistemáticas que han investigado acerca de la efectividad de las MBIs en obesidad y trastorno por atracón han encontrado que estas continúan demostrando efectos positivos en el peso y los comportamientos alimenticios, además de mostrar efectos grandes y mediano-grandes sobre todo en reducir los atracones, pues dichas intervenciones ayudan a disminuir la ingesta compulsiva independientemente si éstas se basan exclusivamente en la alimentación consciente. Adicionalmente, se han encontrado resultados prometedores en los efectos para la salud mental, incluyendo ansiedad y depresión (Almuhtadi & Alageel, 2023; Liu et al., 2025; Mercado et al., 2021 & Salvo et al., 2022).

Cabe recordar, que el concepto social y cotidiano sobre las personas que viven con sobrepeso y obesidad continúa de alguna manera vinculado a la percepción de la ausencia de la fuerza de voluntad, sin profundizar en los factores genéticos, médicos, ambientales ni de la salud. Sin embargo, como se mencionó en párrafos anteriores, la obesidad es una condición compleja multifactorial y bajo ese enfoque el control del peso no es exclusivamente responsabilidad del paciente, sino multidimensional (Marchesini, 2022). Desde esta perspectiva, las intervenciones psicológicas deben ser estructuradas con diversos focos clínicos y dirigidas a

favorecer múltiples mejoras en los pacientes respecto a sus conductas alimenticias, autorregulación, consciencia y autocompasión.

Por otro lado, a diario se observa en consulta que las personas que viven con obesidad presentan conductas evitativas en situaciones que les provoquen ansiedad con su apariencia física, suelen evitar el contacto con su cuerpo, pesarse, esquivar espejos, evitan contacto social y tienden a usar ropa más grande. Cuando estas personas pasan por la pérdida masiva del peso, esa ansiedad con su apariencia física puede agravarse, pues el exceso de piel que queda deteriora la estética y su relación con la imagen corporal. Es por esta razón que las prácticas de meditación y mindfulness son indispensables dentro del tratamiento psicológico bariátrico ya que producen mejoras en la autoevaluación, percepción corporal e imagen corporal (Albertson et al., 2015).

Intervenciones basadas en mindfulness

Entre las MBIs que más se han propuesto y utilizado en diferentes investigaciones, particularmente con población bariátrica, se encuentran las técnicas de respiración consciente (mindful breathing), caminar consciente (mindful walking), comer consciente (mindful eating), escaneo corporal (body scan) y la autocompasión (self-compassion), todas ellas han demostrado ser efectivas al incrementar los niveles de conciencia y regulación emocional, así como de reducir la frecuencia de los episodios de atracones, en algunos casos con resultados favorables incluso en evaluaciones de tres a siete meses de seguimiento (Marchesini, 2022; Porto et al., 2024 & Tovar et al., 2026).

Respiración consciente (mindful breathing)

La respiración consciente consiste en sentarse adoptando una postura cómoda y con la columna erguida, pero evitando la rigidez. La persona observa y centra su atención en las sensaciones corporales y en la percepción de probables tensiones. Seguidamente, observa su respiración y la mente descansa en ella, sin alterarla. Al surgir pensamientos simplemente se los observa pasar por la mente, sin seguirlos. La mente se concentra totalmente en la respiración, inhala y exhala

en forma natural. Posteriormente, la persona permanece en el flujo del ciclo respiratorio y se desprende de sus pensamientos para suavemente extender su atención al cuerpo, ampliando su percepción corporal al entorno en el que se encuentra. Finalmente, vuelve atentamente al propio estado mental y a los cambios posibles comparados con el inicio del ejercicio (Marchesini, 2022).

Caminar consciente (mindful walking)

La caminata consciente se basa en el caminar lento y suave, atendiendo a cada movimiento del cuerpo: la elevación del pie desde el suelo, la transferencia del peso corporal de una pierna hacia la otra, el apoyo del pie en el suelo, la rodilla posterior que se flexiona, la retención del pie apoyado en el suelo, el desplazamiento de los brazos, la salida del cuerpo hacia el frente, es decir, la consciencia del caminar momento a momento. La vida es un camino, pero no se trata de llegar a un cierto lugar. La caminata consciente es una forma de practicar el movimiento, sin ninguna intención o meta. El caminar consciente simplemente consiste en caminar mientras se está atento a cada paso y a nuestra respiración (Hanh, 2008 & Marchesini, 2022).

