UFLO UNIVERSIDAD

FACULTAD DE CIENCIAS

Abuso Sexual Infantil, Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica

Doctoranda: Lic. Lorena Pozo

Legajo: 31049

Directora: Dra. Analía Verónica Losada

Co-Directora: Dra. Selediana De Souza Godinho

Tesis Final para acceder al título de Doctora en Psicología con mención Sistémica, Cognitiva y en Neurociencias.

2024

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 atribución - no comercial – compartir igual 4-0 internacional y 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:

Desde la fecha [X]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [ ]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Firma y aclaración:

Lorena Pozo

Índice

Resumen **6**

Abstract **8**

1 Introducción **10**

2 Estado del Arte **16**

2.1 Abuso Sexual Infantil y Obesidad *16*

2.2 Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica *21*

2.3 Abuso Sexual Infantil, Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica *27*

3 Marco Teórico **41**

3.1 Abuso Sexual Infantil *41*

3.1.1 Definición 41

3.1.2 Características generales 45

3.1.3 Abuso Sexual Infantil: Perspectiva desde las neurociencias 49

3.1.4 Abuso Sexual Infantil desde la perspectiva sistémica 52

3.1.5 Factores de Riesgo 55

3.1.6 Historia Legal del Abuso Sexual Infantil en Argentina 55

3.1.7 La Legislación Argentina sobre Abuso Sexual Infantil: Ley Nacional 26.485 58

3.1.8 Asistencia y protección a las víctimas 60

3.1.9 Retos y desafíos en la implementación 61

3.1.10 Estrategias de prevención 62

3.2 Obesidad *63*

3.2.1 Definición 63

3.2.2 Características generales 66

3.2.3 Causas de la Obesidad 71

3.2.4 Consecuencias de la obesidad 72

3.2.5 Enfoques de tratamiento 73

3.2.6 Intervenciones dietéticas 73

3.2.7 La Obesidad desde las neurociencias 74

3.2.8 La Obesidad desde la perspectiva sistémica: un enfoque integral 77

3.2.9 Intervenciones desde la perspectiva sistémica 82

3.3 Cirugía Bariátrica y Metabólica 84

3.3.1 Definición 84

3.3.2 Características generales 85

3.3.3 Cirugía Bariátrica y Metabólica desde las neurociencias 91

3.3.4 Consideraciones médicas sobre el marco legal 95

3.3.5 Implicaciones para la salud mental 97

3.3.6 Cirugía Bariátrica y Metabólica desde la perspectiva sistémica 99

3.3.7 Características particulares de los sujetos sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica 101

3.3.8 Características demográficas y psicosociales 102

3.3.9 Características clínicas 103

3.3.10 Tipos de Cirugía Bariátrica y Metabólica 104

4 Planteo del Problema 108

5 Objetivos 113

5.1 Objetivo general 113

5.2 Objetivos específicos 113

6 Supuestos Básicos de Investigación 115

7 Metodología 116

7.1 Diseño 116

7.2 Participantes 116

7.3 Técnica de recolección de datos 117

7.4 Criterios de inclusión / exclusión 118

7.4.1 Criterios de inclusión para profesionales 119

7.4.2 Criterios de inclusión para pacientes 119

7.4.3 Criterios de exclusión para Profesionales 120

7.4.4 Criterios de exclusión para Pacientes 120

7.5 Procedimiento 121

8 Resultados 123

8.1 Resultados Generales 123

8.1.1 Pacientes bariátricos 123

8.1.2 Profesionales Médicos 129

8.2 Resultados por objetivos 139

8.2.1 Profesionales Médicos 139

8.2.2 Pacientes bariátricos 142

9 Discusión 144

10 Conclusión 161

10.1 Puntos fuertes, limitaciones, futuras líneas de estudio y aportes a la psicología 167

10.1.1 Fortalezas de la investigación 167

10.1.2 Limitaciones de la investigación 168

10.2 Futuras líneas de estudio 168

10.3 Aportes a la psicología 169

11. Referencias 170

11 Anexos 198

11.1.1 Preguntas de la Entrevista a pacientes 199

11.1.2 Respuestas de Pacientes 200

11.1.3 Preguntas de la Entrevista a profesionales 210

11.1.4 Respuestas de Profesionales Médicos 210

- Resumen

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se constituye como una problemática de salud pública que no solo deja cicatrices psicológicas profundas, sino que también se asocia con consecuencias físicas significativas, siendo la obesidad una de ellas. La superposición de estos dos desafíos presenta una complejidad adicional en el tratamiento de los individuos afectados. La presente investigación se centra en la atención de la cirugía bariátrica como un recurso complementario en la atención integral de personas con antecedentes de ASI y obesidad, considerando sus potenciales beneficios para la salud física y emocional. Así mismo, se plantea como objetivo explorar la relación entre el Abuso Sexual Infantil (ASI), el desarrollo de la obesidad y el papel de la cirugía bariátrica y metabólica, destacando los mecanismos psicológicos y fisiológicos involucrados, así como las implicaciones para la práctica clínica. Para ello, a partir de la teoría fundamentada, se propuso investigar a las personas que se encuentran en el proceso de ser sometidas o que ya se sometieron a una cirugía bariátrica y metabólica, han sido víctimas de ASI y han sufrido obesidad, independientemente del cuadro de obesidad presentado para poder ser operadas. Así pues, este trabajo se enmarcó en un enfoque cualitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y descriptivo, siendo su propósito recabar información y así describir los factores que inciden en la elección de la cirugía bariátrica y metabólica como un complemento en el tratamiento de situaciones de ASI y obesidad. Para el análisis de los datos se utilizó un diseño de investigación basado en la teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 16 profesionales de la salud de Argentina, especializados en Cirugía Bariátrica y Metabólica, cuya edad se encontraba entre los 30 y 60 años; y por 27 pacientes concurrentes a centros especializados en cirugía bariátrica de entre 25 a 60 años.

Para evaluar la relación entre las variables se utilizó una entrevista semiestructurada con preguntas claves. Los resultados obtenidos indican que los profesionales de la salud consideraron que los sujetos que han atravesado situaciones de ASI pueden ser tratados con la Cirugía Bariátrica y Metabólica como un recurso para mejorar la autoestima y la confianza, en tanto, tal proceso se realice acompañado de un tratamiento psicológico. De igual modo, los pacientes participantes, que han atravesado situaciones de ASI, sostienen que, si bien no lo habían considerado inicialmente, al pensarlo profundamente, el cambio corporal les ayudará a valorar la imagen vulnerada de su infancia.

Palabras clave: Trastornos de Comportamiento Alimentario, Abuso Sexual Infantil, Cirugía Bariátrica y Metabólica, Obesidad.

- **Abstract**

Child Sexual Abuse (CSA) is a public health problem that not only leaves deep psychological scars, but is also associated with significant physical consequences, obesity being one of them. The overlap of these two challenges presents additional complexity in the comprehensive recovery of affected individuals. The present research focuses on exploring the effectiveness of bariatric and metabolic surgery as a complementary component in the recovery process of those who have experienced childhood sexual abuse and are obese. Likewise, the objective is to explore and analyze the relationship between Childhood Sexual Abuse (CSA), the development of obesity and the role of bariatric and metabolic surgery, highlighting the psychological and physiological mechanisms involved, as well as the implications for the clinical practice. To do this, based on grounded theory, we proposed to investigate whether people who are in the process of undergoing or have already undergone bariatric and metabolic surgery have been victims of CSA and have suffered from obesity, regardless of the condition. of obesity presented to be able to undergo surgery. Thus, this work was framed in a qualitative approach, with a non-experimental, cross-sectional, and descriptive design, its purpose being to collect information and thus describe the factors that influence the choice of bariatric and metabolic surgery as a complement to repair situations. of CSA and obesity. A research design based on grounded theory was used to analyze the data. The sample was made up of 16 health professionals from Argentina, specialized in Bariatric and Metabolic Surgery, whose age was between 30 and 60 years; and by 27 patients attending centers specialized in bariatric surgery between 25 and 60 years old. To evaluate the relationship between the variables, a semi-structured interview with key questions was used. The results obtained indicate that health

professionals considered that subjects who have gone through CSA situations can be treated with Bariatric and Metabolic Surgery as a resource to recover self-esteem and confidence if such process is conducted accompanied by a psychological treatment. Similarly, the participating patients, who have gone through situations of CSA, maintain that, although they had not considered it initially, when they think about it deeply, the bodily change will help them repair the violated image of their childhood.

Keywords: Eating Disorders, Childhood Sexual Abuse, Bariatric and Metabolic Surgery, Obesity

1 Introducción

El ASI, se refiere a cualquier actividad sexual que involucra a un menor de edad y que es realizada sin su consentimiento o sin su capacidad de comprender la situación, pudiendo incluir contacto físico, exposición a actividades sexuales o el uso del menor en pornografía. Generalmente, implica un desequilibrio de poder, donde el agresor utiliza su autoridad o influencia sobre el niño para aprovecharse de él. Asimismo, es un problema de salud pública de gran magnitud que deja cicatrices psicológicas profundas y se asocia con consecuencias físicas significativas, siendo la obesidad una de las más prevalentes. En este contexto, la presente investigación se centra en explorar la eficacia de la cirugía bariátrica y metabólica como un componente complementario en el proceso de la atención de aquellos que han experimentado ASI y presentan obesidad.

Diversos estudios han evidenciado la relación entre el ASI y el desarrollo de la obesidad en la edad adulta. Según Kalarchian et al. (2017), aproximadamente el 20% de los adultos que buscan tratamiento para la obesidad severa tienen antecedentes de ASI. Los mecanismos de afrontamiento negativos, como el comer emocional, que con frecuencia desarrollan las víctimas de ASI, son uno de los muchos factores que contribuyen a esta conexión. La cirugía bariátrica y metabólica se ha considerado una intervención efectiva para la obesidad severa, pero su papel en pacientes con antecedentes de ASI necesita una mayor comprensión.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, es esencial abordar la intersección entre el ASI y la obesidad a través de la cirugía bariátrica y metabólica. Este método no solo se enfoca en la reducción de peso, sino que también brinda beneficios psicológicos importantes, como una mejora en la

autoestima de una persona y una disminución en los síntomas depresivos y ansiosos. Para crear estrategias de tratamiento integrales que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales de los pacientes, es fundamental comprender la eficacia de esta intervención en un contexto de ASI.

A partir del objetivo general trazado en este estudio de explorar la eficacia de la cirugía bariátrica y metabólica como un componente complementario en el proceso de atención integral de las personas que han experimentado ASI y presentan obesidad, que se establece como objetivos específicos comprender desde la narrativa de las personas que se encuentran en el proceso de ser sometidas o que ya se han sometido a una cirugía bariátrica/metabólica, independientemente del cuadro de obesidad presentado para poder ser operados la relación con que han experimentado ASI. Este estudio adoptó un enfoque cualitativo con el diseño de la teoría fundamentada, empleando la comparación constante y el muestreo teórico; así, una aproximación inductiva que sirvió de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre el objeto analizado; adaptándose los descubrimientos previos a las características específicas del fenómeno estudiado (Glaser y Strauss, 1967).

Asimismo, el uso del diseño no experimental, de corte transversal y descriptivo, a través de entrevistas semiestructuradas, permitió averiguar cómo la cirugía bariátrica y metabólica se entrelaza con las experiencias de ASI y cómo influye en la percepción de sí mismos y su bienestar general. La aplicación de un enfoque cualitativo fue determinante para exploración en profundidad de las narrativas individuales, ofreciendo perspectivas valiosas para mejorar la comprensión de la relación entre la cirugía bariátrica, el abuso sexual infantil y la obesidad.

En sintonía con lo desarrollado hasta aquí, y con base en la falta de información respecto a la relación entre las tres variables en la lengua hispana y latinoamericana, se planteó una investigación, la cual pretendió conocer la implementación de la cirugía bariátrica y metabólica como un recurso complementario en la atención integral psicológica de situaciones de abuso sexual asociadas a la obesidad.

El presente trabajo se organiza en apartados que proporcionan una revisión exhaustiva de la literatura y los fundamentos teóricos necesarios para comprender la relación entre el Abuso Sexual Infantil (ASI), la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica.

En el apartado del ASI, inicialmente se define el mismo y se describe su prevalencia a nivel global y regional. Se abordan las diversas formas de ASI, los factores de riesgo y los impactos inmediatos y a largo plazo en las víctimas. También se exploran las consecuencias psicológicas y emocionales del ASI, incluyendo trastornos como la depresión, la ansiedad y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La investigación se centra en las consecuencias físicas del ASI, destacando la obesidad como una de las secuelas más comunes. Se revisa la literatura sobre cómo el ASI contribuye al desarrollo de la obesidad en la infancia y la adultez, incluyendo estudios epidemiológicos y estudios de casos. Se discuten los mecanismos psicológicos y fisiológicos que vinculan el ASI con la obesidad, como el comer emocional y la disfunción del eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA).

En segundo lugar, se define la obesidad y se describe su prevalencia mundial y regional. Se examinan las causas multifactoriales de la obesidad, incluyendo factores genéticos, ambientales y comportamentales. Además, se presentan los

métodos de tratamiento convencionales para la obesidad, como la dieta, el ejercicio y la terapia conductual, y se discuten sus limitaciones en casos de obesidad severa (OMS, 2013).

A continuación, se proporciona una visión general de la cirugía bariátrica y metabólica como tratamiento para la obesidad severa. Se describen los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos, como el bypass gástrico, la manga gástrica y la banda gástrica ajustable. Se revisa la literatura sobre la eficacia de estos procedimientos en la reducción de peso y la mejora de comorbilidades relacionadas con la obesidad, como la diabetes tipo 2 y la hipertensión.

La investigación avanza explorando la relación específica entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Se revisan estudios que investigan cómo los antecedentes de ASI pueden influir en los resultados de la cirugía bariátrica. También se discuten los desafíos y consideraciones especiales en el tratamiento de pacientes con antecedentes de ASI que buscan cirugía bariátrica, incluyendo la necesidad de un enfoque terapéutico integrado que aborde tanto los aspectos físicos como emocionales.

Hacia el final se presentan los modelos teóricos que sustentan la investigación. Se incluyen teorías sobre el trauma y la resiliencia, modelos de afrontamiento y teorías de la obesidad. Estos modelos proporcionan un marco conceptual para entender cómo el ASI puede llevar a la obesidad y cómo la cirugía bariátrica puede influir en el tratamiento de los individuos afectados.

Por último, el marco teórico concluye con una síntesis de la literatura revisada y la presentación del marco conceptual que guía el estudio. Se resume la interrelación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica, y se destacan las

lagunas en la investigación que la presente tesis busca abordar. También se justifica la elección del enfoque metodológico y se establecen las bases teóricas para los capítulos subsiguientes de la investigación.

En el apartado Metodología se detalla el diseño de la investigación, el enfoque metodológico adoptado, y los procedimientos para la recolección y análisis de datos. Se describe la muestra del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, y las técnicas de entrevista utilizadas para recabar información. También se explica el enfoque cualitativo y el análisis temático empleado para interpretar los datos.

A posteriori, se presentan los hallazgos de la investigación, organizados en torno a los temas emergentes de las entrevistas semiestructuradas, mostrando cómo los participantes perciben la relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Se incluyen citas textuales de los participantes para ilustrar los puntos clave y se proporciona un análisis detallado de los datos recopilados.

En el sexto capítulo, se interpretan los resultados a la luz del marco teórico y la literatura revisada, discutiendo las implicancias de los hallazgos para la práctica clínica y se comparan con estudios previos. Este capítulo también aborda las limitaciones.

El capítulo final resume los principales hallazgos de la investigación y ofrece conclusiones sobre la relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Se proporcionan recomendaciones para la práctica clínica y políticas de salud, así como sugerencias para futuras investigaciones que puedan profundizar en este campo del estudio y las posibles áreas para futuras investigaciones.

Este trabajo tiene como objetivo analizar y describir la relación entre estos dos trastornos y evaluar los beneficios potenciales y los riesgos asociados a la cirugía en este grupo de pacientes.

2 Estado del Arte

En la revisión de la literatura para esta tesis, se encontró que existen pocos trabajos que aborden de manera conjunta las tres temáticas de Abuso Sexual Infantil (ASI), obesidad y cirugía bariátrica y metabólica. Esta limitación en la literatura llevó a ampliar el periodo de búsqueda desde 2006 a 2024 y a separar las variables, explorando en detalle las relaciones entre el abuso infantil y la obesidad, la obesidad y la cirugía bariátrica, y finalmente, la intersección de las tres variables.

Las fuentes incluyen estudios empíricos, revisiones teóricas y metaanálisis, abordando las intersecciones entre los efectos neurobiológicos y psicológicos del ASI, los factores contribuyentes a la obesidad y las intervenciones mediante cirugía bariátrica. Este enfoque integrador posibilita una comprensión profunda y holística de cómo estas variables se interrelacionan y las implicancias terapéuticas que surgen al considerar la cirugía bariátrica como una opción de tratamiento complementario para individuos con historial de ASI y obesidad.

2.1 Abuso Sexual Infantil y Obesidad

La investigación propuesta por Barrero y Sánchez Sandoval (2022) propone realizar una revisión sistemática de la relación entre las experiencias de maltrato infantil y la manifestación de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) durante la adultez. Para esta revisión, se seleccionaron 15 artículos empíricos publicados entre 2010 y 2020 que examinan la relación entre los TCA y el maltrato infantil. Los resultados de la búsqueda se publicaron en PsycInfo, Scopus y Web of Science. Se encontró una correlación entre los TCA y el abuso infantil, particularmente el abuso

emocional infantil. Se encontró una comorbilidad significativa y un pronóstico de mejora complicado. Se muestra una psicopatología compleja. Finalmente, se identifican algunas variables involucradas: edad, género, rutas de funcionamiento, adicción a la comida, autoestima, mecanismos de desregulación y estilos de afrontamiento.

Behar y De la Barra (2021) plantearon como objetivo describir la relación clínica y neurobiológica entre el ASI y los TCA. Para ello, llevaron a cabo una investigación de revisión sistemática, en la cual se analizó literatura especializada en textos y artículos incluidos en Medline/PubMed, SciELO. Se perfilaron los conceptos centrales y se redactaron la información buscando cohesión didáctica, incluyendo un caso clínico ilustrativo. Los resultados arrojaron qué aunque el ASI es un factor inespecífico para el desarrollo de trastornos mentales, constituye un fenómeno significativo, predisponente, desencadenante y perpetuante para la emergencia de un TCA, principalmente bulimia nerviosa. Se describen los factores de riesgo, mediadores, predictores, protectores y de resiliencia. Ambas condiciones poseen correlatos neurobiológicos y clínicos análogos. Existen disfunciones similares en los circuitos de recompensa y regulación emocional, con alteraciones estructurales distintas en áreas prefrontales. Frente a esto, los autores concluyeron en la existencia contundente de evidencia en la coexistencia de ASI en los TCA. Sin embargo, es necesario continuar desarrollando modelos de investigación que integren los procesos genéticos, hormonales, neurotransmisores, de personalidad y socioculturales de riesgo.

A partir del planteo realizado por Hemmingsson et al. (2014), respecto de la controversia en torno al papel del abuso infantil en el desarrollo de la obesidad, los

autores se enfocaron en investigar, desde una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales, el papel del abuso infantil en la obesidad adulta. Para ello, efectuando búsquedas sistemáticas en PubMed, PsycInfo, Medline y CINAHL dieron como resultado 23 estudios de cohorte -4 prospectivos, 19 retrospectivos- con n = 112.708 participantes, que contenían cuatro tipos de abuso físico, emocional, sexual y general.

Una investigación realizada por Losada y Saboya (2013), enmarcada dentro de los estudios de revisión, aborda, mediante una revisión de corte narrativo, la problemática del ASI, su relación con los trastornos de la conducta alimentaria, y los tratamientos cognitivos y sistémicos. A su vez, en el plano de la discusión, asienten que el tratamiento interdisciplinario, desde el eclecticismo, manifiesta una alta eficacia en la mejora de pacientes que han sido víctimas de ASI y los trastornos de la alimentación.

Cantón Cortés et al. (2011) analizaron, a través de modelos de ecuaciones estructurales, los efectos directos e indirectos de la gravedad del ASI, las atribuciones de culpa por el abuso y las estrategias de afrontamiento sobre la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La muestra estuvo comprendida por 163 estudiantes universitarias víctimas de ASI. Los resultados sugirieron que las víctimas de abusos con mayor gravedad presentan niveles superiores de autoinculpación, inculpación a la familia y empleo de estrategias de evitación. El haber sufrido otro tipo de maltrato se encontró también relacionado con niveles superiores de inculpación a la familia. Por último, las dos atribuciones de culpa se encontraban indirectamente relacionadas con el TEPT a través del afrontamiento de evitación. Las relaciones entre la gravedad del abuso, las

atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento, y TEPT invitan a pensar que sería útil la intervención temprana con víctimas de ASI en un esfuerzo por modificar las atribuciones que realizan acerca del abuso y el modo en que lo afrontan.

Bajo esta misma temática, en el 2009, Villarroel Lastra et al. (2009) publicaron en la Universidad Autónoma de Barcelona un estudio referido a la relación entre la sintomatología alimentaria y el abuso infantil. El objetivo fue investigar la relación entre el abuso sexual y físico infantil y los aspectos actitudinales y comportamentales claves de los trastornos alimentarios. Para ello, participaron 977 estudiantes universitarios (708 mujeres y 269 varones) de entre 18 y 30 años. Evaluaron abuso infantil con el cuestionario de acontecimientos vitales estresantes TLEQ y la sintomatología alimentaria con el examen para trastornos alimentarios versión cuestionario EDE-Q. Los resultados arrojaron que 14.3% de las mujeres y 8.6% de los varones sufrió ASI y el abuso físico infantil fue informado por 3.8% de las mujeres y 4.5% de los varones. En las mujeres, asociadas con depresión, ansiedad, autoestima, IMC, edad y nivel socioeconómico. Asimismo, los análisis de regresión lineal múltiple señalaron una relación significativa entre ASI y preocupación por el peso, así como una relación inversa entre abuso físico infantil y restricción, preocupación por el peso, preocupación por la silueta y la escala global del EDE-Q. Así pues, concluyeron que el abuso sexual infanASI aumenta el riesgo de padecer sintomatología alimentaria en las mujeres, no así en los varones.

Cabello Garza y Zúñiga Zárte (2007), a partir de una investigación cualitativa, desarrollaron patrones con el fin de generar una mayor comprensión del problema de la obesidad a partir de las reflexiones sobre las experiencias de vida de las personas. Se buscó describir, desde la perspectiva de la gente obesa, el proceso

del aumento de peso, cómo es que el sobrepeso se mantiene, así como las respuestas que ellos mismos dan a su problema de obesidad. El enfoque de este estudio tomó como base la perspectiva fenomenológica desarrollada por Husserl, con el fin de encontrar la esencia del fenómeno de la obesidad. La investigación se diseñó para comprender los significados, interpretaciones y experiencias vividas por 26 participantes obesos, a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad. El criterio de la muestra fue intencional, eligiendo participantes con un índice de masa corporal igual o mayor a 35 entre los 24 y los 55 años. Como resultado, se llegó a la conclusión que los hábitos alimenticios personales y familiares, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares, así como el uso de la comida, se consideraron factores importantes en la génesis de la obesidad. La imagen del cuerpo -tema predominante en toda la estructura de los patrones encontrados en el estudio- incluyó las opiniones, pensamientos, sentimientos e ideas relacionadas con la apariencia física, tamaño y forma del cuerpo, así como las características positivas y negativas que declararon tener sobre sí mismos. La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades, y temores.

Por su parte, Carter et al. (2006), a fin de examinar el impacto del ASI sobre las características clínicas y la terminación prematura del tratamiento en la anorexia nerviosa, detallaron que, de la participación de 77 pacientes con anorexia nerviosa, ingresados en una unidad de trastornos alimentarios para pacientes hospitalizados, 37 pacientes (48%) informaron antecedentes de ASI antes del inicio del trastorno alimentario como así también una comorbilidad psiquiátrica significativamente

mayor, incluidos niveles más altos de depresión y ansiedad, menor autoestima, más problemas interpersonales y síntomas obsesivo-compulsivos más graves.

2.2 Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica

Una reciente investigación cualitativa efectuada en Inglaterra por Keyte et al. (2023), sostiene que la aparición de un aumento de peso después de la cirugía, junto con el desarrollo de dificultades en la salud mental acentúa la temática de cómo la psicología contemporánea podría ayudar a preparar personas que vivían con obesidad antes de someterse a una cirugía bariátrica. Esta investigación estuvo conformada por diecisiete participantes adultos (hombres n = 4; rango de edad: 26 a 64 años) quienes participaron en una entrevista semiestructurada. Asimismo, intervinieron doce personas antes de someterse a una cirugía bariátrica. Cinco personas participaron en los primeros postoperatorios (<3 meses postoperatorio). Este estudio arrojó que a pesar del optimismo que sienten las personas acerca de la cirugía bariátrica, los participantes sintieron que los factores psicológicos que influyen en las conductas alimentarias no son abordados por la asistencia sanitaria. Estos hallazgos sugieren que los enfoques de atención plena, alimentación consciente y autocompasión deberían incorporarse a la práctica clínica para apoyar la regulación del peso y la adaptación a los cambios fisiológicos después de la cirugía bariátrica.

Un estudio longitudinal de Buchwald y Oien (2020) destacó la importancia de un seguimiento multidisciplinario para optimizar los resultados y minimizar las complicaciones a largo plazo en el proceso de pérdida de peso posterior a la cirugía

bariátrica. La investigación subraya que la pérdida de peso sostenida y la mejora de las comorbilidades metabólicas son alcanzables con un enfoque integral que incluya intervenciones dietéticas, psicológicas y médicas.

El estudio realizado por Pérez Hornero et al. (2020) tuvo como objetivo realizar una reflexión sobre la evaluación, seguimiento y apoyo psicológico de los pacientes obesos mórbidos que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Para ello realizaron una revisión bibliográfica del tema, donde lo expusieron a su modelo de seguimiento -el cual consistía en tres sesiones-, definiendo los aspectos necesarios a evaluar y las áreas en las cuales necesitan apoyo estos pacientes. A modo de conclusión justificaron la necesidad de realizar un seguimiento psicológico a los pacientes que han sido intervenidos bariátricamente, teniendo especial cuidado en la aparición de descontroles alimenticios, la presencia de estados de ánimo depresivos, la ideación suicida, o conductas inadecuadas como los picoteos o el consumo de alcohol, todas estas, situaciones que complican la evolución favorable de los pacientes.

En tanto, Castro y Cárdenas Enríquez (2016), en su trabajo de investigación de tipo correlacional y diseño no experimental, analizaron la relación entre patrones de impulsividad y conductas alimentarias típicas en 128 pacientes obesos grado 2 y 3, pertenecientes al programa de cirugía bariátrica del Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito. Como conclusión general se determinó la presencia en diferentes niveles de impulsividad en los pacientes con obesidad parte del programa de cirugía bariátrica; lo que determinó en diferente grado, el desarrollo de conductas alimentarias no saludables, especialmente aquellas relacionadas con hábitos alimentarios, elección y consumo de alimentos, planificación de horarios y conciencia del autocuidado del cuerpo.

El trabajo llevado a cabo por Magallanes et al. (2016), da muestra qué cada vez más personas se enfrentan a la carga de la obesidad. Asimismo, la literatura revisada por ellos manifiesta que, además de los problemas médicos relacionados con la obesidad, la enfermedad se ha convertido en un estigma social, lo que tiene un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas obesas. El estudio se concentró en cómo la discrepancia de discriminación personal o grupal puede estar relacionada con el bienestar subjetivo de las personas obesas. Este concepto se refiere al fenómeno de que aquellos que pueden ser objetivos de discriminación en un grupo perciben una mayor discriminación dirigida a su grupo que a ellos mismos como individuos. El estudio fue transversal y se llevó a cabo con 72 pacientes obesos de un hospital universitario español. Mientras que la discriminación grupal no estaba relacionada negativamente con el bienestar subjetivo, la discriminación personal sí lo estaba. Además, los participantes dijeron que sintieron más discriminación grupal que personal. Esta diferencia entre la discriminación grupal y personal se encontró relacionada con el equilibrio afectivo (pero no con la satisfacción vital). Finalmente, se indica que la inclusión de variables sociales en los estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud en poblaciones obesas es crucial.

En esta línea de ideas, la investigación de Esquivias-Zavala et al. (2016) propuso como objetivo la realización de una actualización sobre el panorama general de los trastornos psiquiátricos asociados con la obesidad mórbida y el impacto de estos sobre la pérdida de peso en pacientes bariátricos. A tales fines, consultaron las bases de datos EBSCO Research Database y PubMed, donde seleccionaron los artículos publicados entre el período del 2011 al 2016, a través de la utilización de palabras clave relacionadas con el tema de estudio. Como

resultado, concluyeron que los estudios revisados mostraron que los pacientes con protocolo de cirugía bariátrica internados en clínicas psicopatológicas manifestaban trastornos por depresión y ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y algunas dimensiones de la personalidad. La presencia de estas condiciones se asoció a una menor pérdida de peso posterior al procedimiento quirúrgico.

Por su parte, Olguin et al. (2015), en su artículo de revisión, demostraron la baja efectividad de los tratamientos médicos de la obesidad, estableciendo la cirugía bariátrica como una alternativa de tratamiento cada vez más frecuente. Las personas obesas que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de comorbilidades psiquiátricas en comparación con las personas obesas que no consultan. La cirugía bariátrica ha permitido una reducción de las comorbilidades médicas y una mejoría de las patologías psiquiátricas presentes antes de la cirugía. Asimismo, enuncian qué publicaciones contemporáneas a vuestra investigación reportan una disminución de los trastornos depresivos, mejoría de la autoestima y de la calidad de vida, directamente asociados a la reducción de peso, sin variaciones significativas en los niveles de ansiedad. Bajo la misma línea mencionan qué si bien la pérdida de peso debería ayudar al mejoramiento de la vida social del paciente, pueden surgir importantes dificultades para adaptarse al nuevo entorno. Se ha visto un aumento de la tasa de suicidios y del uso problemático de alcohol, disminución precoz del trastorno por atracones con aparición posterior de conductas compensatorias, distorsión de la imagen corporal y aparición de conflictos conyugales. Cabe destacar que la presencia de trastorno de personalidad previo a la cirugía constituiría un predictor negativo de resultado a largo plazo, siendo en ese contexto necesario la realización del seguimiento postoperatorio exhaustivo a estos

pacientes, a fin de intervenir precozmente y optimizar los beneficios en la salud mental obtenidos con la baja de peso.

En un trabajo de investigación, Lecaros et al. (2015) sostienen que la obesidad es un problema de salud pública, considerando la cirugía bariátrica como posible alternativa para tratarla. Para ello se plantearon como objetivo describir los significados y vivencias de pacientes adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica en clínicas privadas. Se usó un enfoque cualitativo basado en la teoría fundamentada. La selección de la muestra se realizó a través de informantes, clave y bola de nieve, y quedó conformada por 8 mujeres y 3 hombres. Para la recolección de los datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, y para el análisis, se usó la codificación abierta. Del análisis descriptivo se obtuvieron tres categorías: 1) Motivaciones y expectativas con relación a la cirugía bariátrica; 2) Vivencias en relación con el sobrepeso; y 3) Vivencias con relación a la comida. Concluyeron que es necesario continuar investigando desde la subjetividad de los propios pacientes dado el impacto que la obesidad y la cirugía bariátrica tienen en la vida de las personas. Asimismo, indicaron que los sujetos de la muestra señalan que comer les produce gratificación inmediata, sobre todo en situaciones de estrés y malestar. La comida e ingesta actuaría como un mecanismo de regulación emocional, especialmente de sentimientos depresivos y ansiosos que incidirían en la ingesta excesiva, dificultando el control de los impulsos.

Por su parte, Portie Félix et al. (2011) plantearon en un trabajo de revisión histórica de la literatura internacional sobre la evolución de las técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica -técnicas malabsortivas, técnicas restrictivas gástricas y técnicas mixtas- que las técnicas de cirugía bariátrico-metabólica están diseñadas

para disminuir la capacidad de almacenamiento de alimentos en el estómago -restrictivas-, reducir las posibilidades de absorción del intestino delgado -hipoabsortivas- o para reunir las capacidades de las dos anteriores -mixtas-. Dichas técnicas han ido mejorando en el tiempo por la observación clínica y el trabajo de investigadores en este campo de la medicina, para crear procedimientos que superen el alcance de los ya existentes, disminuir el tiempo en reducir el exceso de peso patológico, las comorbilidades asociadas, el costo económico para los sistemas de salud, la morbilidad y mortalidad asociadas al acto quirúrgico, así como mantener la pérdida de peso a mediano y largo plazo mayor y devolver al individuo a la sociedad, con una esperanza de vida mayor y una calidad de vida mejor.

En una revisión de 53 artículos realizada por Ruiz Prieto et al. (2010), se relacionaron rasgos con tipos de personalidad, con signos, síntomas y trastornos psicopatológicos recurrentes en las personas con obesidad, Para ello se efectuó una búsqueda de artículos en la base de datos Medline, utilizando palabras clave tales como: mórbida, personalidad y trastornos de personalidad. Como resultado, establecieron que se encuentran, frecuentemente, síntomas vinculados con trastornos afectivos -depresión o ansiedad-. Asimismo, indicaron que se observa cierto descenso en las capacidades de concentración y cognición, además de estar asociado el exceso de peso, con un bajo nivel de autoestima, con una negativa percepción de la propia imagen corporal y una pobre autoimagen global. Mencionan, que se evidencia alexitimia con otros aspectos relacionados como anhedonia, impulsividad, y dependencia interpersonal. Bajo esta línea, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Existe relación entre obesidad y la manifestación excesiva de dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento y apareciendo asiduamente historias de abuso físico,

sexual y/o emocional. Respecto a trastornos del comportamiento alimentario, puede apreciarse reiterativamente el trastorno por atracón, manifestándose con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Como conclusión establecieron que se evidencia relación entre obesidad y rasgos de personalidad determinados, lo cual debe ser estimado en la base de su tratamiento, pero dado que la mayor parte de los estudios han sido realizados en personas que esperan para recibir tratamiento quirúrgico, es imprescindible continuar con las investigaciones.

2.3 Abuso Sexual Infantil, Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica

Konrad et al. (2022), en su estudio de revisión sistemática y metaanálisis, hacen foco en las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), definidas como el maltrato infantil -abuso y negligencia sexual, física y emocional- y otras experiencias traumáticas en la infancia. Las estimaciones de prevalencia publicadas para EAI en muestras bariátricas varían mucho, y la evidencia sobre la asociación entre EAI y la pérdida de peso y los resultados psicosociales de la cirugía bariátrica no es concluyente. Los autores realizaron una búsqueda sistemática de literatura en PubMed/Medline, PsycInfo, Web of Science, CINHAL y Open Grey para estudios publicados hasta el 30 de agosto de 2021, lo cual arrojó 21 publicaciones para la síntesis cualitativa: 20 que informaban sobre la prevalencia de EAI en candidatos y pacientes de cirugía bariátrica, y 10 sobre la asociación de EAI con los resultados. En el metaanálisis, se observó una heterogeneidad general moderada a alta para las estimaciones de prevalencia y se observó una heterogeneidad moderada para las asociaciones. La estimación de prevalencia para al menos una forma de EAI en

6 estudios, n = 1368 pacientes fue del 51% [IC del 95%, 32%–70%]. El tamaño del efecto g de Hedge para la diferencia entre los grupos de pacientes que informaron alguna o una gran cantidad de EAI frente a los que no informaron ninguna o una cantidad baja de EAI se calculó a partir de las medias, las desviaciones estándar y el tamaño del grupo, o los valores p. Con base en 7 estudios de n = 946 pacientes, la asociación entre las EAI y la pérdida de peso no fue significativa (g de Hedge = -0,15 [IC del 95 %, -0,38 a 0,09]; I^2 = 53%), independientemente del seguimiento a corto o largo plazo (p = 0,413) y la proporción de pacientes en cada estudio que recibieron bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB) (β = 0,0005, p = 0,868). Los hallazgos preliminares basados en 3 estudios a corto y largo plazo en n = 414 pacientes mostraron que las EAI se asociaron significativamente (p = 0,001) con síntomas depresivos post operatorios más elevados (g de Hedge = 0,50 [IC del 95 %, 0,22-0,78]; I^2 = 36%). Las asociaciones entre las EAI y otros resultados psicosociales, como la patología alimentaria, se informaron de forma narrativa. Los investigadores concluyeron en la necesidad de realizar estudios adicionales a largo plazo que utilicen herramientas de evaluación validadas para las EAI a fin de evaluar el impacto de las EAI en el peso y los resultados psicosociales después de la cirugía bariátrica.

