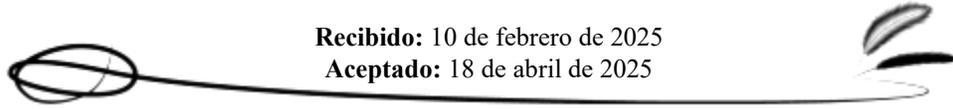


Riesgos psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos postoperados

Nahomy Guardia Martín¹

Recibido: 10 de febrero de 2025

Aceptado: 18 de abril de 2025



Resumen

El artículo da cuenta de una investigación que tuvo como propósito identificar los riesgos psicológicos asociados con la reganancia de peso postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el marco de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que con el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar, se contemplan esfuerzos por reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, enfatizando la salud mental. Se adoptó un enfoque interpretativo con método cualitativo y diseño fenomenológico. Los informantes fueron tres pacientes operados de cirugía bariátrica que alcanzaron un nadir $\geq 25\%$ y que recuperaron en el postoperatorio un peso $\geq 15\%$ del peso total perdido. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la misma fue analizada mediante el método hermenéutico, categorización, triangulación teórica y de expertos. Se concluyó que existen riesgos psicológicos comunes en los pacientes que reganan peso: las huellas en el desarrollo y su impacto en el ser, la afectación emocional como consecuencia de experiencias de vida, la forma de vincularse y las actitudes personales, las concepciones respecto a la obesidad y la cirugía bariátrica, y las estrategias y conductas que afectan el peso y la salud.

Palabras clave: Cirugía bariátrica; postoperatorio; reganancia de peso; factores de riesgo psicológicos; salud mental.

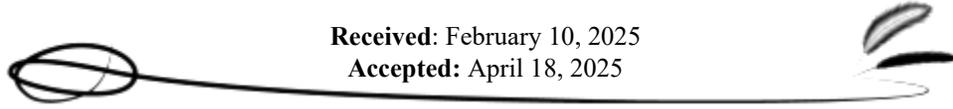
¹Venezolana. Licenciada en Psicología de la Universidad Yacambú. Magister en Psicología Clínica, Universidad Rafael Urdaneta. Correo: nahomyguardia@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5513-0549>

Psychological risks of weight re-gain in postoperative bariatric patients

Nahomy Guardia Martín²

Received: February 10, 2025

Accepted: April 18, 2025



Abstract

This article reports on a research study that aimed to identify the psychological risks associated with postoperative weight regain in patients who underwent bariatric surgery within the framework of the 2030 Agenda for Sustainable Development, which seeks to ensure healthy lives and promoting well-being. This agenda includes efforts to reduce mortality from noncommunicable diseases, such as obesity and overweight, with a particular emphasis on mental health. An interpretative approach was adopted, using a qualitative method and phenomenological design. The informants were three patients who had undergone bariatric surgery, reached a nadir $\geq 25\%$, and regained 15% of the total weight lost postoperatively. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the hermeneutic method, categorization, theoretical triangulation and expert triangulation. The study concluded that there are common psychological risks among patients who experience weight loss: developmental traits and their impact on the self, emotional distress resulting from life experiences, patterns of attachment and personal attitudes, conceptions about obesity and bariatric surgery, and strategies and behaviors that influence weight and health.

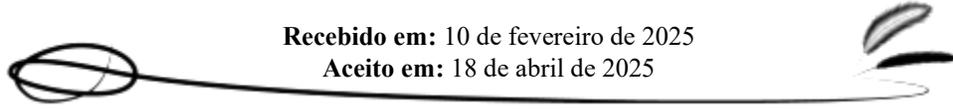
Keywords: Bariatric surgery; postoperative period; weight regain; psychological risk factors; mental health.

²Venezuelan. Graduate in Psychology from Yacambú University. Master's degree in Clinical Psychology, Rafael Urdaneta University. Email: nahomyguardia@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5513-0549>

Riscos psicológicos do ganho de peso em pacientes bariátricos pós-operatórios

Nahomy Guardia Martín³

Recebido em: 10 de fevereiro de 2025
Aceito em: 18 de abril de 2025



Resumo

Este artigo relata uma pesquisa que teve como objetivo identificar os riscos psicológicos associados ao reganho de peso pós-operatório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica dentro da estrutura da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que visa garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar, e que inclui esforços para reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis, como obesidade e sobrepeso, com ênfase na saúde mental. Foi adotada uma abordagem interpretativa com método qualitativo e desenho fenomenológico. Os informantes foram três pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que atingiram um nadir $\geq 25\%$ e recuperaram no pós-operatório um peso $\geq 15\%$ do peso total perdido. Uma entrevista semiestruturada foi usada para coletar as informações, que foram analisadas usando o método hermenêutico, a categorização, a triangulação teórica e a triangulação por especialistas. Concluiu-se que há riscos psicológicos comuns em pacientes que perdem peso: traços de desenvolvimento e seu impacto sobre o “eu”, afetação emocional como consequência de experiências de vida, a forma de vinculação e atitudes pessoais, concepções sobre obesidade e cirurgia bariátrica e estratégias e comportamentos que afetam o peso e a saúde.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; pós-operatório; ganho de peso; fatores de risco psicológicos; saúde mental.

³Venezuelano. Graduada em Psicologia pela Universidade Yacambú. Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Rafael Urdaneta. E-mail: nahomyguardia@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5513-0549>

Introducción

Desde una mirada psicológica y a lo largo de los años, el sobrepeso y la obesidad, han sido estigmatizadas, afectando a sus padecientes (Baile, et al, 2020) no sólo desde una perspectiva de salud física, ya que se asocia múltiples comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico, osteoartritis, entre otros; sino también en términos de salud mental. Esta predisposición social, impacta negativamente la autopercepción, la autoestima y la insatisfacción corporal; aumentando el riesgo de desarrollar trastornos afectivos como depresión, distimia, ansiedad o fobia social, y otros, como trastornos del sueño, desórdenes alimentarios, trastornos de abuso de sustancias; además de permear aspectos sociales, como dificultades para relacionarse y acceder a mejores trabajos.

En la actualidad, aún hay quienes piensan la obesidad de manera simplista, atribuyendo su aparición a un problema de falta de voluntad, dejándolos incapacitados para sostener hábitos de vida saludables, a pesar del aumento en los índices de obesidad (Puhl et al., 2020, citado por Merino et al., 2020). Mundialmente, la obesidad y el sobrepeso constituyen un problema de salud pública, debido al incremento significativo de las cifras y su no discriminación de edades, afectando a niños, adolescentes y adultos; por esto, se ha considerado una epidemia global.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016, estimó que, más de 1900 millones de personas de 18 años o más tenían sobrepeso, y de estos, más de 650 millones eran obesos. Por su parte, la Federación Mundial de Obesidad en 2023, informó que para el 2020, fueron 2600 millones las personas afectadas por dichas enfermedades, correspondiente al 38% de la población mundial; y pronostican que para el 2035 podrían verse afectadas 4 mil millones de personas. Estas estadísticas cobran aún más importancia al dimensionar que, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT) relacionadas con la alimentación, contribuyen con la muerte de 4 millones de personas en el mundo (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y OMS, 2020).

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial generada principalmente por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía, produciéndose una acumulación excesiva o anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2021). Para medir y determinar el grado de obesidad, se usa comúnmente el índice de masa corporal (IMC), este indicador antropométrico relaciona el peso y la estatura (kg/m^2) de un individuo, proporcionando una aproximación ajustada de su porcentaje de grasa corporal. Un IMC de 18.5 a 24.9 se clasifica como normopeso, de 25 a 29.9 como sobrepeso, de 30 a 39.9 como obesidad y un IMC de 40 o más como obesidad mórbida (Jura y Kozak, 2016, citado por Merino et al., 2020).

Existen tratamientos tradicionales para las personas con obesidad o sobrepeso, por ejemplo, el dietético acompañado de cambios en el estilo de vida, el ejercicio, la terapia conductual y el tratamiento coadyuvante con drogas, estos consiguen pérdidas de peso de alrededor del 10% a mediano plazo y contribuyen a mejorar algunas comorbilidades asociadas (Muci y Briceño 2012, citado por Monsalve, 2023); sin embargo, los pacientes tienden a frustrarse al no conseguir mantener su peso ideal en el tiempo y abandonan el tratamiento, reganando peso; también, los pacientes suelen buscar resultados más rápidos.

Considerando la falta de éxito de los métodos convencionales para tratar la obesidad, la cirugía bariátrica (CB) ha emergido como el procedimiento actual de primera elección (International Federation for the surgery of obesity and bariatric surgery, 2019, citado por González y Rodríguez, 2021), situándose en un nivel terciario de prevención (Lecube et al., 2017). No es una cirugía estética, es una cirugía gastrointestinal mayor (Steinbrook, 2004), que consigue una pérdida de peso rápida y sostenida en el tiempo (Courcoulas et al., 2018).

Ofrece una alta relación coste-efectivo, ya que reduce el peso entre 25-37 kg en dos años de seguimiento y se mantiene con una diferencia de 21 kg después de ocho años de evolución (Muci y Briceño 2012, citado por Monsalve, 2023). Otro de sus fines es mejorar las comorbilidades físicas y/o psiquiátricas de la obesidad, proporcionando mayor calidad de vida a los pacientes. Científicos han sugerido presentar los resultados de la pérdida de peso a través del Porcentaje de Peso Total Perdido (%PTP): $[(\text{Peso inicial} - \text{Peso actual}) / (\text{Peso inicial})] \times 100$. El %PTP se valora como exitoso si es igual o mayor al 25% (Van de Laar, et al., 2018; Sabench, et al., 2017; Corcelles, et al., 2016).

Existen tres técnicas aplicadas en cirugía bariátrica, según el mecanismo por el que se consigue la reducción del peso: a) Técnicas restrictivas, que reducen la capacidad del estómago y por ende, la ingesta calórica (Banda gástrica ajustable y Gastrectomía vertical); b) Técnicas de malabsorción, que propician la disminución de la absorción de nutrientes mediante la derivación del intestino; y c) Técnicas mixtas, que combinan componentes restrictivos y malabsortivos (Bypass gástrico en “Y” de Roux, Bypass gástrico de una anastomosis y Derivación biliopancreática).

