



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Obesidad y su vinculación con las experiencias adversas en la infancia

Estudiante: Troilo, Silvana Claudia

Legajo: 22689

Director/es: Dra. Losada, Analía Verónica

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología.

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO: “Obesidad y su vinculación con las experiencias adversas en la infancia”

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI

Lugar y fecha: Buenos Aires, 11 de diciembre de 2025

Firma y aclaración del autor:



Silvana Troilo

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Delimitación del Objeto de Estudio	6
Planteo del Problema	7
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Justificación del estudio	12
Estado del arte	14
Marco teórico	21
Obesidad	21
Perspectiva global y contexto argentino	21
Definición de obesidad, sobrepeso y síndrome metabólico	24
Diagnóstico clínico del sobrepeso y la obesidad	26
Obesidad, modos de manifestación y relación con la salud mental	29
Obesidad, trastorno por atracón (BED) y regulación emocional	31
Estigma de la Obesidad y su Impacto en la Prevención y Tratamiento	33

Experiencias adversas en la infancia	35
Definición y clasificación de las ACEs	35
Abuso infantil	39
Negligencia	42
Disfunciones familiares	43
ACEs y obesidad	44
Acontecimiento Traumático, ACEs y obesidad	48
Método	51
Síntesis y conclusiones	53
Aportes y contribuciones de la investigación	58
Limitaciones de la investigación	59
Líneas de investigación futuras	60
Propuesta de intervención	61
Referencias	62

Resumen

El presente trabajo de investigación se centra en explorar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de la obesidad, destacando cómo el abuso infantil, la negligencia y la disfunción familiar pueden influir en los patrones de alimentación y en la regulación emocional. Según la Organización Mundial de la Salud, (2025), la obesidad se ha consolidado como una de las enfermedades crónicas más prevalentes de la actualidad, cuyo origen multifactorial, que incluye componentes genéticos, biológicos, psicológicos y sociales, afectan negativamente la salud. En este mismo sentido, Felitti et al. (1998) establecieron que la exposición a experiencias adversas en la infancia incrementa significativamente el riesgo de desarrollar múltiples problemas de salud en la edad adulta, dentro de los cuales destaca la obesidad. Para el desarrollo de esta investigación, se adoptó un diseño de carácter teórico, fundamentado en la revisión narrativa. La información fue recopilada de fuentes primarias, secundarias y terciarias, siendo criterios de exclusión para la búsqueda artículos que no se alinearon con los objetivos del estudio, así como trabajos que carecieron de rigor metodológico, se encontraron duplicados o presentaron información incompleta. La evidencia revisada demuestra que las experiencias tempranas negativas y en particular el abuso sexual infantil, contribuyen significativamente al desarrollo y mantenimiento de la obesidad, resaltando la necesidad de estrategias de prevención y tratamiento integrales que articulen enfoques médicos, nutricionales y psicológicos.

Palabras clave: Obesidad, Experiencias Adversas en la Infancia, Maltrato, Abuso Sexual Infantil, Acontecimiento traumático, Trauma.

Introducción

Delimitación del Objeto de Estudio

El objeto de estudio de la presente investigación aborda la vinculación entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs por sus siglas en inglés) y el desarrollo de la obesidad a lo largo del ciclo vital. A través de una revisión bibliográfica narrativa, el estudio analiza cómo distintos tipos de adversidades infantiles, tales como el abuso infantil, la negligencia y la disfunción familiar, se relacionan con la aparición y el mantenimiento de la obesidad, entendida la misma, como una condición multifactorial influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.

El trabajo se delimita al análisis crítico, contraste y cotejo de estudios científicos, artículos académicos, libros y otros documentos especializados, con el fin de identificar cuáles ACEs presentan mayor correlación con la obesidad en la vida adulta y qué mecanismos explicativos propone la literatura. La revisión prioriza investigaciones publicadas entre 2020 y 2025, incorporando trabajos anteriores cuando resultaran conceptualmente relevantes. Dada la limitada producción académica en lengua hispana sobre esta temática, se recurre principalmente a literatura internacional, seleccionando las fuentes según su rigor metodológico, pertinencia temática y aporte al propósito del estudio.

De este modo, el objeto de estudio se delimita al análisis conceptual y comparativo de la evidencia científica sobre la relación entre ACEs y el desarrollo de la obesidad. La revisión examina cómo la adversidad infantil influye en los mecanismos que favorecen la enfermedad y señala que numerosos programas de prevención y tratamiento no consideran el impacto persistente del trauma temprano. Los hallazgos obtenidos pueden orientar futuras investigaciones y proporcionar a profesionales de la salud y a diseñadores de programas comunitarios una perspectiva más integral y sensible al trauma en el abordaje de la obesidad.

Planteo del Problema

Desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo, llegando a la magnitud de epidemia mundial. En 2016, la cantidad de adultos con sobrepeso superaban los 1900 millones, y dentro de este grupo, más de 650 millones padecían obesidad. Ya, en 2022, 890 millones de adultos padecían esta afección: las cifras indicarían que, desde 1990, este padecimiento se viene doblando ampliamente entre los adultos y multiplicando por cuatro en la población infantil y adolescente de entre 5 y 19 años (OMS, 2024). De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), esta condición crónica y compleja se caracteriza por la acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual puede ser nociva para la salud.

Mouzo (2024) afirma, basándose en una investigación publicada en *The Lancet* que analizó datos de más de 3600 estudios sobre malnutrición a nivel global entre 1990 y 2022, que se observa una disminución en las cifras de insuficiencia ponderal - bajo peso para la edad - como producto de una alimentación deficiente, al mismo tiempo que, la obesidad ha ido en aumento, afectando tanto a países de altos ingresos como a aquellos con recursos más limitados. El estudio pondría en evidencia que el exceso de peso, que constituye un factor de riesgo significativo para enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión y afecciones cardíacas, es actualmente la forma más habitual de malnutrición. El término Malnutrición comprendería, por consiguiente, tanto las carencias como los excesos en la ingesta de nutrientes de una persona, abarcando, de este modo, desde la desnutrición hasta la obesidad y como resultante de todas aquellas enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (OMS, 2024).

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y recurrente, cuya etiología múltiple abarca intrincadas interrelaciones entre variables genéticas, metabólicas, ambientales

y de conducta. El sujeto obtiene un exceso de calorías que se acumulan en el cuerpo como grasa, a consecuencia de un desequilibrio entre lo que consume y su gasto energético insuficiente (López-Navarrete et al., 2008). En relación a esto, se puede pensar en la obesidad como una condición de esta época, caracterizada por el sobrante de alimentos, el sedentarismo y el consumismo excesivo (Martín Gómez et al., 2012).

El indicador utilizado para categorizar si una persona se encuentra por debajo de su peso, normopeso, o con sobrepeso u obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos de una persona por el cuadrado de su estatura en metros (kg/m^2). Se considera que un adulto tiene sobrepeso cuando su IMC supera los 25 y que tiene obesidad cuando el valor es de 30 o mayor. A pesar de ser el parámetro más utilizado, se sostiene que es impreciso como indicador de salud, ya que no contemplaría ni la actividad física ni la diferenciación entre hombres y mujeres en cuanto a la contextura corporal, como así tampoco variables contextuales. Por otro lado, dos personas con el mismo peso y talla pueden tener una distribución muy diferente de su tejido adiposo (Nieto, 2024).

Habitualmente el tratamiento de la obesidad consiste en la realización de un plan nutricional y ejercicio físico, enfocado en que los únicos factores que la causarían son la ingesta excesiva de comida y un estilo de vida sedentaria. Pero este tipo de perspectiva es demasiado simplista por no tener en cuenta los aspectos psicológicos y socio-familiares que juegan un rol fundamental en la generación y sostenimiento de esta enfermedad. Si bien, en el desarrollo de la obesidad no se puede desconocer el componente genético, este estaría asociado a otros factores tales como el estrés, sueño insuficiente, contaminantes ambientales y demás factores externos (Ibarra, 2023).

La obesidad acarrea sufrimiento y muchos obstáculos en la esfera psicosocial de los sujetos, no obstante, los manuales internacionales de psiquiatría no la tienen en cuenta como

un trastorno psiquiátrico. La décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) la ordena dentro de las condiciones médicas generales y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) no la ubica como categoría psiquiátrica, sosteniendo que no está bien delimitado que la obesidad se vincule de manera precisa con un síndrome psicológico o conductual. Asimismo, es válido señalar que dentro de la clasificación de Trastornos por Atracón se encuentran numerosos casos de obesidad, y que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son seis veces más comunes en estos pacientes que en la población en general (Martín Gómez & Ortiz Soto, 2012).

Por otro lado, las Experiencias Adversas en la Infancia – ACEs por sus siglas en inglés *Adverse Childhood Experiences* se definen como eventos posiblemente estresantes o traumáticos que vivencian los niños y jóvenes antes de los 18 años (Felitti et al., 1998). Felitti et al. fueron pioneros al documentar tanto la prevalencia como el impacto perjudicial de las experiencias adversas durante la infancia en la salud, demostrando además el efecto acumulativo del trauma. Con el desarrollo del Cuestionario de Experiencias Adversas Infantiles (ACE), evaluaron las diez experiencias adversas que puede sufrir un menor en su niñez. Dichas experiencias contemplan las categorías de abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física, negligencia emocional, vivir en un hogar con violencia doméstica, divorcio de los padres, abuso de sustancias, enfermedad mental y encarcelamiento de un miembro del hogar.

El Cuestionario ACE y otros recursos similares son más bien herramientas de evaluación de riesgos que instrumentos de diagnóstico. Estos instrumentos enumeran las circunstancias que, en conjunto, están vinculadas al síndrome de trauma. Se sostiene que, aunque el cuestionario ACE puede ser susceptible a respuestas falsamente negativas debido a la vergüenza o la represión por parte de los pacientes, puede servir como un punto de partida para abordar conversaciones futuras. A menudo, su uso genera gratitud entre los pacientes, ya

que les brinda la oportunidad de abrirse sobre sus experiencias adversas, lo que a su vez puede generar una nueva intimidad en la relación médico-paciente (Gordon, 2021).

A su vez, se sostiene que el Cuestionario ACE se enfocaría en las formas obvias de abuso, pudiendo no capturar completamente el trauma presente en entornos familiares sutilmente disfuncionales. En este tipo de familias, el abuso físico podría manifestarse en forma de golpes leves en lugar de golpizas fuertes, mientras que el abuso emocional podría no implicar ataques verbales explícitos, sino más bien obligar al niño a asumir roles parentales. Además, el abuso sexual podría incluir la exposición a materiales inapropiados, así como la violencia doméstica, podría manifestarse más verbalmente que físicamente (Parker, 2024).

Un meta-análisis que abarcó 41 estudios llegó a la conclusión de que el maltrato infantil, en general, se correlaciona con un riesgo elevado de obesidad en la edad adulta. Parece haber procesos biológicos graduales que se desencadenan después del maltrato infantil, los cuales están asociados con un incremento progresivo del Índice de Masa Corporal (IMC) en el tiempo. Los investigadores sugieren que este vínculo podría explicarse por un aumento en la inflamación. Específicamente, se ha observado que los factores estresantes psicosociales, como el maltrato infantil, están relacionados con una mayor actividad inflamatoria, la cual es un correlato importante de la obesidad. Por lo tanto, no es sorprendente que los investigadores hayan demostrado consistentemente que el maltrato infantil puede predecir tanto el IMC como la obesidad en la adultez (Danese et al., 2014).

En el mismo orden, se afirma que el impacto del trauma en el sistema de respuesta al estrés del cuerpo está determinado por la activación continua del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA), el cual, cuando está desregulado, conduce a la liberación constante de niveles elevados de cortisol y otras hormonas del estrés en el torrente sanguíneo. La exposición

crónica al cortisol puede desencadenar desequilibrios metabólicos, reducir la función inmune y aumentar la inflamación. Estas condiciones se han identificado como factores de riesgo para una variedad de problemas de salud, incluyendo obesidad, diabetes, enfermedades autoinmunes y trastornos cardiovasculares (Parker, 2024).

A su vez, fue la obesidad resistente al tratamiento, lo que inicialmente motivó a Felitti et al. (1998) a investigar el impacto de las experiencias adversas durante la infancia en la salud de los adultos. Su investigación comenzó cuando descubrió el historial de abuso sexual infantil en una paciente que, tras perder peso exitosamente en repetidas ocasiones, volvía a ganarlo. La paciente confesó que el aumento de peso la protegía de parecer sexualmente atractiva. Es de este modo que, después de controlar algunas variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el historial de abuso sexual con penetración y el riesgo de obesidad (Gordon, 2021).

López -Navarrete et al. (2008) señalan que la exposición al maltrato y la negligencia puede dar lugar a diferentes secuelas, incluida a la obesidad. Investigaciones proponen una posible explicación para esto en que el consumo excesivo de alimentos sería como una de las formas de búsqueda de gratificación más utilizadas por los obesos para compensar la falta de afecto y la hostilidad que han sufrido de niños. A la vez, se ha planteado la hipótesis firme de que la alimentación compulsiva podría actuar como una variable mediadora entre el abuso sexual y la obesidad. Víctimas de Abuso Sexual Infantil (ASI) podrían desarrollar obesidad como un mecanismo de defensa contra el acoso sexual de potenciales parejas no deseadas o de agresores.

Considerando la fuerte vinculación hallada entre el desarrollo y mantenimiento de la obesidad y las experiencias adversas durante la infancia, este estudio tiene como objetivo llevar a cabo una revisión narrativa de investigaciones tanto nacionales como internacionales

que permitan dar respuesta a la pregunta central que guía esta investigación: ¿Cuál es la relación entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de la obesidad?