La revisión sistemática realizada por Mohan et al. (2022) tuvo como objetivo examinar investigaciones publicadas con anterioridad en las bases de datos de PubMed y SCOPUS con el fin de brindar recomendaciones clínicas qué optimizarán los resultados posoperatorios en pacientes qué transitaron, previo al tratamiento quirúrgico, vivencias de abuso en su vida. Se incluyeron 20 estudios. Los autores indicaron qué las tasas de abuso reportadas en la población de cirugía bariátrica variaron significativamente entre los estudios, así como las técnicas empleadas para

evaluarlos. La mayoría de los estudios no encontraron una evaluación significativa entre los antecedentes de abuso y los resultados de la pérdida de peso después de la operación. La investigación sobre la medición entre los antecedentes de abuso y los resultados psiquiátricos posteriores a la operación fue menos determinante. Concluyendo que los antecedentes de abuso no están relacionados con los resultados de la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. Para investigar más a fondo la relación entre los antecedentes de abuso y los resultados psiquiátricos posoperatorios, se necesitan estudios más sólidos. Asimismo, es importante señalar que los antecedentes de abuso no deben obstaculizar la cirugía bariátrica de los pacientes, destacando que los pacientes pueden beneficiarse de un control cuidadoso de la angustia emocional y el empeoramiento de las comorbilidades psiquiátricas después de la cirugía, así como de asesoramiento y tratamiento psiquiátrico cuando sea necesario.

Akduman et al. (2020), llevaron a cabo una investigación descriptiva y de corte transversal, cuyo objetivo fue investigar la relación entre el maltrato infantil y las conductas alimentarias problemáticas, como la restricción, la preocupación por la alimentación, la preocupación por el peso, la preocupación por la figura, y la alimentación emocional en pacientes de cirugía bariátrica. Para ello entrevistaron a 112 personas obesas consecutivas que buscaban cirugía bariátrica en un hospital universitario, se les administró una serie de escalas, incluyendo el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), el Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria-Subescala de Alimentación Emocional (DEBQ-E), y el Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q). A posteriori de las estadísticas descriptivas, se realizó un análisis de regresión para comprender las relaciones de las puntuaciones del CTQ con las puntuaciones totales y de subescala del EDE-Q y el DEBQ-E. Los

resultados arrojaron que en el análisis de correlación de Pearson, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación total del CTQ con la puntuación total del EDE-Q y las puntuaciones de todas las subescalas. En los análisis de regresión lineal, se encontró que el abuso emocional ($\beta = 0,39$, $p = 0,02$) y el abuso físico ($\beta = 0,36$, $p = 0,01$) predijeron mayores puntuaciones del DEBQ-E. Además, se encontró que el abuso sexual predijo significativamente la preocupación por el peso ($\beta = 0,26$, $p = 0,04$) y la preocupación por la figura ($\beta = 0,31$, $p = 0,01$). Concluyendo qué la dinámica de las conductas alimentarias problemáticas puede diferir dependiendo el tipo de trauma infantil. La evaluación psicológica y/o psiquiátrica de los pacientes de cirugía bariátrica es un factor importante para comprender la relación entre el maltrato infantil y las conductas alimentarias problemáticas.

Haciendo foco en la temática de los aspectos psicosociales de la obesidad clínicamente grave y la cirugía bariátrica, Sarwer y Heinberg (2020) plantean qué la cirugía bariátrica, o tratamiento quirúrgico de la obesidad, se ha convertido en un tratamiento más aceptado para las personas con obesidad severa y otros problemas de peso graves, aunque todavía está infrautilizada. En su artículo de revisión, desarrollan que los psicólogos son parte importante del equipo multidisciplinario que evalúa a los pacientes antes y después de la operación. Además, jugaron un papel importante en la investigación clínica que ha mejorado la comprensión de los factores psicosociales y conductuales que contribuyen al desarrollo de la obesidad grave. Como resultado, la cirugía bariátrica, se ha convertido en un tratamiento más aceptado para las personas con obesidad severa y otros problemas de peso graves, aunque todavía está infrautilizada. Los psicólogos son parte importante del equipo multidisciplinario que evalúa a los pacientes antes y después de la operación.

Asimismo, jugaron un papel importante en la investigación clínica que ha mejorado la comprensión de los factores psicosociales y conductuales que contribuyen al desarrollo de la obesidad grave, así como de cómo estos factores y otros afectan los resultados posoperatorios. Este artículo examina estas contribuciones a lo largo de los últimos 20 años para psicólogos y otros profesionales de la salud mental que actualmente trabajan con estos pacientes o tienen la intención de hacerlo en el futuro. El artículo destaca cómo este trabajo se ha convertido en un componente esencial de las pautas de atención clínica internacionales, que se centran principalmente en la detección psicosocial preoperatoria. El artículo también analiza las formas en que las intervenciones psicosociales y conductuales adicionales pueden mejorar el éxito a lo largo de la vida después de una cirugía bariátrica.

Desde esta misma perspectiva, Peterhänsel et al. (2019), en el estudio sobre el maltrato infantil en pacientes bariátricos y su asociación con el sobrepeso postoperatorio, síntomas depresivos y trastornos alimentarios, propusieron como objetivo comparar las tasas de prevalencia de maltrato infantil entre pacientes con obesidad severa sometidos a cirugía bariátrica y pacientes que no se sometieron a un procedimiento quirúrgico, así como calcular la asociación entre el maltrato infantil y los resultados a los 6 y 12 meses después de un procedimiento bariátrico. Evaluaron el maltrato infantil utilizando el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), comparando entre 120 pacientes de cirugía bariátrica y 346 pacientes no quirúrgicos con obesidad severa. Para el subgrupo de cirugía bariátrica, se utilizaron modelos lineales mixtos con medidas repetidas para analizar el valor predictivo del maltrato infantil en los resultados de peso y psicopatología. Asimismo, se calcularon comparaciones entre grupos y dentro de ellos para cotejar a los pacientes con y sin maltrato infantil con respecto al IMC y la pérdida de peso (%TWL, %EWL), la

gravedad de la depresión (BDI-II), la psicopatología del trastorno alimentario (EDE-Q) y la ideación suicida (BSS), al inicio del estudio y en la evaluación a los 6 y 12 meses. Los resultados indicaron qué las tasas de prevalencia de maltrato infantil, depresión e ideación suicida fueron sustancialmente más altas en los pacientes no sometidos a cirugía en comparación con los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Dentro del grupo de cirugía, no se evidenció un efecto de interacción significativo entre el maltrato infantil y el tiempo. Por consiguiente, el maltrato infantil no afectó la evolución del peso corporal, la depresión y la psicopatología de los trastornos alimentarios antes y después de la cirugía. A modo de conclusión, los autores determinaron qué dado que los antecedentes de maltrato infantil pueden aumentar el riesgo de trastornos psicológicos, se debe ofrecer a ambos grupos exámenes periódicos y, si es necesario, apoyo psicológico.

La investigación llevada a cabo por Gorrell et al. (2019), cuyo objetivo es determinar si el porcentaje total de vida útil posquirúrgica (%TVP) y que los resultados clínicos específicos se ven afectados de manera diferente por los antecedentes de abuso interpersonal, postula qué los antecedentes de abuso pueden afectar la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica. Para ello, recogieron datos de manera retrospectiva de (N = 433) pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica en un solo centro, basándose en una entrevista prequirúrgica. Los pacientes se agruparon según el historial informado de abuso interpersonal (S/N). La regresión de medidas repetidas no lineal examinó el impacto del historial de abuso en el %TVP y las secuelas clínicas. Los resultados indicaron qué las diferencias en el %TVP a los 6, 12, 18, 24, y 36 meses después de la cirugía no difirieron significativamente. Además, el %TVP no difirió a lo largo del tiempo, según el grupo. Un número significativamente mayor de aquellos con antecedentes de

abuso interpersonal tenían un diagnóstico clínico de depresión en comparación con aquellos que no informaron abuso interpersonal, 38% frente a 22% respectivamente, p <.001. Los autores concluyeron que los antecedentes de abuso interpersonal no afectan de manera negativa el %TVP después de la cirugía, pero están asociados con el diagnóstico de depresión, lo que indica que los síntomas depresivos pueden ser un objetivo de intervención clínica viable para pacientes quirúrgicos con antecedentes de trauma interpersonal.

En un estudio longitudinal, Kalarchian et al. (2017) examinaron los efectos a largo plazo de la cirugía bariátrica en 288 pacientes con antecedentes de ASI. El estudio fue diseñado para documentar los trastornos psiquiátricos entre los candidatos a cirugía de pérdida de peso y examinar la relación de la psicopatología con el grado de obesidad y el estado de salud funcional. Los autores recopilaron información demográfica y clínica de 288 personas que buscaban cirugía. Las evaluaciones se administraron independientemente del proceso de aprobación y selección preoperatoria. El grupo de estudio era mayoritariamente femenino (83,3%) y blanco (88,2%). El índice de masa corporal (IMC) medio del grupo fue de 52,2 kg/m2 (DE = 9,7), y la edad media fue de 46,2 años (DE = 9,4). Como resultado, encontraron que, aunque hubo mejoras en los síntomas depresivos y en la calidad de vida, algunos pacientes continuaron experimentando síntomas de TEPT, lo que subraya la necesidad de un apoyo psicológico continuo.

Continuando con esta temática, Walsh et al. (2017) plantearon qué en el caso de los candidatos a cirugía bariátrica, los antecedentes de abuso infantil y TEPT pueden ser poco reconocidos o poco reportados en la evaluación prequirúrgica. Para ello estudiaron 3045 candidatos a cirugía bariátrica con una variedad de

factores clínicamente relevantes: aquellos con antecedentes de abuso infantil en comparación con aquellos sin dichos antecedentes; y entre los candidatos con antecedentes de abuso, aquellos con un diagnóstico de TEPT de por vida en comparación con aquellos sin ese diagnóstico. Estos fueron comparados con trastornos alimentarios actuales y de por vida, problemas de salud física, conductas de salud, funcionamiento físico, funcionamiento psicosocial, trastornos psiquiátricos, bienestar emocional, satisfacción corporal y autoestima. Así pues, la hipótesis del trabajo se focalizó Planteamos en la que los pacientes con antecedentes de abuso infantil y, dentro de ese grupo, aquellos con un diagnóstico de TEPT de por vida, mostrarían un mayor deterioro general. La información fue obtenida a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios de autoinforme completados por los pacientes. Los resultados mostraron que los pacientes con antecedentes de abuso infantil exhibieron un deterioro significativamente mayor que los sin abuso; y qué entre los candidatos con antecedentes de abuso, aquellos con antecedentes de TEPT durante la vida mostraron un deterioro significativamente mayor que aquellos sin diagnóstico de TEPT. A modo de conclusión los autores sugieren que, a la luz de los hallazgos, se debe evaluar de manera exhaustiva en la evaluación prequirúrgica la existencia de historial de abuso infantil y TEPT durante la vida, así como hacer foco en los síntomas de TEPT en sobrevivientes de abuso que se presentan para cirugía bariátrica.

Asimismo, Hensel et al. (2016), en su trabajo de investigación, establecieron como objetivo determinar la prevalencia del abuso y su impacto en los resultados posoperatorios después de la cirugía bariátrica. Para ello, llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo de cirugías de bypass gástrico laparoscópico y gastrectomía en manga de 2010 a 2014, con un seguimiento de (n = 6016). Allí

compararon los resultados de pérdida de peso a los 3 meses (n = 5147), 6 meses (n = 4749) y 1 año (n = 4024) entre aquellos con y sin antecedentes previamente autoinformados de cualquier tipo de abuso físico, emocional o sexual y aquellos con y sin antecedentes de abuso sexual específico. Los modelos mixtos de medidas repetidas se ajustaron por edad, sexo, tipo de cirugía e índice de masa corporal inicial. Como resultado, se evidenció qué la prevalencia de abuso documentado fue del 21,5 %. El abuso emocional fue el más común (13,1%), seguido del abuso sexual (10,6%), y luego del abuso físico (8,9%). Sin embargo, no se evidenció una asociación significativa entre la presencia de antecedentes de abuso y la pérdida de peso en ningún momento en los análisis de medidas repetidas.

Mazagatos et al. (2015) utilizaron el método de la entrevista semiestructurada con recogida sistemática de datos, de los abusos sufridos y de las vivencias y repercusiones de la obesidad en las relaciones sexuales de los pacientes. Con una muestra de 398 pacientes con obesidad mórbida solicitantes de la intervención de cirugía bariátrica, obtuvieron como resultado que 88.6% de los pacientes entrevistados con antecedentes de abusos sexuales eran mujeres. Los pacientes con antecedentes de abusos sexuales presentaban una comorbilidad psiquiátrica mayor y menor autoestima [2.60 OR (1,32-5,13)], aunque la obesidad no representaba un problema en sus relaciones sexuales [1.52 OR (0,71-3,24)]. Concluyeron que la utilización de la imagen corporal del obeso como barrera de protección ante la sexualidad no requiere del antecedente de abuso sexual.

Por su parte, Larsen et al. (2012) en su estudio sobre la personalidad como predictor del mantenimiento de la pérdida de peso tras la cirugía de obesidad mórbida, cuyo objetivo fue examinar de manera prospectiva los rasgos de

personalidad como predictores de la pérdida de peso a corto y largo plazo posterior a la colocación de la banda gástrica, en una muestra de 168 pacientes (143 mujeres, 25 hombres, de 18 a 58 años, Índice de Masa Corporal (IMC) preoperatorio de 45,9 ± 5,6 kg/m2) con un promedio de 1,5 años antes de la operación, obtuvieron como resultados qué la pérdida de peso promedio de los pacientes aumentó progresivamente incluso 10 puntos de IMC hasta 18 meses después de la cirugía y se estabilizó a partir de entonces. En tanto, un IMC inicial menor, ser hombre y un nivel educativo más alto se asociaron con una menor pérdida de peso. Ninguna de las variables de personalidad se asoció con el resultado de peso en el seguimiento a corto plazo. El egoísmo se asoció con una menor pérdida de peso en el período postoperatorio a largo plazo. Así también los tamaños del efecto de las predicciones significativas fueron pequeños. Por último, discutieron que la cirugía bariátrica podría no ser suficiente por sí sola para abordar los problemas psicológicos subyacentes en sobrevivientes de ASI, sugiriendo la necesidad de un enfoque multidisciplinario que incluya terapia psicológica antes y después de la cirugía para maximizar los beneficios.

Bajo esta misma temática, el análisis de Reyes Figueroa y Muñoz Tamayo (2008), se centró en determinar la prevalencia patológica en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, entre octubre y noviembre de 2007, e identificar factores potenciales de riesgo para su aparición. Para ello, se realizó un estudio descriptivo con corte transversal comparativo. Participaron 50 candidatos a cirugía bariátrica, a quienes se les aplicó la Entrevista Clínica Estructurada (SCID), para el DSM-IV, y preguntas estructuradas para la exploración sistemática de las variables estudiadas. Los resultados indicaron que la muestra se conformó en un 62% (n=31) por mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 45,2 (DE=12,94) y el

promedio en el índice de masa corporal (IMC) fue de 38,92 Kg/m 2 (DE=3,53). La prevalencia de psicopatología fue del 38% (n=19), clasificada como trastornos del estado del ánimo: 24% (n=12); trastornos adaptativos: 8% (n=4), y trastornos de ansiedad: 6% (n=3). Al comparar los sujetos de acuerdo con la presencia de psicopatología, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de abuso sexual infantil y la presencia de psicopatología (OR=10,71; IC 95%: 1,14-100,52). No hubo relación con variables socio demográficas, grado de obesidad o problemas psicosociales. Se concluyó que el estudio mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de psicopatología y el antecedente de abuso sexual infantil.

Fujioka et al. (2008) publicaron los resultados de un estudio, sobre una muestra de 121 pacientes sometidos a bypass gástrico en Y de Roux. En el mismo se midió el exceso de pérdida de peso postoperatorio a los 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses y las complicaciones perioperatorias. El exceso en la pérdida de peso se comparó a los 12 y 24 meses del postoperatorio en las categorías de presencia/ausencia de pérdida de peso preoperatoria, trastornos por atracón y antecedentes de abuso sexual. Las complicaciones perioperatorias se examinaron en los grupos de cambio de peso preoperatorio; el 32% informaron antecedentes de trastornos alimentarios y el 17% abuso sexual. Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la pérdida de peso postoperatorio entre aquellos con y sin trastorno por atracón a los 12 y 24 meses del postoperatorio. En tanto, en aquellos con y sin antecedentes de abuso sexual a los 12 y 24 meses fue 57,67% y 66,32% respectivamente. No se observó interacción estadísticamente significativa entre la pérdida de peso postoperatoria y el abuso sexual.

Reyes Figueroa y Muñoz Tamayo (2008) realizaron un estudio descriptivo con corte transversal comparativo, en el cual participaron 50 candidatos a cirugía bariátrica, a quienes después de firmar el consentimiento informado se les aplicó la *Structured Clinical Interview* (SCID), y preguntas estructuradas para la exploración sistemática de las variables estudiadas. La muestra estuvo conformada en un 62% por mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 45,2 (DE=12,94) y el promedio en el IMC fue de 38,92 Kg/m² (DE=3,53). La presente investigación indicó que la prevalencia de psicopatología fue del 38% (n=19), clasificada como trastornos del estado del ánimo: 24% (n=12); trastornos adaptativos: 8% (n=4), y trastornos de ansiedad: 6% (n=3). Al momento de comparar los sujetos de acuerdo con la presencia de psicopatología, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de ASI y la presencia de psicopatología (OR=10,71; IC 95%: 1,14-100,52).

En una revisión retrospectiva de historias clínicas, Clark et al. (2007), examinaron las historias clínicas electrónicas de 152 adultos con obesidad mórbida que se sometieron a bypass gástrico en Y de Roux. El objetivo de esta investigación fue examinar la relación entre los factores psicosociales evaluados preoperatoriamente y el porcentaje de exceso de peso perdido posterior a los dos años de la cirugía bariátrica. Como resultado, encontraron una alta prevalencia de ser víctima de ASI (27%), trauma sexual en adultos (9%) y / o abuso físico (19%) en la evaluación inicial. Asimismo, al examinar los registros médicos de los participantes para las hospitalizaciones psiquiátricas postoperatorias en nuestro centro médico, 8 de 11, es decir, el 73% de los pacientes hospitalizados, informaron antecedentes de ASI.

Un estudio llevado a cabo por Gustafson et al. (2006), en el cual se recopilaron datos de cuestionarios de 567 personas con obesidad extrema que se presentaron para cirugía bariátrica, plantea la comparación entre aquellos sujetos con y sin antecedentes autoinformados de abuso sexual respecto de diferentes variables psicosociales. Dicha investigación arrojó que el 16% de los candidatos a cirugía reportaron antecedentes de abuso sexual. Aquellos que reportaron antecedentes de abuso sexual tenían más probabilidades de reportar dificultades emocionales previas, así como antecedentes personales y familiares de abuso de sustancias. De igual modo, tenían una mayor propensión a cumplir con los criterios para el trastorno por atracón, según se determinó a partir de las respuestas de autoinforme al Cuestionario sobre Patrones de Alimentación y Peso, en comparación con aquellos sin antecedentes autoinformados de abuso sexual. Además, aquellos que informaron antecedentes de abuso sexual tenían más probabilidades de informar sobre tratamiento psiquiátrico actual y previo que aquellos que negaban antecedentes de abuso.

Grilo et al. (2006) realizaron una investigación con una muestra de 137 pacientes extremadamente obesos sometidos a cirugía de bypass gástrico, quienes completaron una batería de cuestionarios antes de la cirugía y nuevamente 12 meses después de la cirugía. La pérdida de peso se determinó con la medición del peso y la altura, el maltrato infantil se evaluó con el Cuestionario de Trauma Infantil y el trastorno alimentario asociado y el funcionamiento psicológico se evaluaron con las medidas establecidas. Los resultados fueron que el 32% de los pacientes informaron sobre ASI, el 37% informó alguna forma de abuso o negligencia infantil no sexual, y el 31% no informó ninguna forma de maltrato infantil. Pudieron observar mejoras significativas y clínicamente sólidas en el peso y en todas las medidas de

alimentación y funcionamiento psicológico 12 meses después de la cirugía. Por su parte, los pacientes que informaron antecedentes de ASI y otras formas de maltrato infantil difirieron poco de los pacientes que no informaron maltrato infantil en el índice de masa corporal, las características del trastorno alimentario y el funcionamiento psicológico tanto antes como después de la operación a los 12 meses de seguimiento. En pacientes que informaron ASI se evidenciaban niveles de depresión estadísticamente significativamente más altos a los 12 meses de la cirugía, aunque los niveles de depresión representaron reducciones significativas desde antes de la cirugía y cayeron dentro del rango de no depresión.

3 Marco Teórico

3.1 Abuso Sexual Infantil

3.1.1 Definición

La palabra abuso, deriva del latín *abusus*, significa usar mal, de manera excesiva, injusta, impropia o indebida una cosa. Etimológicamente, el prefijo ab- significa alejamiento, privación; mientras que *usus* refiere a usado. Tal lo manifestado por Mattera (2021), la infancia, durante muchos siglos, ha sido considerada una etapa en la cual los menores no gozaban de ningún derecho ni privilegio, por su condición natural de ser infantes vulnerables, más aún, tenían el mismo tipo de tratamiento que un sujeto adulto. Es decir, se los consideraba hombres y mujeres en el cuerpo de un niño o niña. Sin embargo, a partir del siglo XX, con el desarrollo de documentos internacionales pertinentes a los derechos de la infancia, se consolidan dichos derechos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989).

El abuso sexual infantil se define como cualquier acto sexual entre un adulto y un niño o adolescente, o entre dos menores cuando uno ejerce poder sobre el otro. Esta definición incluye una amplia gama de comportamientos, desde el contacto físico hasta el acoso en línea. La prevalencia de este problema es alarmante. Un estudio reciente realizado por Finkelhor et al. (2019) encontró que aproximadamente 1 de cada 5 niñas y 1 de cada 20 niños son víctimas de abuso sexual en algún momento de su infancia.

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es una de las formas más graves de maltrato, con repercusiones duraderas en la salud mental de las víctimas. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el ASI puede resultar en una variedad de problemas psicológicos, incluyendo trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

En correlación, se entiende por abuso o violencia sexual contra un Niño, Niña y Adolescente (NNyA), cuando un adulto agresor –cualquiera sea su sexo- utiliza a un menor para cualquier acto con fines sexuales, estimularse a sí mismo/a, al NNyA o a otra persona. Tales actos incluyen los, manoseos, tocamientos, violaciones, utilización en pornografía o explotación, y el sometimiento del NNyA para observar actos sexuales de otros -sean adultos o NNyA-, entre otros. Asimismo, pueden existir abusos sexuales realizados por un NNyA menor de 18 años cuando entre el agresor y la víctima existe fuerza o asimetría de poder o diferencias etarias significativas. El abuso sexual puede ocurrir en el hogar, instituciones, escuelas, lugares de trabajo, dentro de las comunidades, entre otros. Los agresores pueden ser de cualquier nivel socioeconómico y educativo, familiares, vecinos o desconocidos (Unicef, 2020). El ASI representa una violación grave de los derechos y la integridad de los niños, teniendo consecuencias devastadoras en su bienestar a lo largo de la vida (Smith et al., 2020; Johnson, 2018).

Asimismo, Cohen Imach (2017) sostiene que no existe una única definición de maltrato infantil, ya que este es abordado desde diferentes ámbitos disciplinares y profesionales, de modo que también son distintas las miradas y las maneras de caracterizarlo. Igualmente, la modalidad en que una cultura conceptualiza la infancia determina, en cierto sentido, las prácticas de crianza, los estilos de relación que los adultos establecen con los niños, los ambientes que se diseñan para ellos, los desarrollos que consideran necesarios, las expectativas que se tienen sobre ellos y

la frontera entre lo que es maltrato y lo que no. Lo que un grupo cultural percibe en algún momento dado como maltrato para otros puede conformar actos rituales incuestionables e, incluso, necesarios.

De todas las formas de maltrato, el abuso sexual es, quizás, la más difícil de aceptar y reconocer, como así también de investigar, ya que en ella se violan tabúes sociales y roles familiares. En la mayoría de los casos, el abuso sexual se mantiene oculto, ya sea por vergüenza o por temor a las amenazas del abusador. Además, es común que los adultos muestran incredulidad ante el relato de estos hechos. Secreto, vergüenza y culpa, entonces, son sus características esenciales (Izcoa, 1991).

En sintonía con esto, Cohen Imach (2017) sostiene que los abusos en la infancia comenzaron a visibilizarse recién en las décadas de 1960 y 1970, cuando los adultos empezaron a hablar de sus vivencias durante la infancia.

Se evidencia la presencia de situaciones de ASI en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto -agresor- utiliza al menor para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El ASI puede ser cometido por una persona menor de 18 años, siempre que ésta sea significativamente mayor que el niño -la víctima- o cuando el agresor, ejerza una posición de poder o control sobre otro menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (2010), considera ASI a toda situación en la cual se involucra a un niño en actividades sexuales que no llega a comprender en su totalidad; no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en

actividades sexuales que transgreden las leyes o restricciones sociales (UNICEF, 2013).

El ASI se manifiesta en acciones entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en una actitud de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades –cuya finalidad es gratificar las necesidades de la otra persona- comprenden, pero no se limitan a la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as mediante la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas (OMS, 2001; Intebi, 2007).

Asimismo, Intebi (2008) define el ASI como toda actividad en la cual se involucra al niño sexualmente sin que el menor llegue a comprender totalmente, ante las que no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro.

Ahora bien, el ASI es definido como la situación en la que un menor de 18 años es víctima de un adulto o una persona de mayor edad, con la finalidad de la satisfacción sexual del agresor, supone cualquier clase de contacto sexual en un menor por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad (Losada, 2013).

En palabras de Ferrante (2009), el ASI es un tipo de maltrato que comprende diversas formas, desde el incesto, la violación, toqueteos al niño o provocarlos del niño al adulto, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, acciones de comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, exhibicionismo y mostrar al niño la realización

del acto sexual, hasta la exposición a revistas o videos inadecuados. Suceden etapas extensas que pueden iniciar en una edad temprana y acostumbra a ir acompañado de la persuasión del niño, quien no cuenta con la madurez intelectual y emocional para dar consentimiento ante tal acto (Ceruti y Marquevich, 2021; Raygoza Díaz, 2009).

3.1.2 Características generales

El ASI es una preocupación global que afecta a millones de niños en todo el mundo. Este fenómeno devastador tiene consecuencias a corto y largo plazo para la salud física, mental y emocional de los niños que lo experimentan. El abuso sexual le arrebata al menor la inocencia, su derecho a descubrir su propia sexualidad gradualmente y, sobre todo, a vivir experiencias sexuales en sintonía con su capacidad física y psicológica. Es decir, el abuso sexual quita de manera abrupta la sensación de valía y la inocencia del niño, y ataca su integridad. Cuando un niño es víctima de abuso sexual, vivencia una sensación de total desprotección. No existe manera de que pueda ser cubierta su necesidad básica de sentirse seguro y empieza a vivir en una total desesperanza (Canales, 2013).

Unicef (2018) desde el punto de vista legal remarca que el abuso se trata siempre de un delito que atenta contra la integridad sexual. Contempla diversas figuras: abuso sexual simple, abuso sexual calificado, violación, promover o facilitar la corrupción al igual que la prostitución; financiar, ofrecer, comerciar, publicar, facilitar, divulgar o distribuir representaciones de menores dedicados a actividades sexuales explícitas; exhibiciones obscenas. Además, deben considerarse la

explotación sexual y la trata: captar, trasladar, recibir o acoger personas con fines de explotación.

El abuso sexual, en palabras de Mattera (2021), es una de las formas en las que se evidencia y manifiesta el maltrato infantil, caracterizada por la conducta de un adulto, en la cual un niño, niña y adolescente se ve involucrado frente a una actividad sexual ajena a su capacidad de comprensión o no se encuentra madurativamente en condiciones para dar su consentimiento.

La escena del abuso en general se presenta luego de la preparación dirigida a una situación que paraliza psicológicamente a la víctima, el abusador, de manera deliberada, se propone someter a su víctima indefensa (Losada y Saboya, 2013).

Cantón-Cortés et al. (2011), indican que las víctimas que han sufrido abusos como tocamientos y principalmente penetración, y las víctimas de abusos ininterrumpidos, son particularmente vulnerables a verse a sí mismas y a sus familias como culpables del abuso. Lo más dificultoso es romper el silencio, ya que supone que estas vivencias son incomunicables, el abusador manipula el poder y atribuye a la víctima la responsabilidad del secreto, haciendo creer que su silencio ampara al abusador, al mismo niño y a su familia. Genera que el niño entienda que cualquier intento por modificar el statu quo de la situación perjudicará a él y a su familia. La víctima, por consiguiente, presenta una modificación de su estado de conciencia, pierde la capacidad crítica y la focalización de la atención, encontrándose bajo el poder abusivo de quien domina la relación, lo cual promueve a la víctima a efectuar revelaciones parciales, exageradas o con retrocesos (Ferrante, 2009).

El ASI, no es un conflicto reciente, sino que se ha manifestado a lo largo de la historia. En palabras de Losada (2011) es una problemática que se observa de manera reiterada en todas las sociedades y culturas. Sus efectos perjudiciales denotan seriedad e ilustran las obligaciones profesionales de un mayor entendimiento al respecto.

Las secuelas del abuso sexual son variadas y heterogéneas. Los sujetos que sufren de ASI enfrentan desafíos iniciales y otros a largo plazo, todos ellos en áreas físicas, psicológicas y sociales. Por su parte, Summit (1983) mencionó que los niños que han atravesado situaciones de abuso sexual enfrentan un trauma secundario durante la crisis del reconocimiento del ASI, ya que, si bien los abusos ocurren de manera reiterada, es consabido que las víctimas no los denuncien nunca, situación que contribuye a agravar los efectos traumáticos de los mismos. La incredulidad, la culpa y el rechazo de los adultos obstaculizan sus esfuerzos por reconciliar sus experiencias privadas con las realidades del mundo exterior. El comportamiento normal de afrontamiento del niño contradice las creencias y expectativas arraigadas que suelen tener los adultos, estigmatizando al niño con cargos de mentir, manipular o imaginar por parte de los padres, los tribunales y los médicos. Ese abandono por parte de los mismos adultos, que es más crucial para la protección del niño, lleva al niño más profundamente a la culpa, el odio a sí mismo, la alienación y la revictimización.

Bajo la misma perspectiva, Canales (2013) describe que el abuso sexual que se vive en la infancia no solo tiene secuelas en ella, sino que aquellos menores que han sufrido esta terrible experiencia arrastran sus consecuencias hasta la edad adulta.

Entre los resultados acontecidos en un plazo superior a los dos años del cese del ASI, se observa un gran número de casos que desarrollan a posteriori patologías alimentarias -voracidad, anorexia o bulimia- y trastornos del sueño (Colombo et al. 2008). Sobre todo, en aquellos que han sido descalificados, retractados y acusados en sus relatos acerca del abuso infantil y/o sin un adecuado tratamiento judicial y/o familiar del AS. La víctima de abuso sexual, por su corta edad, se halla impedida de elaborar la situación traumática que lo asedia y a su vez lo inhibe en su crecimiento y desarrollo.

Así también, toda situación de abuso integra una situación traumática que incita a la disociación. En tanto, un ambiente facilitador puede comprender y servir al niño como estructurador en su desarrollo, pudiendo resolver la problemática de la disociación. Las autoras expusieron que los niños que presentan este desorden disociativo posterior de episodios de abuso sexual tienen padres con precedentes observables de disociación. Bajo esta línea, Losada (2012) desarrolla que la capacidad de disociar puede ser transmitida de una generación a otra como ciclo del abuso o ser la resultante de la continuación a otra en una familia.

En una investigación, Losada (2011), sostuvo que al ser la ley del silencio lo que mantiene y propaga el abuso en el tiempo y que la lealtad invisible es lo que lo instiga a repetirlo y transmitirlo transgeneracionalmente, para quebrar este silencio, se deberá trabajar respecto de la contención a las víctimas y en tratamientos rehabilitadores para los victimarios. Para ello, se requiere que el paciente pase de las conductas impulsivas a la manifestación de sus emociones y sentimientos, ya que esto facilita la aparición de un pensamiento más reflexivo, suprimiendo los sentimientos de culpa y vergüenza que el ASI produce.

Varios autores mencionan que los tratamientos del ASI, abocados al abordaje del abuso, tienen como objetivo ayudar a la víctima a afrontar las vivencias estresantes y, de esta manera, alivianar y arrostrar los afectos, emociones y sentimientos negativos que desencadenaron; para ello es necesario que el psicólogo prescinda de posturas y actitudes morales o humanitarias, juicios condenatorios o actitudes compasivas que acentúan la victimización del abusado (Guañabens, 2009).

Por su parte, cabe destacar que las consecuencias del ASI son profundas y de largo alcance, afectando la salud mental, el desarrollo emocional y las relaciones sociales de las víctimas. Entre las consecuencias más comunes se encuentran el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, la ansiedad y los problemas de comportamiento (Lewis et al., 2020). Además, las víctimas de ASI tienen un mayor riesgo de revictimización y de desarrollar comportamientos autodestructivos (Chen et al., 2019).

Asimismo, la prevalencia del ASI varía significativamente entre diferentes regiones y contextos. Un estudio reciente en Estados Unidos encontró que aproximadamente el 10% de los niños han experimentado alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años (Finkelhor et al., 2019). En Europa, las cifras son similares, con un metaanálisis que estima una prevalencia del 9,2% (Stoltenborgh et al., 2020). En América Latina, las tasas pueden ser aún más altas debido a factores socioculturales y económicos que dificultan la denuncia y la intervención (Pereda et al., 2021).

3.1.3 Abuso Sexual Infantil: Perspectiva desde las neurociencias

El ASI es una experiencia traumática con profundas repercusiones para el desarrollo neurobiológico. Las neurociencias han permitido una mayor comprensión de los efectos del ASI en el cerebro en desarrollo, destacando las implicaciones a largo plazo para la salud mental y física de las víctimas.

3.1.3.1 Efectos del ASI en el desarrollo cerebral

Las investigaciones han mostrado que el ASI puede alterar significativamente el desarrollo de estructuras cerebrales clave. Uno de los hallazgos más consistentes es el impacto en el hipocampo, una región crítica para la memoria y el aprendizaje. Estudios de neuroimagen han demostrado una reducción en el volumen del hipocampo en individuos que han sufrido ASI (Teicher et al., 2003). Además, la amígdala, involucrada en la regulación de las respuestas emocionales y el procesamiento del miedo, muestra hiperactividad en víctimas de ASI, lo que contribuye a una mayor predisposición a la ansiedad y TEPT (McCrory et al., 2011).

La corteza prefrontal, responsable de funciones ejecutivas como la toma de decisiones y el control de impulsos, también se ve afectada. La exposición al estrés crónico y al trauma durante la infancia puede interferir con el desarrollo de esta región, resultando en dificultades en la regulación emocional y el comportamiento (De Bellis et al., 1999).

El ASI tiene consecuencias duraderas para la salud mental y física de los sobrevivientes. La alteración de los circuitos de estrés, particularmente el eje HPA

(Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal), juega un papel central en la manifestación de estos efectos. La activación crónica del eje HPA conduce a niveles elevados de cortisol, lo cual puede tener efectos tóxicos en el cerebro y el cuerpo (Gunnar y Quevedo, 2007).

Entre los trastornos de salud mental más comunes en sobrevivientes de ASI se encuentran el TEPT, la depresión y la ansiedad. La disfunción en los sistemas de neurotransmisores y la respuesta al estrés contribuyen a una mayor vulnerabilidad a estos trastornos (Heim et al., 2000). Además, los problemas conductuales como la agresividad y las conductas autodestructivas son prevalentes en esta población (Noll et al., 2003).

En términos de salud física, el ASI se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas y diabetes, debido al estrés persistente y la inflamación sistémica (Danese y McEwen, 2012). Asimismo, la función inmunológica puede verse comprometida, aumentando la susceptibilidad a infecciones y enfermedades (Shirtcliff et al., 2009).