Ahora bien, al ser la obesidad una enfermedad crónica, la CB es únicamente una alternativa más que, si no va acompañada de modificaciones sostenibles en el estilo de vida, presenta recidivas (Jiménez et al., 2018). Es por ello que, entre un 20 a 30% de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica no pierden el porcentaje de exceso de peso esperado, o recuperan gran parte del exceso de peso perdido en el mediano plazo, sino todo el exceso de peso aproximadamente 2 años después (Ghaferi y Varban, 2018), y aunque se produce una mejora significativa en la calidad de vida tras la intervención inmediata; pues, la pérdida de peso masiva disminuye ciertos problemas relacionados con la imagen corporal, la autoestima y el estilo de vida; la mejoría pareciera ser transitoria. Con el paso del tiempo, los pacientes experimentan un descenso en la velocidad de la pérdida de peso y les produce miedo recuperarlo nuevamente. La evidencia acumulada sugiere cada vez más la existencia de malestar psicológico a largo plazo (Griauzde et al., 2018, citado por Merino, 2020; Song y Fernstrom, 2008).

La recuperación del exceso de peso perdido postcirugía bariátrica, es un fenómeno complejo en el que median múltiples factores: médicos, quirúrgicos, conductuales y psicológicos (Peterhänsel et al., citado por Ugarte, 2019). Se define como, re-ganancia del peso, a la recuperación del 15% o más de la pérdida del peso desde el nadir (Shukla, et al., 2018), y generalmente se inicia posterior al otorgamiento del alta por parte del equipo multidisciplinario (Lemanu et al., 2015). Aunque, “los equipos interdisciplinarios de CB insisten en la reeducación del paciente, ya en el primer año postquirúrgico se reportan bajas tasas de cumplimiento” (Hood et al., 2018, citado por González y Rodríguez, 2021, p. 256).

Quienes re-ganan peso, presentan dificultades para adherirse a esquemas nutricionales sanos y no sostienen el ejercicio a largo plazo; estas acciones, a su vez, se vinculan a factores psicológicos (Busetto et al., 2017; Kushner y Sorensen, 2015). En una investigación, que evaluó la adherencia a la dieta, incluso tomando en cuenta a pacientes que en principio mostraron un buen rendimiento; tendían a decaer significativamente tras las 92 semanas de postoperatorio. La dificultad para controlar la alimentación se relaciona con peores resultados de la CB, además de incrementar la angustia psicológica (Sarwer et al., 2008).

Ruiz (2002) afirma que, no basta con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para solucionar algunas de las complicaciones psicológicas asociadas a la obesidad, como la insatisfacción con la imagen corporal, que también, está correlacionada con síntomas depresivos. El descontento con la imagen corporal afecta el estado de ánimo e incide directamente en el peso con la incapacidad de controlar la angustia y los sentimientos de culpa, lo que lleva a un patrón continuo de uso de alimentos para hacer frente a las emociones (Monsalve, 2023). Los pacientes obesos que recurren a la cirugía bariátrica han presentado en algún momento de sus vidas un trastorno por atracón y/o comidas nocturnas (Sarwer et al., 2019; Stunkard, 2003). Spirou, en 2020, afirma que, las dificultades psicológicas que enfrentan las personas con obesidad continúan después de la cirugía y pueden contribuir a la reganancia de peso a largo plazo.

De acuerdo con Kubik (2013), los pacientes obesos tienen 5 veces más probabilidades de haber sufrido de un trastorno depresivo mayor, que una persona de peso promedio; y los pacientes que buscan la cirugía bariátrica presentan mayor prevalencia de ansiedad y mayor sufrimiento psicológico en comparación con los pacientes obesos que no lo hacen. Guzmán (2021), manifiesta que, pacientes sometidos a un bypass gástrico, tuvieron una recuperación de peso dentro de los 24 meses posteriores a la operación, en aproximadamente 50% de los casos y el tener un cuadro de depresión, deterioro del estado del ánimo o una percepción de decepción sobre la cirugía, afecta de manera temprana en la recuperación de peso.

Asimismo, se ha correlacionado positivamente la prevalencia de reganancia de peso, en pacientes que admitieron desarrollar depresión después de la cirugía (a través de una pregunta de sí/no). En otros estudios, donde se utilizó la Escala de Autoevaluación de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes sin antecedentes de medicación antidepressiva, se encontró que, quienes recuperaron más del 25% del peso después de la cirugía bariátrica, presentaron sintomatología de ansiedad postoperatoria en comparación con los que no recuperaron peso (70% vs 30%, respectivamente), (Athanasiadis, et al., citado por D'Alemán, 2023). Se señala que “posiblemente existan factores psicológicos, que determinan en última instancia el éxito postoperatorio” (Merino et al., 2020, p. 27).

En 2021, González y Rodríguez, estudiaron el Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Hochbaum; uno de los enfoques más utilizados para predecir las conductas de adherencia frente a tratamientos drásticos. Su teoría se basa en que el individuo posee creencias que impactan en el patrón de comportamiento respecto a la necesidad de prevenir o enfrentar una enfermedad. Han verificado que, el MCS tiene capacidad predictiva sobre las conductas en salud y este contempla cuatro dimensiones: (a) percepción de susceptibilidad, (b) percepción de gravedad, (c) barreras percibidas y (d) beneficios percibidos. De este modo, se determina que para que alguien tome medidas específicas destinadas a

evitar o enfrentar una patología, es esencial que se perciba susceptible de sufrirla, crea que contraerla le ocasionará graves consecuencias y que accionar, aunque superando ciertas barreras, podría mitigar esos efectos y disminuir las consecuencias.

A su vez, se encontró, que el pensamiento dicotómico (percepciones extremas), es característico en pacientes con obesidad y se asocia con una personalidad rígida y poca tolerancia a la frustración, lo que repercute en la adherencia (Rogerson et al., 2016). También, presentan tendencias obsesivas y en la población obesa que busca tratamiento quirúrgico destaca el impacto de un historial de discriminación en el pasado y cómo estas se vinculan con patrones alimentarios disfuncionales (Watson et al., 2020). Por su parte, Montanari en 2003, agrega que, las redes de apoyo tienen la capacidad de fomentar o disuadir las conductas relacionadas con la salud, influyendo así, en última instancia, en el desarrollo de la obesidad. Además, resultó que los más jóvenes son particularmente influenciados por amistades o compañeros de trabajo, siendo el grupo que reganó más peso; y las mujeres y los casados, lo hicieron frente al juicio y la crítica de su familia.

De igual modo, la presencia de emociones displacenteras, estrés emocional y ansiedad, son obstáculos para adherirse a la dieta. Existe una relación directa entre las emociones negativas, la incapacidad para regular la ingesta de comida y resultados postquirúrgicos desfavorables. Cabe agregar, que los jóvenes con obesidad tienden en mayor medida a verse afectados por situaciones ansiógenas y escenarios que impliquen relaciones interpersonales, esto puede frustrarlos. No menos importante, les cuesta discernir entre las sensaciones que producen los estados emocionales y los signos de hambre y saciedad (Williams-Kerver et al., 2020).

En relación con la autoestima, entendida como “el producto de la interrelación del sentido de eficacia y de merecimiento personal” (Branden, 1969; citado por González y Rodríguez, 2021, p. 272); las entrevistadas no experimentaron cambios favorables en el postoperatorio, particularmente en el componente de merecimiento (auto-respeto y auto-valoración). En contraparte, diversos estudios, que sí evidencian un incremento en la autoestima, incluyen a pacientes con postoperatorios cortos de entre seis meses a un año como máximo, lo que podría explicar la discrepancia (Cherick et al., 2019; Dymek et al., 2002; Hult et al., 2019). Sin embargo, tanto los hombres como pacientes mayores afirmaron sin reservas que su autoestima mejoró, esto se asocia con que están 80% menos expuestos a la discriminación que las mujeres (Poves et al., 2005). Por otra parte, los pacientes que reportaron que uno de los beneficios de la CB fue adquirir un mayor sentido de responsabilidad hacia su salud, perdieron más peso que aquellos que no mencionaron esta creencia y contrariamente reganaron más peso. La persona obesa es constantemente juzgada por no lograr autorregularse, por lo que bajar de peso se percibe como un logro que impulsa la adherencia (Hansen & Dye, 2018).

En una investigación llevada a cabo por, Ugarte, et al. (2019); se encontraron los primeros predictores psicológicos de la re-ganancia de peso en pacientes bariátricos. Evaluaron las variables psicológicas de tipo cognitivo-actitudinal: autoeficacia, locus de control y perspectiva temporal (Pasado Positivo, Pasado Negativo, Presente Hedonista, Presente Fatalista y Futuro). Entre los resultados más resaltantes, se evidencia que un locus de control interno predice un menor porcentaje de re-ganancia de peso, convirtiéndolo en un factor protector para la mantención de la pérdida de peso, ya que estos pacientes creen que su estado nutricional actual depende principalmente de su comportamiento; en

contraposición a los que creen que su estado nutricional actual depende principalmente de factores ajenos a su comportamiento “locus de control externo”.

Por otra parte, muestra que un Pasado Positivo como perspectiva preponderante conlleva efectos adversos para la salud (Boyd & Zimbardo, 2005), y se asocia a una mayor re-ganancia de peso. Los individuos con inclinación radical en el Pasado Positivo tienden a ser muy conservadores, cautelosos, temerosos ante el cambio, presentan reticencia a las experiencias desconocidas y nuevas culturas, prefieren, por tanto, mantener el statu quo y no experimentar nuevas soluciones, eligen quedarse con lo seguro y conocido, esto afecta su capacidad para implementar y sostener a largo plazo cambios en el estilo de vida que son necesarios a medida que la capacidad y tolerancia gástrica aumentan. Asimismo, se determinó que el Presente Fatalista, trae repercusiones adversas en salud, como la re-ganancia de peso; los pacientes con esta perspectiva tienden a predisponerse negativamente ante las vivencias y manifiestan desesperanza, lo que los lleva a ignorar las repercusiones de su conducta y actúan de forma irresponsable, con prácticas autodestructivas en salud que pueden ser perjudiciales.