Objetivos

Objetivo General

- Describir la relación entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de la obesidad.

Objetivos Específicos

- Examinar la etiología multifactorial de la obesidad.
- Indagar sobre los diferentes tipos de experiencias adversas en la infancia y su vinculación con la obesidad.
- Identificar los tipos de experiencias adversas en la infancia que presentan mayor correlato con el desarrollo de la obesidad en la vida adulta.

Justificación del Estudio

Si bien, la evidencia preliminar sugiere una fuerte relación entre el abuso emocional, el abuso sexual, la negligencia física y el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, los mecanismos que vinculan las experiencias adversas en la infancia con la obesidad, no se comprenden claramente. La relevancia del presente estudio radica en el entendimiento de cómo la exposición a diversas experiencias adversas durante la infancia podría tener efectos específicos en la evolución de esta enfermedad. Teniendo en cuenta esto y atendiendo a la escasa cantidad de investigaciones sobre la temática en lengua hispana, es que se considera pertinente la realización de la presente revisión bibliográfica de artículos y estudios, principalmente en idioma inglés, abordada en este trabajo.

Reconocer la diversidad de experiencias adversas en la infancia que pueden causar trauma y abordar sus efectos a largo plazo es crucial para mejorar las intervenciones en obesidad. Esta revisión bibliográfica complementa la literatura existente al examinar cómo las experiencias adversas en la infancia pueden influir en el desarrollo de la obesidad. Es común que los programas para bajar de peso se centren en la prevención y la intervención sin considerar los traumas pasados, que aún siguen afectando a las víctimas. Los hallazgos de este estudio pueden ser útiles para profesionales de la salud y desarrolladores de programas comunitarios que trabajan en la prevención y tratamiento tanto de la obesidad como del maltrato infantil.

Estado del Arte

Schroeder et al. (2021) llevó a cabo una revisión sistemática para investigar la relación entre las Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs) y la obesidad infantil. Se analizaron 6,966 estudios a nivel de título/resumen y 168 a nivel de texto completo, de los cuales 24 cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados indican que las ACEs están vinculadas con la obesidad en la infancia. Se observa que las niñas podrían ser más susceptibles a los efectos de las ACEs relacionados con la obesidad que los niños, y que el abuso sexual podría tener un impacto más significativo en la obesidad infantil que otras ACEs. Asimismo, la presencia de múltiples ACEs podría asociarse con un mayor riesgo de obesidad en la infancia. Además, se destaca que el impacto de las ACEs en el desarrollo de la obesidad infantil puede manifestarse en un período de entre 2 y 5 años. En resumen, estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las ACEs en las estrategias de prevención y tratamiento de la obesidad infantil.

A su vez, Schiff et al. (2021) llevaron adelante un estudio longitudinal para examinar cómo las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) afectan el riesgo de obesidad en niños y adolescentes. Utilizaron datos de la Encuesta Nacional sobre el Bienestar de Niños y Adolescentes (*NSCAW II*) que incluyeron casos cerrados por los Servicios de Protección Infantil entre febrero de 2008 y abril de 2009 en Estados Unidos. Para lo cual midieron las ACEs de forma acumulativa y como eventos separados, a su vez que estratificados por género. La muestra consistió en un total de 3170 jóvenes obesos, con un seguimiento desde el nacimiento hasta los 14 años de edad. Descubrieron que las ACEs están asociadas con un mayor riesgo de obesidad tanto en adultos como en niños, siendo la negligencia el factor más significativo. Además, encontraron que el abuso físico se asoció con una menor probabilidad de obesidad en niñas, mientras que el abuso sexual se asoció con una menor probabilidad de obesidad en niños. Los autores sugieren que la negligencia podría estar vinculada con una

capacidad de autorregulación deteriorada, lo que lleva a la sobreingesta como mecanismo de compensación. Sin embargo, señalan que se necesitan más investigaciones para confirmar estas interpretaciones.

Posteriormente, con el objetivo de definir las implicaciones en las relaciones médico-pacientes y los posibles fracasos en el tratamiento, una investigación realizada en la Clínica Mayo en Minnesota, Estados Unidos por Mundi et al. (2021), se propuso evaluar la asociación entre la obesidad y los antecedentes de trauma infantil. El método utilizado fue una encuesta multisitio que se envió por correo a 19,964 pacientes con sobrepeso u obesidad. Esta encuesta desarrollada por el Grupo de Trabajo de Cohorte de Obesidad del Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente (*LHSNet*), consistía en 49 preguntas, de las cuales 2 estaban centradas en antecedentes de haber sido víctima de abuso físico y/o sexual en la infancia. La recolección de datos para esta encuesta se realizó desde el 27 de octubre de 2017 hasta el 1 de marzo de 2018. Los resultados del estudio revelaron que los encuestados que informaron ser víctimas de abuso infantil tenían una mayor probabilidad de padecer obesidad. Además, mostraron una tendencia a desarrollar problemas de peso a una edad más temprana y a sufrir comorbilidades relacionadas con la obesidad, incluso después de ajustar su IMC. Estos individuos también exhibieron una autoestima más baja, experimentaron sentimientos de juicio por parte de los proveedores de atención médica y percibieron un trato menos respetuoso. Como resultado, se sugirió que los proveedores de atención médica recibieran capacitación para brindar un trato más comprensivo a los pacientes obesos y considerar cómo el trauma infantil puede afectar tanto la obesidad como las interacciones médicas.

Otro estudio, efectuado por Emery et al. (2021) examinó las diferencias de género en la asociación entre el maltrato infantil y los trastornos de conductas alimentarias (TCA) en la edad adulta. Los datos se derivaron de 1.647 adultos (de 27 a 33 años) que participaron en un

estudio longitudinal poblacional - *Proyecto EATIV: Eating Among Teens and Young Adult* - en Minnesota, Estados Unidos. Se evaluó el maltrato infantil - abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia emocional - y las actitudes y conductas alimentarias desordenadas - comer en exceso, atracones, conductas extremas de control de peso, conductas poco saludables de control de peso, dietas crónicas, preocupaciones sobre el peso y la forma-, explorándose las diferencias de género en estas asociaciones. Se encontró una asociación de más del 60% de riesgo de hacer dieta crónica, comer en exceso y sufrir atracones en pacientes con historial de maltrato infantil. Si bien no se hallaron diferencias de género estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, todos los tipos de abuso y negligencia se asociaron con al menos un tipo de TCA.

De manera complementaria, Offer et al. (2022) realizaron un estudio transversal en el Reino Unido con una muestra de 512 adultos jóvenes, con edades comprendidas entre 18 y 30 años, todos con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25. El objetivo fue analizar la relación entre el trauma infantil y el exceso de peso en la adultez temprana, evaluando, a su vez, el papel mediador de la adicción a la comida. Para ello, emplearon como instrumentos el Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) para medir distintos tipos de trauma (abuso físico, emocional y sexual; negligencia física y emocional), y la Yale Food Addiction Scale (YFAS) para identificar conductas alimentarias compulsivas. Los hallazgos del estudio indicaron que existe una asociación significativa entre el trauma infantil y el índice de masa corporal (IMC) en adultos jóvenes con sobrepeso u obesidad. Se encontró que la adicción a la comida actúa como un factor mediador, explicando cerca del 45 % de la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y el exceso de peso corporal. Al desglosar los tipos de trauma, se observó que esta mediación fue especialmente relevante en casos de abuso emocional y negligencia, con porcentajes de mediación que oscilaron entre el 32 % y el 51 %, dependiendo del tipo de adversidad vivida. Estos resultados sugieren que la alimentación

compulsiva puede constituir un mecanismo de afrontamiento ante el malestar psicológico derivado del trauma infantil, y que esta dinámica contribuye de forma significativa al desarrollo de obesidad en la adultez temprana.

Por otro lado, en un estudio longitudinal basado en datos del *Canadian Longitudinal Study on Aging* (CLSA), De Rubeis et al. (2023) exploraron la relación entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs) y la obesidad en la adultez, en una muestra de 26.615 adultos de entre 46 y 90 años de edad. Se tomaron en cuenta las ACEs reportadas por los participantes, considerando eventos ocurridos antes de los 18 años y se utilizaron como medidas objetivas de obesidad, el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de cintura y el porcentaje de grasa corporal. Además, se examinó la calidad de la dieta a través del Short Diet Questionnaire y el estrés fisiológico (carga alostática) como mediadores entre los dos constructos. El estudio concluye que las experiencias adversas en la infancia están significativamente asociadas con un mayor riesgo de obesidad en la adultez, independientemente de la dieta o del estrés fisiológico. Estos aportes sugieren que las ACEs tienen un impacto duradero sobre la salud física, y resaltan la importancia de incluir el historial de trauma infantil como factor relevante en estrategias de prevención de la obesidad.

A su vez, un meta-análisis y revisión sistemática realizada por Zhou et al. (2024), que incluyó un total de 46 estudios de diversas regiones de Europa y América del Norte, encontró que las experiencias adversas durante la infancia están significativamente asociadas con un mayor riesgo de obesidad en adultos (OR = 1,48; IC 95 %: 1,38–1,59). El riesgo fue especialmente elevado en mujeres que sufrieron abuso físico (OR = 1,606), abuso sexual (OR = 1,581) o abuso psicológico/no físico (OR = 1,319), mientras que en hombres solo se observó un aumento del riesgo tras abuso psicológico/no físico (OR = 1,240). Además, se evidenció una relación dosis-respuesta positiva: a mayor cantidad de ACEs, mayor probabilidad de obesidad en la adultez. La evidencia presentada sugiere que las ACEs

incrementan de manera considerable la probabilidad de desarrollar obesidad en la edad adulta, siendo este efecto particularmente pronunciado en mujeres, y que esta relación se mantiene constante a nivel global, y con efecto acumulativo conforme se incrementa el número de experiencias adversas vividas.

En el mismo sentido, un estudio exploratorio realizado por Smith et al. (2024) investigó la relación entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs) y el patrón de fluctuaciones de peso en una muestra de adultos con sobrepeso y obesidad que buscaban tratamiento para perder peso. La muestra analizada incluyó a 78 participantes, principalmente mujeres adultas blancas con un nivel educativo alto - 80% mujeres, 81% caucásicas, 75% con al menos una licenciatura -, que tenían exceso de peso y se inscribieron en el Estudio de Mecanismos Cognitivos y de Autorregulación de la Obesidad, COSMOS por sus siglas en inglés - *Cognitive and Self-regulatory Mechanisms of Obesity Study* -. Los resultados mostraron que aquellos que informaron cuatro o más ACEs, tenían 8 veces más probabilidades de reportar fluctuaciones en los ciclos de peso en comparación con aquellos sin ACEs. Sin embargo, los autores sugieren que se necesitan más investigaciones para explorar cómo las ACEs predicen la probabilidad de ciclos de peso fluctuantes, con el fin de promover tratamientos efectivos y sostenidos en el tiempo.

De manera similar, Hashemi et al. (2025) llevaron a cabo un estudio longitudinal con una muestra representativa de 4,895 niños de Nueva Zelanda, con una edad promedio de 8 años, con el fin de investigar la relación entre las experiencias adversas durante la infancia (ACEs), la obesidad y los comportamientos relacionados con el riesgo obesogénico. Para ello, evaluaron nueve tipos específicos de adversidades infantiles y crearon un índice acumulativo de ACEs. La obesidad se midió mediante el índice de masa corporal y la proporción circunferencia de cintura/altura, mientras que se consideraron ocho conductas obesogénicas, incluyendo patrones alimentarios, actividad física, tiempo de sueño y uso de

pantallas. Los resultados del estudio mostraron que la mayoría de los niños (87.1%) había sufrido al menos una adversidad, y un 16% había experimentado cuatro o más. Se evidenció una relación estadísticamente significativa y dosis-dependiente entre el número de adversidades y la probabilidad de presentar obesidad, aumentando el riesgo conforme se incrementaba la cantidad de ACEs. Además, la exposición acumulativa a estas adversidades se asoció con una mayor probabilidad de presentar conductas obesogénicas, como la falta de actividad física y la omisión del desayuno. Por lo cual, la investigación resalta la importancia de abordar la obesidad infantil desde una perspectiva integral que incluya no solo los factores fisiológicos y nutricionales, sino también el contexto emocional y social en el que se desarrolla el niño. En este sentido, sugieren que las estrategias de prevención e intervención temprana deberían enfocarse en reducir el impacto de las ACEs, fomentando ambientes seguros y apoyos psicosociales que faciliten la regulación emocional y la adopción de hábitos saludables.

Por su parte, una de las líneas de investigación más recientes ha explorado cómo las experiencias adversas en la infancia (ACEs) no solo se relacionan con el desarrollo de obesidad infantil, sino que también afectan la posibilidad de revertir el sobrepeso a lo largo del tiempo. Un estudio de tipo prospectivo, basado en la cohorte nacional Growing Up en Irlanda, realizado por Waraich et al. (2025), examinó una muestra de 2210 niños de 9 años que presentaban sobrepeso u obesidad en la adolescencia, realizando un seguimiento completo a los 13 y 18 años. Los resultados revelaron que los niños que habían estado expuestos a al menos una ACE antes de los 9 años presentaban un 27% menos de probabilidades de lograr un peso saludable en la adultez temprana, en comparación con aquellos que no habían experimentado adversidades. Al mismo tiempo, el análisis estructural mostró que esta relación negativa estaba mediada significativamente por factores emocionales y conductuales, como una autoimagen corporal deteriorada, mayores

dificultades conductuales y un IMC más elevado en la infancia. En cambio, otros factores como los hábitos alimentarios o el consumo de tabaco no mostraron efectos mediadores relevantes. En términos semejantes a estudios previos, las conclusiones de esta investigación refuerzan la necesidad de adoptar enfoques integrales que aborden los efectos emocionales del trauma infantil al diseñar intervenciones para la pérdida de peso en la niñez y adolescencia.