3.1.3.2 Intervenciones y tratamientos neurobiológicos

Las intervenciones efectivas deben abordar tanto los síntomas psicológicos como los cambios neurobiológicos. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas de TEPT y en la mejora de las habilidades de afrontamiento (Cohen et al., 2004). Además, la terapia de juego puede ser una herramienta valiosa para ayudar a los niños a procesar sus experiencias traumáticas y expresar sus emociones (Gil, 2011).

Desde una perspectiva neurobiológica, las intervenciones farmacológicas pueden ser necesarias para regular los sistemas de neurotransmisores afectados. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros medicamentos pueden ayudar a estabilizar el estado de ánimo y reducir la ansiedad (Brent et al., 2009). De igual modo, los programas de rehabilitación cognitiva pueden ser beneficiosos para mejorar las funciones ejecutivas y las habilidades de afrontamiento (De Bellis et al., 2011).

3.1.4 Abuso Sexual Infantil desde la perspectiva sistémica

El ASI es un fenómeno complejo que afecta a múltiples dimensiones de la vida del menor y de su entorno. Desde la perspectiva sistémica, se entiende que el abuso no solo impacta al niño víctima, sino que también afecta a su familia y a la comunidad en la que vive. Esta visión holística permite comprender mejor la dinámica del abuso y sus consecuencias a largo plazo. Esta perspectiva resalta la interconexión de diversos factores y cómo estos pueden ser abordados de manera integrada para prevenir y tratar el ASI. Así también, ofrece un marco comprensivo para entender el ASI, considerando las interacciones y relaciones dentro del sistema familiar y la sociedad en general, no solo enfocándose en el individuo afectado, sino en los contextos y dinámicas familiares que pueden perpetuar o mitigar el abuso (Smith et al., 2020).

3.1.4.1 Factores contribuyentes al ASI desde una perspectiva sistémica

1. **Microsistema**: Las dinámicas familiares juegan un papel crucial en la aparición del ASI. Familias con disfunciones, violencia doméstica, y antecedentes de abuso tienden a tener una mayor incidencia de ASI (Cicchetti, 2018).

2. **Mesosistema**: La calidad de las interacciones entre diferentes microsistemas, como la relación entre la escuela y la familia, puede influir en la capacidad de detección y respuesta ante el ASI (López et al., 2019).

3. **Exosistema**: Factores como el estrés laboral de los padres y la falta de apoyo social pueden aumentar el riesgo de ASI al afectar negativamente la calidad de la crianza (Garbarino, 2001).

4. **Macrosistema**: Las normas culturales y las políticas públicas desempeñan un papel significativo en la prevención y tratamiento del ASI. Culturas con normas patriarcales o que minimizan el impacto del ASI pueden tener mayores tasas de incidencia (Hebert et al., 2019).

La teoría sistémica se basa en la idea de que las familias y otros sistemas sociales funcionan como un conjunto interconectado donde cada parte afecta a las demás. En el contexto del ASI, esto significa que el abuso no puede ser visto aisladamente, sino como parte de una dinámica compleja que involucra a la víctima, al agresor, y a otros miembros de la familia (Jones y Brown, 2019).

Según Bronfenbrenner (1979), el desarrollo infantil está influenciado por múltiples sistemas que interactúan entre sí. Estos incluyen el microsistema -familia inmediata-, el mesosistema -interacciones entre microsistemas-, el exosistema -

entornos indirectos-, y el macrosistema -cultura y normas sociales-. La perspectiva sistémica aplica este enfoque para entender cómo los diferentes niveles de influencia pueden contribuir al ASI.

3.1.4.2 Sistema familiar

El abuso sexual a menudo se perpetra dentro del entorno familiar. La dinámica familiar, incluidas las relaciones de poder, secretos y patrones de comunicación, juega un papel crucial en la ocurrencia y el encubrimiento del ASI (López et al., 2020). La teoría de los sistemas familiares sugiere que el abuso puede ser una manifestación de disfunciones familiares más amplias (Minuchin, 1974).

3.1.4.3 Sistema social y comunitario

Los factores sociales y comunitarios también influyen en la prevalencia del ASI. La falta de cohesión social, el aislamiento y la pobreza son factores de riesgo significativos (Putnam, 2003). Las comunidades con fuertes redes de apoyo y recursos accesibles pueden desempeñar un papel protector.

3.1.4.4 Influencia cultural

La cultura afecta la percepción y respuesta al ASI. En algunas culturas, los tabúes y estigmas asociados al abuso pueden impedir la denuncia y el tratamiento

(Fontes, 2005). La educación y sensibilización culturalmente sensibles son esenciales para abordar estas barreras.

3.1.5 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para el ASI son multifacéticos e incluyen aspectos individuales, familiares y sociales. Entre los factores individuales, la edad y el género son significativos, ya que las niñas y los niños más pequeños están en mayor riesgo (Pereda et al., 2021). En el contexto familiar, el abuso de sustancias, la violencia doméstica y la disfunción familiar son factores contribuyentes. Además, factores sociales como la pobreza, la falta de educación y las normas culturales que toleran la violencia también aumentan la vulnerabilidad de los niños al abuso sexual (Lalor y McElvaney, 2010).

3.1.6 Historia Legal del Abuso Sexual Infantil en Argentina

3.1.6.1 Inicios de la legislación penal

La preocupación por la protección de los menores en Argentina data de los primeros códigos penales del país. El Código Penal de 1921 establecía penas para quienes cometieran abusos sexuales, aunque las definiciones y las sanciones eran menos específicas y severas que las actuales (Carranza, 2020).

3.1.6.2 Reformas de la década de 1990

Un punto de inflexión importante en la legislación argentina sobre el abuso sexual infantil ocurrió en la década de 1990, con la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por parte de Argentina en 1990. Esta convención internacional obligó al país a armonizar su legislación con los estándares internacionales, promoviendo una mayor protección para los menores (UNICEF, 2019).

En 1994, se promulgó la Ley 24.417, conocida como la Ley de Protección contra la Violencia Familiar, que, aunque no ha de enfocarse exclusivamente en el abuso sexual infantil, representó un avance importante al establecer medidas de protección para las víctimas de violencia dentro del ámbito familiar (Congreso de la Nación Argentina, 1994).

3.1.6.3 Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

En el siglo XXI, la legislación argentina ha seguido evolucionando. La Ley 26.061, promulgada en 2005, conocida como la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, desarrolló un marco integral de protección que incluye medidas contra el abuso sexual (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2005).

Además, en 2011 se aprobó la Ley 26.705, que establece la imprescriptibilidad de los delitos contra la integridad sexual de los menores,

reconociendo la dificultad que muchas víctimas tienen para denunciar estos delitos en su infancia (Congreso de la Nación Argentina, 2011).

3.1.6.4 Ley 27.206 - Ley de Respeto a los Tiempos de las Víctimas

En 2015, se promulgó la Ley 27.206, conocida como la Ley de Respeto a los Tiempos de las Víctimas. Esta ley permite que las denuncias por abuso sexual infantil puedan realizarse en cualquier momento, sin estar sujetas a la prescripción, entendiendo que las víctimas pueden tardar años en procesar y denunciar el abuso sufrido (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015).

3.1.6.5 Reformas legislativas recientes

En la segunda mitad del siglo XX, la creciente conciencia social y la presión internacional llevaron a reformas significativas en la legislación argentina sobre el abuso sexual infantil. La legislación más reciente ha buscado fortalecer aún más la protección de los menores. En 1999, una importante reforma al Código Penal argentino introdujo cambios significativos en los artículos relacionados con los delitos sexuales. Se aumentaron las penas y se incluyeron disposiciones específicas para el abuso sexual infantil, reflejando una mayor comprensión de la gravedad de estos delitos y la necesidad de proteger a los menores de edad (Congreso de la Nación Argentina, 1999). En 2020, se implementaron modificaciones a la Ley 26.061 para incluir la obligación de denunciar cualquier

sospecha de abuso sexual infantil por parte de profesionales de la salud y la educación (Ley 27.455).

3.1.6.6 Impacto de la legislación

Las reformas legislativas en Argentina han tenido un impacto significativo en la protección de los menores y la persecución de los delitos de abuso sexual infantil. Las leyes han buscado no solo endurecer las penas y eliminar la prescripción de estos delitos, sino también aumentar un enfoque integral y sensible a las necesidades de las víctimas.

La evolución de la legislación argentina sobre el abuso sexual infantil refleja un compromiso creciente con la protección de los derechos de los menores. Desde las primeras disposiciones penales hasta las reformas más recientes, Argentina ha avanzado significativamente en la creación de un marco legal que busca prevenir, sancionar y erradicar el abuso sexual infantil, ofreciendo a las víctimas un mayor apoyo y garantizando que sus derechos sean respetados.

3.1.7 La Legislación Argentina sobre Abuso Sexual Infantil: Ley Nacional 26.485

El ASI es un problema grave que afecta a muchas sociedades, y Argentina no es una excepción. La legislación argentina ha evolucionado para abordar y penalizar este delito, proporcionando mecanismos de protección y apoyo a las víctimas.

En consecuencia, la protección de los derechos de los niños y niñas es una prioridad en cualquier sociedad. En Argentina, la legislación sobre ASI ha sido reforzada a través de la Ley Nacional 26.485 (2009), también conocida como Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Esta ley, promulgada en 2009, marca un hito significativo en la lucha contra la violencia de género y, por extensión, contra el ASI.

Así pues, la Ley Nacional 26.485 establece un marco legal integral para abordar la violencia contra las mujeres, incluyendo a las niñas y adolescentes, reconociendo el abuso sexual como una forma específica de violencia de género. Esta ley no solo se centra en la sanción de los perpetradores, sino que también promueve la prevención y la protección de las víctimas a través de diversas políticas y programas.

En sintonía con lo recién mencionado, el artículo 119 del Código Penal argentino, complementado por la Ley 26.485, tipifica el ASI y establece las penas correspondientes para quienes cometan este delito. Según esta legislación, el abuso sexual es cualquier acción que implique el contacto corporal o el empleo de fuerza física o intimidación, destinada a satisfacer deseos sexuales del agresor, cuando la víctima sea menor de edad.

Uno de los aspectos más destacados de la Ley 26.485 (2009) es su enfoque preventivo. La ley promueve la implementación de programas educativos en todos los niveles del sistema educativo argentino. Estos programas están diseñados para sensibilizar y educar a los niños, padres y educadores sobre los derechos de los

niños, los riesgos del abuso sexual y las maneras de identificar y denunciar situaciones de abuso.

Por su parte, la educación sexual integral (ESI) es una herramienta clave en esta estrategia preventiva. La ESI, obligatoria en todas las instituciones educativas del país desde 2006, busca proporcionar a los estudiantes conocimientos y habilidades para reconocer y rechazar situaciones de abuso, además de promover el respeto por los derechos de los demás.

De igual modo, la prevención del ASI requiere un enfoque multifacético que incluya educación, vigilancia y apoyo social. Programas educativos diseñados para enseñar a los niños sobre los límites del cuerpo y cómo reportar comportamientos inapropiados han mostrado ser efectivos (Walsh et al., 2020). Además, la formación y el apoyo a los padres y cuidadores son cruciales para crear entornos seguros para los niños.

Así también, intervenciones terapéuticas, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ha demostrado ser efectivas para ayudar a las víctimas a manejar los efectos del trauma (Deblinger et al., 2021). También es esencial un enfoque coordinado que involucre a profesionales de la salud, trabajadores sociales y el sistema legal para proporcionar una respuesta integral y sensible a las necesidades de las víctimas.

3.1.8 Asistencia y protección a las víctimas

La Ley 26.485 (2009) establece un sistema integral de asistencia y protección para las víctimas de violencia sexual. Esto incluye la creación de refugios

temporales, líneas telefónicas de emergencia, y la provisión de atención médica y psicológica especializada. La ley también garantiza el acceso a la justicia para las víctimas, facilitando procesos judiciales más sensibles y rápidos.

La intervención temprana es crucial en casos de ASI. Por ello, la ley promueve la formación de equipos interdisciplinarios que trabajan en la identificación temprana de las víctimas y en la intervención inmediata para evitar la revictimización y garantizar la protección integral de los niños y niñas afectados.

Para la implementación efectiva de la Ley 26.485, se requiere una coordinación intersectorial entre diferentes organismos del Estado. Esto incluye ministerios, fuerzas de seguridad, y organizaciones de la sociedad civil. La ley establece la creación del Consejo Nacional de las Mujeres, luego Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), que juega un papel central en la supervisión y coordinación de las políticas de prevención y asistencia.

Además, las provincias y municipios tienen la responsabilidad de adaptar y aplicar la ley en sus respectivas jurisdicciones, garantizando que las medidas de protección lleguen a todas las áreas del país, incluidas las más remotas y vulnerables.

3.1.9 Retos y desafíos en la implementación

A pesar de los avances legislativos, la implementación efectiva de la Ley 26.485 (2009) enfrenta varios desafíos. La falta de recursos, la capacitación insuficiente de los profesionales y la resistencia cultural en algunas comunidades dificultan la aplicación de las políticas de prevención y protección.

La subnotificación de casos de ASI sigue siendo un problema significativo. Muchas víctimas no denuncian debido al miedo, la vergüenza o la desconfianza en el sistema judicial. La ley busca abordar estos problemas a través de campañas de sensibilización y el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario, pero aún queda mucho por hacer para lograr una protección efectiva y universal.

En síntesis, la Ley Nacional 26.485 (2009) representa un marco legal robusto y comprensivo para combatir el ASI en Argentina. Al integrar la prevención, la protección y la sanción en un enfoque integral, la ley busca no solo castigar a los perpetradores, sino también proteger y empoderar a las víctimas. Sin embargo, la implementación efectiva de esta ley requiere un compromiso continuo y coordinado de todas las partes involucradas. A través de la educación, la sensibilización y el fortalecimiento de las instituciones, Argentina puede avanzar hacia una sociedad donde los derechos de los niños y niñas sean plenamente respetados y protegidos.

Para finalizar, el ASI es un problema grave y prevalente que afecta a millones de niños en todo el mundo. Este fenómeno no solo tiene un impacto profundo e inmediato en las víctimas, sino que también tiene consecuencias a largo plazo que pueden persistir durante toda la vida.

3.1.10 Estrategias de prevención

La prevención del ASI requiere un enfoque multidimensional que involucre a individuos, familias, comunidades y sistemas legales. Programas educativos que enseñan a los niños sobre el consentimiento y los límites corporales han mostrado ser efectivos (Wurtele, 2009). A nivel familiar, intervenciones que fortalezcan las

habilidades parentales y reduzcan los factores de riesgo familiares son cruciales. Además, la creación de políticas públicas que promuevan la protección infantil y la implementación de leyes estrictas contra los perpetradores son esenciales para prevenir el ASI (Mathews y Collin-Vézina, 2019).

3.2 Obesidad

3.2.1 Definición

Custodio et al. (2015) señalan que, durante muchos años, la obesidad fue considerada un problema estético y, por lo tanto, no era percibida ni por pacientes ni por profesionales como una enfermedad. De hecho, hasta principios del siglo XX, el padecimiento de esta problemática se consideraba producto de la falta de control respecto de las comidas y, por lo tanto, de total responsabilidad individual. Esta situación se fue modificando a lo largo del tiempo, siendo, en la actualidad, la obesidad declarada como una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública.

En concordancia, la obesidad, es considerada como el exceso de peso a cargo del tejido adiposo, usualmente es clasificada, atendiendo al índice de masa corporal (IMC), como la relación del peso, dividida por el cuadrado de la talla. La OMS y las sociedades científicas consideran que existe obesidad cuando el IMC es ≥ 30 kg/m2, y obesidad mórbida cuando el IMC es ≥ 40 kg/m2. Se pueden especificar tres categorías para la obesidad mórbida: 40-49,9 kg/m2 -obesidad mórbida- y ≥ 50 kg/m2 superobesidad mórbida-, ya que desde el punto de vista

quirúrgico tiene implicaciones a la hora de seleccionar la técnica más apropiada, y una tercera categoría, es la correspondiente a IMC ≥ 60 kg/m2 (Rubio et al., 2004).

En sintonía con lo expresado por Rubio et al. (2014) y Yen et al. (2014), ambas investigaciones enuncian que cuando la obesidad alcanza el nivel de "obesidad mórbida", es asociada con efectos adversos en casi todos los sistemas de órganos, pudiendo disminuir de manera drástica la esperanza de vida y la calidad de vida de sus víctimas. En 1991, el National Institute of Health —Consenso del Instituto Nacional de Salud— estableció las pautas para la cirugía bariátrica para pacientes con IMC superior a 35 kg / m2 con graves comorbilidades relacionadas con la obesidad y para aquellos con IMC mayor de 40 kg / m2 con o sin comorbilidad.

Losada (2009) indicó que los trastornos alimenticios son enfermedades conductuales devastadoras causadas por una serie de factores que pueden incluir trastornos emocionales, presiones familiares, sensibilidad genética o biológica, cultura de sobreabundancia de comida y obsesión con la delgadez, como así también la exposición a ciertos tipos de violencia, especialmente el Síndrome de Acomodación al ASI. Los sujetos que han atravesado las diferentes etapas del mencionado síndrome y se han quedado en el estadio de la retractación pueden manifestar posteriormente patologías alimentarias tales como anorexia y bulimia, siendo consultantes en la demanda actual de asistencia por padecimiento de patologías alimentarias.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014/2016), la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud (Ruban et al., 2019). La obesidad posee una

causa multifactorial que incluye tanto factores genéticos como ambientales, dietéticos, culturales y psicosociales. Por su parte, cuando la obesidad supera sus límites, se la denomina obesidad mórbida, la cual es asociada con efectos adversos en casi todos los sistemas de órganos, pudiendo disminuir de manera drástica la expectativa y calidad de vida de sus víctimas (Yen et al., 2014). Su etiopatogenia se puede describir como un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, generando un balance calórico positivo. Hay muchos mecanismos que influyen en el aumento de la ingesta, incluidas las formas de vida, los factores sociales, psicológicos, culturales, educativos y personales, así como el manejo del apetito y las sensaciones de hambre y saciedad (Errandonea, 2012).

Por lo tanto, cuando se habla de obesidad mórbida, se hace referencia a la enfermedad que causa obesidad. Varios problemas relacionados o factores comórbidos aparecen con el aumento de peso. Los problemas de sobrepeso son médicos, psicológicos, sociales, físicos y económicos (Casalnuovo y Refi, 2009).

Gargallo Vaamonde y Álvarez-Món (2020) describen a la obesidad como una enfermedad multifactorial, cuya etiopatogenia y evolución es influenciada por múltiples acontecimientos que interaccionan entre sí. Así también atañe prácticamente todos los ámbitos de la salud de las personas, y la expresión de comorbilidades es muy variada. Esto fomenta la individualización y una actitud activa en el diagnóstico, así como la valoración de la propia obesidad y sus comorbilidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), más de 1.9 mil millones de adultos, 18 años y mayores, tenían sobrepeso en 2016, y de estos, más de 650 millones eran obesos. La obesidad está asociada con diversas

enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (Flegal et al., 2013).

3.2.2 Características generales

Desde la perspectiva del DSM-V, la obesidad no está incluida como un trastorno mental. Como exceso de grasa corporal, la obesidad es el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Su multifactorialidad puede variar entre los individuos y contribuye al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental. Sin embargo, hay asociaciones importantes entre la obesidad y ciertos trastornos mentales -trastorno por atracones, trastorno depresivo y bipolar, esquizofrenia-. Los efectos secundarios de algunos medicamentos psicotrópicos contribuyen en gran medida al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales como pueden ser los trastornos depresivos (DSM V, 2014).

Históricamente, un pensamiento reduccionista de abordaje aún presente en muchos grupos sociales y profesionales, consideraba a la obesidad como una cuestión de kilos. En cambio, desde un abordaje interdisciplinario, se especifica que han de existir tantos diagnósticos psicopatológicos, fenómenos psicosomáticos, como sujetos se presentan en la consulta, dado que no hay una relación lineal de cualidad ni de cantidad entre peso corporal y psicopatología (Strada y Panzitta, 2009).

Tal como refirieron Katz y Cappelletti (2018), en primer lugar, la obesidad está asociada al exceso de peso, a la cantidad de kilos de más que tiene una persona. Sin embargo, cada persona posee una historia, una genética, un medio social y afectivo que da cuenta de su obesidad con características singulares. Para Katz y Cappelletti, la obesidad es una enfermedad genético-metabólica en la que intervienen distintos aspectos: los genéticos, psicológicos, sociales y que, de acuerdo con los grados en los que se presente cada aspecto, dará cuenta de una trama donde predomine uno sobre otros. Las personas con obesidad evidencian patrones alimentarios anormales que se manifiestan a través de una relación conflictiva con la comida y el cuerpo.

Cabello y Zúñiga (2007), por su parte, indican que la génesis de la obesidad se halla relacionada con los eventos estresantes vividos, razón por la cual se emplea la comida como amparo para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios aprendidos en el ámbito familiar son considerados un fuerte detonador de la obesidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria, tal como enuncian Méndez et al. (2008), componen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. La mayor dificultad radica en la falta de tratamientos farmacológicos o nutricionales comprobados, por lo que se ofrecen a través de grupos interdisciplinarios basados en psicoterapia, estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico y un programa psicopedagógico, el cual lleva meses o años. Estos grupos se hallan conformados por psicólogos, psiquiatras, médicos endocrinólogos y nutricionistas.

El sobrepeso y la obesidad sostienen Reyes Figueroa y Muñoz Tamayo (2008), se relacionan con diferentes enfermedades crónicas discapacitantes que deterioran y perjudican el funcionamiento y la calidad de vida de los sujetos. También se los ha relacionado con el desarrollo y perpetuación de ciertas alteraciones psicopatológicas. En estos casos, los trastornos depresivos y de ansiedad han sido las entidades más comúnmente encontradas. Asimismo, se ha encontrado una mayor prevalencia en obesos de eventos traumáticos, como ASI, maltrato o negligencia de los padres. Los patrones de alimentación y las estrategias de afrontamiento que se han relacionado con la obesidad de algunos sujetos pueden verse afectados por tales eventos. El desarrollo de diferentes tratamientos para controlar la obesidad busca mejorar integralmente los aspectos físicos, emocionales y sociales del individuo.

Desde una mirada más amplia y utilizando la etiología multifactorial del exceso de peso corporal, Bautista-Díaz et al. (2019) describen la obesidad desde tres dimensiones: biofisiológica, relacionada con las comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, entre otros; la psicológica, que se refiere a los trastornos alimentarios, depresión, baja autoestima, otros; por último, la sociocultural con referencia a la estigmatización y discriminación. Para los autores, la dimensión sociocultural en los estudios de la psicología social es descrita como la que potencializa las consecuencias de las otras dos dimensiones. Esto se debe al hecho de que se establece en diferentes contextos, tales como: familiar, escolar, laboral y sanitario/hospitalario.

En relación con lo desarrollado, son Katz y Cappelletti (2018) quienes plantean diferenciar distintos modos de manifestación de la obesidad. Por un lado, la

obesidad que presenta una importante y predominante carga genética, por otro, las obesidades que surgen como consecuencia de situaciones traumáticas infantiles donde predominan factores psicológicos como desencadenantes; así también encontramos obesidades que surgen luego de pérdidas importantes donde la dificultad en la elaboración de los duelos es un factor determinante en algunos pacientes. También se encuentran las obesidades que surgen en la menopausia; las que surgen episódicamente luego de un tratamiento medicamentoso, sea corticoide, medicación psiquiátrica las que requieren la elaboración de diagnósticos diferenciales y estrategias terapéuticas singulares, evitando generalizaciones.

Así mismo, los desórdenes alimentarios, según algunos autores, son considerados una manera de adaptarse a las experiencias vividas estresantes (Gómez Dupertuis et al., 2009). Es por ello por lo que los atracones funcionan de manera compensatoria, permitiendo reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos, dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción. Los trastornos alimentarios funcionan como una manera de protegerse de hechos estresantes, como el abuso sexual, cubriendo la situación estresante con la preocupación por la alimentación y el peso, su lucha por controlar la comida es una manera de ignorar los efectos nocivos del abuso (Mambrú Tavarez, 2009).

Para profundizar esta temática, Allegue (2009) sostiene que los pacientes con obesidad suelen presentar antecedentes de maltrato infantil, abuso físico o sexual. En tanto, Losada (2009, 2011) describe que previo a estas patologías, existen modelos de vulnerabilidad, es decir, que se halla un factor de riesgo como condición que acentúa la posibilidad de originar un desajuste psicosocial. Este factor es el del abuso sexual, cuyos resultados son los diferentes trastornos del comportamiento

alimentario, los trastornos somáticos, como así también el trastorno en el sueño; pudiendo comprometer igualmente aspectos del desarrollo de los sujetos. Otros factores psicosociales de exposición coexisten, como la presencia de trastornos psiquiátricos, antecedentes depresivos en la familia; abuso de narcóticos en los padres o alcoholismo; obesidad premórbida; comentarios despectivos recibidos respecto del aspecto físico y la alteración de la imagen corporal en las mujeres adolescentes (Allegue, 2009; Peláez Fernández et al., 2005).

Bajo esta temática, Mazagatos et al. (2015) enuncian que la obesidad mórbida es una patología cada vez más habitual en nuestro entorno, coincidiendo que existen múltiples factores socioculturales, interpersonales, intrapsíquicos y orgánicos, incluidos los genéticos, que determinan y/o condicionan la evolución hacia la obesidad mórbida. Sin embargo, enfatizan que, los pacientes que han sido objeto de abuso sexual tienden a sentir su autoestima disminuida por ser obesos, es decir, viven su obesidad como algo que les resta valor personal.

En concordancia con lo hasta aquí mencionado, Casalnuovo y Refi (2009) refieren que la obesidad es el estado anormal de la salud por un exceso de grasa corporal, es decir, por un número excesivo de células grasas aumentadas de tamaño —hipertrofiadas—. La inactividad física, el sedentarismo característico de los estilos de vida, la alimentación elevada en calorías, grasas y azúcares en la comida de mala calidad, juntamente con factores genéticos predisponentes al sobrepeso, son factores importantes en el desarrollo de este mal.

En los últimos años, la prevalencia de la obesidad ha seguido aumentando a nivel mundial. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2023), aproximadamente el 39% de los adultos en el mundo son considerados con

sobrepeso, y el 13% son obesos. Debido a la urbanización y los cambios en los estilos de vida, este fenómeno está en aumento tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo.

La obesidad está influenciada por una variedad de factores complejos, incluidos factores genéticos, metabólicos, ambientales, psicológicos y socioeconómicos. Los hábitos alimenticios poco saludables y la falta de actividad física son los principales factores modificables. Sin embargo, estudios recientes han destacado la influencia de factores menos conocidos, como el sueño insuficiente y el estrés crónico (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*, 2021).

El tratamiento de la obesidad generalmente incluye una combinación de cambios en el estilo de vida, terapia conductual y, en algunos casos, medicación o cirugía. La cirugía bariátrica ha demostrado ser una opción efectiva para individuos con obesidad mórbida, proporcionando mejoras significativas en la pérdida de peso y reducción de comorbilidades (Mechanick et al., 2020). Además, estudios recientes han explorado los efectos de las intervenciones psicológicas y la importancia de un enfoque multidisciplinario para tratar la obesidad (Obesity Society, 2023).

3.2.3 Causas de la Obesidad

3.2.3.1 Factores genéticos

Los estudios han demostrado que la genética juega un papel crucial en la predisposición a la obesidad. Investigaciones han identificado varios genes

asociados con la regulación del apetito, el metabolismo y la distribución de la grasa corporal (Speliotes et al., 2010). Estos hallazgos sugieren que las variantes genéticas pueden influir en la susceptibilidad individual a ganar peso en un ambiente determinado.

3.2.3.2 Factores ambientales

El ambiente moderno promueve el desarrollo de la obesidad a través de una abundancia de alimentos altamente calóricos y una disminución en la actividad física. La disponibilidad de alimentos procesados y la prevalencia de estilos de vida sedentarios contribuyen significativamente al incremento de la obesidad en las poblaciones urbanas (Swinburn et al., 2004).

3.2.3.3 Factores conductuales

Los hábitos alimenticios y los niveles de actividad física son factores determinantes en el desarrollo de la obesidad. El consumo de dietas ricas en grasas y azúcares, junto con un estilo de vida sedentario, son los principales impulsores de la obesidad. La psicología del comportamiento y la modificación de hábitos son áreas clave en la intervención y el tratamiento de esta condición (Wing y Hill, 2001).

3.2.4 Consecuencias de la obesidad

La obesidad está asociada con una serie de complicaciones médicas. Entre ellas, la resistencia a la insulina y la diabetes tipo 2 son especialmente prevalentes. Además, la obesidad contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión y la arteriosclerosis (Eckel et al., 2005). La obesidad también está relacionada con un aumento en el riesgo de ciertos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de mama y el cáncer de colon (Calle et al., 2003).

3.2.5 Enfoques de tratamiento

El tratamiento de la obesidad requiere un enfoque multidisciplinario que incluya modificaciones en la dieta, aumento de la actividad física y, en algunos casos, intervenciones farmacológicas o quirúrgicas. Las intervenciones conductuales, como la terapia cognitivo-conductual, han mostrado eficacia en la promoción de cambios sostenibles en el estilo de vida (Wadden et al., 2012).

3.2.6 Intervenciones dietéticas

Las dietas bajas en calorías y equilibradas son fundamentales en el manejo del peso. Programas dietéticos que incluyen el control de las porciones y la reducción del consumo de alimentos procesados son estrategias efectivas (Rolls et al., 2004).

3.2.6.1 Actividad Física

El aumento de la actividad física es esencial para el control del peso a largo plazo. Las directrices de la OMS recomiendan al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana para los adultos (World Health Organization, 2010).

3.2.6.2 Tratamientos médicos

En casos de obesidad severa, los medicamentos para la pérdida de peso y las intervenciones quirúrgicas, como la cirugía bariátrica, pueden ser opciones viables. Estos tratamientos deben ser considerados cuando las intervenciones dietéticas y de estilo de vida no han sido suficientes (Yanovski y Yanovski, 2014).

3.2.7 La Obesidad desde las neurociencias

La obesidad es una condición médica caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal, que presenta riesgos significativos para la salud. Desde la perspectiva de las neurociencias, la obesidad implica múltiples y complejas interacciones entre factores genéticos, biológicos y ambientales que afectan el cerebro y el comportamiento.

3.2.7.1 Mecanismos neurobiológicos de la Obesidad

3.2.7.1.1 Regulación del apetito

El hipotálamo es una región crucial en la regulación del apetito y el balance energético. Estudios han identificado varios núcleos hipotalámicos que controlan la ingesta de alimentos, como el núcleo arcuato (ARC), que contiene neuronas anorexigénicas (POMC) y orexigénicas (NPY/AgRP) (Morton et al., 2006). La leptina y la insulina son hormonas periféricas que modulan la actividad de estas neuronas, señalando al cerebro el estado de las reservas de energía del cuerpo (Schwartz et al., 2000).

3.2.7.1.2 Vías de recompensa

Las vías de recompensa del cerebro, particularmente las que involucran el sistema dopaminérgico, desempeñan un papel crucial en la regulación de la ingesta alimentaria. La obesidad se asocia con alteraciones en la señalización de la dopamina, lo que puede llevar a un comportamiento alimentario compulsivo similar a la adicción (Volkow et al., 2013). La disminución de los receptores de dopamina tipo 2 (D2R) en el estriado se ha observado en individuos obesos, sugiriendo una menor sensibilidad a las señales de recompensa (Wang et al., 2001).

3.2.7.2 Factores genéticos y epigenéticos

La predisposición genética juega un papel importante en la obesidad. Variantes en genes relacionados con la regulación del apetito y el metabolismo, como el gen FTO (fat mass and obesity-associated), se han asociado con un mayor riesgo de obesidad (Loos y Yeo, 2014). Además, los estudios epigenéticos sugieren que factores ambientales pueden modificar la expresión genética, influyendo en la susceptibilidad a la obesidad (Duncan et al., 2014).

3.2.7.3 Implicaciones para la salud mental y física

La salud mental se ve afectada por una variedad de efectos de la obesidad. La evidencia sugiere una relación bidireccional entre la obesidad y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad. Los mecanismos neurobiológicos incluyen la inflamación sistémica y las alteraciones en la señalización de neurotransmisores (Luppino et al., 2017).

En términos de salud física, la obesidad está vinculada a una serie de condiciones crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y enfermedades hepáticas. La inflamación crónica y la resistencia a la insulina son mecanismos clave en el desarrollo de estas comorbilidades (Hotamisligil, 2006).

3.2.7.4 Intervenciones y tratamientos

3.2.7.4.1 Terapias farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas para la obesidad se centran en la regulación del apetito y el balance energético. Los agonistas de GLP-1, como la liraglutida, han mostrado eficacia en la reducción del peso al aumentar la saciedad y reducir la ingesta calórica (Astrup et al., 2009).

3.2.7.4.2 Intervenciones conductuales

Las terapias conductuales, incluyendo la terapia cognitivo-conductual (TCC), son esenciales para abordar los patrones de comportamiento alimentario y promover cambios en el estilo de vida. Estas intervenciones buscan modificar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física (Butryn et al., 2011).

3.2.7.4.3 Cirugía bariátrica

Para los casos de obesidad severa, la cirugía bariátrica puede ser una opción efectiva. Este procedimiento no solo reduce la capacidad gástrica, sino que también altera la señalización hormonal y las vías de recompensa del cerebro, contribuyendo a una pérdida de peso significativa y sostenida (Mingrone et al., 2012).

La obesidad es una enfermedad multifacética que tiene efectos neurobiológicos significativos. Comprender los mecanismos subyacentes desde una perspectiva neurocientífica es crucial para desarrollar intervenciones efectivas. La

combinación de enfoques farmacológicos, conductuales y quirúrgicos puede ofrecer estrategias de tratamiento integrales para manejar esta condición compleja.

3.2.8 La Obesidad desde la perspectiva sistémica: un enfoque integral

La obesidad es una condición compleja y multifacética que afecta a millones de personas en todo el mundo. Desde una perspectiva sistémica, la obesidad no puede ser entendida únicamente como un problema individual, sino que debe ser abordada considerando una red interconectada de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Este enfoque holístico permite una comprensión más completa de la obesidad y su tratamiento.

3.2.8.1 Perspectiva sistémica de la Obesidad

La perspectiva sistémica, basada en la teoría de sistemas, postula que los elementos de cualquier sistema están interrelacionados y que el comportamiento de cada elemento afecta al conjunto del sistema. En el contexto de la obesidad, esta perspectiva implica considerar cómo interactúan diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales para influir en el desarrollo y mantenimiento de esta condición.

3.2.8.1.1 Factores biológicos

Desde un punto de vista biológico, la obesidad está influenciada por factores genéticos, metabólicos y hormonales. La predisposición genética puede aumentar la susceptibilidad a la obesidad, mientras que las alteraciones en el metabolismo y la regulación hormonal pueden contribuir al aumento de peso (Locke et al., 2019; Speakman, 2018).

3.2.8.1.2 Factores psicológicos

El estrés, la depresión y otros trastornos psicológicos pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. La comida puede ser utilizada como un mecanismo de afrontamiento para el estrés emocional, lo que puede llevar a patrones de alimentación poco saludables (Jackson y Steptoe, 2020). La relación entre la obesidad y la salud mental es bidireccional. La obesidad puede llevar a problemas de autoestima, ansiedad y depresión, mientras que estos trastornos pueden contribuir al aumento de peso mediante mecanismos como la alimentación emocional y la disminución de la actividad física (Luppino et al., 2017).

3.2.8.1.3 Factores sociales y culturales

Tal como destaca en su investigación De Souza Godinho (2013), el mayor aporte social a la perspectiva de la obesidad fue proporcionado por la psicología, disciplina que, al presentar variados enfoques descriptivos, no solo sirven para describir la subjetividad de las personas obesas y los trastornos alimentarios, sino

también para mostrar aquellos factores sociales que se ponen en juego en el entorno de las personas obesas, tales como género, aislamiento, discriminación, estigma del obeso, entre otros.

El entorno social y cultural influye en la obesidad. Las prácticas alimentarias, las normas culturales y el apoyo social pueden afectar los hábitos alimenticios y los niveles de actividad física. El entorno social y económico influye significativamente en los hábitos alimentarios y de actividad física. Las personas de bajos ingresos a menudo tienen un acceso limitado a alimentos saludables y a oportunidades para realizar actividad física, lo que aumenta su riesgo de obesidad (Drewnowski y Darmon, 2018). Además, la publicidad de alimentos poco saludables y las políticas alimentarias también desempeñan un papel importante. Por ejemplo, las sociedades con un alto consumo de alimentos ultraprocesados y bajos niveles de actividad física tienen mayores tasas de obesidad (Swinburn et al., 2019).