En contraparte, Alfonsson y colaboradores en 2017, presentaron un resultado disímil en cuanto la perspectiva temporal, indicando que el Presente Hedonista no favorecía la adherencia a conductas saludables, considerándolo un elemento riesgoso, pues tienden a involucrarse en conductas placenteras como consumir comidas hipercalóricas y evitar las actividades que no retribuyen gratificación inmediata, como el ejercicio físico; a estas personas se les dificulta postergar la recompensa y se centran en la búsqueda del disfrute. No obstante, advierte que es necesario ser cauteloso al interpretar estos datos, debido al prejuicio de que las personas con obesidad son hedonistas, carecen de autocontrol y, por tanto, son ellas mismas las culpables de su peso. En realidad, la obesidad se desarrolla bajo la influencia y combinación de factores genéticos, ambientales y de conducta.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales y humanas, la atención de la salud debe incluir un enfoque interdisciplinar que permita abordar de manera integral los factores que influyen en el bienestar. La labor del psicólogo en el ámbito bariátrico está orientada a identificar y trabajar aquellos aspectos del paciente que pudieran convertirse en un obstáculo para el logro de los objetivos pautados y, por tanto, interferir con una adecuada evolución postquirúrgica. Por ende, se debe garantizar el cuidado y la preservación de la salud integral del paciente con obesidad que opta por la cirugía mediante su adecuada selección, orientación, tratamiento y seguimiento (Troconis, et al., 2013).

Finalmente, en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el tercer objetivo se centra en "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (p. 60). Se contemplan esfuerzos por reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, y se enfatiza la importancia de la salud mental en el bienestar general. Con el fin de contribuir, esta investigación se orienta a comprender por qué los pacientes sometidos a cirugía bariátrica re-ganan peso a largo plazo y ante la ausencia de investigaciones que profundicen en el relato de sus experiencias de vida, se realiza esta investigación con la pregunta ¿cuáles son los riesgos psicológicos de la re-ganancia de peso en pacientes bariátricos postoperados?, con el propósito de identificar riesgos psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos postoperados.

Materiales y método

Este estudio está fundamentado en un paradigma interpretativo, resaltando la importancia de comprender la conducta humana desde sus significados e intenciones más profundas, con método cualitativo y diseño fenomenológico de Husserl (1998), permitiendo el análisis de los relatos de los informantes y a su vez, logrando captar la perspectiva individual y los aspectos complejos que van más allá de lo cuantificable, conservando la objetividad científica; también se pretende encontrar puntos en común que den surgimiento a nuevos hallazgos.

La selección de los participantes se realizó a través de la técnica bola de nieve, es decir, personas naturales que conocían a pacientes bariátricos, hicieron posible la conexión. La selección fue intencional, con los siguientes criterios de inclusión: 1) pacientes operados de cirugía bariátrica, independientemente de las técnicas utilizadas (restrictivas, malabsortivas o mixtas); 2) edad entre 21 y 60 años; 3) postcirugía el Porcentaje de Peso Total Perdido fue igual o superior al 25%; 4) luego de alcanzar un nadir exitoso, reganaron un peso igual o superior al 15%; 5) mínimo 18 meses de postoperatorio; 6) de habla hispana.

Las ecuaciones utilizadas para conseguir los porcentajes de peso requeridos fueron: a) %PTP nadir = $[(\text{peso inicial} - \text{peso nadir}) / (\text{peso inicial})] \times 100$; b) %PTP actual = $[(\text{peso inicial} - \text{peso actual}) / (\text{peso inicial})] \times 100$; c) % re-ganancia = %PTP nadir - %PTP actual.

El grupo entrevistado, quedó conformado por una mujer chilena de 36 años que reside en España, una mujer de 34 años venezolana que reside en Colombia y un hombre de 47 años venezolano que reside en Venezuela. Dos de los informantes se realizaron bypass gástrico y uno manga gástrica, el porcentaje de peso total perdido estuvo entre 39.28% y 48%. El porcentaje de re-ganancia de peso estuvo entre el 15.71% al 21.34%. El tiempo promedio desde la fecha de operación hasta la entrevista fue de 24.8 meses, siendo 18 años el lapso mayor y 22 meses el menor.

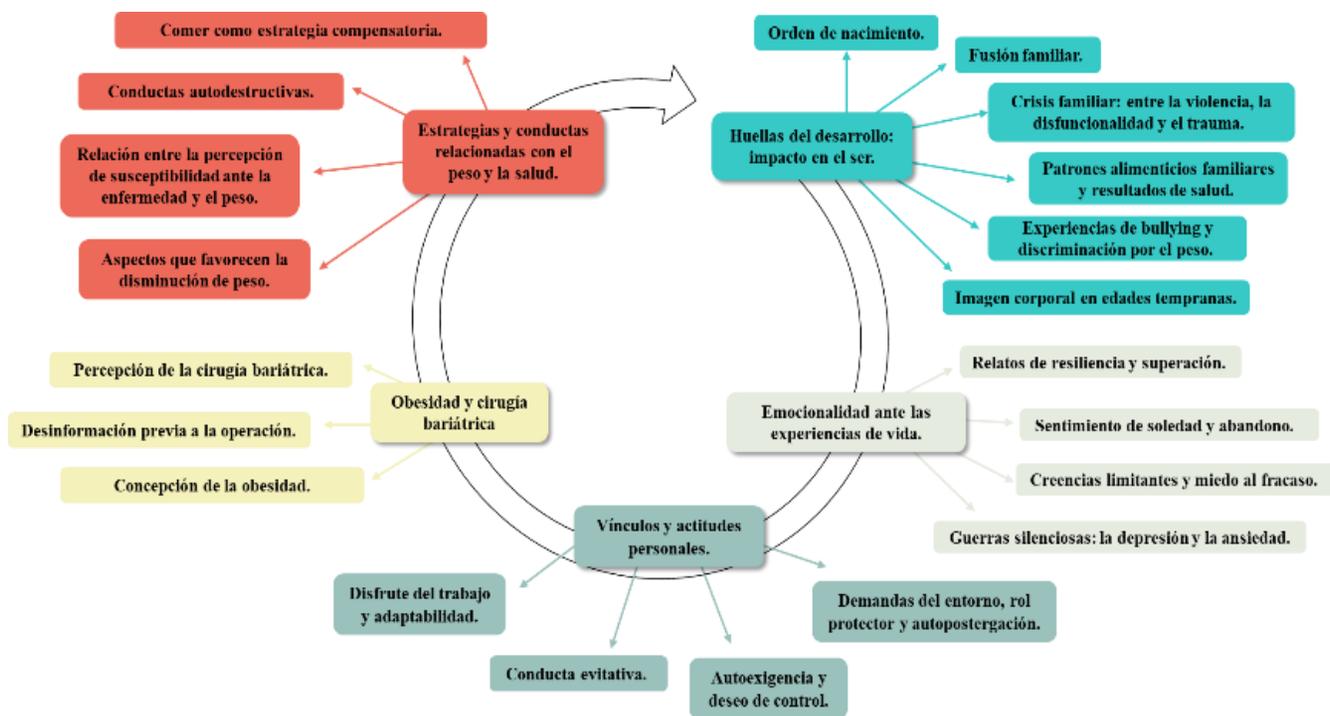
Como método de recolección de información se utilizó la entrevista semiestructurada, permitiendo la flexibilidad suficiente para que el informante guiara el contenido de la conversación, sin perder el foco del tema de estudio, con duraciones entre 45 a 90 min. Se utilizaron las preguntas generadoras: ¿Recuerdas momentos en tu infancia que te hayan marcado?; ¿Cuál es tu historia con el sobrepeso?; ¿Por qué decides operarte de cirugía bariátrica?; ¿A cuánto tiempo del postoperatorio comienzas a reganar peso?; ¿Qué significa para ti, haber reganado peso?

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el consentimiento de los informantes; se resguardó la confidencialidad de sus datos e identidad. Los datos fueron analizados mediante el método hermenéutico, utilizando la categorización para reducir y organizar la información en categorías emergentes, a través de la triangulación de expertos realizada por un psicólogo clínico y un psicólogo metodólogo, aportando diversos puntos de vista y la triangulación teórica que permite ampliar el análisis mediante la comparación.

Resultados y discusión

Luego de entrevistar a los tres informantes, se analizaron los recursos discursivos a través de una categorización inicial, triangulación teórica y de expertos, finalmente quedaron organizadas de la siguiente manera:

Figura 1. Riesgos psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos postoperados



Fuente: elaboración propia

Categoría huellas del desarrollo: impacto en el ser

El entorno en el que las personas se desarrollan desempeña un papel fundamental en la construcción de su identidad y en la manera en que interactúan con el mundo. Las dinámicas familiares y las experiencias tempranas modelan la autopercepción del individuo, sus comportamientos alimenticios, sus dinámicas de interacción social y las estrategias de afrontamiento que desarrollan para enfrentar acontecimientos vitales a lo largo de la vida. Además, pueden generar traumas e influir directa o indirectamente en el peso y en la aparición de comorbilidades tanto físicas como mentales.

Subcategoría orden de nacimiento

Ocupan el último lugar de nacimiento entre los hermanos de sus familias, siendo los menores. Ser el más joven en la familia puede tener un impacto en la personalidad y el desarrollo del individuo.

“Yo soy la menor.” (E1: L:39); “Yo soy la menor de las 3.” (E2: L:37); “Si, el hijo menor.” (E3: L:18)

Subcategoría fusión familiar

Explica la alta cohesión entre el individuo y su familia, también llamada baja diferenciación del yo. Las personas menos diferenciadas o más fusionadas con su familia son reactivas a los dictámenes y expectativas del núcleo familiar, ya sea adaptándose y perdiendo su individualidad o rebelándose y renunciando a los vínculos emocionales. Se encontró una alta fusión de los informantes con sus familias, viéndose permeados emocionalmente por ella.

“Siempre fui más apegada a mi mamá, siempre era el pollo que iba al lado de ella. Mi papá era como la típica persona que trabajaba para irse a los fines de semana a beber. Cuando no había para comer, era mi mamá la que iba a ver si se conseguía algo, y todas esas cosas que íbamos viendo, al final se fueron convirtiendo en rencor. Entonces yo también iba a defender a la persona que yo veía que al final estaba poniendo el hombro por nosotros.” (E1: L:264-272); “Me hace falta mi familia, aunque yo sé que ellos son muy disfuncionales y que hay cosas en las que yo no voy a pegar con ellos jamás, ya yo sé cuáles son. Este... me hace falta como verlos, la joda, que me consientan, todo eso.” (E2: L:346-349); “La familia, la familia y la familia. Es mi talón de Aquiles.” (E3: L: 497)

Subcategoría crisis familiar: entre la violencia, la disfuncionalidad y el trauma

La exposición a la violencia doméstica, el abuso sexual y la disfuncionalidad familiar, genera traumas psicológicos duraderos que influyen en el desarrollo de mecanismos adaptativos insanos y en la gestión emocional.