Marco Teórico

Obesidad

Perspectiva Global y Contexto Argentino

En las últimas décadas, el panorama nutricional global ha sufrido una transformación profunda, caracterizada por el aumento sostenido de la malnutrición por exceso, la cual ha comenzado a superar a la malnutrición por déficit en numerosos contextos. Este proceso, conocido como transición nutricional, se manifiesta en el crecimiento acelerado de las tasas de sobrepeso y obesidad a nivel mundial, tanto en la población adulta como en niños, niñas y adolescentes. De acuerdo con la OMS (2025), en el año 2022 más de 2.500 millones de adultos presentaban sobrepeso, y dentro de ese total, aproximadamente 890 millones vivían con obesidad. La situación no es menos preocupante entre la población infantojuvenil, en cuánto más de 390 millones de personas de entre 5 y 19 años tenían exceso de peso, de los cuales 160 millones se encontraban dentro del rango de obesidad. Incluso en la primera infancia, se estimó que 35 millones de menores de cinco años superarían el peso considerado adecuado para su edad (OMS, 2025).

En este marco, UNICEF (2025) advierte que el mundo enfrenta un punto de inflexión: por primera vez, la prevalencia de obesidad infantil entre niños y adolescentes de 5 a 19 años (9,4 %) ha superado a la del bajo peso (9,2 %). Según el informe, esta tendencia se encuentra estrechamente relacionada con el aumento del consumo de productos ultraprocesados, la exposición continua de la infancia a la publicidad de alimentos no saludables, y la ausencia de políticas públicas eficaces que garanticen entornos protectores para el desarrollo integral de niños y niñas. Estos factores, en conjunto, configuran un escenario que compromete seriamente el desarrollo físico, cognitivo y emocional de las futuras generaciones.

Considerando lo anterior, la obesidad se ha establecido como una enfermedad crónica de alta prevalencia, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que afecta de manera adversa la salud. Actualmente, más de 1.000 millones de personas viven con obesidad, lo que representa un incremento alarmante respecto de décadas anteriores (OMS, 2025). Desde 1990, la prevalencia de obesidad en adultos se ha más que duplicado, mientras que en niños y adolescentes se ha cuadruplicado, consolidándose como uno de los principales desafíos de salud pública del siglo XXI. Esta condición se asocia estrechamente con la aparición de enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, las patologías cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, y además contribuye a una mayor carga económica sobre los sistemas de salud, así como a una disminución de la calidad y esperanza de vida (OMS, 2025).

Por otro lado, este fenómeno pareciera no limitarse solamente a los países industrializados. De hecho, el crecimiento de la obesidad ha sido particularmente notable en regiones históricamente afectadas por la desnutrición, lo que confirma su carácter pandémico (OMS, 2024). Ante este escenario, la OMS ha puesto en marcha un plan de acción global con metas hacia 2030, orientado a reducir la incidencia de la obesidad mediante políticas públicas basadas en evidencia. Entre las estrategias propuestas se incluyen la promoción de estilos de vida saludables desde edades tempranas, la aplicación de medidas fiscales para desalentar el consumo de alimentos ultraprocesados, y la incorporación de programas de prevención y tratamiento en el primer nivel de atención sanitaria (OMS, 2024).

En Argentina, el problema del exceso de peso también ha adquirido dimensiones alarmantes, especialmente entre la población infantojuvenil. Según la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), realizada en 2019, el 41,1 % de los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años presenta sobrepeso u obesidad. En la franja de 0 a 5 años, la

prevalencia alcanza el 13,6 %, una cifra que supera ampliamente los valores de referencia internacionales para esa etapa del desarrollo (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019). Esta problemática no solo compromete el bienestar físico de la niñez, sino que también tiene repercusiones a largo plazo en el plano cognitivo, emocional y social.

La situación en la población adulta, asimismo, resulta preocupante. De acuerdo con la Federación Mundial de Obesidad (2025), el 73 % de los adultos argentinos presentan un índice de masa corporal por encima del rango saludable, y el 39 % vive con obesidad. Las proyecciones indican que, para el año 2030, más de 26 millones de personas en el país vivirán con sobrepeso u obesidad, con el consiguiente aumento en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Entre los factores que contribuyen a este fenómeno se encuentran el sedentarismo, la creciente disponibilidad y consumo de alimentos ultraprocesados, y las dificultades económicas que enfrentan amplios sectores de la población. En este sentido, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (2024) reportó que el 55,5 % de la población vivía en situación de pobreza durante el primer trimestre de 2024, lo cual limita el acceso a alimentos saludables y promueve patrones alimentarios poco nutritivos. Esta realidad demuestra que la malnutrición infantil ya no puede ser entendida exclusivamente como resultado de la carencia alimentaria, sino que responde a una compleja combinación de factores socioeconómicos, culturales y estructurales.

El Estado argentino ha implementado diversas estrategias para el abordaje integral de la obesidad infantil, destacándose el Plan Nacional de Alimentación Saludable en la Infancia y Adolescencia (Plan ASÍ), que promueve intervenciones multisectoriales fundamentadas en evidencia científica (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019). Sin

embargo, la ausencia de un marco legal específico que reconozca la obesidad como enfermedad crónica limita el acceso a tratamientos integrales y la asignación adecuada de recursos. En noviembre de 2024, se presentó ante el Senado un proyecto de ley que busca establecer un marco normativo integral para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, así como la regulación de los entornos alimentarios y la promoción de campañas educativas sostenidas (Senado de la Nación Argentina, 2024). Este proyecto, respaldado por especialistas y aprobado en dictamen por la Comisión de Salud en agosto de 2025, propone incluir la obesidad en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y garantizar la cobertura integral en el Programa Médico Obligatorio (PMO) (Senado de la Nación Argentina, 2024; 2025). Aunque aún no ha sido sancionado ni promulgado, su aprobación representaría un avance significativo en la jerarquización de la obesidad como prioridad de salud pública y fortalecería la coordinación intersectorial en su abordaje.

Definición de Obesidad, Sobrepeso y Síndrome Metabólico

La obesidad y el sobrepeso son condiciones médicas caracterizadas por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede afectar negativamente la salud (OMS, 2025). En adultos, el parámetro diagnóstico más utilizado es el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros. Según la OMS (2025), se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 kg/m², y obesidad a partir de 30 kg/m². En niños y adolescentes, el diagnóstico se basa en curvas de crecimiento específicas ajustadas por edad y sexo.

Actualmente, la obesidad presenta una tendencia creciente a nivel global, evidenciando un aumento significativo en comparación con décadas anteriores (OMS, 2025). Esta condición ha sido reconocida como una enfermedad crónica y multifactorial, cuya génesis está influida por una interacción compleja entre factores biológicos, ambientales,

socioculturales y económicos (OMS, 2025). Entre sus consecuencias más relevantes se encuentran el aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, ciertos tipos de cáncer y trastornos musculoesqueléticos, además de generar un impacto negativo en la salud mental, la calidad de vida y el rendimiento escolar en la infancia. Estas patologías contribuyen significativamente a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, generando una alta carga individual y sistémica (OMS, 2025).

Desde una perspectiva fisiológica, la obesidad implica un aumento tanto en el tamaño como en el número de adipocitos, células grasas. Durante la infancia y adolescencia, predomina la formación de nuevos adipocitos -hiperplasia-, mientras que en la adultez es más frecuente el aumento del tamaño de los ya existentes -hipertrofia-. Esta distinción es relevante, ya que, al perder peso, los adipocitos reducen su tamaño, pero no su número, lo que puede dificultar el mantenimiento del peso corporal a largo plazo (Spalding et al., 2008).

Por otro lado, el síndrome metabólico se define como un conjunto de alteraciones metabólicas interrelacionadas que incluyen obesidad abdominal, hipertensión arterial, dislipidemias y resistencia a la insulina. Estas alteraciones incrementan de forma considerable el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 (*National Heart, Lung, and Blood Institute* [NHLBI], 2022). Su origen es multifactorial, con causas genéticas, ambientales y de estilo de vida, muchas de las cuales pueden prevenirse o modificarse. El principal factor asociado a su aparición es el exceso de peso corporal, especialmente la acumulación de grasa abdominal (NHLBI, 2022).

La OMS (2024) advierte que los efectos perjudiciales de la obesidad pueden presentarse incluso con niveles moderados de sobrepeso, incrementándose progresivamente conforme aumenta el exceso de peso. Frente a esta situación, la OMS (2024) resalta que el sobrepeso, la obesidad y el síndrome metabólico son, en gran medida, prevenibles. La

prevención debe centrarse en alcanzar y mantener un balance energético, es decir, lograr que la energía consumida sea igual o inferior a la energía gastada. Para ello, se recomienda reducir el consumo de grasas totales, especialmente grasas saturadas; aumentar la ingesta de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar el azúcar; y realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana (OMS, 2024).

Diagnóstico Clínico del Sobrepeso y la Obesidad

A diferencia de otras enfermedades, el sobrepeso y la obesidad no suelen manifestarse a través de síntomas físicos evidentes en sus etapas iniciales. En este contexto, el diagnóstico clínico se basa principalmente en indicadores antropométricos estandarizados, como el índice de masa corporal (IMC) y la medición de la circunferencia abdominal. El IMC es una fórmula que relaciona el peso y la estatura del individuo, y permite clasificar el estado nutricional en categorías bien definidas: bajo peso (IMC < 18.5), peso saludable (IMC entre 18.5 y 24.9), sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9) y obesidad (IMC \geq 30) (NHLBI, 2022).

En la población pediátrica, los criterios de diagnóstico son diferentes, ya que el IMC debe interpretarse en función de percentiles según la edad y el sexo del niño o adolescente. Así, se considera que un menor tiene sobrepeso cuando su IMC se encuentra entre el percentil 85 y el 95, y se clasifica como obeso si supera el percentil 95 (NHLBI, 2022). Esta metodología permite una evaluación más precisa del estado nutricional en etapas de crecimiento, donde las variaciones fisiológicas son más marcadas.

El diagnóstico y la clasificación de la obesidad tradicionalmente se han basado en medidas antropométricas sencillas como IMC. Sin embargo, diversos estudios han señalado las limitaciones del IMC cuando se utiliza como única herramienta, dado que no discrimina entre masa grasa y masa magra ni proporciona datos sobre la distribución de la grasa corporal

(Guasch-Ferré et al., 2012; Shuster et al., 2012; Infobae, 2023). Por ello, se recomienda complementar la evaluación con indicadores como la circunferencia de cintura o el Índice Cintura-Altura (ICA), que permiten medir la adiposidad abdominal, un factor estrechamente vinculado con un mayor riesgo metabólico (Rivera et al., 2019).

Acorde a lo citado anteriormente, Guasch-Ferré et al. (2012) investigaron la relación entre el Índice Cintura-Altura (Waist-to-Height Ratio, WtHR) y los factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores. El estudio encontró que el WtHR es un predictor más preciso de riesgos cardiovasculares, como hipertensión, dislipidemia y diabetes, en comparación con otras medidas antropométricas tradicionales como el IMC y la circunferencia de cintura sola. Los resultados sugieren que el WtHR debería considerarse una herramienta útil y sencilla para evaluar el riesgo cardiovascular en poblaciones con alto riesgo, facilitando la identificación temprana de individuos susceptibles a enfermedades metabólicas y cardiovasculares (Guasch-Ferré et al., 2012).

A su vez, el Análisis de Composición Corporal (ACC) constituye una herramienta fundamental para la evaluación precisa del estado nutricional y metabólico de una persona, ya que permite diferenciar entre masa grasa, masa muscular, agua corporal y otros componentes. A diferencia de indicadores tradicionales como el peso corporal o el IMC, que brindan una visión general y limitada, el ACC ofrece información detallada y funcional que resulta clave en el diagnóstico y seguimiento de personas con obesidad. Esta evaluación permite orientar las intervenciones más allá de la simple pérdida de peso, focalizándose en objetivos clínicos específicos, tales como la reducción de la grasa visceral o el aumento de la masa muscular, promoviendo así estrategias terapéuticas más eficaces y centradas en el bienestar integral (Global Obesity Group, s.f.).

Es importante destacar que, más allá de la evaluación antropométrica, el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad puede incluir estudios clínicos y de laboratorio que permitan descartar causas secundarias, como desórdenes hormonales tales como hipotiroidismo o síndrome de Cushing, el uso de determinados medicamentos o la presencia de síndromes como el ovario poliquístico. Asimismo, se evalúan los antecedentes personales y familiares para determinar la posible predisposición genética al aumento de peso (NHLBI, 2022).

Por otra parte, y desde un enfoque neurobiológico, se ha demostrado que la obesidad no responde únicamente a un desbalance energético, sino también a una desregulación en los mecanismos cerebrales que controlan el apetito y la saciedad. El hipotálamo es la estructura clave en este proceso, ya que recibe señales hormonales como la leptina e insulina, que informan sobre el estado energético del organismo. En personas con obesidad, la resistencia a estas hormonas impide una adecuada regulación del apetito, favoreciendo el aumento de peso (Friedman, 2016). Sumado a esto, otras regiones cerebrales, como el sistema de recompensa dopaminérgico, también están involucradas. Este sistema responde intensamente ante estímulos alimentarios altamente calóricos, generando placer y reforzando conductas de consumo, incluso en ausencia de hambre fisiológica. Berthoud et al. (2011) destacan que este tipo de activación cerebral puede llevar a una alimentación compulsiva, similar a patrones observados en conductas adictivas.