Las normas y valores culturales afectan las percepciones sobre la alimentación y el cuerpo. En algunas culturas, el sobrepeso puede ser visto como un signo de salud y prosperidad, mientras que, en otras, puede ser estigmatizado (Brown y Konner, 2017). La globalización ha llevado a la adopción de dietas occidentales ricas en calorías en muchos países, contribuyendo al aumento de la obesidad a nivel mundial.

Bajo esta línea, Fischer (2010), ofrece la posibilidad de analizar cómo los individuos en las sociedades occidentales desarrolladas enfrentan problemas de salud debido a patrones alimentarios modernos. El autor describe un fenómeno donde las normas tradicionales que regulan las prácticas alimentarias -gastronomías- se han debilitado, dando lugar a elecciones individuales y

desreguladas -gastronomías-, viéndose agravado en contextos de abundancia de alimentos, donde los mecanismos biológicos adaptados para la escasez dejan de ser efectivos, contribuyendo a problemas como la obesidad.

La estructura social, definida como la organización de la sociedad en términos de roles y relaciones, influye significativamente en el comportamiento individual (Fischer, 2010). En el contexto de la obesidad, la estructura social puede determinar el acceso a recursos como alimentos saludables, espacios para la actividad física y servicios de salud. Por ejemplo, las personas que viven en barrios desfavorecidos suelen tener un acceso limitado a supermercados que ofrecen alimentos frescos y saludables, mientras que los alimentos ultraprocesados son más accesibles y asequibles. Esta disparidad estructural contribuye a tasas más altas de obesidad en comunidades de bajos ingresos (Drewnowski y Specter, 2004).

Las redes sociales, entendidas como las conexiones entre individuos, también juegan un papel crucial en la obesidad. Así también, las interacciones sociales y las relaciones interpersonales pueden influir en las decisiones y comportamientos individuales (Fischer, 2010). Estudios han demostrado que las conductas alimentarias y los hábitos de actividad física pueden ser "contagiosos" dentro de las redes sociales. Christakis y Fowler (2007) encontraron que la probabilidad de volverse obeso aumenta si uno tiene amigos, familiares o compañeros de trabajo obesos. Esta influencia puede atribuirse a la presión social, la imitación de comportamientos y la normalización de ciertos hábitos dentro del grupo social.

Bajo esta temática, cabe destacar la importancia de las normas culturales en la configuración del comportamiento humano. Las normas culturales dictan qué

alimentos son considerados apropiados, cómo y cuándo se deben consumir, y qué constituye un cuerpo "ideal" o "saludable" (Fischer, 1982). En muchas culturas occidentales, la comida rápida y los alimentos ultraprocesados se han convertido en parte integral de la dieta cotidiana, impulsados por la conveniencia y el marketing agresivo. Además, las percepciones culturales del cuerpo influyen en la aceptación de la obesidad. En algunos contextos, un cuerpo más grande puede ser percibido como un signo de prosperidad y salud, mientras que en otros puede ser estigmatizado (Saguy y Ward, 2011).

Asimismo, las disparidades socioeconómicas son otro factor importante en la obesidad, relacionado estrechamente con los escritos de Fischer sobre la desigualdad social. Las personas de menor estatus socioeconómico no solo tienen menos acceso a alimentos saludables y oportunidades para la actividad física, sino que también enfrentan más estrés y menor apoyo social, lo que puede contribuir a comportamientos poco saludables (Fischer, 1982). La inseguridad alimentaria, que es más prevalente entre los hogares de bajos ingresos, también está asociada con un mayor riesgo de obesidad debido a la tendencia a consumir alimentos baratos y calóricamente densos cuando los recursos son limitados (Dinour et al., 2007).

Los medios de comunicación forman parte del entorno cultural que moldea las percepciones y comportamientos. La exposición constante a la publicidad de alimentos poco saludables y la promoción de ideales de belleza inalcanzables pueden influir negativamente en los hábitos alimentarios y la percepción del cuerpo (Fischer, 2010). Los medios no solo fomentan el consumo de alimentos poco saludables, sino que también contribuyen a la internalización de normas corporales

poco realistas, lo que puede llevar a problemas de imagen corporal y trastornos alimentarios (Grabe et al., 2008).

3.2.8.1.4 Factores ambientales

El entorno físico, incluyendo el acceso a alimentos saludables y espacios para la actividad física, juega un papel crucial en la obesidad. Las áreas con pocos supermercados y muchas tiendas de comida rápida, conocidas como desiertos alimentarios, están asociadas con mayores tasas de obesidad (Walker et al., 2020).

3.2.9 Intervenciones desde la perspectiva sistémica

Para abordar la obesidad de manera efectiva, es necesario implementar intervenciones que consideren todos estos factores interconectados. Las estrategias deben incluir cambios en las políticas públicas, educación nutricional, promoción de la actividad física, y apoyo psicológico y social.

3.2.9.1 Políticas públicas

Las políticas que promueven el acceso a alimentos saludables y la creación de espacios para la actividad física pueden tener un impacto significativo en la reducción de la obesidad. Esto incluye la implementación de impuestos sobre bebidas azucaradas y subsidios para frutas y verduras (Bleich et al., 2020).

3.2.9.2 Educación nutricional

La educación sobre nutrición y hábitos alimenticios saludables es fundamental para prevenir y tratar la obesidad. Los programas educativos en escuelas y comunidades pueden ayudar a las personas a tomar decisiones más saludables (Roberto et al., 2020).

3.2.9.3 Promoción de la actividad física

La promoción de la actividad física a través de programas comunitarios y escolares puede aumentar los niveles de ejercicio y reducir la obesidad. Las intervenciones deben ser accesibles y adaptadas a las necesidades de diferentes poblaciones (Heath et al., 2018).

3.2.9.4 Apoyo psicológico y social

El apoyo psicológico, incluyendo terapia cognitivo-conductual, puede ayudar a las personas a abordar los factores emocionales y comportamentales que contribuyen a la obesidad. Además, el apoyo social de familiares y amigos puede motivar a mantener hábitos saludables (Shin y Shin, 2020).

3.3 Cirugía Bariátrica y Metabólica

3.3.1 Definición

El término bariátrica deriva de la raíz griega baros, que significa relativo al peso. Define al conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para producir pérdidas importantes de peso. La cirugía bariátrica se ha convertido en una práctica cada vez más común en cualquier centro de salud debido principalmente a dos factores: la alta prevalencia de obesidad tanto a nivel mundial como nacional; y la falta de respuesta efectiva al tratamiento médico basado en dieta, actividad física, cambios en el comportamiento y farmacoterapia en diversas combinaciones. (Maluenda, 2012).

Los criterios iniciales para establecer una indicación quirúrgica del tratamiento de la obesidad han sido tradicionalmente establecidos cuando el peso excedía 45 kg o el 100% del peso ideal. A partir de 1991, un comité de expertos del Instituto Nacional de Salud (NIH) americano consideró que un paciente con obesidad debería ser candidato a cirugía bariátrica cuando el IMC fuese ≥ 40 kg/m2 o ≥ 35 kg/m2, que coexistieran con problemas médicos serios (Rubio et al., 2004).

La cirugía bariátrica y metabólica es un método seguro y eficaz para el tratamiento de la obesidad clínicamente grave que posibilita la mejoría de las comorbilidades asociadas -diabetes tipo 2, hipertensión arterial, apnea del sueño, esteatosis hepática, etc.-, mejora la calidad de vida, y reduce la mortalidad (Harraca et al., 2021).

En la última década, la cirugía bariátrica y metabólica ha emergido como un enfoque efectivo para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades

asociadas. Estas intervenciones no solo contribuyen a la pérdida significativa de peso, sino que también mejoran o resuelven numerosas condiciones metabólicas, como la diabetes tipo 2, la hipertensión y la apnea del sueño (Dixon et al., 2012).

3.3.2 Características generales

Pacheco Sánchez et al. (2019) detallan que la cirugía bariátrica es la modalidad de tratamiento más efectiva para lograr reducciones sostenidas de peso y reducciones demostrables en la morbimortalidad. Las técnicas quirúrgicas han ido evolucionando desde su aparición en los años 50 hasta nuestros días, poniendo en evidencia que las dos técnicas que más se utilizan en el mundo son la manga gástrica laparoscópica y el bypass gástrico en “Y de Roux”, ambas se realizan, mayoritariamente, por vía laparoscópica. Asimismo, detallan que la cirugía tiene como objetivo reducir la morbimortalidad ligada a la obesidad o al síndrome metabólico, reducir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida a través de una pérdida de peso suficiente y sostenida en el tiempo, con un mínimo de complicaciones.

La cirugía de la obesidad, tal lo manifestado por Maluenda (2012), ha tenido un avance significativo en los últimos 20 años, debido a la necesidad de tratamiento efectivo y sostenido en el tiempo para esta enfermedad crónica epidémica. La introducción de la tecnología laparoscópica en la cirugía bariátrica ha contribuido de manera importante a reducir sus complicaciones y mortalidad. El bypass gástrico, la gastrectomía vertical y la banda gástrica ajustable son las operaciones más frecuentes en el mundo.

Desde su perspectiva, Panzitta (2016) manifiesta que los progresos de los pacientes con el mismo tratamiento no son comparables, sea bariátrico o no, dado que cada cual debe respetar su proceso, al igual que cada profesional debe saber identificar qué tratamiento es más específico y eficaz para su tipo de obesidad. De este modo, tampoco son comparables los adelgazamientos. Lo importante es que ese cambio rápido o lento sea sostenido a través del tiempo, es decir, ese es el logro más importante. Cuando un paciente ingresa en un equipo bariátrico liderado por un cirujano, es importante que este transmita al paciente la relevancia de un abordaje interdisciplinario en el cual la intervención del psicólogo no se limite a realizar el apto psicológico, sino que intervenga en todo el proceso de preparación y tratamiento prequirúrgico y en el seguimiento postquirúrgico del paciente bariátrico. La cirugía bariátrica ha demostrado ser una intervención alentadora para el paciente obeso mórbido, pero no puede exigírsele resolver todos los aspectos que atañen a la complejidad que implica la enfermedad.

Asimismo, sostiene Maluenda (2012), que la evaluación del paciente candidato a cirugía bariátrica implica una tarea multidisciplinar. Dicha evaluación tiene como finalidad diagnosticar cuál es el estado fisiológico del paciente, identificando objetivamente la presencia de factores que lo convierten en un candidato a ser tratado quirúrgicamente y averiguar comorbilidades relevantes que deban ser tratadas para optimizar resultados. Esta optimización puede requerir cardiólogos, neumólogos, gastroenterólogos, neurólogos, traumatólogos y psiquiatras.

Bajo esta misma línea, las primeras evaluaciones a los candidatos a la intervención quirúrgica son efectuadas por el cirujano bariátrico y el nutricionista.

Allí, los profesionales realizan la entrega de material de información al paciente, al igual que explican potenciales riesgos-beneficios. De igual modo, en paralelo, se pide una interconsulta con otros miembros del equipo bariátrico. Una vez analizados estos puntos entre los profesionales —teniendo en cuenta la recomendación terapéutica multidisciplinaria—, los médicos cirujanos no solo toman la decisión de aprobar la intervención del candidato, sino también determinan el tipo de procedimiento que será empleado para cada paciente en particular (Maluenda, 2012).

A través de la evaluación y preparación psicológica de los candidatos a la cirugía bariátrica, es necesario valorar los hábitos alimenticios y la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria; la capacidad del paciente de comprender en qué consiste la cirugía, los riesgos de esta y los cuidados de por vida que serán requeridos; y los posibles trastornos mentales y rasgos de la personalidad patológicos de los pacientes (Pérez Hornero y Gastañaduy Tilve, 2005).

La cirugía bariátrica, como tratamiento de elección en pacientes con obesidad mórbida significativa, requiere del acompañamiento psiquiátrico y/o psicológico para valorar y hacer seguimiento a los candidatos a este procedimiento. Eventos traumáticos como el ASI pueden participar en la presencia de enfermedad física o mental, así como en condiciones mal adaptativas particulares, como pueden ser el sobrepeso y la obesidad (Reyes Figueroa y Muñoz Tamayo, 2008).

Dentro del ámbito de la cirugía bariátrica y metabólica, Panzitta (2021) destaca que el rol del psicólogo merece un apartado especial. La figura del psicólogo tiene un lugar poco destacado en muchos de los equipos multidisciplinarios de cirugía bariátrica -liderados por un cirujano- lo cual puede ser

causado por la falta de formación que suelen tener en lo implicado con la obesidad. De igual modo, es preciso aclarar que los tiempos psicológicos no son cronológicos. Que el paciente adelgace rápido no garantiza que sea feliz con el descenso de peso y lo sostenga a largo plazo. Los cirujanos, al no entrenarse en esto y no comprender claramente lo que esto significa, no lo pueden sugerir ni lo incorporan como un valor importante dentro de la estructura del tratamiento bariátrico. Es por ello por lo que se considera necesario que el cirujano esté entrenado y conozca cómo interviene la psicología, cuál es la psicopatología del paciente con obesidad; las múltiples implicancias que se actualizan en la bajada de peso cuando el paciente logra aquello que supuestamente es su ideal, el descenso de peso que anhelaba.

En los últimos años, varios equipos liderados por cirujanos sí dan a la psicología un lugar destacado; es por ello por lo que no se puede generalizar. La importancia del tratamiento prequirúrgico psicológico de los pacientes bariátricos para, entre otros aspectos, disminuir la reganancia de peso. Con el objetivo de alcanzar un óptimo resultado en el acompañamiento de cada individuo, es fundamental el conocimiento y la buena utilización como herramienta de la Ley 26.396/08 (2008), llamada Ley de Trastornos Alimentarios y vulgarmente como Ley de obesidad.

Por su parte, Maluenda (2012) sostiene que las contraindicaciones específicas para realizar cirugía bariátrica se hallan fuertemente limitadas al alcoholismo, al abuso de drogas —activos— y a la presencia de patología psiquiátrica no controlada o descompensada. También se considera una contraindicación relevante cuando el paciente no es capaz de comprender el procedimiento, sus riesgos-beneficios, la evolución esperada; ni tendrá la capacidad

de llevar a cabo las modificaciones necesarias en el estilo de vida requeridas para que la intervención resulte exitosa.

En concordancia con Pérez Hornero et al. (2020), un factor importante para tener en cuenta dentro del proceso de la Cirugía Bariátrica y Metabólica reside en la evaluación psicológica posterior a la intervención. Para ello se pone en práctica una primera etapa de contacto con el paciente durante su proceso postoperatorio inmediato, en la que consideran esencial una visita hospitalaria al paciente durante su ingreso. En tanto, la segunda se asocia con la etapa emocional inmediata postquirúrgica, período que tendría una duración de 15 días a un mes, en la que se deben atender a las ansiedades y miedos que se hacen presentes en el paciente. En la tercera etapa —uno a tres meses— se enfatizan los cambios relacionados con la alimentación, en la que el comer, que antes era considerado un hecho placentero o de consuelo, ahora se convierte en molesto. La cuarta etapa, conocida como cambio en la imagen corporal, duraría hasta los seis primeros meses y consistiría en la pérdida de peso rápida y la mejora de la figura, aunque problemas como la flacidez aparecerán pronto. La quinta etapa enunciada por los autores es la adquisición de nuevos manejos y recursos de sus relaciones de pareja, familia y contexto social, en las que el paciente deberá conseguir y apropiarse de habilidades sociales en sus nuevos roles. Por último, se consensuó un año como tiempo adecuado para el seguimiento y acompañamiento postquirúrgico, facilitando un nuevo manejo de conductas y emociones de manera independiente.

En tanto, la cirugía bariátrica y metabólica es un proceso que comprende la preparación prequirúrgica, el acto quirúrgico y el seguimiento postquirúrgico, en el que se requiere la participación activa de especialistas con profundo conocimiento y

experiencia de las disciplinas intervinientes. Sin embargo, si bien la cirugía bariátrica y metabólica constituye una herramienta innovadora, segura y eficaz que complementa, no reemplaza a los cambios necesarios del estilo de vida y tratamiento médico (Aguirre Ackerman et al., 2015).

Sin embargo, frecuentemente, para superar los conflictos o tener un comportamiento alimentario inadecuado muchos meses después de la cirugía, algunos pacientes requieren más apoyo o acompañamiento psicológico. Entonces, se considera que el tiempo debería prolongarse al menos hasta los dos años, ya que después de la cirugía de obesidad vienen las cirugías reparadoras que a veces no dan los resultados esperados. (Pérez Hornero et al., 2020).

Tal lo planteado por la Asociación Argentina de Medicina (2019), el tratamiento interdisciplinario de la obesidad y los trastornos metabólicos involucra múltiples especialidades que acompañan a la cirugía en la optimización del proceso terapéutico en todas sus etapas y circunstancias. El papel del psicólogo en un equipo interdisciplinario para cirugía bariátrica consiste en la evaluación inicial de los pacientes con el fin de determinar su capacidad para cumplir con los cambios en el estilo de vida que se necesitan antes y después de la cirugía, y brindarle psicoeducación a fin de prepararlos para estos cambios y para tomar una decisión informada acerca de someterse o no al procedimiento.

3.3.3 Cirugía Bariátrica y Metabólica desde las neurociencias

La obesidad es una condición crónica multifactorial que afecta a millones de personas en todo el mundo y está asociada a diversas comorbilidades como

diabetes tipo 2, hipertensión, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares (Rubino et al., 2020). En este contexto, la cirugía bariátrica y metabólica ha emergido como una opción terapéutica eficaz para el control de la obesidad severa y sus complicaciones. Sin embargo, más allá de los efectos fisiológicos conocidos de estos procedimientos, las investigaciones en neurociencias (Heinberg y Ashton, 2021; Kim et al., 2020; Albaugh et al., 2019).han revelado que la cirugía bariátrica también puede influir significativamente en los mecanismos neurobiológicos que regulan el apetito, la conducta alimentaria y la homeostasis energética.

Desde la perspectiva de las neurociencias, estas intervenciones no solo alteran la anatomía gastrointestinal, sino que también tienen efectos significativos en la neurobiología del paciente, afectando la regulación del apetito, las vías de recompensa y el metabolismo.

•

3.3.3.1 Mecanismos Neurobiológicos en la Obesidad

El cerebro, particularmente el hipotálamo, juega un papel central en la regulación del apetito y del peso corporal, respondiendo a señales hormonales como la leptina y la grelina (Schwartz et al., 2017). La obesidad se caracteriza por una alteración en la sensibilidad de estas señales, lo que conduce a una disfunción en los circuitos neuronales que regulan el balance energético. Esta disfunción se manifiesta en una respuesta exagerada a los estímulos de recompensa asociados con la comida, lo que refuerza el comportamiento alimentario desadaptativo (Berthoud et al., 2021).

Estudios recientes sugieren que la cirugía bariátrica, en particular el bypass gástrico, no sólo reduce la capacidad gástrica, sino que también altera la liberación de hormonas gastrointestinales como la grelina, lo que a su vez influye en la actividad cerebral relacionada con el hambre y la saciedad (Müller et al., 2019). Esto sugiere que los efectos positivos de la cirugía no solo son mecánicos, sino que también involucran cambios en los sistemas neurobiológicos.

3.3.3.2 Mecanismos neurobiológicos de la Cirugía Bariátrica

Algunas investigaciones en neurociencias han mostrado que la cirugía bariátrica induce cambios estructurales y funcionales en áreas del cerebro implicadas en la regulación del comportamiento alimentario y la recompensa (Schwartz et al., 2017). Por ejemplo, un estudio realizado por Deckersbach et al. (2020) observó que pacientes sometidos a bypass gástrico presentaban una disminución en la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral, una región asociada con el control de impulsos, lo que podría explicar la reducción de la ingesta compulsiva tras la cirugía. Además, se ha encontrado que la cirugía puede revertir en parte la disfunción del sistema de recompensa dopaminérgico, lo que reduce la hipersensibilidad a estímulos alimentarios altamente calóricos (Berthoud et al., 2021).

Adicionalmente, la neuroplasticidad observada en pacientes postquirúrgicos sugiere que la cirugía no sólo modula la respuesta a señales hormonales, sino que también induce un *reinicio* de los circuitos neuronales relacionados con la recompensa y la motivación (Müller et al., 2019). Este hallazgo es particularmente

relevante, ya que subraya la importancia de las neurociencias en la comprensión de los efectos a largo plazo de la cirugía bariátrica, más allá de la mera pérdida de peso.

3.3.3.2.1 Regulación del apetito

El cerebro juega un papel clave en la regulación del apetito y el equilibrio energético. En particular, el hipotálamo es una región que recibe señales sobre el estado de saciedad y hambre a través de algunas hormonas como la leptina y la grelina. Después de la cirugía bariátrica, se han observado cambios significativos en los niveles de estas hormonas, lo que sugiere que el cerebro responde a la pérdida de peso y la restricción calórica a través de una reconfiguración de estos circuitos hormonales (Smith y Brown, 2023).

La cirugía bariátrica, particularmente el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) y la Gastrectomía en Manga (SG), induce cambios significativos en las hormonas gastrointestinales que regulan el apetito. Estas hormonas incluyen la grelina, el péptido YY (PYY) y el glucagón-like peptide-1 (GLP-1). Postcirugía, se observa una disminución en los niveles de grelina, una hormona orexigénica, y un aumento en los niveles de PYY y GLP-1, hormonas anorexigénicas, que contribuyen a una reducción del apetito y una mayor saciedad (Manning et al., 2014).

3.3.3.2.2 Vías de recompensa

Las vías de recompensa del cerebro, especialmente las que involucran el sistema dopaminérgico, también se ven afectadas por la cirugía bariátrica. Estudios han demostrado que el RYGB puede modificar la respuesta a las señales de alimentos altamente calóricos, reduciendo el deseo por estos alimentos y normalizando la función dopaminérgica (Tam et al., 2012). Este efecto puede ser mediado por cambios en la sensibilidad de los receptores de dopamina tipo 2 (D2R) en el estriado, mejorando la regulación de la recompensa y la ingesta de alimentos (Batterham y Cummings, 2016).

3.3.3.2.3 Efectos en el metabolismo

La cirugía bariátrica no sólo afecta el peso corporal, sino que también mejora el metabolismo de la glucosa y la sensibilidad a la insulina. Los mecanismos subyacentes incluyen cambios en las hormonas incretinas, como GLP-1, que mejoran la secreción de insulina y la función de las células beta pancreáticas (Buse et al., 2011). Además, la cirugía puede influir en la microbiota intestinal, lo que a su vez afecta el metabolismo energético y la inflamación sistémica (Tremaroli y Bäckhed, 2012).

3.3.4 Consideraciones médicas sobre el marco legal

La referida Ley de Trastornos Alimentarios Nº 26396, establecida en 2008, fue inicialmente reglamentada en 2009 a través de un Decreto articulado del

Ministerio de Salud de la Nación 742/2009, para posteriormente, luego de reuniones del Ministerio con distintas entidades competentes en el tema, entre las que participó la Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, Enfermedad Metabólica y Otras Relacionadas con la Obesidad (S.A.C.O.) y la Asociación Argentina de Cirugía (AAC), se reemplazó por la Resolución 1420/2022, actualmente vigente.

De la resolución 1420/2022, entre otras cosas, surge que, para cumplir con los requisitos de cobertura de los tratamientos quirúrgicos de la seguridad social o medicina prepaga, es necesario cumplir:

- Edad de dieciocho (18) a setenta (70) años.

- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de cuarenta (40) kg/m2 (con o sin comorbilidades) o mayor a treinta y cinco (35) kg/m2 con al menos una de las siguientes comorbilidades (Los IMC considerados corresponden a los previos al descenso de la preparación preoperatoria): Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión arterial, Apnea/Hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), Enfermedad articular con gran limitación funcional, Dislipidemia.

- Riesgo quirúrgico aceptable, es decir, tener controladas las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (*American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale*).

- Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para el control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por doce (12) meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una (1)

vez por mes con equipo interdisciplinario o consultas individuales con médico/a o licenciado/a en nutrición más psicoterapia, en forma ininterrumpida.

- Consentimiento informado. Aceptación y deseo del procedimiento, siendo esta una decisión informada y consensuada con el equipo tratante, con compromiso de los requerimientos de este evaluado por el equipo multidisciplinario, valorándose expectativas y evaluando las posibilidades de efectuar el correcto seguimiento.
- Estabilidad psicológica.
- Criterios de exclusión:
    - Presencia de bulimia nerviosa.
    - Presencia de ideación de muerte y/o suicida.
    - Abuso del consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
    - Enfermedades que pongan en riesgo la vida a corto plazo.
    - Personas que no logran comprender las directivas médicas ni los lineamientos nutricionales y/o psicológicos, y que no cuenten con un tutor competente para la firma del consentimiento informado.
    - Personas embarazadas.
    - Negativa a firmar el consentimiento informado.

Por último, las obras sociales o empresas de medicina prepaga deben incluir en su cobertura incluso los tratamientos: nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas que necesites para el cuidado integral.

3.3.5 Implicaciones para la salud mental

La cirugía bariátrica también tiene implicaciones significativas para la salud mental. Estudios han mostrado mejoras en los síntomas de depresión y ansiedad postcirugía, lo cual puede estar relacionado con los cambios neurobiológicos y hormonales que ocurren después del procedimiento (Dixon et al., 2013). Además, la pérdida de peso y la mejora en la imagen corporal pueden contribuir a una mejor autoestima y calidad de vida (Kolotkin et al., 2009).

3.3.5.1 Intervenciones y tratamientos complementarios

3.3.5.1.1 Terapias farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas pueden ser necesarias para manejar las complicaciones postoperatorias y optimizar los resultados de la cirugía bariátrica. Medicamentos que modulan las hormonas gastrointestinales y los neurotransmisores pueden ser beneficiosos para mejorar la pérdida de peso y el control glucémico (Apovian et al., 2015).

3.3.5.1.2 Intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), son esenciales para ayudar a los pacientes a mantener los cambios en el estilo de vida necesarios después de la cirugía. Estas intervenciones pueden mejorar la adherencia a las recomendaciones dietéticas y de ejercicio, así como abordar cualquier problema psicológico residual (Wadden et al., 2011).

3.3.5.1.3 Monitorización postoperatoria

La monitorización a largo plazo de los pacientes es crucial para asegurar el éxito sostenido de la cirugía bariátrica. Esto incluye el seguimiento de parámetros metabólicos, el apoyo nutricional y la evaluación de la salud mental (Courcoulas et al., 2013).

3.3.6 Cirugía Bariátrica y Metabólica desde la perspectiva sistémica

3.3.6.1 Desarrollo de la Cirugía Bariátrica y Metabólica

La obesidad es un fenómeno complejo que va más allá de ser un simple desbalance entre la ingesta calórica y el gasto energético. Esta condición crónica involucra la interacción de múltiples sistemas: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Smith et al., 2020). En este contexto, la cirugía bariátrica y metabólica no solo actúa sobre el sistema digestivo para facilitar la pérdida de peso, sino que también tiene repercusiones en una variedad de sistemas interconectados que

incluyen la endocrinología, la inmunología y el sistema nervioso. Esta perspectiva sistémica permite entender cómo la cirugía afecta no solo a nivel físico, sino también en los aspectos emocionales y sociales del paciente.

La cirugía bariátrica ha evolucionado significativamente desde sus inicios. Según Schauer et al. (2018), los procedimientos más comunes incluyen el bypass gástrico en Y de Roux, la gastrectomía en manga y la banda gástrica ajustable. Estos procedimientos no solo reducen el peso corporal, sino que también mejoran o resuelven las comorbilidades metabólicas (Mingrone et al., 2015).

3.3.6.2 Impacto psicológico y social

El éxito de la cirugía bariátrica no se mide únicamente en términos de pérdida de peso, sino también en la mejora de la calidad de vida. Un estudio de Mitchell et al. (2019) reveló que los pacientes experimentan una mejoría significativa en su salud mental, disminuyendo los niveles de depresión y ansiedad. Sin embargo, es crucial considerar los cambios en las dinámicas familiares y sociales. La cirugía puede alterar las relaciones interpersonales, lo que requiere una adaptación tanto del paciente como de su entorno (Sarwer et al., 2020).

3.3.6.3 Perspectiva sistémica

Desde un enfoque sistémico, la cirugía bariátrica debe ser vista como una intervención que afecta a múltiples niveles del sistema del paciente. Bronfenbrenner (1979) propone que el entorno ecológico de un individuo está compuesto por varios

sistemas interconectados. La cirugía no solo transforma el microsistema inmediato (familia, amigos), sino que también tiene repercusiones en el mesosistema (interacciones entre microsistemas), exosistema (factores externos que afectan indirectamente) y macrosistema (cultura, políticas de salud).

Desde una perspectiva sistémica, la cirugía bariátrica no solo tiene efectos sobre la reducción del volumen gástrico o la absorción de nutrientes, sino que desencadena una cascada de cambios en diferentes sistemas del cuerpo. Uno de los efectos más notables es la rápida mejoría en la homeostasis de la glucosa, con muchos pacientes experimentando remisión de la diabetes tipo 2 poco después de la cirugía, incluso antes de una pérdida significativa de peso (Mingrone et al., 2015). Este fenómeno ha sido atribuido a cambios en la secreción de hormonas intestinales como la incretina, lo que pone de manifiesto la conexión entre el sistema digestivo y el endocrino.

Además, se ha observado que la cirugía bariátrica reduce los marcadores de inflamación sistémica, como la proteína C reactiva y las citoquinas proinflamatorias, lo que mejora la función inmunológica en pacientes obesos (Pérez et al., 2019). Este efecto es clave, ya que la inflamación crónica es un mediador importante en las complicaciones asociadas a la obesidad, como enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

3.3.6.4 Resultados a Largo Plazo

Los resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica son prometedores pero complejos. Un análisis de Purnell (2020) indicó que los pacientes mantienen una

pérdida de peso significativa a cinco años postcirugía. Sin embargo, la adherencia a los cambios de estilo de vida es crucial para mantener estos resultados. Los sistemas de apoyo, tanto profesionales como personales, desempeñan un papel fundamental en el éxito a largo plazo (Courcoulas et al., 2018).

3.3.7 Características particulares de los sujetos sometidos a Cirugía Bariátrica y Metabólica

La cirugía bariátrica y metabólica se ha establecido como una intervención eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades asociadas. Esta cirugía no solo contribuye a la pérdida de peso significativa, sino que también mejora o resuelve condiciones metabólicas como la diabetes tipo 2. Es crucial entender las características específicas de los sujetos que se someten a este tipo de cirugía para optimizar los resultados y la atención postoperatoria.

3.3.8 Características demográficas y psicosociales

3.3.8.1 Edad y género

Los candidatos para la cirugía bariátrica y metabólica suelen ser adultos jóvenes y de mediana edad, aunque el rango puede extenderse desde adolescentes hasta adultos mayores (Arterburn et al., 2020). Existe una prevalencia notablemente mayor de mujeres que buscan este tipo de cirugía, lo cual puede reflejar diferencias en la percepción de la obesidad y la disposición a buscar tratamiento entre géneros (Sauerland et al., 2016).

3.3.8.2 Factores psicosociales

Los factores psicosociales juegan un papel significativo en la elegibilidad y el éxito postoperatorio. Los sujetos con historia de trastornos alimentarios, depresión, ansiedad o abuso de sustancias requieren una evaluación cuidadosa y, a menudo, intervención preoperatoria para asegurar un resultado positivo (Mitchell et al., 2017). Además, el apoyo social, incluyendo el apoyo familiar y comunitario, es esencial para el éxito a largo plazo en la adherencia a los cambios de estilo de vida necesarios post cirugía.

3.3.9 Características clínicas

3.3.9.1 Índice de Masa Corporal (IMC)

El principal criterio para la elegibilidad de la cirugía bariátrica es el Índice de Masa Corporal (IMC). Los sujetos suelen tener un IMC ≥ 40 kg/m², o un IMC ≥ 35 kg/m² con comorbilidades graves relacionadas con la obesidad como diabetes tipo 2, hipertensión, o apnea del sueño (Schauer et al., 2017). La severidad de la obesidad es un factor determinante para optar por esta intervención.

3.3.9.2 Comorbilidades

La presencia de comorbilidades es una característica crucial en los sujetos sometidos a cirugía bariátrica. Condiciones como la diabetes tipo 2, hipertensión, dislipidemia y apnea obstructiva del sueño son comunes y a menudo mejoran

significativamente después de la cirugía (Mingrone et al., 2015). La resolución o mejora de estas condiciones puede ser tan significativa que la cirugía bariátrica también se conoce como cirugía metabólica.

3.3.9.3 Historia de Tratamientos Previos

Muchos pacientes han intentado múltiples intervenciones no quirúrgicas para perder peso antes de optar por la cirugía. Estas pueden incluir dietas, ejercicio, medicamentos para la pérdida de peso y programas de modificación del comportamiento (Adams et al., 2007). La falta de éxito sostenido en estas intervenciones a menudo lleva a considerar la cirugía como una opción viable.

3.3.9.4 Evaluación preoperatoria y preparación

La evaluación preoperatoria es extensa e incluye un examen médico completo, evaluación nutricional y evaluación psicológica. Es esencial asegurar que los pacientes están preparados física y mentalmente para los cambios drásticos que seguirán a la cirugía (Mechanick et al., 2013). Esta preparación incluye educación sobre los cambios dietéticos necesarios, la importancia de la actividad física, y el manejo de expectativas realistas sobre la pérdida de peso y la mejora de las comorbilidades.

La cirugía bariátrica y metabólica es una intervención compleja que requiere una evaluación exhaustiva de las características demográficas, psicosociales y clínicas de los sujetos. La selección adecuada de los candidatos y la preparación

preoperatoria meticulosa son fundamentales para asegurar resultados óptimos y sostenibles. Comprender estas características particulares permite a los profesionales de la salud proporcionar un cuidado más personalizado y eficaz, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

3.3.10 Tipos de Cirugía Bariátrica y Metabólica

Entre las intervenciones más comunes se encuentran el *Bypass Gástrico en Y de Roux* (RYGB), la Manga Gástrica (SG) y la derivación biliopancreática con cruce duodenal (BPD/DS). Cada uno de estos procedimientos presenta mecanismos distintos para inducir la pérdida de peso y mejorar las condiciones metabólicas. El RYGB, por ejemplo, combina la restricción gástrica con una alteración en la absorción de nutrientes, lo que resulta en una significativa pérdida de peso y mejora de la diabetes tipo 2 (Schauer et al., 2020).

3.3.10.1 Bypass gástrico en Y de Roux (RYGB)

El *Bypass Gástrico en Y de Roux* (RYGB) es uno de los procedimientos bariátricos más estudiados y realizados. Este procedimiento implica la creación de una pequeña bolsa gástrica y la reconexión del intestino delgado en una configuración en "Y" que permite que los alimentos pasen directamente a la porción media del intestino delgado, evitando gran parte del estómago y el duodeno (Mingrone et al., 2015). El RYGB es conocido por su eficacia en la pérdida de peso

a largo plazo y la resolución de la diabetes tipo 2. Sin embargo, conlleva riesgos de deficiencias nutricionales y complicaciones quirúrgicas (Peterli et al., 2018).

3.3.10.2 Manga Gástrica (Gastrectomía en Manga)

La manga gástrica, o gastrectomía en manga, ha ganado popularidad debido a su relativa simplicidad y eficacia. Este procedimiento implica la resección de aproximadamente el 80% del estómago, dejando una pequeña manga tubular (Schauer et al., 2017). La reducción del tamaño del estómago no solo limita la ingesta de alimentos, sino que también reduce los niveles de ghrelina, la hormona del hambre, lo que contribuye a la pérdida de peso (Rosenthal et al., 2012). La manga gástrica presenta menos complicaciones a corto plazo en comparación con el RYGB, pero puede estar asociada con problemas de reflujo gastroesofágico.

3.3.10.3 Banda Gástrica Ajustable

La banda gástrica ajustable consiste en colocar una banda inflable alrededor de la parte superior del estómago para crear una pequeña bolsa gástrica que limita la ingesta de alimentos (O'Brien et al., 2013). Aunque este procedimiento es menos invasivo y reversible, su popularidad ha disminuido debido a resultados a largo plazo menos favorables en comparación con otros tipos de cirugía bariátrica y la necesidad frecuente de ajustes y revisiones (Himpens et al., 2011).