Comer consciente (mindful eating)

El comer con atención plena significa ser consciente de cada bocado que se consume, saboreando más y comiendo menos. Es estar presente y concentrado en la comida que se está ingiriendo, lo que permite cortar el alimento en pequeñas porciones, darse cuenta cuando se está satisfecho y dejar de comer cuando el hambre ha desaparecido. El comer consciente, según Bays (2015), consiste primeramente en sentarse y encontrar una posición cómoda, respirar profundo y notar cómo nos sentimos físicamente: ¿tenemos hambre?, ¿qué parte de nuestro cuerpo tiene hambre? Luego, sostener el alimento en la mano, por ejemplo, una uva pasa, y observar detenidamente con ojos de curiosidad, examinando cada una de sus características, desde el tamaño, forma, color, hasta cómo se siente la textura entre la yema de los dedos e imaginar su procedencia.

Seguidamente, se acerca el alimento al olfato y se intenta sentir realmente su aroma, notando si existe alguna respuesta corporal al olor. Después, se coloca el alimento en la boca, sin masticarlo aún, explorando las sensaciones que genera. Cuando se está preparado, se da un mordisco prestando atención a los sabores a medida que se van liberando mientras se mastica lentamente. Finalmente, cuando nos sentimos preparados realizamos la deglución prestando atención especial a cómo el alimento pasa por la garganta hasta llegar al estómago (Bays, 2015).

Para favorecer la interocepción, especialmente en los pacientes bariátricos, resulta útil percibir la existencia y ubicación del hambre, preguntándose: ¿tengo hambre? ¿dónde se encuentra? El paciente imagina la nueva anatomía de su estómago operado e intenta captar sus mensajes, sintonizando con sus señales viscerales y observando si realmente hay hambre en el estómago (Marchesini, 2022).

Escaneo corporal (body scan)

El escaneo corporal consiste en invitar a la persona a mapear su cuerpo como si fuera un escáner, tomando plena atención de sus sensaciones corporales, lo que implica la consciencia en cada parte de su cuerpo, pudiendo comenzar con el pie izquierdo. Lo más adecuado es ir en una misma dirección, por lo que se recomienda iniciar en el extremo inferior del cuerpo hasta la cabeza, alternando entre el lado izquierdo y el derecho (Marchesini, 2022).

Para ello, se le pide al paciente que cierre los ojos y comience a sentir los dedos del pie izquierdo, recorriendo mentalmente todo el pie con su atención puesta en la planta, el talón y el empeine. Seguidamente, sube por la pierna izquierda sintiendo el tobillo, el gemelo, la rótula, el muslo, la ingle y la cadera. Luego, salta al pie derecho y continúa el mismo proceso realizado con el lado izquierdo, iniciando desde los dedos del pie. Posteriormente, centra la atención en la pelvis, lo que incluye las caderas, glúteos y genitales, para luego pasar por la espalda baja y el abdomen, espalda alta, pecho y costillas. En este punto es posible que se tenga consciencia de los latidos del corazón y del ritmo de la respiración al notar el movimiento de los pulmones. Posteriormente, se toma consciencia de los

omóplatos, clavícula y hombros para continuar con los brazos, yendo desde los dedos hacia las palmas, muñecas, antebrazos, codos, parte superior, axilas y nuevamente hombros para seguir con la parte final que implica el cuello, garganta y cabeza (Dreeben et al., 2013).