“Siempre fue una relación bastante agresiva... de hecho, por eso siempre pienso que una persona, una pareja, no debiera estar junta pensando sólo en los hijos, porque luego te acarrea todos estos traumas que uno trae desde chico... que los golpes, que los gritos, que los insultos y después con el tiempo, uno piensa que lo normaliza, pero no es normal eso.” (E1: L:222-226); “Tenía como 8 años y le decía a mi mamá que me fuera a dejar a un hogar de menores porque yo no quería vivir así.” (E1: L:285-288); “Algo que yo creo que pudo haber influido es que abusaron de mí, cuando estaba pequeña... y que, en mi contexto, no me cuidaron bien en la casa. Mama estaba muy pendiente de trabajar, hubo una temporada de abandono de mis padres hacia mí, cuando ellos se estaban divorciando, yo quedé como en el medio solita.” (E2: L:67-74)

Subcategoría patrones alimenticios familiares y resultados de salud

Los hábitos alimenticios familiares, caracterizados por grandes cantidades de alimentos calóricos, atracones a deshoras y baja autorregulación, persisten aún después de la cirugía bariátrica influyendo en el peso y la salud.

“Sí, en la casa se comía como uno come en el campo, si, se come bastante, comidas contundentes, este tipo de cosas.” (E1: L:201-202); “En la casa ha habido como mucha comida por todos lados, mi mamá, mi familia, tiene una agencia de festejos, entonces mi mamá se ganó la vida cocinando, en la casa siempre había comida, entonces que sí había un evento y uno aprovechaba y comía, y si creo también que un factor genético, si existiera un factor genético en la obesidad, no lo sé.” (E2: L:134-138); “En mi familia, se operaron trece, y los trece perdieron la operación, o sea, volvieron a tener reganancia.” (E3: L:333-335)

Subcategoría experiencias de bullying y discriminación por el peso

El peso corporal es un factor presente en las experiencias de bullying y se asocia con baja autoestima. La discriminación intensificó el deseo y aceleró la decisión de someterse a la cirugía bariátrica.

“Yo era la más grande del colegio, del curso. Era gorda, me veía mucho más enorme, Y, y era más fea, entonces era como constantemente el bullying, de que era fea, la más grande, la más gorda.” (E1: L:207-210); “Recuerdo una compañera que me tenía “a monte”, y me decía “gorda, gorda, gorda” y yo le metí una cachetada delante de todo el mundo y ahí se acabó el bullying en el colegio. En la casa, el bullying ha sido parte de sabes, la joda venezolana de que “ay el palo este” o “el punto y coma”, todas esas cosas que se meten con el cuerpo de la gente, ya yo no tolero esas cosas.” (E2: L:261-267); “Como todo jocoso, chistoso, también tengo que dejar que la agarren conmigo. De pronto yo me meto con un flaco de la familia y me dice “¿y tú que estás gordo?” y yo: “claro, lo estoy llamando flaco, tengo que recibir una respuesta así”. (E3: L:407-409)

Subcategoría imagen corporal en edades tempranas

Desde la infancia existe un ideal corporal influenciado por voces externas, que repercute en la autopercepción. La decisión de someterse a una cirugía bariátrica a temprana edad podría haber sido motivada por la presión de alcanzar un peso considerado ideal.

“Bueno, yo de chica fui gordita la verdad.” (E1: L:151); “Era el desayuno, el almuerzo y la cena, eran las 3 comidas que nos daba el internado. Había un kiosco, un negocio que vendía sus cosas, pero claro, como yo nunca llevaba dinero, yo no, no comía más de las 3 comidas que daban en el internado. Ahí bajé de peso todo lo que había subido desde mi infancia hasta mi adolescencia. Yo creo que fue la única vez que tuve mi peso ideal.” (E1: L:600-604); “Me opero yo en 2006, yo tenía 16 años. Imagínate, yo a los 16 ya estaba pasada de subidas y bajadas, subidas y bajadas de peso, eh, mi mamá me tenía mucho el... la vaina, “el tiqui tiqui” de que había que ser..., trillado, que estaba gorda, toda la cosa, entonces, este... lo tenía aquí, en mi cabeza, y le dije “mamá mira yo me quiero operar”. Yo me desarrollé a los 9 años, para ella, era una mujer hecha y derecha a mis 16.” (E2: L: 44-49)

Categoría emocionalidad ante las experiencias de vida

Las experiencias adversas en la vida generan un impacto emocional que trasciende el momento en el que se experimentan, dejando cicatrices como miedos y creencias limitantes que influyen en el comportamiento. También, predisponen la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión, comunes en pacientes con obesidad y cirugía bariátrica. No obstante, al superar y reconstruir estas historias y desafíos se obtienen valiosos aprendizajes y habilidades para la vida.

Subcategoría relatos de resiliencia y superación

Los informantes afrontaron procesos desafiantes y complejos que los impactaron emocionalmente. No obstante, demostraron resiliencia y capacidad resolutoria; finalmente se adaptaron, resignificaron las historias y experimentaron un sentido de triunfo al superar la situación.

“Me costó mucho la verdad. Tenía bastante miedo y como acá estaba sola fue cuando tomé la decisión de volver a Chile. Yo lo del embarazo me lo tomé bastante bien, lo que no tomé bien fue el principio, con el papá de mi hijo mayor, que teníamos una relación y él no se lo tomó bien y quiso interrumpir el embarazo; yo no quise y decidí seguir sola.” (E1: L:51-56)

“Cayeron las extorsiones, tuve que trancar las tiendas y desaparecerme del lugar. Un día tenía plata en cada bolsillo y al otro día no tenía nada, eso fue muy fuerte, pero fue un aprendizaje muy bueno porque me tocó tocar fondo, encontrarme conmigo mismo, ver que las personas se pueden levantar, se pueden superar y bueno, me tocó incursionar en otras cosas. Ha habido cambios positivos y negativos, pero ha sido un tiempo de aprendizaje. El gran temor que yo tenía de quedar sin nada pasó y se superó. Estoy consciente de que nadie se muere por eso, de que hay que tomarlo con buena actitud y saber de qué todo en esta vida pasa.” (E3: L:279-291)

Subcategoría sentimiento de soledad y abandono

Sentirse solo, desprotegido, abandonado o rechazado detona un compendio de sentimientos displacenteros, incluyendo la ansiedad, que inciden en la aparición de conductas compensatorias y resultan en un aumento de peso.

“Siento que me esfuerzo sola, que voy remando con el barco sola y no veo la misma motivación del otro lado, me frustró por eso, o por tonteras que salen, como el día de la mamá: yo ¡ay, hoy es el día de la mamá! Y él dice “bueno, pero los niños son tus hijos, no yo”; le digo, “pero soy la mamá de tus hijos” y respondió “pues que te den un regalo ellos; ellos son tus hijos, yo no.” Son cosas absurdas pero te quedan doliendo.” (E1: L:111-118)

“Todavía no llegaba a los 100 kg, estaba en los 90 y algo, y en el mes que duró el taller me focalicé y volví a bajar un poco de peso, pero luego terminé el taller y sentí un vacío y volví a empezar a subir de peso; como que me sentí sola... era todos los miércoles a la misma hora. Era como que esperaba ir al taller porque eran varias chicas y se compartía, se hablaba, se conversaba y de repente terminó el taller y

llegaba este miércoles y ya no estaba el taller y ya no tenía con quién conversar ni compartir nada y me sentí sola de nuevo, entonces digo: pues vamos comiendo otra vez.” (E1: L:401-409).

Subcategoría creencias limitantes y miedo al fracaso

La creencia limitante “no soy capaz” provoca una sensación de miedo y fracaso, impidiendo alcanzar objetivos relacionados con el peso. La convicción de haber llegado al límite y no poder más, fue el impulso definitivo para optar por la cirugía bariátrica.

“Fracaso, completamente, me siento completamente fracasada y lo peor es no poder volver a encaminarme como iba, que lo he intentado y no logro volver al mismo rumbo en el que estaba.” (E1: L:694-696); “Mira, yo le dije un día a mi mamá, ¡mami yo me quiero operar, ya no puedo más! porque ahí me había subido de peso después de los quince años y justo una prima se había operado; ya A.K. se había operado, entonces fue como, este... ya fue como que, mi punto de quiebre.” (E2: L:176-179) “Yo tengo pensado ahorita, llamar al médico, al que me operó para explicarle mi situación y hacerme una evaluación. Vamos a ver qué podemos hacer, porque yo no quiero volver a pesar lo mismo.” (E3: L:380-382)

Subcategoría guerras silenciosas: la depresión y la ansiedad

Vivir con depresión y ansiedad se percibe como una lucha constante y una sensación de estar perdido, acompañado de un agotamiento profundo. Esto genera un deseo de alivio y descanso, que a menudo lleva a buscar salidas fáciles e inmediatas.

“Siempre he vivido luchando con mi cabeza porque los constantes pensamientos negativos que te llevan como a atentar contra uno, están constantemente en mi cabeza y a veces yo digo: “cómo tengo que luchar todo el día con estas cosas, más todo lo que venía arrastrando toda tu vida y es fuerte””. (E1: L:466-469)

“Me dio muchísima... muchísima depresión. De hecho, fui para un psiquiatra. Mi esposa me dijo: “vamos para un psicólogo” y yo le dije: “no, yo quiero ir para un psiquiatra, porque yo quiero que me medique”. Me vi perdido, me colocó un antidepresivo y me diagnosticó ansiedad con humor depresivo, es decir, mi ansiedad no era fumar una caja de cigarrillos o alcoholizarme o hacer... no, lo mío era estar encerradito en el cuarto... pensando... no salía, no tenía apetito para salir en ningún lado, casi no comía.” (E3: L:295-305)

Categoría vínculos y actitudes personales

Los informantes se vinculan con los otros de forma intensa, atendiendo sin limitaciones las demandas del entorno y ocupando roles de protección, cuidado y defensa de los otros, a menudo postergándose a sí mismos. Presentan una tendencia a evitar los conflictos y se caracterizan por ser autocríticos y autoexigentes, buscando controlar las situaciones y alcanzar la excelencia. Encuentran satisfacción en el trabajo y son altamente resolutivos.