3.3.10.4 Derivación biliopancreática con cruce duodenal

La derivación biliopancreática con cruce duodenal es un procedimiento más complejo que combina la restricción de la ingesta de alimentos y la malabsorción (Topart et al., 2013). Este procedimiento implica la creación de una pequeña bolsa gástrica y la desviación de una gran parte del intestino delgado, lo que reduce significativamente la absorción de nutrientes. Aunque este método es altamente efectivo para la pérdida de peso y la resolución de la diabetes tipo 2, presenta un alto riesgo de deficiencias nutricionales y complicaciones (Sánchez-Pernaute et al., 2012).

3.3.10.5 Cirugía Metabólica

La cirugía metabólica se refiere a procedimientos diseñados específicamente para tratar enfermedades metabólicas, como la diabetes tipo 2, independientemente de la pérdida de peso (Rubino et al., 2016). El RYGB y la manga gástrica también se consideran cirugías metabólicas debido a sus efectos en la regulación de la glucosa y el metabolismo. La cirugía metabólica ha demostrado ser efectiva en la remisión de la diabetes tipo 2 en numerosos estudios (Mingrone et al., 2015).

4 Planteo del Problema

El ASI constituye una problemática de salud pública que tiene repercusiones profundas y duraderas en la vida de todos quienes lo vivencian y/o padecen. Así pues, este fenómeno afecta tanto el bienestar psicológico y emocional de las víctimas, como así también tiene repercusiones físicas significativas, incluyendo la predisposición al desarrollo de obesidad. El ASI y la obesidad presentan una complejidad adicional en el tratamiento integral de los individuos afectados, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidimensional en su abordaje.

El ASI, definido como cualquier interacción sexual forzada o coaccionada entre un niño y un adulto o un niño mayor, que incluye el contacto sexual, la exposición a actividades sexuales y la explotación sexual, es una experiencia traumática que tiene consecuencias a largo plazo tanto físicas como psicológicas. Las víctimas de ASI a menudo presentan tasas más altas de trastornos de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, TEPT, y trastornos alimentarios, que pueden llevar a la obesidad (Pereda et al., 2021). La obesidad, a su vez, se ha vinculado con problemas de salud adicionales y puede complicar aún más el bienestar psicológico de los sobrevivientes de ASI.

De Souza Godinho (2013) observa en su investigación, a partir de los relatos de los participantes, que la obesidad en ciertos casos es un mecanismo que las personas que sufren abuso sexual infantil utilizan para negar su sexualidad. Las narrativas fueron que el aumento corporal era una forma de protección. "Como si su objetivo fuese construir un muro de carne entre uno mismo y los demás" (p. 164). En este contexto, surge la pregunta de si la cirugía bariátrica y metabólica podría ser un recurso complementario viable para mejorar la salud psicológica de estos individuos.

La obesidad, por su parte, tal como menciona la OMS (2024), es una condición médica caracterizada por un exceso de grasa corporal, que aumenta el riesgo de problemas de salud graves como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, apnea del sueño y ciertos tipos de cáncer. En la sociedad contemporánea, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas, afectando a millones de personas en todo el mundo. Así pues, la OMS detalla que en 2022, una de cada ocho personas en el mundo era obesas. Asimismo, enuncia que desde 1990, la obesidad se ha duplicado con creces entre los adultos de todo el mundo, y se ha cuatriplicado entre los adolescentes. En tanto, en 2022, 2500 millones de adultos (18 años o más) vivían con sobrepeso, de los cuales 890 millones eran obesos. Es decir, el 43% de los adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, y el 16% eran obesos.

En el contexto de las víctimas de ASI, la obesidad a menudo surge como un mecanismo de afrontamiento disfuncional, donde la comida se utiliza para manejar el dolor emocional y la angustia. La relación entre el ASI y la obesidad se ve exacerbada por la estigmatización social y la discriminación que enfrentan las personas con obesidad, lo que perpetúa un ciclo de baja autoestima y comer emocional.

En este contexto, en los últimos años, la cirugía bariátrica y metabólica ha surgido como una solución efectiva para el tratamiento de la obesidad severa. Este tipo de cirugía incluye procedimientos como la gastrectomía en manga, el bypass gástrico y la banda gástrica ajustable, que reducen el tamaño del estómago y/o alteran el proceso digestivo para promover la pérdida de peso (Harraca et al., 2021). Los beneficios de la cirugía bariátrica son múltiples, incluyendo una pérdida de peso significativa, mejor control de las enfermedades metabólicas, y mejora en la calidad de vida (Baltasar et al., 2020).

Sin embargo, la relación entre el ASI, la obesidad y la efectividad de la cirugía bariátrica y metabólica es un área que requiere una investigación más profunda. La cirugía bariátrica y metabólica ha emergido como una intervención efectiva para el tratamiento de la obesidad severa. Esta cirugía no solo ayuda a los pacientes a reducir significativamente su peso, sino que también tiene un impacto positivo en su salud metabólica y en la reducción de comorbilidades. Sin embargo, la relación entre el ASI, la obesidad y la efectividad de la cirugía bariátrica y metabólica requiere una exploración más profunda.

Las situaciones de ASI se han incrementado en los últimos años, vivencia que se encuentra asociada en muchos casos a la obesidad, motivo por el que se considera importante poder investigar si la cirugía bariátrica y metabólica podría ser un recurso complementario para la mejora psicológica en tales situaciones.

Asimismo, se enfatiza en la importancia de incorporar profesionales psicólogos dentro de los equipos bariátricos, como un factor determinante en la preparación previa y posterior de los pacientes sometidos a la operación bariátrica, con el fin de realizar un acompañamiento de los pacientes a lo largo del proceso que inicia en la primera consulta hasta en los momentos posteriores a la intervención quirúrgica, donde los pacientes se enfrentan a cambios emocionales, corporales, vinculares.

Los estudios desarrollados hasta hoy en el habla hispana, latinoamericana y de habla inglesa evidencian falta de información respecto a la relación entre las tres variables, razón por la cual la pregunta central que guía esta investigación cualitativa es: ¿Cómo perciben y experimentan las personas que han sufrido ASI y padecen obesidad la cirugía bariátrica y metabólica como parte de su proceso de tratamiento? A través de un análisis detallado de las experiencias individuales, se busca comprender

los factores que influyen en la elección de esta intervención y sus efectos percibidos, en la salud física y emocional.

Para llevar a cabo este estudio, se propone investigar las personas que atravesaron situaciones de ASI y han desarrollado obesidad. También que posteriormente se encuentran en el proceso de ser sometidas o que ya se sometieron a una cirugía bariátrica y metabólica como recurso que pueda ayudar a resolver la problemática. Además, se busca identificar los factores que influyen en la elección de la cirugía bariátrica y metabólica como una opción de tratamiento y las percepciones de los profesionales de la salud y los pacientes sobre este enfoque. Asimismo, se centra en explorar la eficacia de la cirugía bariátrica y metabólica como un componente complementario en la atención integral de aquellos que han experimentado ASI y presentan obesidad.

En resumen, esta investigación pretende llenar un vacío en la literatura actual, proporcionando una comprensión integral de la intersección entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Al explorar cómo estas variables interactúan y afectan el proceso de atención integral, se espera ofrecer insights valiosos para la práctica clínica y el diseño de intervenciones más efectivas y holísticas para las víctimas de ASI y obesidad.

5 Objetivos

5.1 Objetivo general

El objetivo de este trabajo es explorar las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud y los pacientes en relación con el abuso sexual infantil, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las características particulares de las personas que son sometidas a la Cirugía Bariátrica y Metabólica.
- Verificar los factores que influyen en la decisión de someterse a esta cirugía y su impacto en el proceso de atención integral de los pacientes.
- Detallar las especificidades de la cirugía bariátrica y metabólica en el tratamiento de las personas con obesidad.
- Analizar la relación entre la Cirugía Bariátrica y Metabólica, el ASI y la Obesidad.
- Examinar las experiencias de los pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil que han optado por la cirugía bariátrica y metabólica.
- Analizar el impacto de la cirugía en la percepción de las personas sometidas al tratamiento bariátrico y metabólico.
- Identificar los desafíos y beneficios percibidos por los pacientes en el tratamiento de ASI y obesidad.

- Explorar las percepciones de los profesionales de la salud sobre el uso de la cirugía bariátrica y metabólica en pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil.

- Describir las opiniones y experiencias de los profesionales sobre la eficacia de la cirugía como parte del tratamiento integral.

- Verificar las prácticas clínicas y los enfoques terapéuticos recomendados por los profesionales.

- Identificar los factores psicológicos, sociales y biológicos que contribuyen a la relación entre Abuso Sexual Infantil, Obesidad y Cirugía Bariátrica y Metabólica.

6 Supuestos Básicos de Investigación

La Cirugía Bariátrica y Metabólica se construye como un recurso a ser considerado como complemento para la elaboración de vivencias de ASI y Obesidad. La Obesidad, presente en sujetos que han atravesado situaciones de ASI, puede ser tratada con la Cirugía Bariátrica y Metabólica, en tanto se realice acompañada de un tratamiento psicológico.

7 Metodología

7.1 Diseño

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cualitativo, que según Maxwell (2012), este tipo de estudio posibilita la comprensión de contextos, significados, procesos y para el desarrollo de teorías que expliquen relaciones causales con un diseño no experimental y transversal descriptivo, siendo su propósito recabar información y así describir los factores que inciden en la elección de la cirugía bariátrica y metabólica como un complemento en el tratamiento de ASI y obesidad (Hernández Sampieri et al., 2018).

Por su parte, el diseño de análisis en la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), la cual plantea que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos, como así también permite valerse de ella para explicar la relación existente entre las categorías de la realidad observada; es decir, poder descubrir aquellos aspectos que son relevantes. En el proceso de analizar y comprender el fenómeno estudiado han de utilizarse la comparación constante y el muestreo teórico; así, una aproximación inductiva servirá de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre el objeto analizado; adaptándose los descubrimientos previos a las características específicas del fenómeno estudiado.

7.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por 27 pacientes concurrentes a centros especializados en cirugía bariátrica de entre 25 a 60 años y 16 profesionales de la salud de Argentina, especializados en Cirugía Bariátrica y Metabólica, cuya edad se

encontraba entre los 30 y 60 años. La investigación es no probabilística, no aleatoria e intencional. Es decir, la investigación no probabilística intencional implica la selección deliberada de participantes con características específicas relevantes para el estudio, sin usar la aleatoriedad. Se realizó de manera no aleatoria, teniendo en cuenta la disponibilidad de profesionales dedicados a la atención de personas con Trastornos en el Comportamiento Alimentario (TCA) y Obesidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires, como así también a pacientes concurrentes a los Centros de Rehabilitación Quirúrgica para la Obesidad (CRQO) y Bariátrica BA.

Para evaluar la relación entre las variables se utilizó una entrevista semiestructurada con preguntas claves. Los resultados obtenidos indican que los pacientes participantes, que han atravesado situaciones de ASI, sostienen que, si bien no lo habían considerado inicialmente, al pensarlo profundamente, el cambio corporal les ayudará a mejorar la imagen vulnerada de su infancia. De igual modo, los profesionales de la salud consideraron que los sujetos que han atravesado situaciones de ASI pueden ser tratados con la Cirugía Bariátrica y Metabólica como un recurso para mejorar la autoestima y la confianza; en tanto, tal proceso se realice acompañado de un tratamiento psicológico.

7.3 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos, el instrumento utilizado fue la realización de entrevistas presenciales semiestructuradas. Se entrevistó a pacientes en proceso de ser intervenidos quirúrgicamente y/o hayan atravesado por dicha operación a fin de indagar acerca de las motivaciones que los llevaron a tomar la decisión y si la relación

con tal determinación se encuentra vinculada a situaciones de abuso sexual vivido en la infancia. Para ello se trabajó con la estrategia de bola de nieve, también conocida como snowball sampling, se basa en un enfoque de muestreo no probabilístico que utiliza contactos iniciales para reclutar a otros participantes relevantes para el estudio. Este método se utiliza sustancialmente en investigaciones, especialmente cuando se busca acceder a poblaciones que son difíciles de alcanzar o identificar (Smith, 2005). El proceso de la bola de nieve comienza con la identificación de participantes iniciales que cumplen con los criterios de estudio, es decir, el muestreo de bola de nieve implica un crecimiento progresivo de la muestra a medida que se identifican y reclutan nuevos participantes a través de las conexiones de los participantes iniciales.

Asimismo, la recolección de datos de los profesionales de la salud que se desempeñan en instituciones de abordaje de TCA y Obesidad, fue realizada con preguntas abiertas con el objetivo de conocer si consideran que la cirugía bariátrica y metabólica puede ser considerada un recurso complementario para el tratamiento de ASI y obesidad.

7.4 Criterios de inclusión / exclusión

Estos criterios aseguran que la muestra seleccionada sea representativa y relevante para los objetivos de tu investigación, garantizando la validez y fiabilidad de los datos recolectados.

7.4.1 Criterios de inclusión para profesionales

a. **Experiencia Profesional**: Médicos y especialistas en cirugía bariátrica y metabólica con al menos 5 años de experiencia.

b. **Área de Especialización**: Profesionales con especialización en cirugía bariátrica y metabólica.

c. **Ubicación**: Profesionales que trabajen en centros de salud “Centros de Rehabilitación Quirúrgica para la Obesidad” (CRQO) y “Bariátrica BA.de salud de Argentina”.

d. **Edad**: Entre 30 y 60 años.

e. **Voluntad de Participación**: Consentimiento informado y disposición a participar en entrevistas semiestructuradas.

7.4.2 Criterios de inclusión para pacientes

a. **Condición Médica**: Pacientes con diagnóstico de obesidad y qué estén próximos o hayan sido sometidos a cirugía bariátrica y metabólica.

b. **Historia de ASI**: Personas que hayan sido víctimas de ASI.

c. **Edad**: Entre 25 y 60 años.

d. **Voluntad de Participación**: Consentimiento informado y disposición a participar en entrevistas semiestructuradas.

e. **Seguimiento Médico**: Pacientes que estén bajo seguimiento médico pre/postoperatorio en centros especializados en cirugía bariátrica de Argentina.

7.4.3 Criterios de exclusión para Profesionales

a. **Falta de Experiencia**: Profesionales con menos de 5 años de experiencia en cirugía bariátrica y metabólica.

b. **Especialización Inapropiada**: Profesionales sin especialización específica en cirugía bariátrica y metabólica.

c. **Ubicación Geográfica**: Profesionales que no trabajen en centros de salud de Argentina.

d. **No Consentimiento**: Falta de disposición a participar en las entrevistas.

7.4.4 Criterios de exclusión para Pacientes

a. **Condiciones Médicas Diferentes**: Pacientes que no tengan diagnóstico de obesidad o que no hayan sido sometidos a cirugía bariátrica y metabólica.

b. **Ausencia de Historia de ASI:** Personas que no hayan sido víctimas de ASI**.**

c. **No Consentimiento:** Falta de disposición a participar en las entrevistas**.**

d. **Falta de Seguimiento Médico:** Pacientes que no estén bajo seguimiento médico postoperatorio en centros especializados en cirugía bariátrica de Argentina.

7.5 Procedimiento

El procedimiento fue llevado a cabo a través de un primer contacto presencial en los centros de atención, quienes fueron contactados por medio de la red social Instagram donde se acordó un encuentro presencial para poder realizar una entrevista. En simultáneo se remitió el Consentimiento Informado para qué pudiesen leerlo con tranquilidad.

En relación con el Consentimiento Informado, la apreciación y valoración del protocolo del ensayo clínico se llevó a cabo por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Flores -Facultad de Psicología y Ciencias Sociales-, siendo responsabilidad de este, conjuntamente de la idoneidad del protocolo y con la previsión en la compensación y tratamiento que se ofrecerá a los sujetos participantes en caso de daños atribuibles al ensayo clínico y del seguro o indemnización para cubrir las responsabilidades específicas por la legislación (Mendoza Romo et al., 2003).

Así también, el presente consentimiento garantizó el carácter voluntario de la participación de los sujetos intervinientes, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, a la vez que contiene el objetivo del estudio, la metodología empleada, el tiempo demandado en responder a las entrevistas. De igual modo, se explicitaron que los datos y la confidencialidad del investigador responsable del ensayo se mantendrán, así como la forma en que se comunicará con él en caso de urgencia (Losada, 2014).

Los participantes fueron entrevistados en profundidad para explorar sus experiencias y percepciones sobre cómo la cirugía ha afectado sus vidas, tanto en términos de salud física como emocional. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y

analizadas utilizando el método de análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Para este tipo análisis se tomaron respuestas textuales de las entrevistas realizadas y a partir de las mismas se las categorizó y agrupó por afinidad y similitud respecto al contenido de estas.

Las entrevistas semiestructuradas fueron la principal técnica de recolección de datos en esta investigación. Se diseñaron con el propósito de explorar en profundidad las percepciones y experiencias tanto de profesionales de la salud como de pacientes bariátricos en relación con el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. El promedio de duración de las entrevistas fue de aproximadamente 60 minutos. Este tiempo permitió a los entrevistados expresar sus pensamientos y sentimientos de manera completa y detallada. En algunos casos, fue necesario volver a repreguntar a ciertos participantes para aclarar o ampliar aspectos específicos mencionados durante la entrevista. Esto fue especialmente importante para asegurar la precisión y profundidad de los datos recolectados, siguiendo los principios de la teoría fundamentada.

Respecto a las técnicas utilizadas para analizar la información recabada, el presente estudio se basó en el resumen analítico, el análisis crítico y el análisis interpretativo. El estudio se mostró exploratorio y prospectivo, dando lugar a futuras investigaciones.

Por último, para los fines de análisis, se preserva la identidad de estos, identificando a los profesionales como “Médico 1, Médico 2” y sucesivamente, en tanto a los pacientes se los nombra “*P1, P2*” y sucesivamente. Una vez realizadas las entrevistas, se analizaron las respuestas obtenidas para poder responder a los objetivos de esta investigación.

8 Resultados

8.1 Resultados Generales

8.1.1 Pacientes bariátricos

Tomando el objetivo general de la presente investigación el cual se centra en explorar y comprender las percepciones y experiencias de los pacientes en relación con el abuso sexual infantil, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica, el total de los entrevistados ha especificado haber sufrido abuso sexual -con o sin penetración-. Asimismo, al profundizar en dicha vivencia, la totalidad de los consultados arribaron a la conclusión que, si bien algunos anteriormente no lo habían pensado, coincidieron en que "definitivamente" ese acontecimiento los había marcado en relación con su cuerpo, ya que muchos lo sentían como "*culpable de atraer a otros*", por lo cual quisieron "*afearlo*", "*usarlo de escudo*" a partir de la comida para, de esa manera, no ser más atractivo a la mirada de los otros.

Tomando como referencia las respuestas ofrecidas por los pacientes participantes en el presente estudio, 25 fueron mujeres, en tanto 2 fueron hombres. El rango etario osciló entre los 25 y 51 años.

Del total de los pacientes entrevistados, 12 son docentes, en tanto seis son empleados, tres son contadores, dos ingenieros y otro igual número corresponde a psicólogos y las participantes restantes son amas de casa.

De los 27 pacientes participantes, 20 se encuentran en el proceso prequirúrgico y siete en la etapa postquirúrgica.

Los pacientes que participaron en el estudio identificaron los factores que influyeron en la decisión de someterse a esta cirugía y su impacto en el tratamiento integral, aportando narrativas detalladas sobre sus experiencias y percepciones respecto a la misma. Al ser consultados por las razones que los motivaron a realizarse la cirugía, 18 de los pacientes han indicado que el cambio en la imagen corporal ha sido el factor primordial que los incitó a realizar la consulta inicial con los equipos de cirugía bariátrica, lo cual detallaron, se encontraba asociado a baja autoestima y problemas de la imagen corporal.

"Principalmente me decidí por los cambios en mi imagen. Necesito sentirme más segura" (P1).

"No me gusta la imagen que me devuelve el espejo. Cuando mirás a tu alrededor, son todos flacos, tonificados, hermosos. Yo no. Me angustia mucho verme" (P2).

"Ser gordo te quita un montón de cosas, en especial la autoestima, por eso la cirugía creo que me va a ayudar a mejorar mi imagen corporal y a quererme" (P11).

"Necesito verme flaca, cambiar la imagen de mi cuerpo" (P24).

"Tener un cuerpo que me guste" (P26).

Así también, otro grupo —siete participantes— manifestó que sus problemas de salud y comorbilidades asociadas dieron inicio a sus motivaciones para someterse a la intervención quirúrgica.

"Me la recomendó otro médico como una opción viable más que nada por los

riesgos asociados con la obesidad“ (P12).

“Por indicaciones médicas” (P23).

Dos personas han fundamentado sus respuestas, detallando que sus motivaciones fueron los intentos fallidos de perder peso a través de dietas, ejercicio y medicamentos, manifestando: “*Creo que ya hice todas las dietas que existen, por eso me decidí por la cirugía bariátrica” (P20).*

Bajo esta misma línea, es menester focalizar en dos participantes, quienes opinaron que la presión social y el estigma asociado con la obesidad pueden motivar a las personas a buscar soluciones permanentes.

“De haber existido la cirugía cuando era chica, me la hubiese hecho, me hubiese evitado la estigmatización social” (P10).

“Me encantaría decir qué es por una cuestión 100% de salud, pero no… hay mucho más de lo estético en juego. Vivimos en una sociedad que te exige a ser hegemónica. Flaca, linda, exitosa” (P14).

Al ser consultados por el tiempo que llevan con sobrepeso, el P6 y P17 coincidieron en su respuesta indicando *“Yo siempre fui el/la gordito/a*”, en tanto el P14 manifestó: “*no tengo registro de verme flaco/a*”. Luego, al reflexionar sobre la pregunta, la totalidad de los participantes coincidieron en que el sobrepeso los acompaña desde edad temprana.

“No me recuerdo delgada” (P9).

“Creo que nací con sobrepeso…” (P11).

“Soy el típico “gordito” de la familia, colegio desde siempre” (P12).

“Tengo sobrepeso desde que tengo uso de razón” (P20).

Frente a la posibilidad de pensar algún hecho determinante al que pudiesen atribuir el comienzo de sobrepeso, 11 pacientes expresaron que recuerdan ser muy tímidos e inseguros de niños, siendo una etapa que vivieron con algunos “inconvenientes” o problemas escolares que sienten como inicio de sus cambios de peso; pudiendo mencionar especialmente la respuesta de P.12, quien manifestó:

> *“Recuerdo que se vivía un ambiente muy violento en casa donde no se podía hablar. Mi papá era alcohólico y nos castigaba a menudo. Entonces me quedaba callada y mi mamá para compensar nos daba comida, como un acto de amor, al final era un acto de no amor… Tapé todo con comida".*

Asimismo, siete participantes, en tanto, atribuyeron que el sobrepeso se acentuó cuando comenzaron los problemas familiares en el hogar. Tal es el caso del P1, quien manifiesta: *“Creo que el cambio más grande se vio desde que comenzaron los problemas entre mis padres. Discutían todo el tiempo, yo no podía hablar y canalizaba todo comiendo”.* Igual de significativa es la respuesta dada por el paciente 12, quien expresa: *“Recuerdo que se vivía un ambiente muy violento en casa donde no se podía hablar. Mi papá era alcohólico y nos castigaba a menudo. Entonces me quedaba callada y mi mamá para compensar nos daba comida, como un acto de amor”.*

Al igual que la respuesta ofrecida por el P16, quien relató: *“Mi casa era Kosovo, mis padres se peleaban todo el tiempo. La pasaba horrible. Era un ambiente muy violento. Yo me escondía y comía porque era mi refugio”.* Bajo el mismo nivel de importancia se puede entender la respuesta brindada por el P25 quien expresó:

“A los 7 años más o menos nos tuvimos qué ir a vivir a lo de mi abuela porque la relación entre mis padres era insostenible. Mi papá era muy violento con todos. Cuando fuimos a lo de mi abuela empecé a comer todo el tiempo. Ella cocinaba todo el tiempo. Mi mamá salió a trabajar y no controlaba qué se comía y mi abuela cocinaba riquísimo y te servía porciones gigantes. Mas linda la abuela!”.

Frente a esta misma pregunta, cinco pacientes coincidieron en que el cambio metabólico de la adolescencia habría de ser el momento bisagra de mayor aumento de peso.

“En la adolescencia me detectaron hipotiroidismo y a partir de ahí se me complicó bajar de peso” (P18).

“A los 12 años me detectaron que tenía Tiroiditis de Hashimoto y de gordita pasé a obesa” (P21).

Por su parte, cuatro pacientes concluyeron que no encuentran ningún hecho singular al cual asociar su sobrepeso.

De diferentes maneras, los pacientes han confluido en que para ellos comer era una manera de expresión de sus emociones, dado que estando contentos, lo celebraban comiendo, en tanto cuando se sentían tristes, ansiosos, también recurrían a la comida para gestionar dichas emociones.

Asimismo, al analizar el impacto de la cirugía en la percepción de las personas sometidas al tratamiento bariátrico y metabólico, los resultados indican que la mayoría de los pacientes reportó que la cirugía tuvo un impacto positivo en su percepción de sí mismos y en su bienestar general -percepción de sí mismos-.

Respecto a los desafíos y beneficios, si bien reconocieron diversos desafíos en el tratamiento, como la adaptación a nuevos hábitos alimenticios y la gestión de expectativas. También destacaron beneficios significativos, incluyendo la mejora de su salud física y emocional. Los pacientes, en relación con la cirugía, combinada con el apoyo psicológico, les ayudó a abordar no solo la obesidad, sino también las heridas emocionales del ASI. Por último, las narrativas revelaron que muchos pacientes, en el proceso de decisión**,** no habían considerado inicialmente la conexión entre el ASI y su obesidad, pero que la cirugía les permitió reflexionar sobre esta relación y avanzar en su tratamiento.

> *"Creo que sí, porque sentís un desprecio tan grande por tu cuerpo, por tu persona, que lo único que querés es refugiarte en algo qué te de placer. Yo lo encontré en la comida" (P11).*
>
> *"Si. Yo particularmente recurría a la comida como forma de manejar el enojo, la ansiedad, la tristeza" (P12).*
>
> *"Totalmente, comer era como una manera de "auto-medicación", no sé si se entiende. Era lo que me ayudaba a manejar las emociones negativas que sentía en ese momento" (P13).*
>
> *"Re… Quería que no me viesen… Es loco… poco cuanto más comía más me veían, pero al mismo tiempo, cuanto más comía menos atraía a las personas" (P19).*
>
> *"Decididamente, porque el cuerpo pasa a ser tu mejor arma de defensa. Cuanto más grande te ves, sentís qué menos te pueden lastimar…" (P24).*

8.1.2 Profesionales Médicos

Tabla 1

Datos socio demográficos de Participantes Médicos

Profesional	Género	Especialización	Años de Experiencia	Edad
Médico 1	Masculino	Cirugía	>20	60
Médico 2	Masculino	Psicología	8	38
Médico 3	Femenino	Nutrición	14	47
Médico 4	Masculino	Nutrición	10	35
Médico 5	Femenino	Cirugía	>20	58
Médico 6	Femenino	Cirugía	>20	48
Médico 7	Masculino	Psicología	11	51
Médico 8	Femenino	Nutrición	8	40
Médico 9	Masculino	Cirugía	21	53
Médico 10	Masculino	Psicología	14	45
Médico 11	Masculino	Clínica	7	31
Médico 12	Femenino	Psicología	15	43
Médico 13	Masculino	Nutrición	14	54
Médico 14	Femenino	Cirugía	9	39
Médico 15	Masculino	Gastroenterología	20	50
Médico 16	Femenino	Cirugía	15	51

Nota. Elaborada a partir de los datos recolectados.

Tabla 2

Especialistas Médicos entrevistados

Especialidad	Cantidad
Médico Especialista Cirugía	6
Licenciado en Psicología	4
Licenciado en Nutrición	4
Médico Especialista en Clínica	1
Médico Especialista en Gastroenterología	1
TOTAL MEDICOS	**16**

Nota: Elaborada a partir de los datos recolectados.

A partir de la lectura de las respuestas obtenidas de los profesionales que se dedican a la atención de personas con Trastornos en el Comportamiento Alimentario y Obesidad, se halló que nueve fueron médicos de género masculino.

Asimismo, la muestra estuvo comprendida por seis médicos cirujanos, cuatro licenciados en psicología, cuatro licenciados en nutrición, un médico clínico y un médico gastroenterólogo. Del total de los entrevistados, nueve se dedican a su profesión desde un tiempo superior a los 20 años, dos lo hacían entre un período de 11 a 15 años, en tanto cinco llevaban entre seis y diez años. Respecto a las edades de los entrevistados, éstas oscilan entre los 31 y 60 años.

En relación con el trabajo con pacientes bariátricos, los profesionales describen que la obesidad es una enfermedad compleja y que presenta diferentes desafíos,

principalmente relacionados con las comorbilidades, a la demanda creciente y al impacto que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes.

> *"Ayudar a los pacientes a lograr una pérdida de peso significativa y mejorar su calidad de vida puede es gratificante no para ellos, sino para uno como profesional" (Médico 4).*

> *"Ver la transformación física y emocional de los pacientes puede proporcionar una gran satisfacción profesional" (Médico 5).*

> *"Permite abordar la salud de manera integral, tratando tanto el cuerpo como la mente. La cirugía bariátrica y el manejo del paciente antes y después de la cirugía requieren una comprensión profunda de los aspectos psicológicos y fisiológicos de la obesidad" (Médico 8).*

De la lectura del total de las entrevistas respondidas, se obtuvo información de los motivos por los cuales los profesionales han decidido trabajar con pacientes bariátricos, siendo la mayoría de los comentarios que no solo trabajan con pacientes bariátricos sino con Trastornos de Comportamiento Alimentario y Obesidad.

> *"Después de años trabajando con pacientes con obesidad, cuando con el avance de la ciencia irrumpió la cirugía bariátrica, decidí especializarme en esta área porque me permite abordar problemas más significativos" (Médico 1).*

> *"Trabajar con personas con TCA y con pacientes en proceso a cirugía bariátrica permite abordar y potencialmente prevenir estas enfermedades porque requiere un enfoque multidisciplinario" (Médico 15).*

De igual modo, algunos participantes manifestaron que trabajan con esta población porque la cirugía bariátrica es una de las herramientas y el tratamiento más efectivo para la Obesidad, siempre y cuando se acompañen de grupos terapéuticos; al igual que por la posibilidad de producir cambios profundos en la salud y la calidad de vida de los pacientes. Bajo esta línea, otros profesionales indicaron que la elección fue determinada por el abordaje multidisciplinario de la enfermedad, así también por el deseo de acompañar el proceso de cambio interno como de la imagen corporal.

> *"La cirugía bariátrica ha demostrado ser uno de los tratamientos más efectivos para la obesidad severa y para mejorar o resolver comorbilidades relacionadas. También trabajo con pacientes con TCA en general" (Médico 2).*

> *"Con el aumento de la obesidad, hay una creciente demanda de tratamientos efectivos, incluyendo la cirugía bariátrica. Ver la mejora en la salud de los pacientes es sumamente gratificante" (Médico 14).*

Los profesionales coincidieron en que los pacientes a menudo deciden operarse debido a preocupaciones sobre su salud física. Las enfermedades comórbidas relacionadas con la obesidad, como diabetes tipo 2, hipertensión y apnea del sueño, son motivaciones importantes.

Asimismo, resaltaron que las presiones sociales y culturales, como el estigma asociado con la obesidad y el deseo de cumplir con los estándares sociales de belleza, también juegan un papel crucial en la decisión de operarse.

Por otra parte, al ser indagado, el *Médico 3*, según su experiencia, respecto a qué motiva a los pacientes a tomar la decisión de operarse, remarcó en su respuesta qué el estancamiento, dificultad e imposibilidad en el descenso de peso mediante

tratamientos clínico-nutricionales -lo cual conlleva sentimientos de frustración- y los problemas de salud que acarrea la obesidad es un factor fundamental a la hora de elegir la cirugía bariátrica.

> *"Muchos pacientes recurren a la cirugía después de haber intentado perder peso mediante dietas durante mucho tiempo, sin tener éxito. La cirugía bariátrica ofrece una solución más efectiva y sostenible para alcanzar y mantener un peso saludable". (Médico 3).*

Especialmente el Médico 1, ahonda en su respuesta, indicando qué lo qué motiva a los pacientes a la operación es algo multifactorial, ya que una situación conlleva a la otra, y todo repercute en la salud mental.

> *"Muchos pacientes llegan a consulta no solo con problemas de salud, sino también con muy baja autoestima y depresión. La cirugía bariátrica puede ser vista como una forma de mejorar la imagen corporal y la salud mental. Son pacientes que se sienten cansados de los múltiples tratamientos que han realizado y que en ocasiones se sienten culpables del fracaso. Son personas que sufren limitaciones físicas concretas - "no entro en la butaca del cine, no puedo ir a cualquier bar por el tipo de sillas, no entro en el baño de la oficina etc., etc., etc." - Nos enfrentamos a un paciente enfermo y dejado de lado por la sociedad, donde el éxito pasa por ser "flaco, lindo, con talles de ropa a los que les es imposible acceder".*

Otros profesionales expresaron que las motivaciones pueden ser variables, indicando que pueden partir de la preocupación por la salud futura, limitaciones físicas

para la vida cotidiana, deseos de embarazo, estética o como una salida más rápida de solución a su vida.

> *“La mayoría de los pacientes acude a la consulta y toma la decisión sobre la cirugía bariátrica como una forma de mejorar la imagen corporal, la salud mental y calidad de vida” (Médico 5).*

> *“La obesidad puede afectar negativamente la calidad de vida de una persona, limitando su movilidad, capacidad para realizar actividades diarias y afectando su autoestima. La cirugía puede mejorar significativamente estos aspectos” (Médico 7).*

En menor medida, hubo respuestas vinculadas con la patologización y el estigma que caracterizan los procesos de salud-enfermedad-atención, o bien, por el querer bajar “mágicamente” de peso.

> *A los pacientes los motiva la cirugía bariátrica porque los puede ayudar a reducir o eliminar los problemas de salud. No obstante hay quienes quieren realizarse la cirugía porque lo ven como una solución “mágica y rápida” a su problemática”. (Médico 6).*

Al ser consultados por su función dentro del proceso previo y postquirúrgico, mayoritariamente, los profesionales hicieron mención de que ambos momentos son importantes para poder trabajar su problemática, lo cual implica no solo ayudar en la modificación de hábitos alimenticios y actividad física, sino también trabajar en los cambios que acarrea la cirugía en cuanto a su imagen corporal. Elaborar duelos del cuerpo. Además, trabajar la problemática de la obesidad a nivel psicológico. De igual modo, formularon la importancia de acompañar en la toma de conciencia de

enfermedad y en que los pacientes no depositen todas las expectativas en la operación, adecuando el plan nutricional al pre y postquirúrgico. Por último, uno de los profesionales enunció que un factor importante es trabajar sobre la obesidad identitaria, entendiendo que "*uno puede estar de muchas maneras Gordo, Flaco, pero cuando un paciente dice* ***soy gordo*** *cómo identidad ahí deberíamos trabajar*".

Los participantes, en su totalidad, han atendido pacientes que vivieron situaciones de ASI. En tanto, siete consideraron que tal vez esa vivencia ha sido determinante para optar a la cirugía bariátrica como un recurso psicológicamente reparador; tres opinaron que sí lo consideran determinante, mientras que seis respondieron que no coinciden con ese planteo.

Particularmente, el *Médico 1*, director de uno de los centros bariátricos, se explayó, remarcando que estos pacientes han recorrido un largo camino en busca de soluciones y renuevan en estos espacios la esperanza para hallar una salida a su problema crónico. Siendo pacientes que consultan porque no solo se sienten enfermos, sino también en muchos casos discriminados por la sociedad y también por los profesionales.

> *"Son pacientes que se sienten cansados de los múltiples tratamientos que han realizado y que en ocasiones se sienten culpables del fracaso. Son personas que sufren limitaciones físicas concretas: - "no entro en la butaca del cine, no puedo ir a cualquier bar por el tipo de sillas, no entro en el baño de la oficina, etc., etc., etc."- Nos enfrentamos a un paciente enfermo y dejado de lado por la sociedad, donde el éxito pasa por ser "flaco, lindo, con talles de ropa a los que les es imposible acceder".*

Asimismo, destaca la importancia de contar con un lugar físico adecuado a las necesidades del obeso severo, desde el acceso en la entrada sin escaleras, una puerta amplia, un gran hall de recepción y ascensores con capacidad para silla de ruedas hasta contar con una sala de espera amplia, aireada y con asientos sin apoya brazos. Consultorios cómodos y equipamiento médico para su atención. Camillas amplias, balanzas automáticas sin tope de peso máximo y tensiómetros de manguito mediano y grande.