De manera complementaria, diversas investigaciones han señalado que las experiencias adversas durante la infancia, como el abuso o la negligencia, pueden influir negativamente en los procesos neurocognitivos relacionados con el control del peso corporal. Estudios longitudinales han identificado que adolescentes con antecedentes de trauma presentan menor volumen en áreas de la corteza prefrontal anterior, región asociada al control ejecutivo y la regulación de impulsos. Esta alteración puede reducir la capacidad de

inhibición frente a señales alimentarias, aumentando el riesgo de desarrollar obesidad en la adultez (Luo et al., 2020).

En conjunto, estos resultados exponen que la obesidad no debe abordarse solo desde un enfoque nutricional, sino que es necesario adoptar una perspectiva integral que considere las disfunciones en los sistemas que regulan el apetito, la recompensa y el control cognitivo, especialmente en individuos con antecedentes de trauma.

Obesidad, Modos de Manifestación y Relación con la Salud Mental

La obesidad ha sido históricamente abordada desde un enfoque médico centrado en el exceso de peso corporal, reducido a un problema de desequilibrio calórico o de voluntad individual. Sin embargo, en las últimas décadas, múltiples disciplinas han contribuido a problematizar esta mirada reduccionista, proponiendo un entendimiento más integral, que contempla las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales implicadas en su génesis y mantenimiento.

Desde una perspectiva crítica, Strada y Panzitta (2009) señalan que hablar de “la obesidad” en singular tiende a simplificar y ocultar la complejidad y diversidad de experiencias individuales vinculadas a esta condición. Los autores subrayan que las diferentes formas en que la obesidad se manifiesta están influenciadas por una interacción particular de factores somáticos, psíquicos, relacionales y sociales en cada persona. Asimismo, cuestionan los enfoques de intervención centrados únicamente en el peso corporal y abogan por estrategias interdisciplinarias que integren la subjetividad, las relaciones interpersonales y las dinámicas psicológicas implicadas en el proceso de aumento de peso.

Complementariamente, Katz y Cappelletti (2018) profundizan en los diversos modos de manifestación de la obesidad, señalando que esta no se presenta de manera uniforme, sino

que varía en función de factores biológicos, epigenéticos, ambientales, de género y de etapa vital, destacando que esta condición abarca desde alteraciones moleculares y neuroendocrinas hasta expresiones clínicas y emocionales complejas. Entre las manifestaciones más relevantes se encuentran los trastornos metabólicos, como la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico, además de la apnea del sueño, el dolor osteoarticular y el deterioro de la imagen corporal, que puede afectar negativamente la autoestima. También señalan que la privación de sueño, la exposición a disruptores endocrinos y el estrés son factores que inciden en la obesidad, la cual se presenta con características particulares según la etapa del desarrollo, incluyendo infancia, adolescencia y adultez.

En esta línea integradora, Weiss et al. (2020) proponen el concepto de “obesidad psiquiátrica” para referirse a aquellas formas en que la obesidad se encuentra fuertemente asociada con trastornos mentales. En su revisión narrativa, los autores explican que las disfunciones inmuno-metabólicas y endocrinas propias de la obesidad pueden afectar la estructura y el funcionamiento cerebral, favoreciendo procesos neurodegenerativos, alteraciones emocionales y trastornos de la conducta. De este modo, la obesidad se vincula frecuentemente con cuadros como la depresión, la ciclotimia, el trastorno por atracones, el TDAH y otras alteraciones del control de impulsos.

Por su parte, Segal y Gunturu (2025) subrayan que la relación entre obesidad y salud mental es bidireccional: los trastornos mentales pueden favorecer conductas de riesgo (como la alimentación emocional o el sedentarismo), mientras que la obesidad, a su vez, incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, ansiosos y de retraimiento social. Además, mencionan que el estigma social y los sesgos clínicos agravan esta situación, interfiriendo tanto en el diagnóstico como en la adherencia a los tratamientos.

A pesar de estos hallazgos, la obesidad no está reconocida como un trastorno mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Esta exclusión se explica, en parte, porque la obesidad no presenta una psicopatología definida ni conductas mentales específicas que permitan establecer criterios diagnósticos homogéneos. Sin embargo, los autores citados coinciden en que esta omisión no debería impedir el reconocimiento de la dimensión psicológica y psiquiátrica presente en muchas formas de obesidad, ni la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que articulen lo somático y lo psíquico (Strada & Panzitta, 2009; Katz & Cappelletti, 2018; Weiss et al. 2020).

En síntesis, la obesidad debe entenderse como una condición multicapas, marcada por múltiples formas de manifestación y estrechos vínculos con el sufrimiento subjetivo. Algunos autores señalan que los enfoques reduccionistas centrados únicamente en el peso corporal resultan insuficientes, pues la obesidad implica una compleja interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales; por lo tanto, es fundamental adoptar modelos biopsicosociales e interdisciplinarios para lograr intervenciones más eficaces, sensibles y adaptadas a la singularidad de cada individuo (Mejía Godoy et al., 2025).

Obesidad, Trastorno por Atracón (BED) y Regulación Emocional

El trastorno por atracón (*Binge Eating Disorder*, BED) es el trastorno de la conducta alimentaria más estrechamente vinculado con la obesidad y, a diferencia de esta última, sí se encuentra incluido en el DSM-5. El BED se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de una sensación subjetiva de pérdida de control, sin la presencia de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido o el uso de laxantes, típicas de otros cuadros clínicos como la bulimia nerviosa. La mayoría de las personas que lo padecen presentan sobrepeso u obesidad, sin embargo, también puede manifestarse en individuos con normopeso. Conjuntamente, el BED se observa con mayor

frecuencia en personas con obesidad que están en tratamiento, en comparación con aquellas que no reciben atención clínica, con prevalencias reportadas de hasta un 30 % y un 5 %, respectivamente (Quinn, 2009).

De manera paralela, el trastorno por atracón se conceptualiza como una estrategia desadaptativa de regulación emocional, siendo común en personas con trastornos de la conducta alimentaria que presentan dificultades para identificar y gestionar sus emociones. Los episodios de ingesta compulsiva actuarían como un mecanismo para mitigar o evitar el malestar generado por estados emocionales negativos y dolorosos (Everill et al., 1995; Heatherton & Baumeister, 1991, citados en Quinn, 2009). En este contexto, la alexitimia, definida como la incapacidad para reconocer y describir las emociones, así como la limitada capacidad para imaginar y reflexionar sobre los propios estados afectivos, ha sido ampliamente documentada en pacientes con BED (Bagby et al., 1994; Taylor et al., 1992, citados en Quinn, 2009). Esta dificultad emocional no solo se presenta en personas con sobrepeso u obesidad, sino también en individuos con peso normal, quienes exhiben niveles elevados de alexitimia (Carano et al., 2006; De Zwaan et al., 1995; Pinaguy et al., 2001, citados en Quinn, 2009).

De este modo, se señala que las personas con trastorno por atracón -BED- habrían atravesado dificultades en sus relaciones interpersonales tempranas, lo que pudo afectar negativamente el desarrollo de su mundo emocional. Como consecuencia, estas personas presentan una confusión entre las sensaciones fisiológicas, como el hambre, y los estados afectivos, lo que dificulta la adecuada identificación de sus necesidades emocionales. Esta falta de diferenciación puede llevar a que utilicen la comida como una forma de responder a emociones que no logran reconocer ni expresar verbalmente, actuando sobre el cuerpo en lugar de procesar internamente el malestar. Es en este sentido que, los atracones pueden

entenderse como intentos desregulados de afrontar estados emocionales complejos, en un contexto en el que fallaron los recursos relacionales tempranos para contener y dar sentido a dichas experiencias (Quinn, 2009).

La obesidad, particularmente cuando se presenta en comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria como el trastorno por atracón, requiere una intervención terapéutica de carácter interdisciplinario que aborde simultáneamente los aspectos orgánicos y psicosociales del paciente. Quinn (2009) sostiene que, el tratamiento efectivo de estas condiciones implica la participación coordinada de diversos profesionales de la salud. El médico clínico cumple un rol fundamental en la evaluación y seguimiento de las consecuencias fisiológicas derivadas del trastorno, así como en el control de los parámetros relacionados con el peso corporal. El nutricionista interviene mediante el diseño de planes alimentarios individualizados, la evaluación del estado nutricional y la promoción de hábitos alimentarios saludables. En determinados casos, el psiquiatra puede indicar tratamiento farmacológico como parte del abordaje integral y, por último, el psicólogo lleva a cabo el tratamiento psicoterapéutico, orientado a la identificación y modificación de patrones conductuales y emocionales disfuncionales. Resultando así, este enfoque multidisciplinario, esencial para el abordaje integral de la obesidad y sus múltiples dimensiones clínicas.

Estigma de la Obesidad y su Impacto en la Prevención y Tratamiento

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que afecta a un número creciente de personas a nivel global. En Argentina, más del 60 % de los adultos y cuatro de cada diez niños y adolescentes presentan exceso de peso, lo que constituye no solo un problema de salud pública, sino también un fenómeno social atravesado por el estigma que rodea esta condición (Blanco & Ingrassia, 2025). Una percepción errónea y extendida en la sociedad es que la obesidad se debe exclusivamente a la falta de voluntad o a una falla de

carácter, lo cual refuerza actitudes discriminatorias y simplifica una enfermedad influida por múltiples factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales. De hecho, un estudio reveló que el 40 % de las personas con sobrepeso consideran que su situación se origina en su propia falta de esfuerzo, lo que refleja un desconocimiento generalizado sobre la naturaleza de esta patología y contribuye a la perpetuación del estigma (Blanco & Ingrassia, 2025).

Sumado a lo anterior, este tipo de pensamiento, también, se ve reforzado por discursos sociales y mediáticos que promueven la delgadez como ideal de salud, ignorando la diversidad corporal. Desde esta perspectiva, las personas con sobrepeso son frecuentemente juzgadas como descuidadas o perezosas, lo que alimenta actitudes discriminatorias conocidas como gordofobia (García, 2025). Estas creencias, lejos de mejorar la salud, generan vergüenza, ansiedad y comportamientos contraproducentes, especialmente cuando se presentan desde edades tempranas.

Consecuentemente, la percepción que tienen las personas sobre su propio peso corporal influye significativamente en la forma en que afrontan la obesidad y el sobrepeso, afectando tanto la búsqueda de ayuda profesional como la adherencia a tratamientos adecuados. En este mismo sentido, una investigación realizada por Busnelli et al. (2025) con una muestra de 350 adultos que habían consultado por su exceso de peso reveló que más del 50 % no consideraba la obesidad como un problema de salud, a pesar de que el 90 % había experimentado algún tipo de discriminación relacionada con su peso. Además, la mayoría sigue asociando el tratamiento del sobrepeso con el esfuerzo individual, lo que evidencia la persistencia de creencias estigmatizantes (Busnelli et al., 2025).

Esta visión reduccionista no sólo afecta la salud física y mental de quienes viven con obesidad, sino que, a su vez, limita el acceso a una atención médica adecuada y obstaculiza la implementación de políticas públicas efectivas, al centrar la responsabilidad exclusivamente

en el individuo. Debido a ello, es fundamental promover campañas de sensibilización y educación que refuten la idea de que la obesidad es simplemente una cuestión de falta de voluntad, y que favorezcan una comprensión más científica y compasiva de esta condición. Así, se puede avanzar hacia un abordaje más efectivo y equitativo que reduzca la discriminación y mejore la calidad de vida de las personas afectadas (Busnelli et al., 2025).

Experiencias Adversas en la Infancia

Definición y Clasificación de las Experiencias Adversas en la Infancia

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) han sido definidas ampliamente gracias al trabajo pionero de Felitti et al. (1998), quienes, a través del Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (*Adverse Childhood Experiences, ACE*), identificaron una serie de eventos traumáticos y estresantes que ocurren durante los primeros años de vida y que pueden tener consecuencias profundas y duraderas en la salud física, emocional y social de los individuos. Estas experiencias incluyen abuso físico, emocional y sexual, negligencia, así como disfunciones familiares tales como violencia doméstica, adicciones, enfermedades mentales y criminalidad en el hogar.

Felitti et al. (1998) establecieron que la exposición a estas adversidades incrementa significativamente el riesgo de desarrollar múltiples problemas de salud en la edad adulta, entre los que destaca la obesidad. Esta asociación se explica en parte por el impacto del estrés crónico en los mecanismos neurobiológicos y conductuales, que favorecen la adopción de patrones poco saludables de alimentación y la acumulación de peso excesivo, afectando así la calidad de vida y la expectativa de salud a largo plazo. En este sentido, clasificaron las ACEs en tres categorías principales, cada una con subcategorías específicas que permiten identificar y evaluar distintos tipos de adversidad:

1. Abuso

Esta categoría comprende tres formas de maltrato directo hacia el niño:

- **Abuso físico:** uso de la fuerza física que provoca daño o dolor corporal.
- **Abuso emocional:** conductas que afectan la autoestima y el bienestar emocional, como humillaciones o amenazas constantes.
- **Abuso sexual:** cualquier contacto o exposición sexual inapropiada dirigida al menor.

2. Negligencia

Se refiere a la falta de atención adecuada a las necesidades básicas del niño, y se divide en:

- **Negligencia física:** omisión en proveer necesidades esenciales como alimentación, vestimenta o atención médica.
- **Negligencia emocional:** ausencia de apoyo afectivo, cariño y atención necesarios para un desarrollo emocional saludable.