Subcategoría demandas del entorno, rol protector y autopostergación

Recibir constantes demandas y peticiones tanto en el ámbito familiar como laboral genera una sensación de sobrecarga. Esto se acentúa ya que los informantes asumen un rol protector, mostrando incondicionalidad y postergando sus propias necesidades.

“Cuando me fui, ella quedó acá, entonces yo me fui y ella quedó sola y yo siempre me sentí culpable de haberla dejado sola, porque en ese entonces éramos las dos aquí y éramos como más unidas, aunque ella en ese entonces había formado su familia. Yo siempre me sentí culpable, yo siempre decía: “si le pasa algo me voy a sentir culpable por haberla dejado sola”. Y siempre sentí esa necesidad de volver como para protegerla, para sentirme, para sentir que iba a estar yo aquí si necesitaba algo.” (E1: L:339-347)

“Todos, con mi suegro, con mis cuñadas, con mis cuñados, con mis sobrinos, me adoran, me quieren mucho, porque siempre les digo estas palabras: “papi, ya sabes que cuentas conmigo, cualquier cosa, me encanta poderte ayudar con cualquier cosita que necesites, no lo dudes, en llamarme, que tu tío C. te soluciona” o sea me hago muy indispensables a ellos y me tienen como que el tío que me ayuda, que me lleva, que me soluciona, que siempre está conmigo”, muy bonita relación.” (E3: L:229-237)

Subcategoría autoexigencia y deseo de control

La autoexigencia excesiva genera fatiga, estrés y/o ansiedad. Los informantes poseen un sentido rígido de responsabilidad y deseo de control que los lleva a asumir voluntariamente múltiples tareas, aspirando la perfección y mostrando inflexibilidad ante los errores.

“Joder fue un cambio, no solamente volver a una cultura distinta, sino que aparte tenía que adaptar a mis cuatro hijos y a mi marido que no había estado aquí antes. Yo ya había vivido acá, entonces me hice cargo emocionalmente de ellos también y tuve que cargar con todo.” (E1: L:12-15); “En el trabajo en que me desenvuelvo exige mucha... responsabilidad, mucha puntualidad y no puede haber errores, uno trabaja con documentos, con números, cosas así ¿me entiendes? Entonces no, no, no hay cabida, pues no podemos equivocarnos.” (E3: L:87-91).

Subcategoría conducta evitativa

Existe una tendencia inconsciente a evitar situaciones, personas y emociones incómodas. Esta conducta busca mantener la sensación de control y seguridad, proporcionando un alivio temporal, pero sin abordar las causas subyacentes. A largo plazo, el malestar persiste, se acumula y resulta contraproducente.

“El fin de semana siempre intentamos que, cualquiera de los dos trabaje o él o yo, pero es para no estar el fin de semana todos juntos en casa, porque si no es una batalla campal.” (E1: L:121-123); “Yo cuando tenía 12 años, era como grande y tenía cuerpo de mujer, entonces, típico en la antigüedad, como que los hombres eran muy de decirte cosas y la forma en que uno podía evitarlo era... si eras gorda, o

usar ropa muy grande, cosa que no te vieran que fueras más desarrollada o eso.” (E1: L:151-155); “A los 8 meses, ya después de operada, que me vine, fue el último control que tuve con el equipo y ya luego no, no me volví a controlar estando acá. Y luego fui reganando peso y dije pues menos, el doctor me va a retar y lo evité constantemente.” (E1: L:397-399)

Subcategoría disfrute del trabajo y adaptabilidad

Los informantes se sienten satisfechos y felices en sus trabajos, a pesar de no ejercer sus profesiones. Muestran compromiso, capacidad resolutive y adaptativa, pero tienen dificultad para establecer límites.

“Sí, tengo un técnico agrícola pero nunca me desempeñé en eso. Nunca me gustó lo que estudié y acá he tenido oportunidad de hacer otras cosas, pero me gusta esto, me gusta estar ahí de bruta limpiando (risas).” (E1: L:127-129); “Adoro las ventas, me encanta todo, el trabajo, la atención al público, mostrar, hacer negociaciones, asesorar, todo, todo, así es mi mundo.” (E3: L:98-99); “Pero mis límites, mis límites ahorita, a nivel profesional, no tengo ahorita.” (E3: L:259-260)

Categoría obesidad y cirugía bariátrica

Abarca las diversas concepciones que los informantes tienen sobre la obesidad y la cirugía bariátrica, destacando cómo estos constructos evolucionaron a través de sus experiencias personales. Resaltan una mezcla de mejoras en la salud y múltiples desafíos persistentes. Los efectos secundarios de la operación y la reganancia de peso generaron un efecto sorpresivo que está influido por la falta de información adecuada previo a la cirugía bariátrica, la minimización de la gravedad de las consecuencias y el incumplimiento de las pautas sugeridas.

Subcategoría percepción de la cirugía bariátrica

A pesar de notar una mejora general en la salud después de la cirugía bariátrica, los informantes no la recomendarían. Describen aspectos positivos, sin embargo, mencionan con ahínco los efectos secundarios. La insatisfacción con el cuerpo perdura aún después de la operación.

“Al día de hoy, con la información que tengo de la cirugía, hay como muchos efectos secundarios, por ejemplo, yo tengo que tomar hierro todos los días, porque en 2019 me dio una anemia terrible, me desmayé en la calle y estuve con vía intravenosa por mucho tiempo, toda la cosa... esa he sido yo, que salí barata. Mi hermana A.K. también tiene complicaciones de la cirugía; y A.C., lo que te decía, ella tiene como un anillo, que si come de más se atora, entonces sabes, como que no se me olvida.” (E2: L:232-238) “Pero el factor inverso después de la operación ha sido... cómo te digo... como si pudieron eliminar algunos problemas, pero adquirí otros, como, por ejemplo: el dumping, me duele mucho la cabeza... también migrañas, a veces me pongo un poco como... como ansioso.” (E3: L:74-77)

Subcategoría desinformación previa a la operación

Se percibe una notable desinformación previa a la cirugía bariátrica; no se evaluaron adecuadamente los riesgos, ni los cambios necesarios en el estilo de vida. Los informantes admiten haber mentado en las entrevistas psicológicas y haber minimizado los riesgos. Además, no se implementó un control multidisciplinario adecuado, lo que contribuye a la reganancia de peso.

“Ahí me di cuenta que lo importante era estar acompañada. Siempre he sido de estar sola, como de hacer las cosas sola, pero en ese momento me di cuenta de lo importante que era un psicólogo al lado, un equipo que me estuviera apoyando, porque yo igual recuerdo que cuando hice el pase de la psicóloga antes de la operación, yo sabía que era lo que tenía que decir y lo que no tenía que decir para que me dieran el pase, estaba todo completamente estudiado, entonces era la primera sesión: vale, estas bien, tú estás consciente de todo, pues te vamos a dar el pase”.(E1: L:411-418); “Y tú te acuerdas que la gente, los doctores decían, primero hubo un lema de que decían: “no... que te operas del bypass y no engordas más nunca”. Y ahora los doctores están diciendo: “mira no... si no te cuidas...”, claro, lo dicen después... “si no te cuidas de la cerveza, de los refrescos, de las harinas y tal, puedes reganar peso” y tu ¡aaaah! ¿Supuestamente eso uno no lo absorbía pues?” (E3: L:431-435)

Subcategoría concepción de la obesidad

Abarca las diversas percepciones respecto a la obesidad y el sobrepeso que son vistas no solo como una enfermedad física, sino también como una construcción social que es fuente de traumas y estigmas, influyendo en su autoestima y bienestar emocional. Se resalta la importancia de los límites y la moderación en la alimentación.

“La obesidad y sobrepeso es parte del constructo social. Las mediciones de índice de masa corporal fueron hechas para personas europeas y no podemos medir a todos con la misma vara. Y me parece muy cruel que una persona que sea sana como yo, que todos mis valores están bien, me esté midiendo porque me están encasillando por mi edad y por mi estatura y por mi sexo. Entonces, ¡ah tienes ajuro obesidad grado 1 porque estás en 83 kilos! Así me lo dijo literal la fisioterapeuta del gimnasio. Y es como, ¿Por qué eso es algo que tienen que decirte? O sea, simplemente es como que, bueno, estás pesando 83 kg ¿Cuánto quisieras pesar? O ¿Cómo te sientes? Me parece que es absurdo y ojalá algún día yo pueda ver que algo así ha cambiado, porque la verdad que no es justo.” (E2: L: 391-408).

“La obesidad y el sobrepeso es una de las principales enfermedades que causan la muerte a nivel mundial. También pienso que la obesidad es, este... es una cultura. Mi papá me decía mucho que, que la obesidad, o sea, que la comida era también una educación, que uno también tenía que comer con educación, pero no lo decía con educación, en el sentido de agarrar un tenedor o... no, sino que uno tenía que ser educado al momento de servirse, de comer.” (E3: L: 454-459)

Categoría estrategias y conductas relacionadas con el peso y la salud

Los informantes demostraron un bajo autocuidado, involucrándose en conductas dañinas como la ingesta compulsiva de alimentos y otras acciones autodestructivas, aun siendo conscientes de su impacto negativo. Además, las conductas preventivas en salud sólo se llevan a cabo cuando se sienten en grave riesgo y perciben haber perdido el control sobre su estado, estas acciones determinan en gran medida el peso. Se subraya la importancia de la red de apoyo en la mantención de la pérdida de peso.

Subcategoría comer como estrategia compensatoria

Ante momentos displacenteros, se come compulsivamente, a menudo alimentos fáciles y accesibles. No hay una diferenciación clara entre comer por ansiedad y por hambre. La incapacidad para autorregularse resulta en un aumento o reganancia de peso.

“Cuando me siento nerviosa como, me aburro y como, no puedo dormir y como. Cuando me toca dormir en la mañana, a veces me cuesta y me despierto cada 15 minutos y cada 15 minutos que me levantaba, me iba a la cocina a comer, y me volvía a acostar, dormía media hora, me levantaba, iba a la cocina, comía algo y me volvía a acostar. Y si me despertaba y no iba a la cocina a comer, pues no me podía volver a dormir. Me hacía un café con leche, si no me hacía una tostada, un pan con algo, pero tenía que comer algo y volver a dormir si, no, no podía.” (E1: L:171-177); “Estoy constantemente enrabiada, enojada, soy la mujer más gritona. Y para no descargar con los niños, me descargo con la comida.” (E1: L:703-704)

Subcategoría conductas autodestructivas

Son acciones conscientes o inconscientes que resultan en daño físico, emocional o psicológico. Se asocian con la incapacidad de autorregulación, llevando a la persona al límite, atentando contra su bienestar y estabilidad.