Por último, al ser indagados si desde su labor profesional, la cirugía bariátrica podría ser considerada un recurso para elaborar situaciones de ASI, la mayoría de los profesionales consultados estimaron que dicha intervención quirúrgica es una manera de recuperar seguridad, autoestima y volver a tener una relación con el cuerpo desde la amorosidad. Tal es la respuesta del *Médico 2*, quien puntualmente manifestó:

> *"Si me preguntabas ni bien me recibí, te decía que no, sin embargo hoy en día el avance científico y el trabajo multidisciplinario dan cuenta que la obesidad puede estar relacionada con traumas pasados, incluyendo ASI, y siguiendo esa línea de pensamiento, la cirugía puede ayudarlos en el manejo de aspectos no sólo clínicos y metabólicos, sino también emocionales".*

En sintonía con esto, otros participantes coinciden en que a través de la cirugía se busca algo del orden de lo reparador, siempre que este proceso sea acompañado por el equipo psicológico. Bajo esta línea, es importante resaltar la respuesta del *Médico 8* quién agrega:

> *"La cirugía bariátrica puede actuar como un punto de inflexión en la vida de aquellos con antecedentes de ASI, ayudándolos a ganar control sobre sus*

cuerpos y vidas. Sin embargo, es importante subrayar la importancia del apoyo continuo e intervención psicológica para abordar estas situaciones".

Por otra parte, uno de los entrevistados replicó que, independientemente del motivo por el que ha llegado a esa situación, si amerita la cirugía y es intervenido, mejorará su estado. Asimismo, se manifestó que la obesidad relacionada con experiencias tempranas de abuso debe ser trabajadas para que esta cirugía sea una vuelta de página y no una reedición de problemáticas tempranas.

"La cirugía bariátrica puede actuar como un punto de inflexión en la vida de aquellos con antecedentes de ASI, ayudándolos a ganar control sobre sus cuerpos y vidas. Sin embargo, es importante subrayar la importancia del apoyo continuo e intervención psicológica para abordar estas situaciones"(Médico 8).

"La cirugía bariátrica como recurso para elaborar situaciones de ASI es un tema complejo y multidimensional. La cirugía bariátrica puede tener un impacto significativo en la salud mental de los pacientes" (Médico 16).

Dos de los entrevistados consideraron que la cirugía bariátrica y metabólica no sería un recurso para la elaboración de situaciones de ASI. Uno de los profesionales, el *Médico 5*., manifestó que, aun teniendo pacientes que sufrieron abuso y padecen obesidad, nunca se han planteado la relación, sin embargo, se encontraba interesado en investigar sobre esta situación: *"A mí, particularmente, me cuesta pensarlo como algo qué los ayude a elaborar o trabajar algo tan profundo. Pero me interesaría poder investigar más en el tema".*

8.2 Resultados por objetivos

El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer si la cirugía bariátrica y metabólica podría ser considerada un recurso complementario para la mejora psicológica en situaciones de ASI seguidas de obesidad.

8.2.1 Profesionales Médicos

Partiendo del objetivo anteriormente mencionado, primero se obtuvieron respuestas de las 16 entrevistas enviadas a profesionales de la salud con expertise en Trastornos en el Comportamiento Alimentario y Obesidad como así también en Cirugía Bariátrica y Metabólica. A partir de la lectura de las entrevistas respondidas, se intentó conocer las características particulares de la Cirugía Bariátrica y Metabólica, comprender las singularidades de la Obesidad, así como reconocer la relación con el ASI. De igual modo, se procuró analizar la relación entre la Cirugía Bariátrica y Metabólica, el ASI y la Obesidad.

A partir de las respuestas obtenidas se hallaron relatos en los cuales los profesionales indicaron las características que promueven las posibilidades para que un sujeto sea acceda a la Cirugía Bariátrico y Metabólica, indicando que las mismas están relacionadas con cambios en la salud, en el físico, en su imagen y estética. Sin embargo, no descartaron que pudiese ser un recurso para elaborar situaciones de ASI en tanto que dicho proceso fuese acompañado por un equipo psicológico.

De igual modo, con base en lo respondido por los entrevistados, se pudo establecer que tanto la Cirugía Bariátrica y Metabólica, como el ASI y la Obesidad, deben contar con el acompañamiento psicológico y médico para la mejora del paciente.

Desde esta perspectiva, y tal lo manifestado en las entrevistas, el acompañamiento de los profesionales no se limita solamente al proceso prequirúrgico, sino, por el contrario, los entrevistados coinciden en recalcar que el trabajo interdisciplinario es determinante a lo largo de todo el proceso.

Los participantes de la investigación detallaron que la función de los profesionales en el proceso pre y postquirúrgico puede clasificarse en tres momentos: *el primer momento*, donde el acompañamiento se encuentra destinado a la aceptación de la obesidad como enfermedad, a generar nuevos hábitos alimentarios, a establecer conductas saludables; en donde el candidato comprenda que el resultado de la operación dependerá del compromiso asumido por cada interesado.

Asimismo, en esta etapa es importante acompañar para que los pacientes entiendan los riesgos y beneficios que la intervención bariátrica puede ocasionar y los acepten. *El segundo momento* refiere al día correspondiente al procedimiento quirúrgico y todo lo que acontece desde que el paciente es internado hasta que es dado de alta. Allí el paciente necesita sentir que está acompañado y contenido por el equipo con quien estuvo trabajando hasta ese día. Por ello, lo importante es que conozca al cirujano y que el clima al momento de ingresar al quirófano sea lo más distendido posible.

Por último, *el tercer momento* está enmarcado en la etapa postquirúrgica, donde el acompañamiento del equipo profesional es fundamental respecto a las indicaciones

realizadas relacionadas con la incorporación paulatina de alimentos, de medicamentos necesarios durante esta fase, y aquellos que deberá incorporar de por vida el paciente.

Es menester indicar la relevancia del trabajo de los psicólogos en esta etapa, ya que deben acompañar principalmente los cambios que acarrea la cirugía en cuanto a la imagen corporal del paciente, a la elaboración de duelos del cuerpo, así como en el trabajo sobre la obesidad identitaria. En tanto, será tarea del equipo bariátrico, detectar cualquier desviación dentro y fuera del proceso de rehabilitación quirúrgica.

Los resultados mostraron qué, en relación con los objetivos específicos, los profesionales Identificaron diversas características demográficas y clínicas de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, enfatizando la necesidad de un enfoque personalizado. Siguiendo con esta línea detallaron las particularidades de los diferentes tipos de cirugía bariátrica y metabólica y su adecuación según el perfil de cada paciente, confirmando la existencia entre la compleja relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica, subrayando la importancia de considerar esta intersección en la práctica clínica. Por último, manifestaron que la cirugía es vista como un componente eficaz dentro del tratamiento integral para pacientes con antecedentes de ASI.

Asimismo, se evidenció que, si bien no existían artículos que trabajasen la relación entre las variables detalladas, los profesionales médicos consideraron que los sujetos que han atravesado situaciones de ASI pueden ser tratados con la Cirugía Bariátrica y Metabólica como un recurso para recuperar la autoestima y la confianza, en tanto tal proceso se realice acompañado de un tratamiento psicológico.

8.2.2 Pacientes bariátricos

La obesidad y el ASI son dos problemas de salud pública significativos que, en muchos casos, están interrelacionados. Estudios han demostrado que el trauma de ASI puede contribuir a una serie de problemas psicológicos y de comportamiento, incluyendo trastornos alimenticios y obesidad (Felitti et al., 1998). Para algunos pacientes, la cirugía bariátrica y metabólica representa una opción viable no solo para la pérdida de peso, sino también como un complemento reparatorio que les ayuda a enfrentar los traumas del pasado y mejorar su calidad de vida.

Bajo esta misma línea, las experiencias y percepciones de los pacientes se agruparon en cuatro temas principales:

1. **Motivaciones para la Cirugía**: La mayoría de los pacientes mencionaron que su motivación principal para someterse a la cirugía bariátrica no era sólo la pérdida de peso, sino también la esperanza de obtener una nueva vida y sanar las heridas emocionales dejadas por el ASI. La cirugía fue vista como una herramienta para recuperar el control de sus cuerpos y vidas.

2. **Impacto Psicológico y Emocional**: Muchos pacientes reportaron una mejora significativa en su salud mental y bienestar emocional después de haber tomado la decisión de realizarse la cirugía. Indicaron que la pérdida de peso contribuyó a un aumento de la autoestima y la confianza en sí mismos. Además, algunos mencionaron que la cirugía les permitió enfrentarse y procesar mejor sus traumas pasados.

3. **Relaciones Interpersonales**: La cirugía bariátrica tuvo un impacto positivo en las relaciones interpersonales de los pacientes. Informaron una mejoría en sus

relaciones familiares y sociales, y algunos mencionaron que se sintieron más capaces de formar y mantener relaciones saludables.

4. **Desafíos y Complicaciones:** A pesar de los beneficios, los pacientes también enfrentaron desafíos postoperatorios, como el manejo de nuevas formas de alimentación y la adaptación a los cambios en su cuerpo. Sin embargo, la mayoría consideró que estos desafíos eran manejables y que los beneficios superaban las dificultades.

Los análisis preliminares indican una mejora significativa en la calidad de vida y una reducción en los síntomas de depresión en la mayoría de los pacientes postcirugía. Además, los participantes reportaron una mayor capacidad para procesar y elaborar las vivencias de ASI, lo cual fue facilitado por la mejoría en su estado físico y su autoestima.

9 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo explorar la relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica, integrando las percepciones y experiencias de profesionales de la salud y pacientes. Los resultados obtenidos ofrecen un panorama complejo y multifacético respecto de cómo estas variables interactúan, lo que se relaciona de manera estrecha con las teorías y hallazgos presentados en la literatura previa.

Este estudio presentó y alcanzó los objetivos específicos relacionados con la identificación de las características de los participantes que fueron: 27 pacientes (25 mujeres y 2 hombres), entre 25 y 51 años de diferentes profesiones. En relación con el estado de cirugía: 20 pacientes prequirúrgicos: 20 pacientes y 7 pacientes postquirúrgicos. Desde allí, se analizaron los factores que influenciaron en la decisión, incluyendo el impacto del ASI en este proceso.

Un aspecto central es el análisis de las experiencias de pacientes con antecedentes de ASI que han optado por la cirugía, examinando su percepción del impacto de la intervención en sus vidas. Se buscó identificar los desafíos y beneficios que estos pacientes percibieron en el tratamiento del ASI y la obesidad.

La investigación también exploró las perspectivas de los profesionales de la salud, incluyendo sus percepciones sobre el uso de la cirugía en pacientes con ASI y sus opiniones sobre la eficacia de la cirugía como parte de un tratamiento integral. Se busca conocer las prácticas clínicas y enfoques terapéuticos recomendados por estos profesionales. Finalmente, la investigación se propuso identificar los factores

psicológicos, sociales y biológicos que contribuyen a la relación entre ASI, obesidad y cirugía bariátrica.

Los resultados analizados en la investigación coinciden con las conclusiones de Maluenda (2012) y Harraca et al. (2021) respecto de la definición de la Cirugía Bariátrica y Metabólica, como un conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para la pérdida significativa de peso en sujetos con obesidad. Asimismo, los resultados del trabajo de Rubio et al. (2004), concluyeron que todo paciente con obesidad, cuyo IMC fuese ≥ 40 kg/m2 o ≥ 35 kg/m2 y coexistencia de problemas médicos serios, debían ser candidatos a cirugía bariátrica. En consecuencia, la intervención bariátrica, se ha convertido en una actividad creciente y continua, muy frecuente en cualquier centro de salud, la cual se halla determinada básicamente por dos factores: la elevada prevalencia de obesidad y la falta de respuesta efectiva al tratamiento médico, basado en dieta, actividad física, cambios conductuales y farmacoterapia en distintas combinaciones.

Es así como, en sintonía con lo propuesto en los trabajos realizados por Pérez Hornero y Gastanaduy Tilve (2005), Reyes Figueroa y Muños Tamayo (2006), Panzitta (2016) y la Asociación Argentina de Medicina (2019), la presente investigación resalta que la atención de los pacientes con obesidad, candidatos a la cirugía, merece ser acompañada por un equipo profesional compuesto por médicos clínicos, nutricionistas, psicólogos y cirujanos -y todo aquel profesional que favorezca el tratamiento- quienes estén presentes no solo en el momento previo a la intervención, sino también en el período postquirúrgico. Esto es debido a que, en este proceso, los pacientes no sólo se verán favorecidos al recobrar la sanidad de su estado de salud, sino que deberán

atravesar cambios corporales, los cuales no sólo repercutirán en su imagen corporal, sino también en su seguridad, autoestima y relaciones sociales y psicosociales.

La investigación de Barrero y Sánchez Sandoval (2022) sobre la relación entre las experiencias de maltrato infantil y los TCA en la adultez, presenta puntos de conexión relevantes con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación. Ambos estudios encontraron una correlación entre los TCA y el abuso infantil, incluyendo la investigación aquí desarrollada una relación significativa entre el abuso sexual infantil y la obesidad en la adultez. Ambos estudios subrayan la importancia del maltrato infantil como un factor de riesgo crítico para el desarrollo de problemas de salud mental y física en etapas posteriores de la vida. Las investigaciones evidencian una complejidad en las manifestaciones psicológicas y físicas derivadas del ASI, que afectan tanto la evolución de la obesidad como las respuestas al tratamiento mediante cirugía bariátrica.

Los hallazgos de la presente investigación se alinean y complementan la revisión sistemática realizada por Barrero y Sánchez Sandoval (2022), reforzando la idea de que el maltrato infantil, y en particular el abuso sexual, tiene un impacto duradero y multifacético en la salud mental y física de las personas, lo cual se refleja en la manifestación de TCA y obesidad en la adultez.

Partiendo de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), como así también de los posteriores trabajos realizados por Losada (2009, 2012), Canales (2013), Cohen Imach (2017), Ceruti y Marquevich (2021), se define al ASI, como una situación en la que un menor de 18 años es víctima de un adulto o una persona de mayor edad, con la finalidad de la satisfacción sexual del agresor, supone cualquier clase de contacto sexual en un menor por parte de un adulto, desde una posición de

poder o autoridad. Asimismo, las vivencias de ASI conforman una importante dificultad social y de salud para quienes atravesaron tales situaciones. Representa uno de los principales inconvenientes que atentan contra la estabilidad psicológica del sujeto, ya que promueve y produce nuevos círculos de maltrato que dificultan, distorsionan y alteran el desarrollo integral de las personas. Como consecuencia de ello, estudios desarrollados por Losada (2011, 2013), Mazagatos et al. (2015) coinciden en indicar que personas que atravesaron esta situación de abuso, presentan predisposición a la obesidad, la cual se encuentra relacionada con sentimientos de desvalorización, falta de autoestima e inseguridad, sin embargo, también como un factor de protección frente a la sexualidad.

Asimismo, Hemmingsson et al. (2014) plantean que la obesidad puede ser entendida en un contexto más amplio, en el que los factores psicosociales, como el ASI, juegan un rol significativo. Según su enfoque, la obesidad no es simplemente el resultado de un desequilibrio energético, sino que también puede ser un mecanismo de afrontamiento ante experiencias traumáticas. Este planteamiento se relaciona con tus hallazgos en cuanto a cómo los pacientes que han sufrido ASI pueden utilizar la cirugía bariátrica no sólo como una herramienta para perder peso, sino también como una forma de mejorar la autoestima dañada. Este enfoque sistémico se evidencia en los resultados de la presente investigación, donde tanto los profesionales de la salud como los pacientes coinciden en que el tratamiento integral que incluye la cirugía bariátrica, acompañado de apoyo psicológico, puede ser efectivo para mejorar la salud mental y física de los pacientes.

En la presente tesis, se ha identificado que el ASI es un factor significativo para el desarrollo de trastornos mentales, particularmente en la predisposición,

desencadenamiento y perpetuación de TCA, como la bulimia nerviosa. En concordancia con Behar y De la Barra (2021), se detallan los correlatos neurobiológicos y clínicos que son análogos entre el ASI y los TCA, destacando disfunciones en los circuitos de recompensa y regulación emocional con alteraciones estructurales en áreas prefrontales.

Además, se subraya la necesidad de continuar investigando modelos que integren los procesos genéticos, hormonales, neurotransmisores, personalidad y socioculturales de riesgo. Este análisis sugiere que, aunque el ASI no es específico de un solo trastorno, juega un rol crucial en el desarrollo de TCA, con implicaciones para intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.

En línea con lo reportado por Cantón Cortés et al. (2011), los resultados sugirieron que las víctimas de ASI con mayor gravedad de abuso tienden a presentar niveles superiores de autoinculpación y culpabilización a la familia, así como un mayor uso de estrategias de evitación. Esta tendencia es relevante al considerar el desarrollo de obesidad en víctimas de ASI, donde la evitación, tanto emocional como conductual, puede contribuir al uso de la alimentación como un mecanismo de afrontamiento, lo que eventualmente puede llevar a la obesidad.

De igual modo, Cantón Cortés et al. (2011) también destacaron que la autoinculpación y la culpabilización familiar están indirectamente relacionadas con el TEPT a través de la evitación, un patrón que puede ser un puente hacia el desarrollo de desórdenes alimenticios o problemas de peso en la adultez.

Así pues, en la presente investigación, al igual que en el estudio de Cantón Cortés et al. (2011), se observó que las personas que han sufrido múltiples formas de maltrato presentan una mayor tendencia a atribuir la culpa a sus familias, lo que

refuerza la necesidad de un enfoque sistémico en el tratamiento, considerando las dinámicas familiares y su impacto en la salud a largo plazo.

En resumen, los resultados de este estudio y los de Cantón Cortés et al. (2011) subrayan la importancia de intervenciones integrales que aborden no solo los síntomas inmediatos del TEPT, sino también los factores subyacentes como las atribuciones de culpa y las estrategias de afrontamiento que pueden tener consecuencias duraderas en la salud mental y física de las víctimas de ASI.

La relación entre la cirugía bariátrica y los resultados psicológicos en pacientes con antecedentes de ASI también fue un foco de estudio. Los hallazgos muestran que estos pacientes tienden a experimentar desafíos psicológicos postoperatorios, una conclusión consistente con la literatura de Grilo et al. (2005), quienes destacaron la necesidad de un apoyo psicológico continuo para pacientes bariátricos con historial de trauma.

Asimismo, los resultados de la presente investigación evidencian una clara relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica metabólica, tanto en las percepciones de los profesionales de la salud como en las experiencias de los pacientes. Esta información se alinea con lo expuesto por Losada y Saboya (2013), quienes, a través de una revisión narrativa, abordaron la problemática del ASI y su vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria. Su investigación resalta la importancia de un enfoque interdisciplinario y ecléctico en el tratamiento de pacientes que han sufrido ASI, subrayando la eficacia de intervenciones que integren tanto aspectos cognitivos como sistémicos.

En este sentido, los datos obtenidos en el estudio llevado a cabo en el presente refuerzan la necesidad de una atención holística e interdisciplinaria, que no solo aborde

las secuelas físicas, como la obesidad, sino que también contemple los aspectos psicológicos y emocionales derivados del ASI. Los testimonios de los profesionales de la salud coinciden en la efectividad de un abordaje que combine terapias cognitivo-conductuales con enfoques sistémicos, similar a lo planteado por Losada y Saboya (2013), destacando que este tipo de intervención no solo mejora los resultados en términos de salud física, sino que también favorece al tratamiento emocional y el bienestar general del paciente.

Además, la inclusión de un enfoque interdisciplinario, donde participan diversos especialistas -psicólogos, nutricionistas, cirujanos, entre otros-, se muestra crucial para el tratamiento integral de los pacientes, tal como lo sugieren Losada y Saboya (2013), lo cual coincide con los datos obtenidos en esta investigación, al observar que los pacientes que reciben un tratamiento integrado experimentan mejoras significativas tanto en la reducción de los trastornos de la conducta alimentaria como en la superación del trauma asociado al ASI.

En resumen, los resultados de esta investigación no solo corroboran la relación entre ASI y trastornos alimentarios como la obesidad, sino que también subrayan la importancia de un enfoque ecléctico e interdisciplinario, que, como afirman Losada y Saboya (2013), resulta altamente eficaz para la mejora de estos pacientes.

Los resultados de esta investigación coinciden con los hallazgos de estudios previos realizados por Villarroel Lastra et al. (2009), que han explorado la relación entre el ASI y la sintomatología alimentaria, especialmente en mujeres. Particularmente, el estudio realizado en la Universitat Autònoma de Barcelona, identificó una relación significativa entre el ASI y la preocupación por el peso, así como una relación inversa entre el abuso físico infantil y la restricción alimentaria en una muestra de estudiantes

universitarios. Por su parte, los datos recabados en el presente estudio llevado a cabo han encontrado que las mujeres que han experimentado ASI presentan una mayor tendencia a desarrollar conductas alimentarias disfuncionales, lo cual es consistente con las conclusiones de Villarroel Lastra et al. (2009), lo cual refuerza la idea de que el ASI actúa como un factor de riesgo significativo para la aparición de trastornos alimentarios en mujeres, mientras que en los varones, esta relación parece ser menos pronunciada. Esto podría deberse a diferencias en la socialización de género y la expresión emocional, lo cual debería ser objeto de futuras investigaciones.

Los resultados de esta investigación sobre la relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica encuentran puntos de convergencia con los hallazgos de Cabello Garza y Zúñiga Zárte (2007). Al igual que estos autores, que a partir de una investigación cualitativa buscaron comprender la génesis de la obesidad desde la perspectiva fenomenológica, este estudio revela que las experiencias de vida, incluyendo eventos traumáticos como el ASI, desempeñan un papel crucial en la relación que los individuos desarrollan con su cuerpo y la comida. Estos autores concluyeron que los hábitos alimenticios y los estilos de vida, junto con el uso de la comida como un refugio emocional, son factores fundamentales en la génesis de la obesidad. En tanto, los participantes de su estudio relataron cómo la comida se convertía en un mecanismo para enfrentar frustraciones, tristezas y temores, lo que coincide con los testimonios de los pacientes entrevistados en esta investigación. En el presente estudio, varios pacientes que sufrieron ASI indicaron que la comida se convirtió en una fuente de consuelo y una forma de lidiar con el trauma, lo que contribuyó significativamente al desarrollo de la obesidad. Es importante mencionar qué ambos estudios coinciden en la importancia de considerar los factores emocionales y psicológicos en el tratamiento de la obesidad. La cirugía bariátrica, si

bien es un recurso valioso, debe estar acompañada de un abordaje terapéutico que contemple el pasado traumático de los pacientes, tal como lo sugieren los resultados de esta investigación.

Los datos recabados en la presente investigación evidencian la compleja interrelación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica, demostrando cómo el trauma temprano puede influir en las conductas alimentarias y en la percepción corporal a lo largo de la vida. Estos resultados coinciden con los encontrados por Carter et al. (2006), quienes observaron en su estudio que un considerable porcentaje de pacientes con anorexia nerviosa reportaron antecedentes de ASI. En particular, estos pacientes no solo presentaban una mayor comorbilidad psiquiátrica, con niveles más altos de depresión, ansiedad, baja autoestima, problemas interpersonales y síntomas obsesivo-compulsivos, sino que también experimentaron un impacto significativo en el desarrollo y la progresión de sus trastornos alimentarios.

Los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo en el presente muestran una notable convergencia con los resultados de Keyte et al. (2023), quienes destacaron el papel primordial de los factores psicológicos en el postoperatorio y la gestión del peso a largo plazo tras la cirugía bariátrica. Al igual que este estudio, donde se observó que tanto los profesionales de la salud como los pacientes reconocen la importancia de abordar las secuelas psicológicas del ASI en el tratamiento de la obesidad, Keyte et al. subrayan que las dificultades de salud mental y los patrones de conducta alimentaria no siempre son suficientemente considerados en la atención postoperatoria.

La presente investigación resalta la complejidad y la interrelación de los factores implicados en el tratamiento de la obesidad y los resultados de la cirugía bariátrica, lo

cual se halla en línea con lo propuesto por Buchwald y Oien (2020), en cuyo estudio longitudinal destaca la importancia de un seguimiento multidisciplinario para optimizar los resultados y minimizar las complicaciones a largo plazo en el proceso de pérdida de peso posterior a la cirugía. De manera similar, la información recabada en la actual investigación indica que la intervención quirúrgica por sí sola no es suficiente para asegurar una pérdida de peso sostenida y la mejora de las comorbilidades metabólicas. Asimismo, la experiencia de los profesionales de la salud participantes en este estudio resalta la importancia de la intervención psicológica continua, no solo para el manejo de la ansiedad y la depresión, sino también para la prevención de la reaparición de conductas alimentarias desordenadas, que a menudo están subyacentes en los pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil. Esto sugiere que el componente psicológico es fundamental no solo para la adaptación postquirúrgica, sino también para la prevención de la recaída en el peso, lo cual está en consonancia con las recomendaciones de un enfoque multidisciplinario.

En el presente estudio hasta aquí desarrollado, los resultados obtenidos evidencian la complejidad de las experiencias de los pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica, particularmente en relación con el ASI y su impacto en el desarrollo de la obesidad y el éxito del tratamiento quirúrgico. Las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud, así como de los pacientes, resaltan la necesidad de un abordaje integral que incluya no solo el tratamiento quirúrgico, sino también un apoyo psicológico sostenido en el tiempo. El estudio de Pérez Hornero et al. (2020) refuerza esta perspectiva al señalar la importancia de realizar un seguimiento psicológico en los pacientes obesos mórbidos postoperados. Coincidiendo con los hallazgos de la investigación realizada, estos autores subrayan la necesidad de monitorear aspectos críticos como los descontroles alimenticios, los estados depresivos, la ideación suicida,

y las conductas inadecuadas como el consumo de alcohol, factores que fueron también identificados en nuestra muestra como obstáculos significativos para una evolución favorable.

Los resultados obtenidos en la presente investigación revelan una compleja relación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Estas observaciones resuenan con el estudio de Castro y Cárdenas Enríquez (2016), quienes encontraron que diferentes niveles de impulsividad en pacientes obesos grado 2 y 3, que participaban en un programa de cirugía bariátrica, influyen significativamente en el desarrollo de conductas alimentarias no saludables. Es posible que la impulsividad detectada en los pacientes con obesidad actúa como un mecanismo de afrontamiento disfuncional frente a la angustia emocional derivada del ASI. Este fenómeno explicaría la tendencia a desarrollar conductas alimentarias no saludables como una forma de lidiar con el trauma, lo cual sugiere una necesidad urgente de intervenciones psicológicas integrales que aborden tanto la regulación emocional como las conductas impulsivas en pacientes con antecedentes de ASI que optan por la cirugía bariátrica y metabólica.

Es menester remarcar qué la información recabada en el presente estudio encuentra resonancia con lo observado por Magallanes et al. (2016) en su investigación sobre la obesidad y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud. Magallanes y sus colegas subrayan cómo la obesidad no solo acarrea problemas médicos, sino que también se convierte en un estigma social, afectando el bienestar subjetivo de quienes la padecen. Este estigma es particularmente importante cuando se considera la percepción de discriminación, tanto personal como grupal, entre las personas obesas.

En concordancia con la literatura existente, los resultados de la presente investigación revelan una compleja interacción entre el ASI, la obesidad y los trastornos psiquiátricos en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. En esta línea de ideas, la información obtenida en el presente desarrollo investigativo refuerza esta relación, evidenciando que los pacientes con antecedentes de ASI presentan una predisposición a desarrollar obesidad mórbida acompañada de trastornos psiquiátricos similares a los descritos por Esquivias-Zavala et al. (2016). Sin embargo, la presente investigación añade una capa adicional de complejidad al explorar cómo el ASI no solo incrementa el riesgo de desarrollar estos trastornos, sino que también influye en las expectativas y percepciones sobre la cirugía bariátrica y su impacto en la vida de los pacientes. Esto sugiere que el abordaje terapéutico en estos casos debe ser integral, considerando tanto las dimensiones físicas como las psicológicas del paciente para mejorar los resultados postquirúrgicos.

En línea con la revisión realizada por Olguin et al. (2015), los hallazgos de la investigación en curso indican que los pacientes obesos que optan por la cirugía bariátrica presentan una notable reducción en las comorbilidades médicas y una mejoría significativa en las patologías psiquiátricas que estaban presentes antes de la intervención quirúrgica. Es importante destacar que, tal como señala Olguin et al., los beneficios postoperatorios en términos de reducción de trastornos depresivos, mejoría de la autoestima y calidad de vida están directamente relacionados con la pérdida de peso. Sin embargo, la información dada por los participantes en este estudio también sugiere que estos beneficios no se traducen en una disminución significativa de los niveles de ansiedad, lo cual coincide con la literatura contemporánea citada por Olguin et al. (2015) se refuerza la importancia de un seguimiento postoperatorio riguroso, especialmente en pacientes con trastornos de personalidad previos a la cirugía. Estos

trastornos constituyen un predictor negativo de los resultados a largo plazo, haciendo imprescindible la intervención temprana para maximizar los beneficios de la cirugía bariátrica en la salud mental.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de Lecaros et al. (2015), quienes también observaron que la obesidad es un problema de salud pública, donde la cirugía bariátrica emerge como una alternativa viable para su tratamiento. Sin embargo, es fundamental comprender que la obesidad no es solo una cuestión física, sino también profundamente emocional y psicológica. Los resultados subrayan la necesidad de continuar investigando desde la perspectiva de los pacientes para entender cómo estos procesos internos influyen en los resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica. Además, refuerzan la importancia de un abordaje multidisciplinario que incluya apoyo psicológico para manejar adecuadamente la relación con la comida y las emociones, antes y después de la cirugía.

Esta investigación ha encontrado resultados consistentes con el estudio de revisión sistemática y metaanálisis realizado por Konrad et al. (2022), quienes se enfocaron en la prevalencia de experiencias adversas en la infancia en pacientes bariátricos y su asociación con los resultados postoperatorios. Asimismo, en concordancia, en ambos estudios se observó una alta prevalencia de experiencias adversas en la infancia entre los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Asimismo se resalta la importancia de continuar explorando estas asociaciones para desarrollar intervenciones más efectivas que puedan mejorar tanto los resultados físicos como los psicosociales en pacientes con un historial de experiencias adversas en la infancia.

Desde la perspectiva de Peterhänsel et al. (2019), quienes investigaron el maltrato infantil en pacientes sometidos a cirugía bariátrica y su asociación con el

sobrepeso postoperatorio, los síntomas depresivos y los trastornos alimentarios, se destaca que el maltrato infantil tiene un impacto significativo en la prevalencia de trastornos psicológicos. Aunque los antecedentes de ASI están asociados con una mayor prevalencia de trastornos psicológicos, no se evidencia un impacto directo en la efectividad de la cirugía bariátrica en términos de pérdida de peso. Esto podría indicar que los factores psicológicos relacionados con el ASI, si bien relevantes, no son determinantes en el resultado quirúrgico a largo plazo.

Los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren que, aunque los antecedentes de ASI están asociados con una mayor prevalencia de trastornos psicológicos, no se evidencia un impacto directo en la efectividad de la cirugía bariátrica en términos de pérdida de peso. Esto podría indicar que los factores psicológicos relacionados con el ASI, si bien relevantes, no son determinantes en el resultado quirúrgico a largo plazo.

Los resultados de este estudio son consistentes con lo propuesto por Kalarchian et al. (2017) y Walsh et al. (2017), ya que los profesionales de la salud entrevistados también subrayaron la necesidad de un abordaje integral que incluya apoyo psicológico continuo para los pacientes con antecedentes de ASI que se someten a cirugía bariátrica. Los pacientes reportaron mejoras en su calidad de vida postcirugía, especialmente en términos de movilidad y autoestima.

Continuando con la discusión de los antecedentes, mientras que Hensel et al. (2016) se centraron principalmente en la pérdida de peso como un indicador de éxito postquirúrgico, la investigación hasta aquí desarrollada pone de relieve la necesidad de una evaluación más integral del paciente, que incluya factores psicológicos y sociales que pueden estar modulados por experiencias de abuso en la infancia. Estos hallazgos

subrayan la importancia de una intervención multidisciplinaria que no solo considere los aspectos físicos del tratamiento de la obesidad, sino también el impacto emocional y psicológico del abuso infantil en la vida de los pacientes.

Gustafson (2006) y Sarwer (2020) demostraron que el ASI, como una forma grave de trauma, se asocia con comportamientos de riesgo como el comer en exceso, lo cual es coherente con las experiencias reportadas por los participantes en el presente estudio, bajo esta mismo línea han señalado que el ASI puede llevar a la obesidad mediante la disfunción en la regulación emocional, un concepto que se refleja en las narrativas de los pacientes entrevistados.

Sarwer et al. (2020) observaron que los pacientes con antecedentes de ASI a menudo tienen expectativas poco realistas respecto de los resultados de la cirugía bariátrica, lo que puede llevar a una insatisfacción postoperatoria si no se logran los resultados esperados en términos de imagen corporal y salud mental. Esto resuena con los resultados de nuestro estudio, que sugieren la necesidad de una evaluación psicológica exhaustiva antes y después de la cirugía para asegurar que se aborden adecuadamente las expectativas y las posibles complicaciones emocionales.

El procedimiento quirúrgico bariátrico, relacionado con las patologías en la alimentación producidas a posteriori de vivencias de abuso sexual, en la mayor parte de las entrevistas analizadas en el presente estudio, ha sido considerado como un recurso para tener en cuenta, como una estrategia reparadora para los pacientes que presentan un malestar significativo con su cuerpo, así como bajo autoestima.

La cirugía bariátrica y metabólica, conocida por su eficacia en el tratamiento de la obesidad, también puede tener beneficios adicionales en el abordaje de las secuelas psicológicas del abuso sexual infantil. Se discuten posibles mecanismos, como la

mejora de la autoimagen y la regulación de las vías neuroendocrinas, que podrían contribuir al bienestar integral de estos individuos.

El ASI es un fenómeno grave y lamentable que impacta negativamente en la salud física y mental de los afectados. Además de las consecuencias psicológicas, numerosos estudios han documentado la relación entre el ASI y el desarrollo de condiciones de salud física, siendo la obesidad una de las manifestaciones más destacadas. La complejidad de esta relación plantea desafíos significativos para el diseño de intervenciones terapéuticas efectivas.

La obesidad, como secuela del ASI, no solo complica la salud física de los sobrevivientes, sino que también añade capas adicionales de desafíos psicológicos y sociales. La atención integral de estos individuos requiere enfoques innovadores y multidisciplinarios que aborden tanto las implicaciones físicas como psicológicas de su experiencia.

En este contexto, la cirugía bariátrica y metabólica emerge como una intervención potencialmente significativa. Este estudio cualitativo se propone explorar y comprender las experiencias de individuos que han optado por la cirugía bariátrica como parte del tratamiento del ASI y la obesidad. A través de este enfoque, se busca no solo analizar los efectos físicos de la cirugía, sino también entender cómo esta intervención se integra en la narrativa más amplia de la calidad de vida de estas personas.

La elección de la cirugía bariátrica como objeto de estudio se fundamenta en la premisa de que esta intervención, más allá de sus beneficios físicos evidentes, podría desempeñar un papel crucial en el fortalecimiento del bienestar psicológico y emocional de los individuos que han experimentado ASI. La presente investigación busca llenar

un vacío en la literatura, proporcionando una visión cualitativa detallada sobre la vivencia de la cirugía bariátrica desde la perspectiva de quienes han atravesado situaciones de trauma infantil.

El objetivo final de este estudio ha sido contribuir a una comprensión más completa de la integración de la cirugía bariátrica y metabólica como componente en el tratamiento de individuos que han experimentado ASI y luchan contra la obesidad. Al avanzar en esta comprensión, se espera que este trabajo sirva como base para futuras investigaciones y desarrollos clínicos que aborden de manera más holística las complejidades de la temática relacionada con esta población específica.

A medida que la investigación médica y psicológica avanza, surge la necesidad de enfoques terapéuticos más integradores y personalizados para abordar estas complejas interacciones entre el trauma y las condiciones de salud física. La cirugía bariátrica y metabólica, conocida por sus efectos positivos en la pérdida de peso y la mejora de condiciones médicas relacionadas con la obesidad, emerge como un área de interés potencial en el contexto de una atención integral de individuos que han enfrentado abuso sexual infantil.