3. Disfunción Familiar

Incluye situaciones problemáticas en el entorno familiar que pueden impactar negativamente al niño, tales como:

- **Violencia doméstica:** episodios de violencia entre miembros del hogar.
- **Abandono parental:** ausencia o separación de uno de los padres que afecta la estabilidad familiar.
- **Adicciones:** presencia de consumo problemático de alcohol o drogas en algún miembro del núcleo familiar.
- **Enfermedad mental:** trastornos mentales no tratados en padres o cuidadores.

- **Criminalidad en el hogar:** involucramiento de miembros familiares en actividades criminales o situaciones de encarcelamiento.

Estas categorías proporcionan un marco integral para la comprensión de las adversidades infantiles y resultan fundamentales para la detección temprana y el diseño de intervenciones orientadas a mitigar su impacto negativo en la salud física y emocional a largo plazo (Felitti et al., 1998).

Para la medición y evaluación sistemática de las ACEs, Felitti et al. (1998) desarrollaron el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (*ACE Questionnaire*), un instrumento estructurado que permite identificar la presencia de diversas formas de adversidad temprana. Este cuestionario agrupa las experiencias en tres grandes categorías: abuso, negligencia y disfunción familiar. Cada categoría incluye preguntas específicas que permiten establecer si el individuo estuvo expuesto a ciertos eventos antes de los 18 años, otorgando así un puntaje ACE acumulativo que refleja la carga total de adversidad infantil experimentada. En la categoría de abuso, se consideran el abuso físico, emocional y sexual, como golpes, insultos frecuentes o contacto sexual no consentido. La negligencia se divide en física —como la falta de atención médica o de higiene básica— y emocional, que incluye la carencia de apoyo afectivo o la falta de cuidado emocional por parte de los cuidadores. Finalmente, la disfunción familiar aborda situaciones como la violencia doméstica, el consumo problemático de sustancias por parte de algún miembro del hogar, enfermedades mentales no tratadas, el encarcelamiento de un familiar o la separación parental (Felitti et al., 1998).

El Cuestionario ACE ha demostrado ser una herramienta valiosa para identificar factores de riesgo vinculados al desarrollo de problemas de salud física y mental a lo largo del ciclo vital. Su principal utilidad radica en su capacidad para predecir la aparición de

afecciones como enfermedades cardiovasculares, obesidad, trastornos del estado de ánimo, consumo problemático de sustancias y otras conductas perjudiciales para la salud, en función de la cantidad de adversidades acumuladas durante la niñez (Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017). Desde esta perspectiva, el cuestionario no sólo permite reconocer a individuos con altos niveles de vulnerabilidad, sino que también constituye una herramienta estratégica para la formulación de políticas públicas orientadas a la prevención y al abordaje temprano del trauma infantil de manera integral.

En el mismo sentido, en contextos latinoamericanos, investigaciones como la de Nevárez-Mendoza y Ochoa-Meza (2022) han corroborado la relevancia clínica y predictiva del Cuestionario ACE. En un estudio realizado con una muestra de 820 adultos en México, los autores encontraron una asociación significativa entre la exposición a múltiples experiencias adversas en la infancia y una mayor incidencia de enfermedades crónicas en la adultez, incluyendo obesidad, hipertensión y diabetes, así como síntomas persistentes de ansiedad y depresión. Estos resultados respaldan la aplicabilidad del instrumento en poblaciones culturalmente diversas, al tiempo que evidencian la necesidad de adaptar herramientas de evaluación que permitan una detección temprana y contextualizada de las adversidades infantiles (Nevárez-Mendoza & Ochoa-Meza, 2022).

No obstante, es importante considerar que el Cuestionario ACE no constituye un instrumento de diagnóstico clínico, sino más bien una herramienta de evaluación del riesgo. Tal como señala Gordon (2021), aunque puede estar sujeto a respuestas falsamente negativas debido al estigma, la vergüenza o la represión de recuerdos por parte de los encuestados, su aplicación suele generar un espacio de apertura y confianza que puede fortalecer la relación entre el profesional de la salud y el paciente. Esta apertura facilita el inicio de conversaciones significativas sobre experiencias traumáticas previas, que de otro modo podrían permanecer

ocultas (Gordon, 2021). Por otra parte, se ha señalado que el cuestionario tiende a centrarse en manifestaciones evidentes de abuso, lo que puede limitar su capacidad para capturar dinámicas familiares disfuncionales más sutiles. Por ejemplo, en contextos donde el abuso físico no se manifiesta como violencia extrema, sino como castigos moderados, o donde el abuso emocional se expresa a través de la asignación de roles parentales a los hijos, el instrumento podría no reflejar adecuadamente la magnitud del daño vivido. Asimismo, formas menos explícitas de violencia doméstica o abuso sexual, como la exposición a contenidos inapropiados o agresiones verbales, pueden quedar fuera de su alcance (Parker, 2024). Estas limitaciones invitan a complementar el uso del cuestionario ACE con otras herramientas clínicas más sensibles y culturalmente ajustadas que permitan una comprensión más profunda del trauma infantil y sus múltiples expresiones.

Abuso Infantil

El Abuso Infantil (AI) es una problemática de carácter complejo y multidimensional que afecta profundamente el desarrollo integral de los menores. La OMS (2024) lo define como cualquier forma de maltrato físico, emocional o sexual, negligencia o explotación que experimentan niños y adolescentes menores de 18 años, y que genera un daño real o potencial en su salud, desarrollo o dignidad, en el marco de una relación de confianza o autoridad. Esta definición abarca tanto los daños visibles como los impactos emocionales y psicológicos, incluyendo la desatención que compromete su bienestar general. Según datos recientes, cerca del 60% de los niños menores de cinco años (aproximadamente 400 millones) sufren de manera habitual castigos físicos o violencia psicológica ejercida por sus cuidadores. Además, se reporta que alrededor del 20% de las mujeres y el 14% de los hombres han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (OMS, 2024). Estas cifras evidencian la gravedad y la

extensión de esta problemática, que a menudo permanece invisible y poco documentada, dificultando su adecuada prevención e intervención.

El AI se manifiesta en múltiples formas, incluyendo abuso físico, emocional o psicológico, abuso sexual y negligencia, cada una con profundas repercusiones en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social del niño. En situaciones extremas, este maltrato puede ocasionar lesiones permanentes o incluso la muerte. A largo plazo, las víctimas de abuso infantil presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, además de enfermedades físicas crónicas, bajo rendimiento académico, conductas de riesgo y dificultades sociales. El estrés crónico derivado de estas experiencias adversas afecta negativamente el desarrollo neurológico e inmunológico de los menores (OMS, 2024).

Felitti et al. (1998) señalan que el abuso infantil constituye un factor de riesgo crucial que afecta de forma persistente la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida. Su estudio pionero demostró que la acumulación de experiencias adversas en la infancia, incluyendo el abuso físico, emocional y sexual, está vinculada a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, trastornos mentales y conductas de riesgo en la etapa adulta. Complementariamente, la OMS (2024) subraya que las consecuencias del abuso infantil trascienden la infancia, afectando también a generaciones futuras, ya que quienes han sido víctimas tienen mayor probabilidad de reproducir patrones violentos en la adultez, perpetuando así un ciclo de violencia intergeneracional.

El Abuso Sexual Infantil (ASI) representa una de las formas más graves de experiencias adversas, con impactos significativos tanto en la salud física como en la emocional a lo largo del ciclo vital. Losada (2012) sostiene que el ASI constituye una problemática con una incidencia mucho mayor de la que suele reconocerse socialmente,

debido a que muchos casos no son reportados ni detectados oportunamente, destacando que la mayoría de los mismos ocurren en el entorno familiar o en círculos afectivos cercanos a la víctima, lo cual dificulta su identificación y aumenta el daño psicológico al romper vínculos de confianza. Las secuelas psicosociales de esta experiencia adversa son profundas y afectan diversos aspectos del desarrollo emocional y social del niño, generando sentimientos persistentes de culpa, vergüenza y miedo, que impactan negativamente la autoestima y la capacidad para establecer relaciones saludables (Losada, 2012).

Investigaciones pioneras, como la de Felitti et al. (1998), han demostrado que esta forma de maltrato infantil constituye un factor de riesgo clave para el desarrollo de múltiples enfermedades crónicas en la adultez, entre las cuales se destaca la obesidad. Este vínculo emergió a partir de observaciones clínicas realizadas en pacientes con obesidad persistente, donde se evidenció que, en algunos casos, el aumento de peso funcionaba como una respuesta defensiva frente a situaciones de vulnerabilidad y una estrategia inconsciente para evitar ser percibidos como sexualmente atractivos (Gordon, 2021). De esta manera, el abuso sexual infantil no solo provoca daños emocionales profundos, sino que también podría influir en la adopción de mecanismos de afrontamiento desadaptativos que afectan la conducta alimentaria y el peso corporal.

En este sentido, diversos autores han señalado que el ASI durante la infancia puede funcionar como un factor de vulnerabilidad que facilita la aparición de obesidad en etapas posteriores de la vida (Felitti et al., 1998; Williamson et al., 2002). En muchas ocasiones, la alimentación se convierte en una estrategia de afrontamiento para aliviar el malestar emocional, gestionar la ansiedad o generar un tipo de protección simbólica a través del cuerpo. De este modo, el incremento de peso podría entenderse como un intento inconsciente

de establecer una barrera corporal frente a futuras amenazas o situaciones de abuso (Dallman et al., 2003).

Negligencia

La negligencia infantil constituye una de las formas más prevalentes y, al mismo tiempo, menos visibilizadas del maltrato infantil. A diferencia del abuso activo, que implica actos de violencia o agresión directa, la negligencia se manifiesta a través de la omisión sistemática del cuidado necesario para el desarrollo saludable del niño. Esta omisión puede incluir la falta de atención médica oportuna, alimentación inadecuada, ausencia de escolarización, carencia de afecto o deficiente supervisión por parte de los cuidadores. Frecuentemente, este tipo de maltrato es subestimado o confundido con condiciones de pobreza estructural o desconocimiento, lo que dificulta su detección y abordaje (Rodríguez-González & Loredó-Abdalá, 2019).

Desde una perspectiva más detallada, Rodríguez-González y Loredó-Abdalá (2019) identifican diversas manifestaciones de la negligencia infantil: física, médica, emocional, educativa y de supervisión. Cada una de estas formas representa un riesgo significativo para el bienestar integral del niño, comprometiendo tanto su desarrollo físico como psicológico. Además, los autores proponen una clasificación según la gravedad del daño: leve, cuando no se observan consecuencias inmediatas; moderada, cuando existen afectaciones funcionales como dificultades escolares; y grave, en casos donde hay secuelas cognitivas, físicas o emocionales. En el marco de las ACEs, la exposición prolongada a situaciones de negligencia ha sido asociada con alteraciones en el desarrollo neurológico y emocional, y con un aumento en la incidencia de enfermedades mentales y físicas en la vida adulta (Rodríguez-González & Loredó-Abdalá, 2019).

Disfunciones Familiares

Dentro del marco conceptual propuesto por Felitti et al. (1998), las disfunciones familiares constituyen una dimensión central de las ACEs, ya que involucran condiciones relacionales y ambientales que alteran significativamente el entorno emocional del niño. Estas situaciones no se refieren únicamente a acciones directas de abuso, sino a contextos familiares disfuncionales que, de forma crónica o reiterada, generan inseguridad, inestabilidad y altos niveles de estrés, impactando de manera profunda en el desarrollo neuropsicológico y socioemocional infantil.

Entre las principales formas de disfunción familiar identificadas por Felitti et al. (1998) se encuentran la violencia doméstica, el consumo problemático de sustancias, la enfermedad mental en algún miembro del hogar, la separación o ausencia parental y la criminalidad o encarcelamiento de un familiar. La exposición a violencia entre los cuidadores crea un clima de temor e inseguridad que interfiere con el desarrollo emocional del niño y su capacidad para establecer vínculos seguros. Asimismo, convivir con adultos que padecen adicciones (alcohol u otras drogas) aumenta el riesgo de negligencia, abandono emocional y falta de supervisión, condiciones que dificultan la construcción de una base afectiva estable. Por su parte, la presencia de trastornos mentales en los cuidadores puede generar dinámicas familiares marcadas por la inconsistencia, el retraimiento emocional y la sobrecarga en los niños. La ausencia o abandono de uno de los padres también representa una pérdida significativa de apoyo y de estructura emocional, lo que puede derivar en inseguridad afectiva, ansiedad y dificultades en la regulación emocional. Finalmente, la criminalidad o encarcelamiento de un familiar, afecta la estabilidad del núcleo familiar y con frecuencia expone al niño al estigma social, a rupturas vinculares y a altos niveles de estrés (Felitti et al., 1998).

En consecuencia, Shonkoff et al. (2012) advierten que la exposición sostenida a estas situaciones de adversidad en el entorno familiar puede generar un tipo de estrés intenso y prolongado, conocido como estrés tóxico, que afecta de manera crítica el desarrollo neurológico y fisiológico de los niños. Este tipo de estrés, al no ser regulado por la presencia de adultos protectores, puede alterar el funcionamiento del sistema inmunológico, el equilibrio hormonal y los procesos cerebrales relacionados con la regulación emocional. A largo plazo, estas alteraciones se traducen en un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, trastornos de salud mental y dificultades en la adaptación social. Por ello, la identificación y el abordaje temprano de estas disfunciones familiares resulta fundamental para prevenir sus consecuencias en la salud integral durante la adultez (Shonkoff et al., 2012).