“Uno es la que siempre está resolviendo; si falta algo, uno es la que está resolviendo; hay que ir a algún lado, uno es la que tiene que resolverlo. Eso yo se los digo a veces, entiéndame un poco, no solamente trabajo 8 horas la noche, también en el día tengo que ver a los niños, si me llaman a una tutoría tengo que ir y el I. tiene controles, entonces salgo del trabajo y me voy con él al hospital, en lo que vuelva, pues ya los otros llegan del colegio y ya no dormí porque luego en la tarde uno tiene que ir al fútbol, el otro tiene que ir al fútbol y el otro tiene los extraescolares y últimamente me he hecho muy adicta al energizante, entonces estoy constantemente tomando energizante, energizante, energizante.” (E1: L:512-522)

“Me gusta mucho comer, disfruto mucho comer, cocinar, ahorita es con mi novio como “bueno, vamos a hacer comida nosotros”, entonces, no es que me sienta mal por eso, pero evidentemente eso contribuye a subir de peso, pero es parte del disfrute también. Si me siento como tranquila de que estos kilos no son por ansiedad, sino porque, todo lo contrario, lo estoy pasando muy bien con él y eso también es chévere, sabes, no ha sido por una depresión, no ha sido por una ansiedad,

entonces también ayuda.” (E2: L:291-297); “Tengo que ir al doctor para ver si lo sigo tomando o no, porque mira, me he sentido bien con eso, me siento muy ecuánime, ya no me dan... en una oportunidad lo dejé, estaba en tratamiento, lo dejé como un mes y mira que caí otra vez en depresión, entonces lo volví a comprar rapidito y tú sabes que eso a los 21 días ya estaba otra vez el C. de antes.” (E3: L:307-311)

Subcategoría relación entre la percepción de susceptibilidad ante la enfermedad y el peso

Existe correlación entre la percepción de amenaza ante una enfermedad y las conductas del paciente, que pueden favorecer o perjudicar la salud. Los informantes mostraron conductas de cuidado y prevención cuando se sintieron vulnerables, pero estas disminuyeron cuando percibieron menor gravedad, resultando en reganancia de peso. En puntos críticos de obesidad, optaron por la cirugía bariátrica, lo que ayudó a reducir el peso.

“Me dio COVID y me asusté mucho, comía muy poquito, me cuidaba muchísimo, tú sabes, con los té, la cosa: “tómame este té, toma esto, toma aquello” y me acuerdo, que con lo del COVID, yo ahí fue que llegué a pesar 78 kg - 79 kg. Luego pasó lo del COVID y empecé poquito a poco a reganar peso, pero yo viví en el COVID muchos momentos de angustia, porque yo caí con COVID, mi mamá también que tenía 80 años, era diabética, hipertensa, nos dio neumonía bilateral, yo súper preocupado por mami y sufrí mucho de... de... angustia, claro, obviamente estaba muy preocupado por la salud de mi mamá y por la mía.” (E3: L:167-175)

Subcategoría aspectos que favorecen la disminución de peso

La pérdida de peso se asoció con prácticas saludables como hacer ejercicio, mantener una dieta equilibrada, asistir a terapia psicológica y participar en talleres de nutrición y bienestar emocional. Lo más destacado es que estas actividades se realizaron con el apoyo de la red, resaltando la importancia de sentirse acompañados en el proceso.

“Lo único que hice fue el taller ese, con la nutricionista y el psicólogo bariátrico que me ayudó bastante en ese entonces.” (E1: L:400-401) “Honestamente doloroso, pero es necesario también, entonces se agradece mucho... Se agradece mucho, eh, eh, eso, a ver, todos evolucionamos indistintamente de si hay psicoterapia o nada, pero si siento que me ha ayudado un montón para muchas cosas en mi vida y vale la pena.” (E2: L:25-28); “Sí era como muy traumático ese proceso de ir todos los días a pesarme, tal, a que me inyectaran, que si el gel, la cosa, eh, ya después creo que dejé de hacer la dieta y subí de peso.” (E2: L:103-105)

Los riesgos psicológicos percibidos que predisponen la reganancia de peso en pacientes bariátricos postoperados incluye el impacto que tienen las dinámicas familiares y las vivencias traumáticas, en el desarrollo de la autopercepción, la relación con la comida y con los demás. Asimismo, las experiencias complejas y desafíos personales a lo largo de la vida contribuyeron al desarrollo de patologías como la depresión y la ansiedad, además de activar sus esquemas negativos de creencias relacionados con su autopercepción de incapacidad, que deja a las personas sin recursos de afrontamiento saludables y, por

ende, se autogestionan a través de conductas dañinas; postergándose a sí mismos y priorizando otras áreas de su vida, como la familia y el trabajo.

La reganancia de peso también se ve influenciada por la desinformación previa a la cirugía bariátrica y la falta de adherencia a las pautas sugeridas por el equipo multidisciplinario. Los conceptos que tienen respecto a la obesidad afectan el cómo perciben la gravedad del sobrepeso y, en consecuencia, la importancia que le dan a las conductas de cuidado de la salud; a mayor percepción de gravedad, mayor compromiso con la salud y viceversa. Las estrategias compulsivas como los atracones alimenticios que usan los informantes para gestionar sus emociones; y las conductas autodestructivas como el no dormir o el abandono del ejercicio, inducen la reganancia de peso. En este contexto, la red de apoyo es de vital relevancia en la motivación requerida para persistir en conductas que favorezcan la disminución y mantención del peso.

En los informantes la creencia básica de ser incapaces para alcanzar los objetivos deseados respecto al peso genera un profundo sentimiento de fracaso y aunque su aspiración corporal no es estereotípica, les frustra no poder mantenerse en un peso interpretado como medio o adecuado. Existe el temor particular de alcanzar un peso de tres cifras (a partir de 100 kg); es una alerta que indica cercanía al peso más alto registrado. Un peso inferior a 99 kg, aunque no sea considerado ideal, proporciona una sensación de control y mejora en comparación con su estado preoperatorio.

Se sienten culpables por no seguir las indicaciones del equipo multidisciplinario desde el inicio; en cambio, abandonaron los controles voluntariamente y desde entonces, registran reganancia de peso con algunas fluctuaciones. Mencionan no haber retomado las revisiones antes por temor a ser juzgados. Como indica Hood et al. (2018), ya en el primer año postquirúrgico se reportan bajas tasas de seguimiento. A pesar de los sentimientos de fracaso, culpa y frustración por su inconstancia, parecen necesitar tocar fondo y solo buscan apoyo en otros cuando se sienten totalmente desprovistos de recursos personales.

Antes de la reganancia de peso, los informantes ya experimentaban descontento con el aspecto demacrado de la delgadez, percibida como extrema, causada por la CB (solo manifestado por los sometidos a bypass), con el exceso de piel sobrante y la flacidez. Refieren que incluso prefieren su peso actual. Esto reafirma lo expuesto por Ruiz en 2002, donde perder peso no es suficiente para resolver complicaciones psicológicas como la insatisfacción con la autoimagen que, a su vez, está correlacionada con síntomas depresivos. Asimismo, la insatisfacción con el cuerpo, aún después de la operación, sugiere que la CB no mejora necesariamente la autoestima.

Al respecto, Branden (1969), reportó que no hubo mejoras en la autoestima de las mujeres en el postoperatorio; mientras que los hombres y los pacientes mayores afirmaron haber mejorado su autoestima, posiblemente porque enfrentan un 80% menos de discriminación que las mujeres (Poves et al., 2005). En consonancia, el informante hombre tiene un autoconcepto más positivo que las mujeres. Además, las mujeres enfatizaron la hostilidad en sus experiencias de acoso y mostraron mayor intolerancia, llegando a defenderse con el uso de la fuerza.

Desde pequeñas notaron sus cuerpos desarrollados, describiéndose como mujeres y fueron acosadas en las calles, ante esto, ocultaron su cuerpo con ropa holgada y comiendo en exceso. En contraste, el hombre, le dio una perspectiva jocosa al bullying, normalizando tanto el agredir como el ser agredido verbalmente, posiblemente influenciado por la cultura. La obesidad y el sobrepeso se convierten en factores predisponentes y desencadenantes para los acosadores.

Por otra parte, todos los informantes han presentado al menos un episodio de trastorno depresivo y/o ansioso, algunos de los síntomas observados fueron la rumiación del pensamiento, el agotamiento físico y emocional, el llanto fácil, la ideación suicida, la irritabilidad, mayor sensibilidad ante los estímulos, el aislamiento, la pérdida de motivación por actividades que antes se disfrutaban, la disminución o aumento del apetito y la recaída al dejar el tratamiento farmacológico. Según Kubik (2013), los pacientes obesos tienen cinco veces más probabilidades de sufrir de trastorno depresivo mayor, lo que a su vez afecta negativamente la adherencia a prácticas saludables (Williams-Kerver et al., 2020).

De hecho, para compensar la insatisfacción en diversos ámbitos de sus vidas, los informantes comieron compulsivamente, un acto caracterizado por la pérdida de autorregulación, la ingesta sin hambre y algunos atracones alimenticios nocturnos (Sarwer et al., 2019; Stunkard, 2003). Aunque para ellos no existe una diferenciación clara, ni consciencia corporal entre comer por ansiedad y comer por hambre. Como indica Williams-Kerver et al. (2020), les cuesta discernir entre las sensaciones provocadas por los estados emocionales y los indicios de hambre y saciedad.

Es interesante analizar que, aunque perciben la posibilidad de mejorar sus pautas alimenticias, tienden a minimizar la gravedad y a normalizar sus hábitos actuales, argumentando que no están tan mal como antes, a pesar de haber recuperado más del 15% del peso perdido. Además, cuando el comer es un motivo para reunirse socialmente, se percibe como una actividad placentera, que genera menor angustia y culpa, convirtiéndose en un acto hedonista, asociado a la satisfacción y el disfrute; a pesar de que, en ambos casos, el comer en exceso es perjudicial, especialmente en pacientes bariátricos. Esto concuerda con lo propuesto por Alfonsson et al. (2017), quienes señalan que la perspectiva temporal presente hedonista, no favorece la adherencia a conductas saludables.