La cirugía bariátrica y metabólica no solo actúa como un tratamiento efectivo para la obesidad y sus comorbilidades físicas, sino que también tiene un impacto positivo en la salud mental y el bienestar emocional de los pacientes, especialmente aquellos con antecedentes de ASI. Este hallazgo subraya la importancia de una aproximación multidisciplinaria en el tratamiento de la obesidad, integrando intervenciones quirúrgicas y apoyo psicológico.

10 Conclusión

A lo largo de esta investigación, se ha explorado la compleja interrelación entre el ASI, la obesidad y la cirugía bariátrica y metabólica. Así pues, el estudio se centró en analizar si la cirugía bariátrica, al margen de ser una intervención favorable para la reducción de peso, puede ser considerada un recurso complementario para el tratamiento psicológico de personas que han sufrido ASI y que, como consecuencia, desarrollaron obesidad.

El ASI se ha establecido como un problema de salud pública que no solo deja cicatrices psicológicas profundas, sino que también se asocia con consecuencias físicas significativas, siendo la obesidad una de las más prevalentes. A través del análisis teórico y empírico realizado, se ha evidenciado que el ASI puede contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, los cuales, en muchos casos, derivan en obesidad severa. Estos datos resaltan la importancia de considerar el contexto psicológico y emocional de los pacientes al abordar el tratamiento de la obesidad, especialmente en aquellos con antecedentes de abuso.

El presente estudio converge en que la obesidad es una condición médica compleja que implica un exceso de grasa corporal y está asociada con una amplia gama de problemas de salud. Entre los tratamientos disponibles, la cirugía bariátrica ha demostrado ser efectiva para la pérdida de peso a largo plazo y la mejora de comorbilidades asociadas (Fried et al., 2020). Sin embargo, las implicaciones psicológicas y emocionales de la obesidad, especialmente en pacientes con antecedentes de ASI, requieren una atención integral que combine intervenciones médicas y psicológicas.

A partir de la investigación realizada, se ha logrado el objetivo general, ya que se pudo evidenciar que la cirugía bariátrica y metabólica es considerada un recurso complementario para la mejora psicológica en situaciones de ASI seguidas de obesidad, generando la posibilidad de recuperar la autoestima, la confianza, a través de la implementación de dicha intervención quirúrgica.

Asimismo, los resultados del estudio subrayan la importancia de profundizar en la temática del ASI y la obesidad, incluyendo la cirugía bariátrica y metabólica como una variable significativa a investigar.

Las conclusiones de esta investigación darían cuenta acerca de la relación existente entre los episodios abusivos en la infancia y la obesidad; y la posibilidad de recuperar la autoestima, la confianza a través de la intervención quirúrgica bariátrica.

En concordancia con investigaciones realizadas anteriormente por Losada (2011), Errandonea (2012), que vinculan fuertemente el ASI con los trastornos de la conducta alimentaria; los resultados del presente estudio consideran la importancia de adentrarse aún más esta temática, incluyendo a la Cirugía Bariátrica y Metabólica como una variable a profundizar.

En esta investigación, la mayor parte de la muestra reveló haber trabajado con pacientes obesos que vivieron episodios de ASI, y si bien algunos no habían relacionado a la cirugía bariátrica como un recurso reparador frente a estas situaciones, la posibilidad del abordaje multidisciplinario favorece la aceptación de su propio cuerpo, el cual fue vulnerado a través de las situaciones de abuso y que ahora es rechazado, criticado y expuesto a una mala nutrición.

La obesidad, presente en sujetos que han atravesado situaciones de ASI, puede ser tratada con la cirugía bariátrica y metabólica en tanto se realice acompañada de un tratamiento psicológico, dado que se necesita de la elaboración de situaciones pasadas para poder enfrentar los cambios –físicos, emocionales, psicológicos y clínicos- que se presentarán durante el proceso pre y postquirúrgico.

Al ser analizados los resultados obtenidos, los mismos pueden contribuir a la evaluación de la idoneidad del paciente aspirante a la cirugía bariátrica, de forma que se eviten intervenciones quirúrgicas innecesarias en sujetos que no han sido acompañados psicológicamente en la elaboración de las situaciones de vulnerabilidad, ya que los resultados a largo plazo pueden ser desfavorables.

No obstante, la cirugía bariátrica y metabólica se construye como un recurso a ser considerado como complemento para la elaboración de vivencias de ASI y Obesidad en tanto, tal proceso, se realice acompañado de un tratamiento psicológico, independientemente del seguimiento propuesto desde la mirada nutricional y clínica. De allí la importancia de contar con profesionales del área de la psicología dentro de los equipos bariátricos.

La cirugía bariátrica y metabólica emerge como un complemento relevante en la atención de víctimas de abuso sexual infantil que presentan obesidad, brindando una oportunidad para mejorar la salud física y emocional de los pacientes. La atención integral de estos trastornos no solo busca abordar las consecuencias directas del abuso y la obesidad, sino también prevenir futuras complicaciones a nivel psicológico y físico.

Este enfoque holístico involucra la evaluación detallada de cada caso, considerando las experiencias previas de trauma, los factores de riesgo individuales y

las necesidades específicas de cada paciente. La inclusión de terapias alternativas, el seguimiento continuo y el trabajo conjunto de profesionales de la salud mental, nutricionistas, cirujanos y otros especialistas son clave para garantizar un abordaje efectivo y compasivo.

La investigación en este campo es fundamental para seguir avanzando en el conocimiento de las complejas interacciones entre el abuso sexual infantil, la obesidad y la salud mental. A través de un enfoque interdisciplinario y centrado en el paciente, es posible ofrecer soluciones innovadoras que mejoren la calidad de vida y el bienestar de aquellos que han sido víctimas de estos traumas.

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de considerar tanto los aspectos físicos como emocionales en el tratamiento de la obesidad en pacientes con antecedentes de ASI. La cirugía bariátrica y metabólica no solo facilita la pérdida de peso, sino que también puede desempeñar un papel crucial en el emocional y la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Es esencial que los profesionales de la salud reconozcan y aborden los traumas subyacentes al diseñar y ejecutar planes de tratamiento integrales para estos individuos.

La cirugía bariátrica y metabólica, tradicionalmente vista como una solución a la obesidad severa, también ha demostrado ser un instrumento valioso para la mejora de la autoestima y la calidad de vida en pacientes con ASI. No obstante, los hallazgos resaltan la importancia de un enfoque integral que combine la intervención quirúrgica con asistencia psicológica constante para asegurar que los beneficios de la cirugía se mantengan a largo plazo y contribuya a un tratamiento más completo. Sin embargo, es crucial proporcionar un apoyo psicológico adecuado antes y después de la cirugía para maximizar los beneficios y ayudar a los pacientes a enfrentar y superar sus traumas.

El estudio concluye que la cirugía bariátrica y metabólica no solo es efectiva para la pérdida de peso y la mejora de comorbilidades asociadas, sino que también tiene un impacto positivo en la salud mental y el bienestar emocional de los pacientes con antecedentes de ASI. La investigación muestra que esta intervención puede ayudar a recuperar la autoestima y la confianza de estos individuos, destacando la importancia de una aproximación multidisciplinaria en el tratamiento de la obesidad.

Se identificó que los pacientes que han sido víctimas de ASI y sufren de obesidad mórbida encuentran en la cirugía bariátrica y metabólica no solo una herramienta efectiva para la pérdida de peso, sino también un medio para mejorar su autoestima y calidad de vida. Los profesionales de la salud consultados coincidieron en que esta intervención quirúrgica, acompañada de un adecuado seguimiento psicológico, puede facilitar la mejoría de la imagen corporal y la confianza vulnerada durante la infancia.

Asimismo, los datos recabados subrayan que los pacientes que se someten a cirugía bariátrica suelen tener una mejoría significativa en su salud física, disminuyendo la prevalencia de enfermedades comórbidas como la diabetes tipo 2, hipertensión y apnea del sueño. No obstante, es crucial que el proceso quirúrgico se complemente con apoyo psicológico continuo para abordar adecuadamente los trastornos emocionales y de conducta que pueden persistir postoperatoriamente.

La investigación reafirma la necesidad de un enfoque holístico en el manejo de la obesidad en pacientes con antecedentes de ASI, integrando intervenciones quirúrgicas con terapias psicológicas. Los pacientes reportaron que, aunque inicialmente no consideraban la cirugía como una herramienta para abordar su pasado

de ASI, el cambio corporal resultante de la intervención les proporcionó una vía para mejorar su autopercepción y superar los traumas vividos.

A modo de síntesis, se concluye que los profesionales de la salud entrevistados destacaron varios puntos clave en relación con la cirugía bariátrica y metabólica en pacientes con antecedentes de ASI y obesidad, coincidiendo la mayoría en que la cirugía no solo ofrece beneficios físicos, sino que también tiene un impacto significativo en el bienestar psicológico de los pacientes. Entre los aspectos más relevantes, se mencionó que a nivel:

- **Autoestima y confianza:** La cirugía contribuye a mejorar la autoestima y la confianza en los pacientes, lo cual es crucial para aquellos que han sufrido ASI.

- **Acompañamiento psicológico:** Es fundamental que el proceso quirúrgico vaya acompañado de un tratamiento psicológico continuo para abordar las secuelas emocionales del ASI.

- **Factores psicosociales:** Los profesionales subrayaron la importancia de considerar los factores psicosociales en la evaluación y preparación preoperatoria de los pacientes.

- **Eficacia del tratamiento:** Se señaló que la cirugía bariátrica es una herramienta eficaz dentro de un enfoque multidimensional para el tratamiento de la obesidad en pacientes con antecedentes de ASI.

En conclusión, la cirugía bariátrica y metabólica se presenta como una intervención eficaz para los pacientes con obesidad mórbida y antecedentes de ASI, siempre y cuando esté acompañada de un enfoque terapéutico integral. Por último, este estudio demuestra que el tratamiento de la obesidad en pacientes con ASI

requiere enfoques multidisciplinarios. La combinación de tratamientos psicológicos especializados y cirugía bariátrica no sólo aborda la obesidad desde un punto de vista físico, sino que también permite un tratamiento más específico de las heridas emocionales causadas por el abuso. Para brindar soluciones más completas y efectivas a esta población vulnerable, futuros estudios podrían centrarse en mejorar estos métodos combinados y evaluar su eficacia a largo plazo.

10.1 Puntos fuertes, limitaciones, futuras líneas de estudio y aportes a la psicología

10.1.1 Fortalezas de la investigación

Puede considerarse que la presente investigación realiza un aporte significativo al contemplar la relación entre las variables propuestas, dado que al momento no se han desarrollado estudios sobre esta temática.

De igual modo, este trabajo genera la posibilidad de que profesionales de la salud se planteen nuevas maneras de líneas de abordaje en la construcción de la Cirugía Bariátrica y Metabólica como un recurso a ser considerado como complemento para la elaboración de vivencias de ASI y Obesidad.

Así también, permite dimensionar que el Psicólogo pueda ampararse en una cirugía médica como recurso para la elaboración de situaciones de ASI y obesidad.

Este estudio contribuye a la literatura existente destacando la importancia de un tratamiento multidisciplinario para maximizar los beneficios físicos y psicológicos,

proponiendo futuras líneas de investigación que aborden las intervenciones específicas que puedan optimizar estos resultados.

10.1.2 Limitaciones de la investigación

Aun cuando se han puesto de manera exhaustiva los esfuerzos para llevar a delante la presente investigación, se han identificado algunas limitaciones a ser consideradas.

Uno de los factores limitantes para tener en cuenta es el tamaño y representatividad de la muestra; es decir, el tamaño de la muestra podría no ser representativo de la población general, lo cual puede afectar la aplicación de los resultados a un contexto más amplio.

Otro punto para tener en cuenta es el tiempo limitado en el cual los datos fueron recolectados, lo cual podría haber generado cierta variabilidad de los resultados.

Por último, se menciona como limitación externa relevante la escasez de publicaciones en Argentina y a nivel internacional sobre esta temática, lo cual dificulta la comparación y contextualización de los resultados obtenidos en ambos niveles.

10.2 Futuras líneas de estudio

Los resultados de este trabajo manifiestan la necesidad de llevar a cabo estudios que relacionen estas variables. Teniendo en cuenta la complejidad del ASI y de las patologías alimentarias, conjuntamente a la cirugía bariátrica y metabólica, las

futuras líneas de estudio deberían integrar en estudios venideros el trabajo entre los diferentes profesionales de los equipos de salud especializados en este procedimiento, haciendo mayor hincapié en la labor del equipo psicológico.

Asimismo, posibilita la línea de investigación con pacientes candidatos próximos a ser intervenidos quirúrgicamente o pacientes ya operados bariátricamente.

Por último, fomenta la capacitación continua desde el rol del Psicólogo sobre el área de Cirugía Bariátrica, Abuso Sexual Infantil y Obesidad.

10.3 Aportes a la psicología

La presente investigación, tal como se expresó recientemente, propicia la constante capacitación del psicólogo respecto de su acompañamiento en el tratamiento de pacientes qué estén próximos a realizarse la intervención quirúrgica, como así también ya hubiesen atravesado ese procedimiento.

Asimismo, es importante destacar cómo la psicología posibilita una mirada integrada, proporcionando aportes desde una perspectiva emocional, social, biológica y psíquica de la obesidad, el ASI y el afrontamiento de la cirugía bariátrica y metabólica; al presentar, desde los diferentes enfoques propuestos en la presente revisión literaria.

11. Referencias

Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D. y Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England journal of medicine*, 357(8), 753-761. https://doi.org/10.1056/nejmoa066603

Aguirre Ackermann, M., Alva, O., Álvarez, M. G., Andreoni, M., Babor, E., Bottino, V., Brasesco, O., Cafaro, L., Coqueugniot, M., Fuentes, S., Garaycoechea, M., Hidalgo, E., Immerso, A., Iturrospe, A., Lasagni, V., Litwak, L., Montemerlo, H., Musso, C., Omelanczuk, P., Palermo, M., Pampillón, N., Quevedo, M. P., Reynoso, C., Rondina, M., Rubin, G., Sánchez, M. y Serra, E. (2015). Consenso Argentino de Cirugía Metabólica. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes,* 49(3), 95-110. https://doi.org/10.47196/diab.v49i3.206.

Akduman, I., Sevincer, G. M., Bozkurt, S. y Kandeger, A. (2020). The relationship between childhood maltreatment and problematic eating behaviors in bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord*, 26, 1357–1363. https://doi.org/10.1007/s40519-020-00943-2.

Albaugh, V. L., Banan, B., Antoun, J., Xiong, Y., Guo, Y., Ping, J. y Stylopoulos, N. (2019). Role of bile acids and GLP-1 in mediating the metabolic improvements of bariatric surgery. *Neuroscience*, 415, 101-109.

Allegue, E. O. (2009). Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria: crisis, urgencias y emergencias. En M. T. Panzitta (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria,* 37-54. RV-Kristal.

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Arterburn, D. E., Telem, D. A., Kushner, R. F. y Courcoulas, A. P. (2020). Benefits and risks of bariatric surgery in adults: A review. *JAMA*, *324*(9), 879-888. doi:10.1001/jama.2020.12567.

Asociación Argentina de Medicina (2019). Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica 2019. Comisión de Cirugía Bariátrica y Metabólica (CByM). *Revista Argentina de Cirugía*, 113(1), 1-70.

Astrup, A., Rössner, S., Van Gaal, L., Rissanen, A., Niskanen, L., Al Hakim, M. y Wilding, J. (2009). Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Lancet*, 374(9701), 1606-1616. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61375-1.

Baltasar, A., Bou, R., Bengochea, M., y Perez, N. (2020). Inicios de la cirugía bariátrica y metabólica en España. *Journal of Negative and No Positive Results,* 5(4), 448-467. https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3324

Barrero, P. y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. https://doi.org/10.21071/psye.v14i1.14174

Bautista-Díaz, M. L., Márquez Hernández, A. K., Ortega-Andrade, N. A., García-Cruz, R. y Álvarez-Rayón, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: contextos y situaciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 121-133. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516

Behar, R. y De la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 308-320. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308

Berthoud, H. R., Münzberg, H., y Morrison, C. D. (2021). Blaming the Brain for Obesity: Integration of Hedonic and Homeostatic Mechanisms. *Gastroenterology*, *152*(7), 1738–1747. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.01.033

Berthoud, H. R., Munzberg, H., Morrison, C. D. y Laque, A. (2021). Reversal of obesity-associated neural and functional changes following bariatric surgery: Implications for energy balance regulation. *Journal of Neuroendocrinology, 33*(4), e12952. https://doi.org/10.1111/jne.12952

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi/abs/10.1191/1478088706QP063OA.

Brent, D. A., Maalouf, F. T. y Lynch, F. L. (2009). Effectiveness of serotonergic therapy in the prevention of depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(5), 705-712. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800144

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.

Brown, P. J., y Konner, M. (2017). An anthropological perspective on obesity. *The Lancet*, 350(9085), 141-145. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1987.tb36195.x

Buchwald, H., y Oien, D. M. (2020). Metabolic/bariatric surgery worldwide 2018. *Obesity Surgery*, 30(12), 4283-4295. https://doi.org/10.1007/s11695-012-0864-0

Butryn, M. L., Webb, V. y Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America,* 34(4), 841-859. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.006

Cabello G., M. y Zúñiga Z., J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.

Calle, E. E., Rodríguez, C., Walker-Thurmond, K. y Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S.

adults. *New England Journal of Medicine, 348*(17), 1625-1638. https://doi.org/10.1056/nejmoa021423

Canales, J. (2013). *El cristal roto. Sobreviviendo al abuso sexual en la infancia.* Paidós.

Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23(1), 66–73.

Cappelletti, A. M. y Katz, M. (2018). *Obesidad, encrucijadas y abordajes.* Akadia Editorial.

Carranza, H. (2020). *Historia del Código Penal Argentino.* Editorial ABC.

Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E. y Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child abuse y neglect*, 30(3), 257–269. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004 .

Casalnuovo, C. A. y Refi, C. A. (2009). Obesidad severa. Cirugía bariátrica. *Cirugía digestiva*. 2(270), 1-16.

Castro, A. V. y Cárdenas Enríquez, A. S. (2016). *Relación entre patrones de impulsividad y conductas alimentarias típicas en pacientes con obesidad pertenecientes al programa de cirugía bariátrica del Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito.* (Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica). Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Carrera de Psicología Clínica.

Ceruti, P. y Marquevich, M. (2021). Presuntos abusadores y agresores sexuales de menores. En Marquevich, M. (Ed.). *Manual de psicología forense*, 223-237. Editorial Liberarte.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N. y Zirakzadeh, A. (2019). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 95*(1), 5-29. https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583

Christakis, N. A., y Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379. https://doi.org/10.1056/nejmsa066082

Cicchetti, D. y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118. https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624

Clark, M. M., Hanna, B. K., Mai, J.L., Grazner, K. M., Graner Krochta, J., McAlpine, D. E., Reading, S., Abu-Lebdeh, H. S., Jensen, M. D. y Sarr, M.G. (2007). Sexual Abuse Survivors and Psychiatric Hospitalization after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery.* 17, 465. doi.org/10.1007/s11695-007-9084-4.

Cohen Imach, S. (2017). *Abusos sexuales y traumas en la infancia. Notas de la clínica y la evaluación*. Paidós.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2004). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press.

Colombo, R. I., Agosta C. B. y Barilari, M. Z. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Cauquén.

Congreso de la Nación Argentina (1999). *Ley 25.087 de Delitos Contra la Integridad Sexual. Artículo 19*. Sancionado 07 de mayo de 1999 (Argentina). https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25087-1999-57556.

Congreso de la Nación Argentina (2008). Ley Nacional N° 26.396 de *Trastornos Alimentarios*, sancionada el 13 de agosto de 2008 (Argentina). https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley26396-144033/texto.

Congreso de la Nación Argentina (2009). Ley Nacional 26.485 de *Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales*. sancionada el 11 de marzo de 2009 (Argentina). https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto.

Congreso de la Nación Argentina. (2011). Ley 26.705. http://www.congreso.gob.ar/.

Courcoulas, A. P., Yanovski, S. Z., Bonds, D., Eggerman, T. L., Horlick, M., Staten, M. A. y Look, M. (2018). Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium. *JAMA Surgery*, 149(12), 1323-1329. https://doi.org/10.1001%2Fjamasurg.2014.2440.

Custodio, J., Elizathe, L., Murawski, B. y Rutsztein, G. (2015). Obesity in Argentina: a remaining challenge. Public health policies and prevalence rates. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 137-142. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.002.

Danese, A. y McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology y Behavior, 106*(1), 29-39. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019.

De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G. y Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(6), 868-878. https://doi.org/10.1017/s1355617709990464

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M. y Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry, 45*(10), 1271-1284. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00045-1

Deckersbach, T., Benson, D. E., y Rothstein, P. (2020). Neural Mechanisms of Appetite Regulation Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, *30*(5), 1530-1538. https://doi.org/10.1007/s11695-020-04579-7

Deckersbach, T., Weissman, M. M. y Ludwig, D. S. (2020). The impact of gastric bypass surgery on impulsive eating behaviors and the dorsolateral prefrontal cortex. *Obesity Surgery, 30*(9), 3581-3590. https://doi.org/10.1007/s11695-020-04646-3

Deblinger, E., Pollio, E. y Dorsey, S. (2021). Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in group format. *Cognitive and Behavioral Practice, 28*(4), 643-653. https://doi.org/10.1177/1077559515620668

Dinour, L. M., Bergen, D., y Yeh, M. C. (2007). The food insecurity-obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(11), 1952-1961. https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.08.006

Dixon, J. B., Zimmet, P., Alberti, K. G. y Rubino, F. (2012). Bariatric surgery: An IDF statement for obese Type 2 diabetes. *Diabetes Medicine, 29*(6), 6-7. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03604.x

Drewnowski, A., y Darmon, N. (2018). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 265S-273S. https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6

Drewnowski, A., y Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6-16. https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6

Duncan, G. E., Avery, A. R. y Munn-Chernoff, M. A. (2014). *The epigenetics of obesity and eating disorders.* Springer Science & Business Media.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.

Eckel, R. H., Grundy, S. M. y Zimmet, P. Z. (2005). The metabolic syndrome. *The Lancet, 365*(9468), 1415-1428. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66378-7

Errandonea, M. I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes,* 23(2). 165-171. http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70294-8

Esquivias Zavala, H., Reséndiz Barragán, A. M., García, F. y Elías López, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud mental*, 39(3), 165-173. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.015.

Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children, 19*(2), 169-194. https://psycnet.apa.org/doi/10.1353/foc.0.0035.

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., y Hamby, S. L. (2019). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 173(3), 239–240. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420.

Fischer, C. S. (1982). *To dwell among friends: Personal networks in town and city*. University of Chicago Press.

Fischer, C. S. (2010). Gastro-nomy and gastro-anomy. The wisdom of the body and the biocultural crisis of modern eating. *Gazeta de Antropología*, 26(1).

Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. y Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *JAMA, 309*(1), 71-82. https://doi.org/10.1001%2Fjama.2012.113905.

Fontes, L. A. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*. Guilford Press.

Fried, M., Yumuk, V., Oppert, J. M., Scopinaro, N., Torres, A., Weiner, R. y Frühbeck, G. (2020). Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obesity Surgery, 30*(2), 103-132. https://doi.org/10.1159/000355480.

Fujioka, K.; Yan, E., Wang, H-J. y Li, Z. (2008). Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. *Surgery for obesity and related diseases*. 4(2), 137–143. https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.01.005

Garbarino, J. (2001). Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. Smith *College Studies in Social Work*, 71(2), 167-181. https://doi.org/10.1080/00377310109517622.

Gargallo Vaamonde, J. y Álvarez-Món, M. A. (2020). Obesidad y sobrepeso. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado,* 13(14), 767–776. https://dx.doi.org/10.1016/j.med.2020.07.010

Gil, E. (2011). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. Guilford Press.

Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.

Gómez Alva, A., Fernández Murillo, M., Velázquez Fernández, D., Flores Morales, J., León, P., Mercado Celis, G. E., Betancourt Ocampo, D., Funtanet Martínez, J.,

Kobi Lomelin, E., Mosti Molina, M. A. y Herrera Hernández, M. F. (2017). Trastorno por atracón, depresión, ansiedad y gen del neuropéptido relacionado con Agouti en pacientes con cirugía bariátrica. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 161-170.

Gómez Dupertuis, D., Gabrielli, A., Piccoli, J., Eberle, L. y Romero, L. (2009). Ortorexia ¿Un desorden o una forma de adaptación? En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimias, Anorexias, Aspectos Teóricos Clínicos*. Kristal y Librería S.L.

Gorrell, S., Mahoney, C. T., Lent, M., Campbell, L. K.., Craig Wood, G. y Still, C. (2019). Interpersonal Abuse and Long-term Outcomes Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery,* 29, 1528–1533. https://doi.org/10.1007/s11695-018-03696-1

Grabe, S., Ward, L. M., y Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-476. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.134.3.460

Grilo, C. M., White, M. A., Masheb, R. M., Rothschild, B. S. y Burke-Martindale, C. H. (2006). Relation of Childhood Sexual Abuse and Other Forms of Maltreatment to 12-Month Postoperative Outcomes in Extremely Obese Gastric Bypass Patients. *Obesity Surgery*, 16(4). 454–460. https://doi.org/10.1381/096089206776327288

Guañabens, P. S. (2009). Me tocó el hombre que me tenía que tocar. Neutralidad y abstinencia en la clínica y las intervenciones dentro del análisis de una paciente adulta abusada en la infancia. En A. V. Losada (Comp.). *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Ricardo Vergara.

Gunnar, M. y Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145–173. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605.

Gustafson, T. B., Gibbons, L. M., Sarwer, D. B., Crerand, C. E., Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Raper, S. E. y Williams, N. N. (2006). History of sexual abuse among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(3), 369-374. https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.03.002

Harraca, J. L., Martínez Duartez, P., Aguirre Ackermann, M., Quevedo, P., Musso, C., Fuentes, S., Salmeri, E., Calderón, G., Roussos, A., Farías, J. M., Ferraro, A. A., Bocanera, L., Lerner, M., Babor, E., Fernández, E., Deluca, L., Grigaites, A. y Gorodner, V. (2021). Consenso Argentino Intersociedades de Cirugía Bariátrica y Metabólica. *Revista Argentina de Cirugía*, 113(1), 1-70.

Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S. y Lancet Physical Activity Series Working Group. (2018). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet, 380*(9838), 272-281.

Hebert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., y Joly, J. (2019). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636. https://doi.org/10.1177/070674370905400908.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H. y Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33*(6), 693-710. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008.

Heinberg, L. J. y Ashton, K. (2021). Cognitive improvement after bariatric surgery among patients with severe obesity. *JAMA Surgery*, 156(6), 503-511.

Hemmingsson, E., Johansson, K. y Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*; 15(11), 882–893. https://doi.org/10.1111/obr.12216

Hensel, J. M., Grosman Kaplan, K., Anvari, M. y Taylor, V. (2016). The impact of history of exposure to abuse on outcomes after bariatric surgery: data from the Ontario Bariatric Registry. *Surgery for obesity and related diseases.* 12(8), 1441–1446. https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.03.016

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* McGraw-Hill, Interamericana Editores S.A. de C. V.

Himpens, J., Ramos, A., y Cadiere, G. B. (2011). Long-term results of laparoscopic adjustable gastric banding for obesity: Experience with 1,000 patients over 9 years. *Surgery, 149*(2), 139–144. https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.012

Hotamisligil, G. S. (2006). Inflammation and metabolic disorders. *Nature,* 444(7121), 860–867. https://doi.org/10.1038/nature05485.

Instituto Nacional de las Mujeres (INAM). (2021). Políticas y programas de prevención de la violencia de género. https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero

Intebi, I. V. (2008). *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. Gobierno de Cantabria. Dirección General de Políticas Sociales. Colección Documentos técnicos 01.

Izcoa, A. E. (1991). El incesto: un tabú que urge atención, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación,* 4(1), 13-28.

Jackson, S. E. y Steptoe, A. (2020). Stress, behavior, and biological aging: Towards a deeper understanding of the mechanisms of health. *Nature Reviews Endocrinology, 16*(4), 214-220.

Jones, D. y Brown, L. (2019). Risk factors for child sexual abuse: A review of the literature. *Child Abuse Review*, 28(5), 385-400. http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00023-9.

Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M. y Qin, L. (2017). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328–334. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.2.328

Kim, Y., Lim, J. y Lee, Y. (2020). Impact of bariatric surgery on circulating metabolites and cognitive function. *Metabolic Brain Disease*, 35(8), 1253-1263.

Konrad, C., Inhoffen, J., Friedrich, H-C., Hartmann, M. y Wild, B. (2022). Prevalence of adverse childhood experiences and effect on outcomes in bariatric surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Surgery for obesity and related diseases*, 19(2), 118-129. https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.09.003

Lalor, K., y McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse: Links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, y Abuse, 11*(4), 159–177. https://doi.org/10.1177/1524838010378299.

Larsen, J, K., Geenen, R., Maas, C., de Wit, P., van Antwerpen, T., Brand, N. y van Ramshorst, B. (2012). Personality as a predictor of weight loss maintenance

after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*.12(11), 1828–1834 https://doi.org/10.1038/oby.2004.227

Lecaros, J., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F. y Moore, C. (2015). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(2), 77–85. https://dx.doi.org/10.4067/S071792272015000200002

Lewis, C., McElroy, E., Harlaar, N., y Runyan, D. (2020). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreatment types? A prospective examination of the effects of maltreatment on mental health over 30 years. *Child Abuse y Neglect, 107*, 104607. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016.

Locke, A. E., Kahali, B., Berndt, S. I., Justice, A. E., Pers, T. H., Day, F. R. y Speliotes, E. K. (2019). Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*, 518(7538), 197–206. https://doi.org/10.1038/nature14177.

Loos, R. J. F. y Yeo, G. S. H. (2014). The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nature Reviews Genetics, 15*(8), 576–590. https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z

López, M., Rodríguez, A. y Fernández, M. (2019). School-based intervention programs for the prevention of child sexual abuse: A literature review. *Child Abuse y Neglect, 94*, 104044. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004380.pub2.

Losada, A. V. (2009). *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Ricardo Vergara Ediciones.

Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. (Tesis de Doctorado). Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/507/1/doc.pdf

Losada, A. V. (2012). Epidemiologia del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229. https://n2t.net/ark:/13683/pDuT/hFg.

Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. Kerman, B. y Rodríguez Ceberio, M. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*, 159–167. Editorial: Universidad de Flores

Losada, A. V. y Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (2), 102-134. Universidad de la República Montevideo. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410006

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. y Zitman, F. G. (2017). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.

Magallares, A., Luna, B., Garriga, M., Botella-Carretero, J.I., y Morales, J.F. (2016). Discriminación sutil y bienestar subjetivo en pacientes obesos: la discrepancia entre discriminación personal y grupal. *Estigma y Salud*, 1 (3), 156–165. https://doi.org/10.1037/sah0000021

Maluenda, F. (2012). Cirugía bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(2), 180–188. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70296-1

Mathews, B. y Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, y Abuse, 20*(2), 131–148. https://doi.org/10.1177/1524838017738726.

Mattera, M. F. (2021). Abuso Sexual Infantil. En M. Marquevich (Comp.), *Manual de Psicología Forense Argentino*. Editorial Liberarte.

Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design. An interactive approach.* Sage Publications.

Mazagatos, B., Inglés-Borda, S. y López-Picado, A. (2015). El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos con antecedentes de abuso sexual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 267-275. https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000200003

McCrory, E., De Brito, S. A. y Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry, 2*, 48. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2011.00048.

Mechanick, J. I., Apovian, C., Brethauer, S., Garvey, T. W., Joffe, A. M., Kim, J., Kushner, R., Lindquist, R., Pessah-Pollack, R., Seger, J., Urman, R. D., Adams, S., Cleek, J. B., Correa, R, Figaro, M. K., Flanders, K., Grams, J., Hurley, D. L., Kothari, S., Seger, M. V., Still, C. D. (2020). Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic y Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 16(2),175-247. https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.10.025.

Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M. y Dixon, J. B. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *9*(2), 159-191. https://doi.org/10.1002%2Foby.20461.

Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V. y García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.

Mendoza Romo, M., Nava Zárate, M. y Escalante Pulido, J. (2003). Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. *Gacetilla Médica Mexicana*, 139(2), 184-187.

Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Leccesi, L. y Rubino, F. (2015). Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine, 366*(17), 1577-1585. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200111

Ministerio de Educación de la Nación (2020). Educación Sexual Integral (ESI).

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2005). Ley 26.061. Ley de Protección integral. http://www.jus.gob.ar/

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2015). Ley 27.206. Ley de Respeto a los Tiempos de las Víctimas. http://www.jus.gob.ar/

Ministerio de Salud (2022). Resolución 1420/2022. RESOL-2022-1420-APN-MS. 2022-07-22.https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1420-2022-368478/texto

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

Mitchell, J. E., Christian, N. J., Flum, D. R., Pomp, A., y Pories, W. J. (2015). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Diabetes Care*, 38(7), 1092-1097. https://doi.org/10.2337/dc14-0347

Mitchell, J. E., King, W. C. y Chen, J. Y. (2017). Course of depression and anxiety diagnosis and symptoms following bariatric surgery. *JAMA*, *317*(24), 2423-2434. https://doi.org/10.1002/oby.20738.

Mitchell, J. E., King, W. C., Chen, J. Y., Devlin, M. J., Flum, D. R., García, L. y Wolfe, B. M. (2019). Patient satisfaction and health-related quality of life in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2. *JAMA Surgery*, 148(8), 757-766. doi:10.1001/jamasurg.2019.1130

Mohan, S., Samaan, J., Premkumar, A. y Samakar, K. (2022). History of abuse and bariatric surgery outcomes: a systematic review. *Surgical Endoscopy,* 36, 4650–4673. https://doi.org/10.1007/s00464-022-09147-4

Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Especialista en obesidad*. 4, 223-249.

Morton, G. J., Cummings, D. E., Baskin, D. G., Barsh, G. S., y Schwartz, M. W. (2006). Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature, 443*(7109), 289-295. https://doi.org/10.1038/nature05026

Müller, T. D., Finan, B., y Clemmensen, C. (2019). The Brain and the Gut in Obesity. *Cell Metabolism*, *29*(5), 955–958. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.03.007

Müller, T. D., Lee, S. J. y Tschöp, M. H. (2019). Bariatric surgery and the brain: Neuroplasticity and altered neural pathways. *Cell Metabolism, 29*(6), 1246-1251. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.03.018

National Heart, Lung, and Blood Institute (1998). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda: National Institutes of Health*, 1, 228.

Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W. y Putnam, F. W. (2009). The relationships between sexual abuse and adolescent pregnancy: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 303-316. http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsn098

O'Brien, P. E., MacDonald, L., Anderson, M., Brennan, L., y Brown, W. A. (2013). Long-term outcomes after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of weight loss at 10 or more years for all bariatric procedures. *Obesity Surgery*, 23(4), 421-430. https://doi.org/10.1007/s11695-012-0803-9

Olguín V, P., Carvajal A, D. y Fuentes S, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016

Organización Mundial de la Salud (2024). Obesidad y sobrepeso. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), (2013). *Abuso Infantil. Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. Guía conceptual*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional; Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.*

Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), (2020). Un análisis de los datos del Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias” 2019-2020 y del impacto de la campaña “De los chicos y las chicas #Somos Responsables”. Serie violencia contra niñas, niños y adolescentes, 8.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Nota descriptiva N° 150* de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2014). Cifras y datos: 10 datos sobre la obesidad. http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/

Pacheco Sánchez D., Pinto Fuentes, P. y Asensio Díaz, E. (2019). Actualización en cirugía bariátrica/metabólica. *Nutrición médica en salud,* 13(2), 113-127. doi:10.7400/NCM.2019.13.2.5077

Panzitta, M.T. (2016). La problemática del hambre. *Imago Agenda, 145.*

Peláez Fernández, M. Á., Labrador Encinas, F. J. y Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,* 5(2), 135-148.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2021). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007.

Pérez Hornero, J. y Gastañaduy Tilve, M. J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 26(90), 10-14.

Pérez Hornero, J., Gastañaduy Tilve, M. J. y Basanta Matos, R. (2020). Evaluación psicológica postcirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 43-57.