ACEs y Obesidad

El influyente estudio de Felitti et al. (1998) estableció una clara relación entre la cantidad de ACEs y el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la adultez, incluyendo obesidad, patologías cardiovasculares y trastornos mentales. Este patrón ha sido respaldado por investigaciones que asocian el trauma temprano con procesos inflamatorios crónicos y disfunciones del eje hipotálamo–hipófiso–adrenal (HHA), así como con alteraciones metabólicas (Danese & Tan, 2014). Desde una perspectiva neuroinmunológica, se ha señalado que el estrés crónico derivado del trauma infantil provoca una activación prolongada del eje HHA y del sistema nervioso simpático, lo que genera resistencia al cortisol y una liberación continua de mediadores inflamatorios. Este estado inflamatorio persistente disminuye la sensibilidad a la insulina y favorece la acumulación de grasa visceral, contribuyendo así al desarrollo y mantenimiento de la obesidad (Rohleder, 2014).

Investigaciones más recientes han reafirmado y ampliado estos hallazgos. Mahmood, Li y Hynes (2023) analizaron la relación entre ACEs y obesidad, destacando que los traumas

infantiles pueden influir en la regulación del peso corporal a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, tales como el aumento del estrés crónico, la disfunción del eje HHA y la adopción de conductas alimentarias desadaptativas. Asimismo, en una revisión sistemática y metaanálisis global, se confirmó que la acumulación de ACEs se asocia significativamente con un IMC anormal, tanto en la adolescencia como en la adultez, evidenciando un patrón consistente entre el número de experiencias adversas y el riesgo de obesidad (Amiri et al., 2024).

Diversos estudios han explorado cómo las ACEs influyen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, identificando mecanismos mediadores claves. Offer et al. (2022) evidenciaron que, en adultos jóvenes con sobrepeso u obesidad, la relación entre el trauma infantil y el IMC está mediada en gran medida (aproximadamente un 45 %) por la adicción a la comida, especialmente cuando el trauma incluye abuso emocional o negligencia. Este hallazgo sugiere que el consumo excesivo de alimentos puede funcionar como una forma de automedicación para aliviar el malestar psicológico derivado del trauma temprano.

De esta manera, el cuerpo no solo refleja daños físicos, sino que también responde a las heridas emocionales mediante conductas que, aunque útiles a corto plazo, resultan perjudiciales a largo plazo. Esta perspectiva se ve reforzada por los resultados de De Rubeis et al. (2023), quienes demostraron que la asociación entre las ACEs y la obesidad persiste incluso cuando se controlan factores como la dieta y el estrés fisiológico, lo que indica un impacto profundo y duradero del trauma en la regulación metabólica y la salud integral.

Por otro lado, el meta-análisis realizado por Zhou et al. (2024) aporta evidencia robusta a nivel global, indicando que la probabilidad de desarrollar obesidad incrementa de manera dosis-dependiente en función del número de ACEs vividas, siendo este efecto particularmente significativo en mujeres y en contextos de abuso físico, sexual y psicológico.

Este dato sugiere que, tanto la presencia como la intensidad y acumulación de adversidades contribuyen de forma sustancial al riesgo obesogénico.

Asimismo, Smith et al. (2024) documentaron que individuos con múltiples ACEs presentan una mayor propensión a experimentar fluctuaciones en el peso corporal, lo cual representa un desafío adicional para el manejo clínico y el pronóstico de la obesidad. Consecuentemente, en población infantil, Hashemi et al. (2025) evidenciaron que la exposición acumulativa a ACEs se correlaciona con comportamientos obesogénicos, como el sedentarismo y patrones alimentarios inadecuados, enfatizando la necesidad imperante de implementar intervenciones tempranas que consideren el contexto psicosocial para mitigar el riesgo de obesidad desde etapas tempranas.

Adicionalmente, los efectos negativos de las ACEs en la obesidad no sólo se limitan al desarrollo del sobrepeso, sino que dificultan la reversión del mismo a lo largo del tiempo. Waraich et al. (2025) certificaron que los niños expuestos a adversidades presentan menores probabilidades de alcanzar un peso saludable en la adultez temprana, mediado por problemas emocionales y conductuales derivados del trauma. Esta evidencia subraya la importancia de incluir la dimensión emocional y psicológica en las estrategias de prevención y tratamiento, reconociendo que las secuelas del trauma infantil dificultan la pérdida de peso a largo plazo.

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se reconoce como una de las ACEs más fuertemente asociadas con la obesidad en la adultez, evidenciando su impacto tanto en la salud física como psicológica (Felitti et al., 1998; Amiri et al., 2024; Williamson et al., 2023). Este vínculo no se limita a desequilibrios nutricionales, sino que refleja la influencia de experiencias traumáticas tempranas en la relación con el propio cuerpo y la alimentación. El ASI constituye, de esta manera, un problema de salud pública que genera secuelas

psicológicas profundas y consecuencias físicas relevantes, entre las cuales la obesidad se presenta como una de las más frecuentes (Pozo, 2024).

Según Losada (2009), las víctimas de Abuso Sexual Infantil (ASI) experimentan una pérdida de los límites sobre su propio cuerpo, sintiéndolo extraño o indeseable, lo que puede generar dismorfofobia y malestar corporal: “la víctima del abuso sexual siente una pérdida del propio cuerpo. Algo similar de lo que acontece en la vivencia de la patología alimentaria. No tolera ese cuerpo. Lo ve gordo. Le molesta. La dismorfofobia irrumpe con total voracidad” (p. 61). Esta vulnerabilidad y falta de protección puede conducir al Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI), en el que “los trastornos de la conducta alimentaria representan una especie de escudo. Un intento fallido de protección contra el ASI” (Losada, 2009, p. 62). Complementariamente, De Souza Godinho y Pantano (2013) indican que, en algunos casos, la obesidad puede operar como un “muro de carne”, un mecanismo simbólico de defensa que permite a la persona negar su sexualidad o minimizar su exposición ante posibles amenazas (p. 164).

Por su parte, Pozo (2024) subraya que la obesidad puede ser entendida como un fenómeno psicosocial, en el que el sobrepeso refleja una estrategia inconsciente de afrontamiento frente a situaciones de vulnerabilidad extrema derivadas del ASI, reforzando que los tratamientos centrados únicamente en lo físico o nutricional pueden resultar insuficientes si no se consideran los factores emocionales y traumáticos subyacentes.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar la obesidad desde un enfoque integral, que considere la interacción entre trauma infantil, salud mental y corporalidad. La evidencia científica demuestra que las ACEs, y en particular el abuso sexual infantil, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de obesidad, al generar no solo efectos directos sobre la fisiología y el comportamiento, sino también patrones de

afrontamiento emocional, como la adicción a la comida, que perpetúan el ciclo obesogénico. Por ello, los enfoques clínicos y preventivos deben integrar la evaluación y tratamiento del trauma infantil, reconociendo la complejidad de la obesidad y promoviendo una salud integral que contemple tanto los aspectos físicos como los emocionales y psicológicos.

Acontecimiento Traumático, ACEs y Obesidad

El trauma constituye un concepto central en la teoría psicoanalítica, entendido como una experiencia que excede la capacidad del aparato psíquico para ser procesada y simbolizada. Freud (1920/1998) plantea que el trauma se produce cuando un exceso de estímulo no puede ser elaborado conscientemente, dejando una marca que puede manifestarse posteriormente en forma de síntomas, actos fallidos o repeticiones compulsivas. Desde esta perspectiva, lo traumático no se define únicamente por el acontecimiento, sino por la imposibilidad del sujeto de representarlo y darle sentido en el momento de su ocurrencia. En esta misma línea, autores contemporáneos profundizan esta concepción al señalar que ciertos aspectos del trauma permanecen indecibles e inmetabolizables, impidiendo su simbolización y provocando que la experiencia no elaborada insista en la vida psíquica mediante la repetición compulsiva, conductas desproporcionadas o manifestaciones somáticas (Rubio & Pereira, 2021).

Cuando el trauma ocurre en la infancia, su impacto es aún más profundo, dado que la capacidad simbólica del sujeto se encuentra en formación y depende estrechamente del vínculo con el otro. Los hallazgos del estudio ACE muestran que, a mayor número de experiencias adversas tempranas, mayor es la probabilidad de que las personas adopten ciertas conductas que, lejos de ser simples elecciones, funcionan como estrategias de afrontamiento frente al malestar emocional, proporcionando alivio inmediato, aunque puedan ser perjudiciales a largo plazo (Felitti et al., 1998). Esta interpretación se alinea con Van der

Kolk (2014), quien sostiene que comportamientos como fumar, consumir alcohol o drogas, y comer en exceso cumplirían una función adaptativa al regular el dolor emocional y otorgar sensación de control frente al trauma.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la obesidad puede comprenderse más allá de sus determinaciones médicas o nutricionales, como una manifestación somática de un sufrimiento psíquico no elaborado. En este sentido, Liberman et al. (1982) introducen el concepto de sobreadaptación para describir una adecuación excesiva del sujeto a las demandas del entorno, lograda a costa de la desconexión de sus propias necesidades emocionales y corporales. En este modo de funcionamiento la persona reprime sus deseos y afectos para mantener una apariencia de normalidad y eficacia, sosteniendo una imagen de sí misma acorde con las expectativas externas. No obstante, esta aparente adaptación no constituye un signo de salud, sino una forma defensiva de supervivencia psíquica, en la cual el cuerpo asume la función de expresar, a través del síntoma, aquello que no puede ser simbolizado ni tramitado por la vía psíquica (Liberman et al., 1982).

En esta misma línea, Mambrú Tavarez (2009) sostiene que “los desórdenes alimentarios son un intento de aliviar o anestesiar un dolor inexplicable... una forma de sentirse bien consigo mismo al estar complaciendo a los demás a costa de sus propios deseos reprimidos” (p. 71). Desde esta perspectiva, la conducta alimentaria adquiere un valor defensivo y regulador del malestar emocional, funcionando como un medio para anestesiar el dolor psíquico y sostener un equilibrio precario frente al vacío interno (Mambrú Tavarez, 2009).

Complementariamente, desde la teoría psicosomática, Marty (1992) sostiene que cuando los conflictos psíquicos no pueden ser elaborados simbólicamente, el cuerpo se convierte en el lugar donde se expresa el sufrimiento. De esta manera, los síntomas físicos

funcionan como una manifestación somática de conflictos internos no procesados mentalmente (Marty, 1992).

En conjunto, los aportes de estos autores permiten comprender la obesidad como un síntoma psicossomático complejo, expresión de un intento del sujeto por sobrevivir a un acontecimiento traumático no simbolizado. Así, el cuerpo se transforma en el lenguaje del malestar, en la superficie donde se inscribe aquello que no ha podido ser elaborado psíquicamente.

Método

El presente trabajo tuvo como objetivo describir la relación entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de la obesidad. La metodología consistió en reflexionar sobre los procedimientos y herramientas científicas, analizando y relacionando de manera crítica los métodos en función de los estándares de la comunidad científica. El método se define como un conjunto organizado de reglas o pasos diseñados para alcanzar conocimientos, que puede adaptarse según cada problema específico. Aunque suele requerir modificaciones según la situación, tiene una base general, razón por la cual se opone a la suerte y al azar, debido a que se basa en un orden establecido y en reglas sistemáticas (Losada et al., 2022).

Para el desarrollo de esta investigación, se adoptó un diseño de carácter teórico, fundamentado en la revisión narrativa. Este enfoque corresponde a estudios que se sustentan en el análisis conceptual, sin incorporar datos experienciales obtenidos directamente de los autores originales. Las investigaciones teóricas clásicas se caracterizan por desarrollar la revisión y el análisis conceptual de ideas, prescindiendo del uso de herramientas estadísticas como medio de fundamentación de sus postulados (Montero y León en Losada et al., 2022)

Durante el proceso de esta revisión narrativa, se utilizaron fuentes de acceso a la información primarias, secundarias y terciarias. Se contó con material informativo, revistas científicas, libros, documentos oficiales publicados por organismos gubernamentales, trabajos originales y publicaciones disponibles en sitios de búsqueda de estudios académicos, tales como Scielo, Dialnet, Redalyc, PubMed, ResearchGate y otras bases accesibles a través de la Biblioteca Digital UFLO y Google Académico.

En atención a los criterios de inclusión, se seleccionaron estudios e investigaciones en español e inglés publicados entre los años 2020 y 2025, incorporándose investigaciones de

años anteriores cuando resultaron relevantes para el presente trabajo. Fueron criterios de exclusión aquellos artículos que no se alinearon con los objetivos del estudio, así como los trabajos que carecieron de rigor metodológico, se encontraron duplicados o presentaron información incompleta.

Las palabras clave de búsqueda en español fueron *Obesidad* y *Experiencias Adversas en la Infancia*; mientras que, en inglés, fueron *Obesity and Adverse Childhood Experience*.

Síntesis y Conclusiones

La obesidad ha sido reconocida como una enfermedad crónica, sistémica, recurrente y de origen multifactorial, donde convergen factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales (López-Navarrete et al., 2008; OMS, 2025). Este desequilibrio energético, derivado del consumo excesivo de calorías frente a un gasto insuficiente, refleja también los rasgos de la sociedad contemporánea, caracterizada por el sobrante de alimentos, el sedentarismo y el consumismo excesivo (Guasch-Ferré et al., 2012; Infobae, 2023; Shuster et al., 2012).