La comida también se utilizó como sustituto de otras adicciones, como el cigarro. Frecuentemente, se busca comida fácil y accesible, aunque no sea saludable. Ahora bien, cuando los pacientes se han encontrado en puntos críticos de obesidad, han optado por conductas preventivas, como el ejercicio, la dieta, la cirugía bariátrica y consultas con el equipo multidisciplinario; tal como describe González y Rodríguez (2021), al estudiar el MCS de Hochbaum, en el que determinaron que para que alguien tome medidas específicas destinadas a enfrentar una patología, es esencial que se perciba susceptible de sufrirla, crea que contraerla le ocasionará graves consecuencias y que accionar, aunque superando ciertas barreras, podría mitigar esos efectos y disminuir las consecuencias.

El proceso de bajar de peso a través de métodos tradicionales lo describen como traumático. Sin embargo, cuando los informantes estuvieron acompañados por la red de apoyo, el bajar o mantener el peso se hizo más llevadero, acorde a lo referido por, Montanari en 2003, las redes de apoyo

tienen la capacidad de fomentar o disuadir las conductas relacionadas con la salud, influyendo así, en última instancia, en el desarrollo de la obesidad.

Un aspecto notable es que los familiares de los informantes también padecen obesidad y se sometieron a CB, logrando perder peso inicialmente, pero sin mantener la reducción a largo plazo, lo que sugiere una obesidad colectiva influenciada, entre otros elementos determinantes, por los patrones alimenticios familiares. Conjuntamente, los informantes tienden al locus de control externo, atribuyendo el aumento de peso propio y familiar a causas externas como la caducidad de la CB, los factores genéticos o la aparición de trastornos psicológicos a causa de la operación. Ugarte, et al. (2019), indicó que un locus de control externo constituye un factor de riesgo para la reganancia de peso.

En el nivel interpersonal, los informantes están excesivamente preocupados por el bienestar de los demás y reciben constantes demandas tanto de sus familias como de sus trabajos. Se vuelven indispensables, asumiendo un rol protector y orientativo desde una posición de saber; lo cual puede ser una forma inconsciente de conseguir validación. Son autoexigentes y asumen múltiples tareas, incluso aquellas que no les corresponden, llegando a sentirse agotados y sobrepasados. Sin embargo, les cuesta delegar y son inflexibles, sin permitir espacio para errores o equivocaciones. Esto coincide con lo expuesto por Watson et al. (2020), quienes indican que presentan tendencias obsesivas; también puede ser indicativo de un superyó muy desarrollado.

De acuerdo con Rogerson et al. (2016), presentan un pensamiento dicotómico (percepciones extremas) asociado con una personalidad rígida y poca tolerancia a la frustración, lo que repercute en la adherencia. Los informantes pueden llegar a racionalizar sus autoexigencias y necesidad de control, convenciéndose de que simplemente son personas organizadas. Paradójicamente, aunque anhelan paz, tranquilidad y tiempo personal, no logran establecer límites y experimentan un fuerte sentimiento de culpa, lo que incrementa su carga y dificulta la reducción del estrés. Esto, a su vez, los lleva a dejarse de lado y postergarse. Están mínimamente preocupados por su autocuidado y tienen múltiples conductas autodestructivas, como la automedicación y la adicción a bebidas energéticas para mantenerse despiertos.

Muestran un estilo de afrontamiento evitativo, escapando del conflicto y la incomodidad. Rechazan la injusticia y la crítica negativa; temen la soledad, lo que intensifica los signos de ansiedad. Un factor agravante es que las mujeres encuentran difícil consolidar amistades y se consideran poco sociables; sin embargo, todos son muy leales a sus vínculos. Demuestran una alta adaptabilidad, capacidad resolutiva e independencia ante los diferentes entornos y situaciones complejas; tienen un gran deseo de superación. Disfrutan del trabajo, pero también lo usan como vía de escape y de forma obsesiva, reflejando una conducta evitativa.

Esos hallazgos son de vital importancia para la psicología clínica y las ciencias sociales, ya que revelan riesgos psicológicos que pronostican una baja adherencia a las pautas saludables posterior a la cirugía bariátrica. Además, ofrece un perfil psicológico de las personas que reganan peso, lo cual puede utilizarse de manera preventiva y permitir el desarrollo de herramientas de evaluación y abordaje. Los resultados reafirman que, aunque se produce una mejora significativa en la calidad de vida tras la intervención inmediata, esta mejoría suele ser transitoria. La evidencia acumulada sugiere cada vez más

la existencia de malestar psicológico a largo plazo (Griauzde et al., 2018, citado por Merino, 2020; Song y Fernstrom, 2008). Si no se generan modificaciones sostenibles en el estilo de vida, la cirugía bariátrica presenta recidivas (Monsalve, 2023; Jiménez et al., 2018).

Conclusiones

La población obesa que se somete a cirugía bariátrica crece exponencialmente, sin embargo, las investigaciones centradas en los pacientes que recuperan peso son limitadas. A través del análisis de sus historias de vida, se han identificado hallazgos cruciales que permiten caracterizar riesgos psicológicos, con el fin de mejorar la evaluación y el abordaje psicológico clínico, además de prevenir intervenciones bariátricas fallidas.

Los riesgos psicológicos asociados con la reganancia de peso en pacientes bariátricos postoperados abarcan la influencia de patrones familiares caracterizados por la fusión y baja diferenciación del yo en la construcción de la identidad. Destaca la presencia de violencia intrafamiliar, abusos y disfuncionalidad en el núcleo familiar primario, así como el hecho de ser el hijo menor, aspecto que requiere un estudio más amplio. Además, la dinámica alimentaria se hereda de la familia y persiste incluso después de la cirugía bariátrica, aunque con leves mejoras. Las creencias familiares respecto al peso influyen significativamente en la construcción de la imagen corporal, lo que resulta crucial en la insatisfacción con el cuerpo desde edades tempranas.

De acuerdo con sus vivencias, los informantes relatan experiencias de bullying y discriminación debido al peso; la obesidad ha tenido un impacto profundo en ellos, afectando su autoestima y bienestar emocional. También, se enfrentaron a desafíos trascendentales que los marcaron emocionalmente, confrontándolos con el fracaso, la soledad y el abandono. Todos en algún momento presentaron trastornos depresivos acompañados de ansiedad y desarrollaron una creencia básica dentro de sus esquemas negativos de ser incapaces. A pesar de estas dificultades, son independientes y resilientes, logrando adaptarse a situaciones nuevas a pesar del malestar.

En relación con los vínculos y actitudes personales, se encontró que son altamente reactivos a las demandas del entorno, especialmente a las provenientes de familiares y el ámbito laboral. Buscan satisfacer y resolver las necesidades de los demás, siendo extremadamente autoexigentes, con una fuerte necesidad de control, y son inflexibles ante los errores, llegando a ser obsesivos. Tienen una tendencia a la evitación como estrategia compensatoria frente a la confrontación y la crítica. Se sienten constantemente sobrepasados y agotados, anhelando tranquilidad y paz. Disfrutan de su trabajo, pero también lo utilizan como escape.

Exteriorizan diversas concepciones sobre la obesidad, pero coinciden en la importancia de los límites y la moderación con la comida, aunque no logran adherirse a las pautas alimentarias recomendadas. Su percepción de la cirugía bariátrica es negativa y no la recomendarían, a pesar de algunas excepciones. Se sugiere profundizar en este aspecto, pues se desconoce si la percepción negativa se debe al sentimiento de fracaso por la reganancia de peso o a los efectos secundarios de la cirugía en sí.

Asimismo, la desinformación previa a la cirugía constituye un riesgo significativo. Los informantes no tomaron conciencia de las consecuencias de no implementar los cambios en el estilo de vida tras la operación y restaron importancia a su responsabilidad en la salud. Además, mintieron para conseguir la aprobación psicológica y percibieron que la información recibida por los médicos sobre los efectos secundarios fue minimizada. Por otra parte, tienen conductas autodestructivas y comen para compensar el malestar emocional, resultándoles difícil autorregularse. Solo cuando sienten que están en grave peligro toman acciones en pro de su salud y buscan ayuda en la red de apoyo, la cual es clave en el mantenimiento de conductas que favorecen la disminución del peso y proporcionan soporte al paciente.

Se observaron rasgos de diversas perspectivas temporales: el pasado positivo, manifestado en conductas que mantienen el statu quo como quedarse en casa para evitar riesgos, o recordar a la familia con ilusión; el pasado negativo, reflejado en recordar a la familia con sentimientos de rechazo o desconfianza hacia los demás; el presente hedonista, evidenciado en conductas como comer para obtener placer, a pesar del malestar físico posterior; y el presente fatalista, manifestado en el pensamiento de creerse incapaces de lograr el peso deseado. Sin embargo, se desconoce cuál de estas perspectivas predomina en cada informante.

En síntesis, se encontraron riesgos psicológicos comunes que influyen en la reganancia de peso de los pacientes operados de cirugía bariátrica: las huellas en el desarrollo que impactan el ser, la afectación emocional ante experiencias complejas de vida, la forma de vincularse con el mundo y las actitudes personales, las concepciones respecto a la obesidad y la cirugía bariátrica; y por último las estrategias y conductas adoptadas en relación con el peso y la salud.

Se recomienda a la comunidad de psicólogos ser más exhaustivos con el pase por el servicio de salud mental antes de la cirugía, con el fin de prevenir la reganancia de peso. Además, se indica la necesidad de un abordaje integral para garantizar resultados sostenibles. Es crucial continuar la investigación, tanto en el ámbito cualitativo como cuantitativo, explorando poblaciones más amplias y profundizar en áreas como, las tendencias obsesivas, la responsabilidad excesiva, la influencia de la autoexigencia en las dinámicas autodestructivas, el impacto de trastornos como la depresión y la ansiedad en la reganancia de peso, la baja autoestima y la autopostergación. Conjuntamente, se propone realizar estudios comparativos con pacientes postoperados que no hayan reganado peso a largo plazo.

Para alcanzar el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es fundamental que los sistemas de salud incorporen estrategias preventivas y de seguimiento psicológico. Ante esto, se sugiere desarrollar programas de intervención psicológica clínica especializados en pacientes con un perfil de reganancia de peso, enfatizando la priorización personal y el establecimiento de límites tanto externos como internos para minimizar los riesgos y favorecer la adherencia a conductas saludables que permitan mantener el peso posterior a la cirugía bariátrica.