Autocompasión (self-compassion)

La autocompasión implica responder con la misma comprensión y apoyo, que se le daría a un amigo, cuando uno atraviesa un momento difícil. Para fomentarla, se concientiza a la persona acerca de la compasión que se tiene a sí misma comparándola con la que siente por sus seres queridos. En este ejercicio se invita a la persona a tranquilizarse y que, por medio de la respiración, evoque una imagen acogedora. Luego se le pide permanecer en ese ambiente de bienvenida con el fin de que los buenos deseos se anhelan tanto para sí misma como para un ser querido. En este clima de amabilidad y compasión la persona puede decirse frases como “puedo ser feliz”, “me permito estar en paz”, “me acepto como soy” o cualquier otra que vaya acorde a su experiencia según la situación difícil que atraviese (Marchesini, 2022 & Tovar et al., 2026).

Por lo que se puede observar en las técnicas anteriormente descritas, las MBIs empoderan a las personas ya que les ayuda a desarrollar autoeficacia y autonomía para el control de sus percepciones, emociones y conductas, un aspecto que actualmente es bastante relevante en términos de promoción de la salud.

Conclusiones

La obesidad como condición crónica, compleja y multifactorial requiere de abordajes terapéuticos que reconozcan la interacción de variables biológicas, psicológicas y contextuales. Aunque la CBM es una herramienta muy efectiva para la pérdida de peso y mejora de comorbilidades, las investigaciones demuestran que sus resultados difícilmente son sostenidos a largo plazo si ésta se lleva a cabo de manera aislada sin un acompañamiento psicológico estructurado y organizado en el tiempo. Esto hace notar que el peso persiste como una fuente de preocupación aún después de la intervención, lo que sin duda afecta a la salud mental de los

pacientes, aunado al estigma social por haber recurrencia del problema de peso. Desde este enfoque, el fomento de una conciencia centrada en el presente, en conjunto con actitudes de compasión, aceptación y valoración corporal, contribuye a la disminución de la autocrítica y las expectativas rígidas, promoviendo una relación más amable, empática y compasiva con la experiencia corporal y emocional.

Las MBIs brindan un aporte valioso dentro del marco clínico ya que fortalecen la consciencia interoceptiva, la regulación emocional y la capacidad de discriminar cuando el cuerpo realmente tiene hambre física, permitiendo a la persona tener un momento de elección entre su impulso y su conducta. La integración de las diferentes técnicas de consciencia al respirar, caminar, comer, de escaneo corporal y de autocompasión promueve un bienestar subjetivo, mejora la percepción e imagen corporal y favorece cambios conductuales duraderos. En este sentido, la intervención psicológica debe entenderse como un proceso constante y preventivo ya que juega un papel crucial dentro de los equipos multidisciplinarios y, si bien los resultados iniciales de la CBM son alentadores, es necesario elaborar protocolos estandarizados para ello. Desde esta perspectiva, mindfulness no puede ser considerado como una técnica auxiliar aislada sino como un elemento esencial de la terapia psicológica contemporánea, comprometida con la salud integral a largo plazo y no únicamente como estrategia temporal.

Referencias

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief mediation intervention. *Mindfulness*, 6, 444-454.
<https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Almuhtadi, Y., & Alageel, S. (2023). Systematic review of mindfulness-based interventions for weight management among pre- and post-bariatric surgery patients. *Advances in mind-body medicine*, 37(3), 15-22.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38345771/>
- Athanasiadis, D.I., Martin, A., Kapsampelis, P., Monfared, S., & Stefanidis, D. (2021). Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: A systematic review. *Surgical Endoscopy*, 35, 4069-4084.
<https://doi.org/10.1007/s00464-021-08329-w>
- Bays, J. C. (2015). *Comer atentos. Guía para redescubrir una relación sana con los alimentos*. Shambala Publications, Inc.