El diagnóstico de obesidad se basa principalmente en el IMC, aunque este indicador presenta limitaciones al no diferenciar entre masa grasa y masa magra ni reflejar la distribución de la grasa corporal. Por ello, se recomienda complementarlo con mediciones como la circunferencia de cintura o el índice cintura-altura, que estiman mejor el riesgo metabólico (Rivera et al., 2019). Herramientas más precisas, como el análisis de composición corporal, permiten además evaluar de manera integral los componentes corporales y orientar estrategias terapéuticas centradas en la salud metabólica y el bienestar general (Global Obesity Group, s.f.).

Cabe destacarse que el diagnóstico integral del sobrepeso y la obesidad exige una valoración más amplia que las mediciones antropométricas, incorporando estudios clínicos y de laboratorio para excluir causas secundarias, tales como disfunciones endocrinas (hipotiroidismo, síndrome de Cushing), uso de ciertos medicamentos o síndromes como el ovario poliquístico. Igualmente, deben considerarse los antecedentes personales y familiares asociados con la predisposición genética al incremento ponderal (NHLBI, 2022).

Desde una perspectiva neurobiológica, la obesidad no se explica únicamente por un desequilibrio energético, sino también por alteraciones en los mecanismos cerebrales que

regulan el apetito y la saciedad. El hipotálamo y el sistema de recompensa dopaminérgico desempeñan un papel clave en este proceso, ya que la resistencia a hormonas como la leptina y la insulina, junto con la activación ante alimentos altamente calóricos, favorecen el aumento de peso y conductas alimentarias compulsivas (Berthoud et al., 2011; Friedman, 2016). Asimismo, se ha observado que las ACEs pueden afectar estructuras cerebrales vinculadas al control de los impulsos, aumentando la vulnerabilidad a la obesidad en etapas posteriores (Luo et al., 2020).

Tradicionalmente, la obesidad se ha abordado desde un enfoque médico centrado en el exceso de peso y el desequilibrio calórico, lo que ha favorecido visiones reduccionistas basadas en la responsabilidad individual. Sin embargo, enfoques más actuales proponen una comprensión más integral que reconoce la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en su origen y mantenimiento (Katz & Cappelletti, 2018; Strada & Panzitta, 2009). Bajo esta perspectiva, la obesidad no constituye una realidad homogénea, sino una condición diversa que se manifiesta de acuerdo con la singularidad de cada persona y su contexto.

La presente revisión bibliográfica permitió establecer que, como enfermedad crónica, compleja y multifactorial, la obesidad está estrechamente relacionada con la salud mental y marcada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Katz & Cappelletti, 2018; Segal & Gunturu, 2025; Strada & Panzitta, 2009; Weiss et al., 2020). Las disfunciones metabólicas y endocrinas propias de la obesidad pueden generar alteraciones emocionales y cognitivas, mientras que los trastornos psicológicos favorecen conductas de riesgo, como la alimentación emocional o el sedentarismo, incrementando la vulnerabilidad a síntomas depresivos, ansiosos y al estigma social.

Sin embargo, a pesar de estos hallazgos, la obesidad no está reconocida como un trastorno mental en el DSM-5, principalmente porque no presenta una psicopatología definida ni conductas mentales específicas que permitan establecer criterios diagnósticos homogéneos; no obstante, diversos autores coinciden en que esta exclusión no debería impedir reconocer su dimensión psicológica y la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que articulen lo somático y lo psíquico (Katz & Cappelletti, 2018; Strada & Panzitta, 2009; Weiss et al., 2020).

En particular, el trastorno por atracón (BED) se evidencia como una estrategia desadaptativa de regulación emocional, donde los episodios de ingesta compulsiva permiten mitigar estados emocionales negativos y dolorosos, estando asociados a dificultades en la identificación y expresión de emociones (alexitimia) y a experiencias interpersonales tempranas deficitarias, que limitan la diferenciación entre hambre y estados afectivos (Bagby et al., 1994; Everill et al., 1995; Heatherton & Baumeister, 1991, citados en Quinn, 2009; Quinn, 2009; Taylor et al., 1992, citados en Quinn, 2009).

En Argentina, más del 60 % de los adultos y cuatro de cada diez niños y adolescentes presentan exceso de peso, lo que muestra que la obesidad constituye tanto un problema de salud pública como un fenómeno social atravesado por el estigma, la gordofobia y la percepción errónea de que se trata únicamente de falta de voluntad (Busnelli et al., 2025; Blanco & Ingrassia, 2025; García, 2025). Este trabajo da cuenta de que una visión reduccionista como esta afecta la salud física y mental, limita la búsqueda de ayuda profesional y la adherencia a tratamientos, y obstaculiza la implementación de políticas públicas efectivas; por ello, se requiere una aproximación integral e interdisciplinaria que combine evaluación clínica, intervenciones nutricionales, apoyo psicológico y, en algunos casos, farmacológico, junto con estrategias de educación y sensibilización social,

reconociendo la dimensión psicológica, relacional y somática de la obesidad y de los trastornos asociados (Busnelli et al., 2025; Quinn, 2009; Weiss et al., 2020).

La evidencia científica recabada en la presente investigación corrobora que la obesidad constituye un fenómeno multicausal, en el que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales, y que su desarrollo y mantenimiento se ve fuertemente influenciado por experiencias adversas tempranas, como el abuso, la negligencia y la disfunción familiar (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Nevárez-Mendoza & Ochoa-Meza, 2022). Estas adversidades incrementan la probabilidad de adopción de conductas desadaptativas, como la ingesta emocional, el sedentarismo y otros patrones alimentarios obesogénicos, contribuyendo a la obesidad desde la infancia hasta la adultez (Hashemi et al., 2025; Offer et al., 2022; Waraich et al., 2025).

En específico, el abuso sexual infantil representa un factor de riesgo crítico, asociado con alteraciones en la percepción corporal, vulnerabilidad emocional y mecanismos de afrontamiento que perpetúan el sobrepeso y afectan la relación con el propio cuerpo (Amiri et al., 2024; De Souza Godinho & Pantano, 2013; Felitti et al., 1998; Losada, 2009, 2012; Pozo, 2024; Williamson et al., 2002). Los efectos del trauma infantil se manifiestan también en disfunciones del eje H.H.A., estrés crónico y procesos inflamatorios que favorecen la acumulación de grasa y el desarrollo de enfermedades metabólicas (Danese & Tan, 2014; Mahmood et al., 2023; Rohleder, 2014; Zhou et al., 2024).

Desde una perspectiva psicoanalítica y psicósomática, la obesidad puede comprenderse como la expresión somática de un sufrimiento psíquico no elaborado, en la que el cuerpo refleja y regula el dolor emocional derivado de experiencias traumáticas tempranas (Freud, 1920/1998; Liberman et al., 1982; Mambrú Tavarez, 2009; Marty, 1992; Rubio & Pereira, 2021; Van der Kolk, 2014). En conjunto, los aportes de estos autores permiten

comprender la obesidad como un síntoma psicosomático complejo, expresión de un intento del sujeto por sobrevivir a un acontecimiento traumático no simbolizado. Así, el cuerpo se transforma en el lenguaje del malestar, en la superficie donde se inscribe aquello que no ha podido ser elaborado psíquicamente.

En síntesis, la obesidad debe comprenderse como una condición multicapas y heterogénea, caracterizada por diversas formas de manifestación y estrechos vínculos con el sufrimiento subjetivo. Los enfoques reduccionistas, centrados únicamente en el peso corporal, resultan insuficientes; por ello, es fundamental adoptar modelos biopsicosociales e interdisciplinarios que integren intervenciones médicas, nutricionales, psicológicas y sociales, considerando tanto las dimensiones físicas como emocionales, con el fin de promover estrategias de prevención y tratamiento más eficaces, sensibles y adaptadas a la singularidad de cada individuo (Blanco & Ingrassia, 2025; Busnelli et al., 2025; García, 2025; Mejía Godoy et al., 2025; Pozo, 2024; Quinn, 2009; Weiss et al., 2020).

Aportes y Contribuciones a la Investigación

La presente investigación ha pretendido aportar una comprensión integral de la obesidad al considerar su carácter multifactorial, integrando factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y poniendo en evidencia la influencia de las experiencias adversas en la infancia en su desarrollo y mantenimiento. En el contexto latinoamericano, donde existen pocos estudios que exploren esta relación de manera sistemática, este trabajo constituye una contribución significativa al aportar evidencia contextualizada que permite comprender mejor los factores de riesgo y las particularidades socioculturales asociadas a la obesidad.

Asimismo, el estudio resalta la dimensión psíquica y relacional de la obesidad, mostrando que el exceso de peso puede reflejar procesos de sufrimiento emocional y mecanismos de afrontamiento vinculados a experiencias traumáticas tempranas. Este enfoque desplaza la visión reduccionista centrada únicamente en la responsabilidad individual, y propone un modelo que integra salud física y emocional, favoreciendo intervenciones terapéuticas más sensibles y personalizadas.

Los hallazgos obtenidos en la presente revisión bibliográfica, subrayan la importancia de estrategias preventivas e interdisciplinarias, que combinen atención médica, nutricional, psicológica y social, orientadas tanto a la prevención de la obesidad como a la mitigación de los efectos del trauma infantil. De esta manera, el estudio aporta elementos útiles para el diseño de políticas públicas y programas de salud en América Latina, promoviendo intervenciones más inclusivas, eficaces y adaptadas a la singularidad de cada individuo, y reconociendo la obesidad como un fenómeno complejo, multidimensional y socialmente condicionado.

Limitaciones de la Investigación

Aunque este estudio aporta una comprensión integral de la obesidad y su relación con las experiencias adversas en la infancia, presenta algunas limitaciones. Al tratarse de una revisión narrativa, no permite establecer relaciones causales directas y depende de la disponibilidad de literatura publicada, lo que puede excluir experiencias relevantes de contextos comunitarios o estudios no indexados.

Por otro lado, la escasez de investigaciones en nuestro país que integren estas variables y la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados limitan la generalización de los hallazgos y la comparación directa de resultados.

Sin embargo y a pesar de ello, la presente revisión ofrece una base sólida para futuras investigaciones y para el diseño de estrategias de prevención y abordaje integral de la obesidad y del impacto de las ACEs.

Líneas de Investigaciones Futuras

Este estudio aportó evidencia de la vinculación entre obesidad y experiencias adversas en la infancia, dando cuenta cómo factores tempranos adversos pueden influir en el desarrollo de la enfermedad. Futuras líneas de investigación podrían centrarse, más profundamente, en el estudio de las disfunciones familiares y su incidencia en la sobreadaptación infantil a contextos adversos, analizando cómo estas dinámicas afectan la regulación emocional, la relación con el propio cuerpo y la aparición de manifestaciones psicosomáticas, como la obesidad. Profundizar en estos vínculos permitiría comprender cómo los entornos familiares disfuncionales generan modos de afrontamiento que, aunque inicialmente protectores, pueden transformarse en factores de riesgo para la salud física y mental.

Asimismo, resulta relevante indagar en la vulnerabilidad psicológica y los procesos de resiliencia, considerando las diferencias individuales en la manera en que cada persona responde ante experiencias traumáticas similares. Este enfoque permitiría entender de forma más clara por qué el mismo tipo de trauma puede afectar de manera distinta a distintos individuos y cómo estas diferencias influyen en la expresión de la enfermedad psicosomática.

Explorar estas dimensiones de manera interdisciplinaria contribuiría, a su vez, a ampliar la comprensión del vínculo entre trauma, sobreadaptación y obesidad, proporcionando bases, aún más sólidas, para generar estrategias de prevención e intervención que integren factores biológicos, psicológicos y sociales, sensibles a la singularidad de cada individuo.

Propuesta de Intervención

La evidencia recabada en esta investigación pone de manifiesto que la obesidad constituye un fenómeno multifactorial, en el que confluyen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y que su desarrollo y mantenimiento se ve influenciado por experiencias adversas tempranas, incluyendo abuso, negligencia y disfunción familiar. En este contexto, cualquier estrategia de intervención debe abordar simultáneamente la dimensión física y emocional del individuo, reconociendo la obesidad como expresión de un malestar psíquico y somático complejo.

La intervención podría centrarse en la integración de enfoques médicos, nutricionales y psicológicos, promoviendo la regulación emocional, la identificación y expresión de emociones, y la adopción de hábitos de vida saludables. Asimismo, resulta pertinente considerar la disfunción familiar y la sobreadaptación infantil a contextos adversos, generando espacios de contención que favorezcan la resiliencia y reduzcan patrones de afrontamiento desadaptativos, como la ingesta emocional o el sedentarismo.

Dado que las experiencias traumáticas afectan de manera distinta a cada individuo, es esencial implementar estrategias personalizadas y flexibles, que tengan en cuenta la vulnerabilidad psicológica, los recursos de resiliencia y la singularidad del historial de ACEs. De este modo, la intervención no solo se orienta a la prevención y manejo del sobrepeso y las enfermedades metabólicas asociadas, sino también a la contención del sufrimiento emocional, promoviendo un enfoque integral que articule la salud física, mental y relacional.