Se esperan mejores resultados al involucrar a la familia y amigos en el proceso de recuperación y mantenimiento del peso, alineándose con la propuesta inclusiva y de bienestar comunitario expuesta por la ONU. Además, en la terapia psicológica individual, se debe hacer especial énfasis en la reestructuración de creencias limitantes como "soy incapaz".

Finalmente, es fundamental generar políticas públicas enfocadas no solo en la prevención y tratamiento de la obesidad, sino también en la reganancia de peso posterior a una cirugía bariátrica; a través de la educación, el acceso a apoyo psicológico, la psicoprofilaxis quirúrgica y la promoción de hábitos saludables. Cumplir con el Objetivo 3 de la Agenda 2030 requiere que las intervenciones de salud no se limiten a lo físico, sino que integren componentes emocionales y sociales.

Referencias bibliográficas

- Alfonsson, S., Weinland-Strandskov, S. y Sundbom, M. (2017). Self-reported Hedonism Predicts 12-month weight loss after Roux en-Y Gastric bypass. *Obesity Surgery*, 27, 2073-2078. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2603-z>
- Athanasiadis, D., Martin, A., Kapsampelis, P., Monfared, S. y Stefanidis, D. (2021). Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surgical Endoscopy*, 35(8), 4069-84. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08329-w>
- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R., y F. Rabito-Alcón, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*. Universidad a Distancia de Madrid, España . 11(1) 1-14 DOI <https://doi.org/10.5093/cc2020a1> Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2020a1>
- Boyd, J. y Zimbardo, P. (2005). Time Perspective, health and risk taking. In A. Strathman & J. Joireman (Eds.). *Understanding behavior in the context of time* (pp. 85-107). Mahwah: LEA.
- Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-esteem*. New York: Bantan Books.
- Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R., Farpour-Lambert, N., Fried, M., Hjelmæsæth, J., Kinzl, J., Leitner, D., Makaronidis, J., Schindler, K., Toplak, H. y Yumuk, V. (2017). Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*, 10, 597-632. <https://doi.org/10.1159/000481825>
- Cherick, F., Te, V., Anty, R., Turchi, L., Benoit, M., Schiavo, L. y Iannelli, A. (2019). Bariatric Surgery Significantly Improves the Quality of Sexual Life and Self-esteem in Morbidly Obese Women. *Obesity Surgery*, 29(5), 1576-1582. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03733-7>
- Corcelles, R., Daigle, C. y Schauer, P. (2016). Management of endocrine disease: metabolic effects of bariatric surgery. *European Journal of Endocrinology*, 174, R19– R28. <https://doi.org/10.1530/EJE-15-0533>
- Courcoulas, A., King, W., Belle, S., Berk, P., Flum, D., Garcia, L., Gourash, W., Horlick, M., Mitchell, J., Pomp, A., Pories, W., Purnell, J., Singh, A., Spaniolas, K., Thirlby, R., Wolfe, B. y Yanovski, S. (2018). Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. *JAMA Surg*, 153(5), 427-434. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.5025>

- Dymek, M. P., Le Grange, D., Neven, K. y Alverdy, J. (2002). Quality of Life after Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. *Obesity Research*, 10(11), 1135-1142. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.154>
- Ghaferi, A. y Varban, O. (2018). Setting Appropriate Expectations After Bariatric Surgery. *JAMA*, 320(15), 1543. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1424>
- González, M. y Rodríguez, M. (2021). Creencias en obesidad y cirugía bariátrica: análisis de contenido para diseñar una escala. *Revista de Psicología, Lima*. 39(1), 253-287. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.202101.011>
- Guzmán, F. (2021). Estrategias de seguimiento de las cirugías bariátricas: una revisión sistemática. Universidad Andrés Bello - Chile.
- Hansen, B. y Dye, M. (2018). Damned if You Do, Damned if You Don't: The Stigma of Weight Loss Surgery. *Deviant Behavior*, 39(2), 137-147. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1263081>
- Hsu, L., Mulliken, B., McDonagh, B., Das, S., Rand, W., Fairburn, C., Rolls, B., McCrory, M., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J. y Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26(10), 1398-1403. <https://doi.org/10.1002/eat.10211>
- Hult, M., Bonn, S. E., Brandt, L., Wirén, M. y Lagerros, Y. T. (2019). Women's Satisfaction with and Reasons to Seek Bariatric Surgery-a Prospective Study in Sweden with 1-Year Follow-up. *Obesity Surgery*, 29(7), 2059-2070. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03834-3>
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.
- Jiménez, L., Mendoca, F., Mendoza, F., Pimentel, M., Gestic, M., Chaim, E. y Cazzo, E. (2018). Impact of Weight Regain on the Evolution of Non- alcoholic Fatty Liver Disease After Roux-en-Y Gastric Bypass: a 3-Year Follow-up. *Obesity Surgery*, 28, 3131-3135. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3286-9>
- Kubik, J., Gill, R., Laffin, M. y Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*, 2013, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2013/837989>
- Kushner, R. y Sorensen, K. (2015). Prevention of Weight Regain Following Bariatric Surgery. *Current Obesity Report*, 4, 198-206. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0146-y>
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., Salvador, J., Assumpta, C., Menéndez, E., Manel, P. y Casanueva, F., (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(7), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>
- Lemanu, D., Singh, P., Rahman, H., Hill, A., Babor, R., y MacCormick, A. (2015). Five-year results after laparoscopic sleeve gastrectomy: a prospective study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11, 518–524. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.08.019>
- Merino, P., Benítez-Hernández, M., Arias, M., Borda, M. y Luque-Budia, A. (2020). Descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico: Obesidad Infantil, Apego y satisfacción de la relación de pareja. *Acción Psicológica*, 17(2), 25–42. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27437>

- Monsalve, K. (2023). El impacto psicológico de la cirugía bariátrica en pacientes obesos postoperados. *Psicología*, tercera época 42, 1-2, 55-83.
- Montanari, M. (2003). *El mundo en la cocina: historia, identidad e intercambios*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición especial*. ISSN: 2521-690.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Mundial de la Salud (2020). *Dietas saludables sostenibles - Principios rectores*. Roma. <https://doi.org/10.4060/ca6640es>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Peterhänsel, C., Linde, K., Wagner, B., Dietrich, A. y Kersting, A. (2017). Subtypes of Personality and ‘Locus of Control’ in Bariatric Patients and their Effect on Weight Loss, Eating Disorder and Depressive Symptoms, and Quality of Life. *Eur Eat Disord Rev*, 25(5), 397-405. <https://doi.org/10.1002/erv.2534>
- Poves, I., Macías, G., Cabrera, M., Situ, L. y Ballesta, C. (2005). Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), 192-195. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000300007&script=sci_arttext&tlng=es
- Puhl, R., Himmelstein, M., y Pearl, R. (2020). Weight Stigma as a Psychosocial Contributor to Obesity. *American Psychologist*, 75, 274–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
- Rogerson, D., Soltani, H. y Copeland, R. (2016). The weight-loss experience: a qualitative exploration. *BMC Public Health*, 16 (1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3045-6>
- Ruiz, M., Berrocal, C., y Valero, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3), 577-582. <https://www.psicothema.com/pii?pii=768>
- Sabench, F., Domínguez-Adame, E., Ibarzabal, A., Socas, M., Valentí, V., García, A., Moreno, F., González, J., Villalonga, R., Vilarrasa, N. y Sánchez, R. (2017). Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. *Cirugía Española*, 95, 4-16. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.09.007>
- Sarwer, D., Allison, K., Wadden, T., Ashare, R., Spitzer, J. C., McCuen-Wurst, C., LaGrotte, C., Williams, N., Edwards, M., Tewksbury, C., Wu, J., Tajeu, G. y Allison, K. (2019). Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(4), 650-655. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.029>
- Sarwer, D; Wadden, T. y Fabricatore, A. (2012). Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *The Obesity Society* 13(4) 639-348. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.71>

- Shukla, A., He, D., Saunders, K., Andrew, C. y Aronne, L. (2018): Current concepts in management of weight regain following bariatric surgery. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 13, 67-76. <https://doi.org/10.1080/17446651.2018.1447922>
- Song, A. y Fernstrom, M; (2008). Nutritional and Psychological Considerations After Bariatric Surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 28 (2), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.01.005>
- Spirou, D., Raman, J. y Smith, E. (2020). Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: a systematic review. *Obesity Reviews*, 21(6), e12998. <https://doi.org/10.1111/obr.12998>
- Steinbrook, R. (2004). Surgery for Severe Obesity. *New England Journal of Medicine*, 350(11), 1075-1079. <https://doi.org/10.1056/nejmp048029>
- Stunkard, A. y Allison, K. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27(1), 1-12. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802186>
- Troconis Mariemma, A.; Ferro de Millán, M.; Seijas Delgado, M. (2013). Primer consenso venezolano de Tratamiento del Paciente Bariátrico. Tomo 1. Nutrición y Psicología. Caracas: Ateproca.
- Ugarte, C. (2019). Variables psicológicas y predicción del éxito y fracaso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Universidad de Concepción ,Chile.
- Ugarte, C., Quiñonez, A., Vicente, B. (2019). Predictores psicológicos de la re-ganancia del peso en pacientes bariátricos. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica* 37(3), 199–209. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000300199>
- Van de Laar, A., van Rijswijk, A., Kakas, H. y Bruin, S. (2018). Sensitivity and Specificity of 50% Excess Weight Loss (50%EWL) and Twelve Other Bariatric Criteria for Weight Loss Success. *Obesity Surgery*, 28, 2297- 2304. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3173-4>
- Watson, C., Riazi, A., Ratcliffe, D. (2020). Exploring the Experiences of Women Who Develop Restrictive Eating Behaviours After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 30(6), 2131-2139. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04424-4>
- Williams-Kerver, G. A., Steffen, K. J., Smith, K. E., Cao, L., Crosby, R. D. y Engel, S. G. (2020). Negative Affect and Loss of Control Eating Among Bariatric Surgery Patients: an Ecological Momentary Assessment Pilot Investigation. *Obesity Surgery*, 30(6), 2382-2387. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04503-6>
- World Obesity Federation, (2023). World Obesity Atlas 2023. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>