- Courcoulas, A. P., Johnson, E., Arterburn, D. E., Haneuse, S., Herrinton, L. J., Fisher, D. P., Li, R. A., Theis, M. K., Liu, L., Taylor, B., Cooper, J., Chin, P. L., Grinberg, G. G., Gupta, A., Saurabh, S., Um, S. S., Yenumula, P. R., Zelada, J. L., & Coleman, K. J. (2023). Reduction in long-term mortality after sleeve gastrectomy and gastric bypass compared to nonsurgical patients with severe obesity. *Annals of Surgery, 277*(3), 442–448. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000005155>
- Dreeben, S. J., Mamberg, M. H., & Salmon, P. (2013). The MBSR body scan in clinical practice. *Mindfulness, 4*, 394-401. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0212-z>
- Gibson, J. (2019). Mindfulness, interoception, and the body: A contemporary perspective. *Frontiers in Psychology, 10*(2012). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02012>
- Hanh, T. N. (2008). *Mindful movements: Ten exercises for well-being* (edición ilustrada). Parallax Press
- Kristeller, J., Wnuk, S., & Du, C. (2018). Mindfulness-based therapies in severe obesity. En S. Cassin, R. Hawa, & S. Sockalingam (Eds.), *Psychological care in severe obesity: A practical and integrated approach* (pp. 175-198). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108241687.011>
- Liu, J., Tynan, M., Mouangue, A., Martin, C., Manasse, S., & Godfrey, K. (2025). Mindfulness-based interventions for binge eating: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 48*(1), 57-89. <https://doi.org/10.1007/s10865-025-00550-5>
- Marchesini, S. D. (2022). Intervention based on mindfulness and body image in patients undergoing bariatric surgery. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 6*, 17-39. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psychology/patients>
- Mercado, D., Robinson, L., Gordon, G., Werthmann, J., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2021). The outcomes of mindfulness-based interventions for obesity and binge eating disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Appetite, 166*, Artículo 105464. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105464>
- Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C., & Råheim, M. (2014). Re-embodiment eating: Patients' experiences 5 years after bariatric surgery. *Qualitative Health Research, 24*(12), 1700-1710. <https://doi.org/10.1177/1049732314548687>
- Perin, I. R. V. R., Tonon, B. B., Nascimento, L. C., & Rodrigues, L. C. M. (2025). Mindfulness na cirurgia bariátrica: Experiência com a aplicação do protocolo MBRP no HUCAM. *Práxis em Saúde, 3*(2), 01-09. <https://doi.org/10.56579/prxis.v3i2.2628>
- Porto, E. B. S., Montero-Marin, J., Quadros, L. G., Kristeller, J., Sarubbi Junior, V., Mattar, L. A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. (2024). Mindfulness and compassion-based programs on eating behavior of post-bariatric surgery patients: A two-phased clinical trial protocol. *MethodsX, 13*, Artículo 102885. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2024.102885>
- Ratcliffe, D., & Banting, E. (2023). What is the role of psychology in bariatric surgery? A survey of the differing views of psychologists, the

- multidisciplinary team, and patients in the UK. *Clinical obesity*, 13(6), Artículo e12612. <https://doi.org/10.1111/cob.12612>
- Reis, M. G., Moreira, L. F. G. G., Carvalho, L. S. V. A., De Castro, C. T., Vieira, R. A. L., & Guimarães, N. S. (2024). Weight regain after Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Medicine*, 45, Artículo 100528. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2023.100528>
- Rubino, F., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Cohen, R. V., Wilding, J. P. H., Brown, W. A., Stanford, F. C., Batterham, R. L., Farooqi, I. S., Farpour-Lambert, N. J., le Roux, C. W., Sattar, N., Baur, L. A., Morrison, K. M., Misra, A., Kadowaki, T., Tham, K. W., Sumithran, P., Garvey, W. T., ... Mingrone, G. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221-262. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
- Salvo, V., Curado, D. F., Sanudo, A., Kristeller, J., Schweitzer, M. C., Favarato, M. L., Isidoro, W., & Demarzo, M. (2022). Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes. *Appetite*, 177, Artículo 106131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106131>
- Tovar, E. Y., Ybarra, J. L., & Orozco, L. A. (2026). Mindfulness-based intervention for emotional regulation to reduce binge eating in a Mexican bariatric surgery sample. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 16(1), 113-128. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2026.1.850>
- Tzvetkov, I. (2023). Predicting factors for weight regain after bariatric surgery. En B. H. Kanat, N. Kutluer, & S. Doğan (Eds.), *Bariatric Surgery - Past and Present* (cap. X). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.108715>