Referencias

- Amiri, S., Mahmood, N., Yusuf, R., Ghenimi, N., Javaid, S. F., & Khan, M. A. (2024). *Adverse childhood experiences and risk of abnormal body mass index: A global systematic review and meta-analysis. Children, 11(8)*, 1015. <https://doi.org/10.3390/children11081015>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3)*, 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Berthoud, H., Lenard, N. R., & Shin, A. C. (2011). Food reward, hyperphagia, and obesity. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 300(6)*, R1266-R1277. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00028.2011>
- Blanco, D. y Ingrassia, V. (2025, 13 de marzo). El estigma de la obesidad: solo 3 de cada 10 personas con exceso de peso consideran que su condición puede prevenirse. *Infobae*. <https://www.infobae.com/salud/2025/03/13/el-estigma-de-la-obesidad-solo-3-de-cada-10-personas-con-exceso-de-peso-consideran-que-su-condicion-puede-prevenirse/>
- Busnelli, M. V., Cappelletti, A. M., Cóccharo, M. I., Monrabal Lezama, M., Treysac, A. C. y Zin, Y. J. (2025). *Autopercepciones acerca del sobrepeso y la obesidad en Argentina: Resultados de un estudio observacional de 350 participantes. Revista SAN, 26(1)*, 19–26. <https://doi.org/10.48061/SAN.2024.26.1.19>

Dallman, M. F., Pecoraro, N. C., Akana, S. F., la Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., Bell, M. E., Bhatnagar, S., Laugero, K. D., & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of “comfort food.” *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *100*(20), 11696–11701.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100>

Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, *19*(5), 544–554.

<https://doi.org/10.1038/mp.2013.54>

De Rubeis, V., Gonzalez, A., Tarride, J.-É., Griffith, L. E., & Anderson, L. N. (2023). A longitudinal study evaluating adverse childhood experiences and obesity in adulthood using the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *International Journal of Epidemiology*, *52*(4), 1100–1111. <https://doi.org/10.1093/ije/dyad054>

Emery, R. L., Yoon, C., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Childhood maltreatment and disordered eating attitudes and behaviors in adult men and women: Findings from project EAT. *Appetite*, *163*, 105224.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105224>

Federación Mundial de Obesidad. (2025). World Obesity Atlas 2025.

<https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (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.

[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

- Freud, S. (1998). *Más allá del principio de placer*. En *Obras completas* (Vol. XVIII, pp. 1–64). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920)
- Friedman, J. M. (2016). The long road to leptin. *The Journal of Clinical Investigation*, 126(12), 4727–4734. <https://doi.org/10.1172/JCI91578>
- García, J. M. (2025, 7 de julio). Las creencias falsas que alimentan la ‘gordofobia’: “Es que no se cuidan”. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia-salud-mental/20250707/10831134/creencias-falsas-alimentan-gordofobia-cuidan.html>
- Global Obesity Group. (s. f.). *Importancia del análisis de composición corporal*. <https://globalobesitygroup.com/importancia-del-analisis-de-composicion-corporal>
- Gordon J. B. (2021). The importance of child abuse and neglect in adult medicine. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 211, 173268. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173268>
- Godinho, S. de S. (2013). *La obesidad desde una mirada social: Estudio en Argentina y Brasil (2010 a 2012)* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica Argentina]. Repositorio Institucional UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/176>
- Guasch-Ferré, M., Bulló, M., Martínez-González, M. A., Corella, D., Estruch, R., Covas, M. I., Salas-Salvadó, J. (2012). Waist-to-height ratio and cardiovascular risk factors in elderly individuals at high cardiovascular risk. *PLOS ONE*, 7(8), e43275. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043275>
- Hashemi, L., Ghasemi, M., Mellar, B., Gulliver, P., Milne, B., Langridge, F., McIntosh, T., Fouche, C., & Swinburn, B. (2025). Associations between specific and cumulative adverse childhood experiences, childhood obesity, and obesogenic behaviours.

European Journal of Psychotraumatology, 16(1), Article 2451480.

<https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2451480>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Ibarra, R. (3 de marzo de 2023). En 2035 la mitad del mundo podría ser obesa. *ABC SALUD*.

<https://www.abc.es/salud/enfermedades/mitad-mundo-camino-tener-sobrepeso-2035-20230303141932-nt.html>

Infobae. (2023, 4 de julio). Por qué el índice de masa corporal y la balanza son insuficientes para diagnosticar la obesidad. <https://www.infobae.com/salud/ciencia/2023/07/04/por-que-la-balanza-y-el-indice-de-masa-corporal-ya-no-son-los-unicos-criterios-que-se-deben-usar-para-diagnosticar-la-obesidad/>

Katz, M., & Cappelletti, A. (2018). *Obesidad: Encrucijadas y abordajes*. Akadia Editorial.

Liberman, D., Grassano de Piccolo, E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L., & Roitman de Woscoboinik, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo: Sobreadaptación y enfermedad psicósomática*. Ediciones Kargieman.

López-Navarrete, G. E., Perea-Martínez, A., & Loredó-Abdalá, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil: Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), 342–346. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640314007>

Losada, A. V. (2009). La relación entre el SAASI (Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil) y las patologías alimentarias. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 55–68). RV-Kristal.

- Losada, A. V. (2012). *Epidemiología del abuso sexual infantil*. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 1–18. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3982399.pdf>
- Losada, A. V., Zambrano Villalba, C., & Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Psicología UNEMI*, 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Luo, Q., Zhang, L., Huang, C. C., Liao, W., Li, J., Li, X., Li, Y., Wang, H., Xie, L., & Li, Y. (2020). Association between childhood trauma and risk for obesity: A putative neurocognitive developmental pathway. *BMC Medicine*, 18(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01743-2>
- Mahmood, S., Li, Y., & Hynes, M. (2023). *Adverse childhood experiences and obesity: A one-to-one correlation?* *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 123–135. <https://doi.org/10.1177/13591045221119001>
- Mambrú Tavarez, V. (2009). El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios. En M. T. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 69–75). RV-Kristal.
- Martín Gómez, C., & Ortiz Soto, P. (2012). La obesidad infantil: Una forma de manifestación del malestar en la cultura. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 53, 9–21. <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/martin-gomez-obesidad-infantil-manifestacion-malestar-cultura.pdf>
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto* (Obra original publicada en 1990). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Mejía Godoy, L. R., Herrera Ramírez, P. G., & Ramírez Sánchez, A. (2025). Obesidad: Una perspectiva con enfoque biopsicosocial para su abordaje integral. *Journal of Behavior and Feeding*, 5(9), 56–63. <https://doi.org/10.32870/jbf.v5i9.77>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *Plan Nacional de Alimentación Saludable en la Infancia y Adolescencia (Plan ASÍ)*.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/320000-324999/324474/norma.htm>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). El 41,1 por ciento de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-411-por-ciento-de-los-chicos-y-adolescentes-tiene-sobrepeso-y-obesidad-en-la-argentina>

Mouzo, J. (29 de febrero de 2024). La obesidad ya es la forma más común de malnutrición en la mayoría de los países. *El País*. [https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-02-29/la-](https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-02-29/la-obesidad-ya-es-la-forma-mas-comun-de-malnutricion-en-la-mayoria-de-paises.html)

[obesidad-ya-es-la-forma-mas-comun-de-malnutricion-en-la-mayoria-de-paises.html](https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-02-29/la-obesidad-ya-es-la-forma-mas-comun-de-malnutricion-en-la-mayoria-de-paises.html)

Mundi, M. S., Hurt, R. T., Phelan, S. M., Bradley, D., Haller, I. V., Bauer, K. W., Bradley, S.

M., Schroeder, D. R., Clark, M. M., & Croghan, I. T. (2021). Associations Between Experience of Early Childhood Trauma and Impact on Obesity Status, Health, as Well as Perceptions of Obesity-Related Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(2), 408-419. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.049>

Nevárez-Mendoza, B. P., & Ochoa-Meza, G. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and the physical and mental health in Mexican adults. *Salud Mental*, 45(2), 61-69. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2022.009>

Nieto, A. (25 de marzo de 2024). Guerra contra la obesidad: ¿es una buena estrategia de salud? *El País*. [https://elpais.com/salud-y-bienestar/nutrir-con-ciencia/2024-03-](https://elpais.com/salud-y-bienestar/nutrir-con-ciencia/2024-03-25/guerra-contra-la-obesidad-es-una-buena-estrategia-de-salud.html)

[25/guerra-contra-la-obesidad-es-una-buena-estrategia-de-salud.html](https://elpais.com/salud-y-bienestar/nutrir-con-ciencia/2024-03-25/guerra-contra-la-obesidad-es-una-buena-estrategia-de-salud.html)

Observatorio de la Deuda Social Argentina. (2024). *Informe sobre pobreza e indigencia en Argentina: Primer trimestre de 2024*. Universidad Católica Argentina.

<https://www.bancopiano.com.ar/Inversiones/Servicios/Noticias/Nota/argentina-pobreza-suba-a-55-5-en-primer-trimestre-de-2024-uca>

Offer, S., Alexander, E., Barbara, K., Hemmingsson, E., Flint, S. W., & Lawrence, B. J.

(2022). The association between childhood trauma and overweight and obesity in young adults: The mediating role of food addiction. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 2841–2850. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01454-y>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *La obesidad y el sobrepeso: una epidemia*

mundial. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Malnutrición*. [https://www.who.int/es/news-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition)

[room/fact-sheets/detail/malnutrition](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition)

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Una de cada 8 personas tiene obesidad*

[Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/01-03-2024-one-in-eight-people-are-now-living-with-obesity>

World Health Organization. (2024, November 5). *Child maltreatment: Fact sheet*.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 7 de mayo). *Obesidad y sobrepeso*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Parker, C. (2024). *Infancia trauma y recuperación: Sanando a tu niño interior*. Inner Peace Revolution. [Edición en español].

Pozo, L. (2024). *Abuso sexual infantil, obesidad y cirugía bariátrica y metabólica* [Tesis doctoral, Universidad de Flores]. Repositorio de la Universidad de Flores.

<https://repositorio.uflo.edu.ar/entities/tesis%20doctoral/4b3a258c-7862-451c-9c0a-ee8ab3e0a124>

Quinn, M. (2009). Cuando comer es una obsesión: Diagnóstico y tratamiento del BED o trastorno por atracón. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la conducta alimentaria: Bulimias, anorexias, aspectos teóricos y clínicos* (pp. 123–137). Kristal y Librería S.L.

Rodríguez González, M., & Loredo Abdalá, A. (2019). Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. *Acta Pediátrica De México*, 40(2), 85-92.

<https://doi.org/10.18233/APM40No2pp85-921780>

Rohleder, N. (2014). Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress. *Psychosomatic Medicine*, 76(3), 181–189.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000049>

Rubio, M., & Pereira, D. (2021). Lo silenciado en el trauma: Una aproximación psicoanalítica. *Equinoccio*, 1(2), 77–90. <https://doi.org/10.53693/ERPPA/1.2.6>

Schiff, M., Helton, J., & Fu, J. (2021). Adverse childhood experiences and obesity over time. *Public Health Nutrition*, 24(11), 3205–3209.

<https://doi.org/10.1017/S1368980021001804>

Schroeder, K., Schuler, B. R., Kobulsky, J. M., & Sarwer, D. B. (2021). The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review.

Obesity Reviews, 22(7), e13204. <https://doi.org/10.1111/obr.13204>

Segal, Y., & Gunturu, S. (2025). Psychological issues associated with obesity. En *StatPearls*.

StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/>

Senado de la Nación Argentina. (2024, noviembre 20). Se presentó un proyecto de ley sobre prevención, tratamiento y control de la obesidad.

<https://www.senado.gob.ar/prensa/22279/noticias>

Senado de la Nación Argentina. (2025, agosto 13). La Comisión de Salud trató cuatro proyectos de ley. <https://www.senado.gob.ar/prensa/23026/noticias>

Shuster, A., Patlas, M., Pinthus, J. H., & Mourtzakis, M. (2012). The clinical importance of visceral adiposity: a critical review of methods for visceral adipose tissue analysis. *The British journal of radiology*, 85(1009), 1–10. <https://doi.org/10.1259/bjr/38447238>

Smith, C. E., Sinclair, K. L., Erinosh, T., Pickett, A. C., Martinez Kercher, V. M., Ciciolla, L., & Hawkins, M. A. W. (2024). Associations between adverse childhood experiences and history of weight cycling. *Obesity science & practice*, 10(1), e736.

<https://doi.org/10.1002/osp4.736>

Spalding, K. L., Arner, E., Westermark, P. O., Bernard, S., Buchholz, B. A., Bergmann, O., Blomqvist, L., Hoffstedt, J., Näslund, E., Britton, T., Concha, H., Hassan, M., Rydén, M., Frisén, J., & Arner, P. (2008). Dynamics of fat cell turnover in humans. *Nature*, 453(7196), 783–787. <https://doi.org/10.1038/nature06902>

Strada, M. E., & Panzitta, M. T. (2009). Un nuevo posicionamiento teórico frente a las obesidades. *Revista Actualidad Psicológica*, 11(379), 1–12.

UNICEF. (2025, 10 de septiembre). El índice mundial de obesidad supera por primera vez al del bajo peso entre los niños y niñas en edad escolar y los adolescentes.

<https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/indice-mundial-obesidad-supera-primeravez-bajo-peso-entre-ninos-ninas-adolescentes>

Waraich, S., Steiman De Visser, H., Dufault, B., & McGavock, J. (2025). *Adverse childhood experiences and weight loss in overweight and obese children in a 9-year study: A prospective cohort study with structural equation modeling*. *Pediatric Obesity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1101/2025.07.18.25331809>

Weiss, F., Barbuti, M., Carignani, G., Calderone, A., Santini, F., Maremmani, I., & Perugi, G. (2020). Psychiatric aspects of obesity: A narrative review of pathophysiology and psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2344. <https://doi.org/10.3390/jcm9082344>

Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1075–1082. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802038>

Zhou, Y., Sun, Y., Sun, Y.-H., Pan, Y., Dai, Y., Xiao, Y., & Yu, Y. (2024). Association between adverse childhood experiences and obesity, and sex differences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 180, 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.09.042>