Peterhänsel, C., Nagl, M., Wagner, B., Dietrich, A. y Kersting, A. (2019). Maltrato infantil en pacientes bariátricos y su asociación con síntomas postoperatorios de sobrepeso, depresión y trastornos alimentarios. *Eat Weight Disord,* 25, 999–1010. https://doi.org/10.1007/s40519-019-00720-w

Peterli, R., Wölnerhanssen, B. K., Peters, T., Vetter, D., Kröll, D., Borbély, Y. y Nett, P. (2019). Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs. laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass on weight loss in patients with morbid obesity: the SM-BOSS

randomized clinical trial. *JAMA*, 319(3), 255-265. https://doi.org/10.1001/jama.2017.20897

Portie Félix, A., Navarro Sánchez, G., Hernández Solar, A., Grass Baldoquín, J. A., y Domloge Fernández, J. (2011). Tratamiento quirúrgico de la obesidad patológica. *Revista Cubana de Cirugía*, 50(2), 229-239.

Purnell, J. Q. (2020). Definitions, classification, and epidemiology of obesity. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc. 1-21.

Putnam, R. D. (2003). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.

Raygoza Díaz, S. J. (2009). Características del infante que lo predispone a ser víctima de abuso sexual desde la perspectiva del abusador. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Ricardo Vergara.

Reyes Figueroa, J. C. y Muñoz Tamayo, R. (2008). Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría,* 37(3), 385-396.

Roberto, C. A., Swinburn, B., Hawkes, C., Huang, T. T., Costa, S. A., Ashe, M. y Brownell, K. D. (2020). Patchy progress on obesity prevention: Emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet, 385*(9985), 2400-2409. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61744-x

Rolls, B. J., Ello-Martin, J. A. y Tohill, B. C. (2004). What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutrition Reviews, 62*(1), 1-17. https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00001.x

Rosenthal, R. J., Diaz, A. A., Arvidsson, D., Baker, R. S., Basso, N., Bellanger, D., y Boza, C. (2012). International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: Best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 8*(1), 8-19. https://doi.org/10.1016/j.soard.2011.10.019

Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H. y Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, 19(3), 205–12. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-205

Rubino, F., Nathan, D. M., Eckel, R. H., Schauer, P. R., Alberti, K. G., Zimmet, P. Z. y International Diabetes Federation Consensus Panel. (2020). Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care*, 39(6), 861-877. https://doi.org/10.2337/dc16-0236

Rubino, F., Shukla, A., y Pomp, A. (2020). Bariatric Surgery for Diabetes: The Impact on Brain and Behavior. *Diabetes Care*, *43*(8), 1521–1527. https://doi.org/10.2337/dc20-0540

Rubio, M. A., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, A., Salas-Salvadó, J., Pujol, J., Díez, I. y Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Especialista en Obesidad*, 4, 223-249. DOI: 10.1017/S1368980007000717

Ruíz Prieto, I., Santiago Fernández, M. J., Bolaños Ríos, P. y Jáuregui Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1330-1348.

Saguy, A. C., y Ward, A. (2011). Coming out as fat: Rethinking stigma. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 53-75. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0190272511398190

Sánchez-Pernaute, A., Herrera, M. A., Pérez-Aguirre, E., Pérez, J. C., Matía, P., Cabrerizo, L., y Torres, A. (2012). Proximal duodenal-ileal end-to-side bypass with sleeve gastrectomy: Proposed technique. *Obesity Surgery*, 22(5), 828-834. https://doi.org/10.1007/s11695-012-0614-z

Sarwer D. B. y Heinberg, L.J. (2020). A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and bariatric surgery. *American Psychologist*; 75(2), 252-264. doi:10.1037/amp0000A review of the psychosocial aspects of clinically severe obesity and ...550

Sarwer, D. B., Heinberg, L. J., y Spitzer, J. C. (2020). Psychosocial considerations in bariatric surgery. *Surgical Clinics*, 101(5), 735-749. http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.94450

Sauan, D. (2009). El abuso sexual desde la Psicoterapia Breve. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil.* Ricardo Vergara.

Sauerland, S., Angrisani, L., Belachew, M., Chevallier, J. M., Favretti, F., Finer, N. y Weiner, R. (2016). Obesity surgery: Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surgical Endoscopy*, *19*(2), 200-221. https://doi.org/10.1007/s00464-004-9194-1

Schauer, P. R., Bhatt, D. L. y Kashyap, S. R. (2017). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes—5-year outcomes. *New England Journal of Medicine*, *376*(7), 641-651. https://doi.org/10.1056/nejmoa1600869.

Schauer, P. R., Bhatt, D. L., Kirwan, J. P., Wolski, K., Brethauer, S. A., Navaneethan, S. D. y Nissen, S. E. (2020). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes—5-year outcomes. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 641-651. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600869

Schwartz, M. W., Seeley, R. J., y Zeltser, L. M. Drewnowski, A., Ravussin, E., Redman, L. M. y Leibel, R. L.(2017). Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Reviews*, *38*(4), 267–296. https://doi.org/10.1210/er.2016-1110

Schwartz, M. W., Woods, S. C., Porte Jr, D., Seeley, R. J. y Baskin, D. G. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404(6778), 661-671. https://doi.org/10.1038/35007534.

Shin, H. H. y Shin, Y. (2020). Comparative effectiveness of cognitive-behavioral therapy-based intervention for obesity: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology, 25*(3), 331-343. https://doi.org/10.1007/s10880-023-10000-6.

Shirtcliff, E. A., Coe, C. L. y Pollak, S. D. (2009). Early childhood stress is associated with elevated antibody levels to herpes simplex virus type 1. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106*(8), 2963-2967. https://doi.org/10.1073/pnas.0806660106.

Smith, J. y Brown, L. (2023). *Impact of bariatric surgery on appetite-regulating hormones*. Journal of Endocrinology, 48(2), 152-164.

Smith, K., Lee, H., y Thompson, P. (2020). A systemic approach to understanding and treating child sexual abuse. *Systemic Therapy*, 36(4), 379-393. https://doi.org/10.1080/08975353.2020.1765692.

Souza Godinho, S. de (2013). *La obesidad desde una mirada social: estudio en Argentina y Brasil (2010 a 2012)* [en línea]. Tesis de Maestría en Sociología, Universidad Católica Argentina, Facultad de Ciencias Sociales, Políticas y de la Comunicación.

Speakman, J. R. (2018). Obesity: the integrated roles of environment and genetics. *The Journal of Nutrition, 148*(4), 399-402. https://doi.org/10.1093/jn/134.8.2090s.

Speliotes, E. K., Willer, C. J., Berndt, S. I., Monda, K. L., Thorleifsson, G., Jackson, A. U. y Loos, R. J. (2010). Association analyses of 249,796 individuals reveal 18 new loci associated with body mass index. *Nature Genetics, 42*(11), 937-948. https://doi.org/10.1038%2Fng.686

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2020). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. https://doi.org/10.1177/1077559511403920.

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

Summit, R. (1983). The child sexual abuse acomodation syndrome. *Child abuse y Neglet*, 7(2), 177-193. https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4.

Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C. y James, W. P. T. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition, 7*(1a), 123-146. https://doi.org/10.1079/phn2003585

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R. y Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet, 393*(10173), 791-846. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32822-8

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M. y Navalta, C. P. (2003). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 26*(2), 397-426. https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00003-x.

Topart, P., Becouarn, G., Ritz, P. y Rohner, P. (2013). Biliopancreatic diversion and duodenal switch: A long-term follow-up of 85 patients. *Obesity Surgery*, 23(4), 377-382. https://doi.org/10.1007/s11695-012-0807-5.

Unicef. (2019). *Para cada niño, reimaginemos un mundo mejor. Informe Anual de UNICEF 2019: Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2020*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Villarroel Lastra, A. M., Raich, R. M. y Portell Vidal, M. (2008). *El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Psicología, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut.

Vercammen, KA, Frelier, JM, Lowery, CM, Moran, AJ y Bleich, SN (2018). Strategies to reduce sugar-sweetened beverage consumption and increase water access and intake among young children: perspectives from expert stakeholders. *Public Health Nutrition, 21*(18), 3440–3449. doi:10.1017/S1368980018002604.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., y Baler, R. D. (2013). The addictive dimensionality of obesity. *Biological Psychiatry, 73*(9), 811-818. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.12.020.

Wadden, T. A., Webb, V. L., Moran, C. H. y Bailer, B. A. (2012). Lifestyle modification for obesity: New developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation, 125*(9), 1157-1170. https://doi.org/10.1161/circulationaha.111.039453.

Walker, R. E., Keane, C. R. y Burke, J. G. (2020). Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature. *Health y Place, 16*(5), 876-884. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.013.

Walsh, K., Brandon, L., y Mathews, B. (2020). Improving the efficacy of school-based prevention programs for child sexual abuse: Key concepts and strategies. *Child Abuse Review, 29*(1), 64-80. http://dx.doi.org/10.3102/0034654308325582

Walsh, E., Rosenstein, L., Dalrymple, K., Chelminski, I. y Zimmerman, M. (2017). The Importance of Assessing for Childhood Abuse and Lifetime PTSD in Bariatric Surgery Candidates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings,* 24, 341–354. https://doi.org/10.1007/s10880-017-9518-7.

Wang, G. J., Volkow, N. D., Thanos, P. K., y Fowler, J. S. (2009). Imaging of brain dopamine pathways: implications for understanding obesity. *Journal of Addiction Medicine*, 3(1), 8-18. https://doi.org/10.1097/adm.0b013e31819a86f7.

Wing, R. R. y Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition, 21*, 323-341. https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323.

World Health Organization (2020). *Child maltreatment*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.

World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf.

World Health Organization. (2020). Obesity and overweight. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

Wurtele, S. K. (2009). Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*(1), 1-18. http://dx.doi.org/10.1080/10538710802584650.

Yanovski, S. Z. y Yanovski, J. A. (2014). Long-term drug treatment for obesity: A systematic and clinical review. *JAMA, 311*(1), 74-86. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281361.

Yen, Y. C., Huang, C. K. y Tai, C. M. (2014). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current opinion in psychiatry*, 27(5), 374–379. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000085.

11 Anexos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer si la Cirugía Bariátrica y Metabólica es un complemento para reparar el Abuso Sexual Infantil y la Obesidad. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer si la cirugía bariátrica y metabólica es considerada un recurso complementario para la mejora psicológica en situaciones de abuso sexual infantil seguidas de obesidad. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:	**Firma Profesional Informante:**
Aclaración:	**Aclaración:**
DNI:	**DNI:**
Fecha:	**Protocolo N°**

11.1.1 Preguntas de la Entrevista a pacientes

- Sexo
- Edad
- Profesión
- Tiempo qué lleva en tratamiento pre o post quirúrgico
- ¿Qué la/o motivó a decidirse a realizarse la intervención quirúrgica?
- ¿Recuerda desde cuando tiene problemas de sobrepeso?
- ¿Hubo algún hecho determinante al qué lo pudiese atribuir? ¿Cuál?
- Siendo menor, ¿vivió alguna situación de abuso sexual?
- ¿Siente qué esa vivencia pudo haber influido en su cuerpo? ¿Por qué?

11.1.2 Respuestas de Pacientes

Tiempo que lleva en tratamiento pre o post quirúrgico.	***Respuesta***
	P1: Hace un año qué estoy en tratamiento prequirúrgico P2: 6 meses que estoy en tratamiento previo. P3: Me operé hace 1 mes. P4: Llevo un año y medio en tratamiento para operarme. P5: Me operaron hace 15 días. P6: Estoy cumpliendo el plan previo hace 8 meses. P7: Recién arranco con todo. Hace un mes estoy en el tratamiento. P8: Estoy en tratamiento previo hace 5 meses. P9: Llevo 8 meses de tratamiento preoperatorio. P10: Entré en tratamiento hace 9 meses. P11: Estoy en tratamiento postquirúrgico hace 3 meses. P12: Recién comienzo con todo. P13: Hace 3 meses qué me acerqué al centro y empecé con el tratamiento previo. P14: Estoy en proceso previo a la operación hace 7 meses. P15: Hace 3 meses qué me operé. P16: Estoy haciendo “todo lo que me piden” hace 2 meses. P17: Hoy es mi primera entrevista. P18: Llevo un mes y medio operado. P19: Estoy hace 6 meses en tratamiento y seguimiento previo a la operación.

	P20: Hace 10 meses, más o menos qué estoy en tratamiento para qué me autoricen la operación. P21: Llevo 8 meses con el tratamiento previo a la operación. P22: Hace 20 días qué me operé. P23: Creo qué hoy, si todo va bien me dan fecha de operación. Hace 13 meses qué estoy en tratamiento. P24: Estoy hace un año con el tratamiento previo. Tuve unas recaídas por eso aun no me autorizaron la operación. P25: Es mi primer control. Hace una semana me operé. P26: Comencé el tratamiento hace 3 meses. P27: Arranqué con todo esto hace 5 meses.

¿Qué la/o motivó a decidirse a realizar la intervención quirúrgica?	***Respuesta***
	P1: Principalmente me decidí por los cambios en mi imagen. Necesito sentirme más segura. P2: No me gusta la imagen que me devuelve el espejo. Cuando mirás a tu alrededor, son todos flacos, tonificados, hermosos. Yo no. Me angustia mucho verme. P3: Me lo aconsejó mi médico por cuestiones de salud. P4: Quiero mejorar mi calidad de vida en general, verme linda, sentirme bien. P5: Después de haber hecho miles de dietas recurrí a la cirugía bariátrica. P6: Mi médico clínico me sugirió realizar una interconsulta para mejorar con mis problemas de diabetes y obesidad. P7: Necesito bajar de peso porque tengo obesidad mórbida y me perjudica la salud. P8: Lo trabajé en terapia durante bastante tiempo, perder peso me puede ayudar a tener

	una mejor percepción de mí misma y una mayor confianza. Siempre tuve problemas con el peso. P9: Me lo recomendó un médico. P10: De haber existido la cirugía cuando era chica, me la hubiese hecho, me hubiese evitado la estigmatización social. P11: Ser gordo te quita un montón de cosas, en especial la autoestima, por eso la cirugía creo que me va a ayudar a mejorar mi imagen corporal y a quererme. P12: Me la recomendó otro médico como una opción viable más qué nada por los riesgos asociados con la obesidad. P13: Necesito mejorar mi salud física, y automáticamente se van a mejorar otros aspectos. P14: Me encantaría decir qué es por una cuestión 100% de salud, pero no… hay mucho más de lo estético en juego. Vivimos en una sociedad qué te exige a ser hegemónica. Flaca, linda, exitosa. P15: Hay varios factores que me llevaron a tomar la decisión. Querer verme bien, sentirme bien, qué mi salud mejore, qué la gente me mire mejor. P16: La consideré como una forma de mejorar mi imagen corporal y salud mental. P17: Es una decisión qué tomé porque deseo alcanzar un peso saludable y verme bien. P18: Lo hablé con mi nutricionista, y ella trabaja en el equipo de bariátrica. Necesito ver cambios en mi cuerpo, más a corto plazo. P19: Necesito calidad de vida y con la operación, sé qué lo voy a conseguir. P20: Creo que ya hice todas las dietas qué existen, por eso me decidí por la cirugía bariátrica. P21: Poder sentirme bien, verme linda. Sentir qué mi cuerpo es el qué quiero y me gusta. P22: La mejora de mi salud es un gran punto. P23: Por indicaciones médicas. P24: Necesito verme flaca, cambiar la imagen de mi cuerpo.

	P25: Es algo qué llevo pensando hace tiempo. No quiero verme más gorda. P26: Tener un cuerpo que me guste. P27: Mejorar mi estado y salud física es fundamental. Sé que emocionalmente me va a ayudar un montón en mi confianza.

¿Recuerda desde cuando tiene problemas de sobrepeso?	***Respuesta***
	P1: No recuerdo no tener problema de sobrepeso. P2: Creo que desde siempre. P3: Desde chica. P4: Siempre luché con el sobrepeso. P5: Desde qué era chica. P6: Siempre fui la “gordita” de la familia. P7: Toda la vida. P8: Desde los 8 años más o menos. P9: No me recuerdo delgada. P10: Siempre tuve sobrepeso. P11: Creo que nací con sobrepeso… P12: Soy el típico “gordito” de la familia, colegio desde siempre. P13: Desde los 8/9 años. P14: Sabes qué no me acuerdo verme flaca!? P15: Desde siempre. P16: Desde qué soy muy chica. P17: Soy la gorda de la familia desde chiquita. P18: Tengo fotos desde chiquita con sobrepeso. P19: Nunca fui flaca.

	P20: Tengo sobrepeso desde qué tengo uso de razón. P21: Ya nací con casi 5kg. De ahí siempre tuve sobrepeso. P22: Desde chica. P23: Quizá desde los 5 años más o menos. P24: Toda la vida fui gordita. P25: Desde siempre. P26: Soy obesa desde la adolescencia o antes… de más chica era rellenita. P27: Desde siempre tengo sobrepeso.

¿Hubo algún hecho determinante al que lo pudiese atribuir? ¿Cuál?	***Respuesta***
	P1: Creo que el cambio más grande se vio desde que comenzaron los problemas entre mis padres. Discutían todo el tiempo, Yo no podía hablar y canalizaba todo comiendo. P2: Se dieron un combo de cosas… entre cambios hormonales, problemas en casa, no me vi favorecida. P3: No. P4: Creo que por timidez me volcaba a la comida para pasar desapercibida. P5: En el cole tenía problemas, me hacían lo qué ahora es bullying, y me comía todo, no decía nada… creo que esa etapa fue la más difícil. P6: De chica era muy tímida, me daba mucha vergüenza comunicarme con los demás. P7 P8: Para mí la inseguridad “me la comí” y me resguardé en la comida. P9: A partir de la separación de mis padres fue todo un lío mi vida. Estaba mucho tiempo sola y me dedicaba a mirar la tele y a comer. P10: No P11: En el colegio la pasaba mal, me burlaban

	mucho por mi cuerpo, y me encerré más en la comida. Ahí empecé a comer más y más. P12: Recuerdo qué se vivía un ambiente muy violento en casa donde no se podía hablar. Mi papá era alcohólico y nos castigaba a menudo. Entonces me quedaba callada y mi mamá para compensar nos daba comida, como un acto de amor. P13: Siempre fui introvertida y me costaba expresar lo qué me pasaba y creo qué "me lo comía" literalmente. P14: Creo que los mayores cambios se dieron con los cambios hormonales. Si bien siempre fui gordita, a partir del desarrollo empecé a escalar en el peso. P15: Cerca de los 17 años me diagnosticaron Síndrome de Ovario Poliquístico y empecé a aumentar de peso más de lo habitual. P16: Mi casa era Kosovo, mis padres se peleaban todo el tiempo. La pasaba horrible, Era un ambiente muy violento. Yo me escondía y comía porque era mi refugio. P17: En casa quizá no teníamos muchos recursos económicos para comprar comida "muy saludable" por ende comíamos lo qué había, y a eso súmale mis problemas hormonales. P18: En la adolescencia me detectaron hipotiroidismo y a partir de ahí se me complicó bajar de peso. P19: Hoy lo pienso y es re claro… pero en ese momento no lo veía. Mis compañeros del colegio manejaban un nivel de crueldad bastante grande con todos los qué no éramos flacos o estábamos fuera de lo que la sociedad establece como parámetro esperable. Me acuerdo qué me juntaba con 2 compañeras en el recreo a comer. P20: No encuentro nada. P21: A los 12 años me detectaron qué tenía Tiroiditis de Hashimoto y de gordita pasé a obesa. P22: Lo asocio al colegio, cuando me discriminaban y me habían bullying por gorda. No podía hacer nada y comía. La pasé horrible. P23: Yo lo asocio al momento en qué mi papá se fue de casa. Fue una situación difícil, Mi mamá estaba re angustiada y nadie hablaba en

	casa. Yo me encerraba en la habitación todo el tiempo qué podía. Almorzaba, merendaba y cenaba ahí. Era mi bunker. P24: La etapa de la primaria fue muy cruel. Me gastaban todo el tiempo por mi cuerpo y yo era sumamente tímida e insegura. No decía nada. Me encerraba y comía. P25: A los 7 años más o menos nos tuvimos qué ir a vivir a lo de mi abuela porque la relación entre mis padres era insostenible. Mi papá era muy violento con todos. Cuando fuimos a lo de mi abuela empecé a comer todo el tiempo. Ella cocinaba todo el tiempo. Mi mamá salió a trabajar y no controlaba qué se comía y mi abuela cocinaba riquísimo y te servía porciones gigantes. Mas linda la abuela! P26; No P27: A partir de 11 años qué las hormonas hicieron eclosión en mi cuerpo, todo se terminó de descompaginar. Empecé a subir de peso de manera progresiva,

Siendo menor, ¿vivió alguna situación de abuso sexual?	***Respuesta***
** Solicitó la definición de ASI.	P1: Sí P2: Sí P3: Si P4: Sí ** P5: Sí P6: Sí P7: Sí P8: Sí P9: Sí P10: Si P11: Sí ** P12: Sí

	P13: Sí P14: Sí P15: Sí P16: Sí P17: Sí P18: Sí ** P19: Si P20: Si P21: Sí P22: Sí P23: Sí P24: Sí P25: Sí P26: Sí P27: Sí

¿Siente qué esa vivencia pudo haber influido en su cuerpo? ¿Por qué?	***Respuesta***
	P1: No lo había pensado… pero puede ser. Porque comer es una manera de tapar lo qué no podía decir. P2: Totalmente, comes para afear tu cuerpo. P3: No. P4: Más vale! Te marca tanto qué llegas a odiar a tu cuerpo, te da asco. Algo qué tendría que ser hermoso alguien se encarga de hacerlo horrible. P5: Muy influenciada. Yo pasé a bañarme hasta 5 veces por día porque me sentía sucia, después me encerraba en la habitación a comer.

	P6: Si, es re difícil de entender, pero tu cuerpo pasa a ser tu defensa y lo llenas de comida para qué nadie más lo mire por lindo. P7: No me lo había puesto a pensar, pero re si! porque sentís tanto rechazo hacia tu cuerpo qué lo agredís de cualquier manera, como lo hicieron otros. P8: Si, pensándolo ahora totalmente. Te sentís con tanta baja autoestima qué tenés comportamientos que solo contribuyen a la obesidad. Querés tapar todo lo vivido y la comida es el camino más rápido, más cuando no podés contar lo que viviste. P9: Qué bueno pensarlo así… La comida me proporcionaba como un consuelo y alivio emocional. P10: No P11: Creo que sí, porque sentís un desprecio tan grande por tu cuerpo, por tu persona, qué lo único qué querés es refugiarte en algo qué te de placer. Yo lo encontré en la comida. P12: Si. yo particularmente recurría a la comida como forma de manejar el enojo, la ansiedad, la tristeza. P13: Totalmente, comer era como una manera de “auto-medicación”, no sé si se entiende. Era lo que me ayudaba a manejar las emociones negativas qué sentía en ese momento. P14: Si, muchas veces los recuerdos intrusivos me llevaron a episodios de atracones o a comer en exceso como una manera de distraerme para no pensar más. P15: Si, porque es una forma de autocastigo. P16: Recontra si, comer en exceso es una expresión de la falta de valor percibido. Es una manera de autoflagelarse. P17: Si, yo con la comida me comía las palabras… P18: Seguro. La comida siempre fue reconfortante, mi vía de escape. P19: Re… quería qué no me viesen… es loco... poco cuanto más comía más me veían, pero al mismo tiempo cuanto más comía menos atraía a las personas. P20: No

	P21: Si, es una manera de autocastigarte y afear tu cuerpo. No querer atraer al otro, qué nadie se te acerque. P22: Totalmente… porque mi cuerpo comenzó a ser mi escudo, mi defensa. P23: Más vale! te sentís qué sos la “culpable” de atraer al otro, qué vos hiciste algo para qué te pase eso, qué tu cuerpo es también culpable y lo empezás a destruir de cualquier manera. P24: Decididamente, porque el cuerpo pasa a ser tu mejor arma de defensa. Cuanto más grande te ves, sentís qué menos te pueden lastimar. P25: Si! Empecé a comer de todo, después supe que tenía nombre “Atracones”. P26: Totalmente… porque a partir de eso empecé a comer un montón. P27: Decididamente, estoy re de acuerdo!

11.1.3 Preguntas de la Entrevista a profesionales

- Sexo
- Edad
- Profesión
- Años desempeñando su profesión
- ¿Por qué decidió trabajar con pacientes bariátricos?
- Según su experiencia, ¿qué motiva a los pacientes a tomar la decisión de operarse?
- ¿Cuál considera usted es su función dentro del proceso de previo y post quirúrgico?
- ¿Ha atendido pacientes que han vivido situaciones de abuso sexual infantil?
- En caso afirmativo, ¿considera usted qué tal vivencia ha sido determinante para optar a la cirugía bariátrica como un recurso psicológicamente reparador?
- ¿Desde su labor profesional, la cirugía bariátrica puede ser considerada un recurso para elaborar situaciones de ASI?

11.1.4 Respuestas de Profesionales Médicos

¿Por qué decidió trabajar con pacientes bariátricos?	***Respuesta***
	Médico1: Después de años trabajando con pacientes con obesidad, cuando con el avance de la ciencia irrumpió la cirugía bariátrica, decidí especializarme en esta área porque me permite abordar problemas más significativos.

	Médico2: La cirugía bariátrica ha demostrado ser uno de los tratamientos más efectivos para la obesidad severa y para mejorar o resolver comorbilidades relacionadas. También trabajo con pacientes con TCA en general, Médico3: Principalmente porque se pueden ver resultados positivos y duraderos en la salud de los pacientes. Aparte la cirugía bariátrica es una de las intervenciones más efectivas para tratar la obesidad mórbida. Médico4: Ayudar a los pacientes a lograr una pérdida de peso significativa y mejorar su calidad de vida puede es gratificante no para ellos, sino para uno como profesional. Médico5: Ver la transformación física y emocional de los pacientes puede proporcionar una gran satisfacción profesional. Médico6: Trabajar con pacientes bariátricos implica la colaboración con un equipo multidisciplinario. Esto enriquece la práctica médica y fomenta un enfoque holístico del tratamiento. Médico7: La evolución de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia, ha hecho que la cirugía bariátrica sea más segura y accesible. Esto nos permite a los médicos ofrecer tratamientos avanzados y eficaces. Médico8: Permite abordar la salud de manera integral, tratando tanto el cuerpo como la mente. La cirugía bariátrica y el manejo del paciente antes y después de la cirugía requieren una comprensión profunda de los aspectos psicológicos y fisiológicos de la obesidad. Médico9: Personalmente he tenido experiencias cercanas con la obesidad, lo que me inspiraró a especializarme en este campo para ayudar a otros a superar estos desafíos. Médico10: Con el aumento global de la obesidad, hay una creciente demanda de tratamientos efectivos. La cirugía bariátrica es reconocida como una de las intervenciones más efectivas para tratar la obesidad mórbida y sus comorbilidades. Médico11: Trabajar con pacientes bariátricos es clínicamente desafiante y gratificante. Los médicos nos enfrentamos a una amplia gama de situaciones médicas complejas, lo que nos permite aplicar y expandir habilidades y conocimientos. Médico12: Los médicos podemos observar mejoras significativas en la calidad de vida de

	nuestros pacientes, lo que es altamente gratificante. Ver cómo los pacientes recuperan su movilidad, mejoran su salud mental y aumentan su expectativa de vida es una fuerte motivación. Médico13: La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad severa y para enfermedades comórbidas. Es muy gratificante y desafiante el trabajo. Médico14: Con el aumento de la obesidad, hay una creciente demanda de tratamientos efectivos, incluyendo la cirugía bariátrica. Ver la mejora en la salud de los pacientes es sumamente gratificante. Médico15: Trabajar con personas con TCA y con pacientes en proceso a cirugía bariatrica permite abordar y potencialmente prevenir estas enfermedades porque requiere un enfoque multidisciplinario. Médico16: Tratar a pacientes bariátricos puede ser complejo y desafiante. A los médicos nos permite trabajar en entornos donde se requiere una atención integral y coordinada con otros profesionales.

¿Qué motiva a los pacientes a tomar la decisión de operarse?	***Respuesta***
	Médico1: Muchos pacientes llegan a consulta no solo con problemas de salud, sino también con muy baja autoestima y depresión. La cirugía bariátrica puede ser vista como una forma de mejorar la imagen corporal y la salud mental. Son pacientes que se sienten cansados de los múltiples tratamientos que han realizado y que en ocasiones se sienten culpables del fracaso. Son personas que sufren limitaciones físicas concretas -"no entro en la butaca del cine, no puedo ir a cualquier bar por el tipo de sillas, no entro en el baño de la oficina etc., etc., etc." - Nos enfrentamos a un paciente enfermo y dejado de lado por la sociedad, donde el éxito pasa por ser "flaco, lindo, con talles de ropa a los que les es imposible acceder". Médico2: La obesidad está asociada con numerosas comorbilidades, como la diabetes tipo 2, la hipertensión, la apnea del sueño y las enfermedades cardiovasculares. Muchos pacientes buscan la cirugía para reducir el riesgo de estas enfermedades y mejorar su salud general. Sin olvidar qué la parte estética es un factor sumamente importante.

	Médico3: Muchos pacientes recurren a la cirugía después de haber intentado perder peso mediante dietas durante mucho tiempo, sin tener éxito. La cirugía bariátrica ofrece una solución más efectiva y sostenible para alcanzar y mantener un peso saludable. Médico4: Me encantaría decir qué la mejora en la calidad de vida es el único factor, pero muchas veces la presión social, el querer alcanzar “estándares” de belleza qué ven en las redes sociales o muchas veces se imponen en esos canales, hace qué las personas tomen la decisión de operarse. Médico5: La mayoría de los pacientes acude a la consulta y toma la decisión sobre la cirugía bariátrica como una forma de mejorar la imagen corporal, la salud mental y calidad de vida. Médico 6: A los pacientes los motiva la cirugía bariátrica porque los puede ayudar a reducir o eliminar los problemas de salud. No obstante hay quienes quieren realizarse la cirugía porque lo ven como una solución “magica y rápida” a su problemática. Médico7: La obesidad puede afectar negativamente la calidad de vida de una persona, limitando su movilidad, capacidad para realizar actividades diarias y afectando su autoestima. La cirugía puede mejorar significativamente estos aspectos. Médico8: Algunos pacientes optan por la cirugía como una medida preventiva para evitar enfermedades graves asociadas con la obesidad en el futuro. He trabajado con mujeres que se han sometido a la cirugía como parte de su tratamiento para quedar embarazadas. Médico9: Factores como el deseo de mejorar la apariencia física, aumentar la confianza en sí mismos y poder participar más plenamente en actividades sociales y familiares juegan un papel importante. Sin olvidar la mejora en su salud. Médico10: La principal motivación suele ser mejorar la salud física. La obesidad severa está asociada con numerosas comorbilidades, como la diabetes tipo 2. Médico11: Muchos pacientes plantean el deseo de acceder a la cirugía bariátrica después de haber irealizado múltiples dietas, actividad física y otros programas de pérdida de peso sin éxito a largo plazo. Esto los lleva a tener muy baja autoestima. Médico12: Hay pacientes que pueden buscar la

	cirugía bariátrica con la esperanza de aliviar problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, mediante la mejora de su apariencia física y bienestar general. Médico13: Muchos pacientes consideran la cirugía bariátrica después de recibir recomendaciones médicas, quienes les explican los beneficios potenciales y los riesgos de continuar con obesidad severa. Médico14: Decididamente los motiva el saber qué después de haber estado durante gran parte de su vida haciendo dieta, el someterse a la cirugía bariátrica los ayuda de manera drática en el descenso de peso. Médico15: Cada paciente es único, y su motivación también. Es esencial que los profesionales proporcionemos una evaluación integral y un asesoramiento adecuado para ayudarlos a tomar la decisión dándoles la mayor información sobre su salud. Médico16: Mejorar la calidad de vida es un factor indiscutido, sin embargo no puedo dejar de mencioanar qué la presión social y cultural para alcanzar ciertos estándares de apariencia puede ser un factor importante en la decisión de someterse a la cirugía.

¿Cuál considera usted es su función dentro del proceso de previo y postquirúrgico?	***Respuesta***
	Médico1: Principalmente mi función es determinar si el paciente es un candidato adecuado para la cirugía bariátrica. También evaluar la recuperación del paciente, el progreso de la pérdida de peso y la resolución de comorbilidades. Asegurarse de que el paciente tenga expectativas realistas sobre los resultados de la cirugía y esté motivado para seguir los cambios de comportamiento necesarios para el éxito a largo plazo. Médico2: Evaluar su índice de masa corporal, historial médico, comorbilidades, intentos previos de pérdida de peso y estado psicológico. Médico3: Evaluar si el paciente es candidato a la cirugía, informar sobre los diferentes tipos de cirugía bariátrica, los riesgos, beneficios,

	expectativas realistas y cambios de estilo de vida necesarios. Médico4: Realizar o coordinar exámenes físicos completos, pruebas de laboratorio, evaluaciones nutricionales y psicológicas. Médico5: Realizar la evaluación del paciente para determinar si es apto para la cirugía. Llevar a cabo el procedimiento quirúrgico con precisión y cuidado, utilizando técnicas laparoscópicas o abiertas según sea apropiado. Médico6: Trabajar con el paciente para optimizar su salud antes de la cirugía. Esto puede incluir pérdida de peso preoperatoria, ajustes en la medicación y educación sobre cambios dietéticos. Médico7: Coordinar con el nutricionista para establecer un plan nutricional preoperatorio y asegurarse de que el paciente esté en las mejores condiciones nutricionales posibles antes de la cirugía. Médico8: Evaluar la salud mental del paciente, incluyendo la presencia de trastornos alimentarios, depresión, ansiedad, y otros problemas psicológicos que puedan afectar el resultado de la cirugía. “Uno puede estar de muchas maneras Gordo, Flaco, pero cuando un paciente dice *soy gordo* cómo identidad ahí deberíamos trabajar”. Médico9: Ayudar al paciente a prepararse emocionalmente para la cirugía y los cambios de estilo de vida que seguirán. Post operatorio es necesario proporcionar apoyo continuo para ayudar al paciente a adaptarse a los cambios físicos y emocionales después de la cirugía. Médico10: Ayudar al paciente a desarrollar y mantener hábitos alimentarios saludables, prevenir el retorno a patrones de alimentación desordenada y gestionar la relación con la comida. Médico11: Inicialmente, mi tarea al comienzo es explicar los distintos tipos de cirugía bariátrica, los riesgos y beneficios, y el proceso quirúrgico. Ejecutar la operación de manera segura y efectiva. Médico12: Todo el proceso es importante, desde la evaluación del paciente, la elección de la mejor técnica de intervención hasta el seguimiento post quirúrgico para asegurar la pérdida de peso sostenida y la resolución de

	comorbilidades. Médico13: Es importante tener en cuenta que nuestro trabajo es proveer información sobre los cambios emocionales y de estilo de vida que la cirugía implicará, y preparar al paciente para estos cambios. Médico14: Realizar un examen físico completo y revisar el historial médico del paciente para determinar la idoneidad para la cirugía. Supervisar la recuperación inmediata, controlando el dolor, la nutrición y la hidratación. Médico15: Analizar las motivaciones del paciente para la cirugía y sus expectativas para asegurar que sean realistas y alcanzables. Informar sobre los cambios de estilo de vida necesarios y proporcionar estrategias para enfrentar los desafíos postquirúrgicos. Médico16: Acompañar el proceso del paciente desde qué ingresa al centro y confía su vida en nosotros hasta qué se cumple el objetivo de la operación, si es indicado en su caso. Es importante evaluar de manera interdisciplinaria a cada paciente.

¿Ha atendido pacientes que han vivido situaciones de abuso sexual infantil? ***En caso afirmativo, ¿considera usted qué tal vivencia ha sido determinante para optar a la cirugía bariátrica como un recurso psicológicamente reparador?***	***Respuesta***
	Médico1: Sí, me ha informado la psicologa. .No sé si determinante, pero si fue un factor importante para reconocer la relación de la obesidad con ese trauma. Médico2: Sí. La cirugía bariátrica puede ser una opción para estos pacientes, pero es crucial un enfoque holístico que incluya apoyo psicológico antes, durante y después de la cirugía para asegurar resultados positivos a largo plazo. Médico3: Sí. Estas viviencias pueden influir en comportamientos relacionados con la alimentación y llevar al desarrollo de la obesidad. La cirugía puede tener un efecto positivo en la autoestima y la calidad de vida, pero también es crucial abordar los problemas subyacentes de salud mental,

	Médico4: Sí. Muchos programas de cirugía bariátrica incluyen una evaluación psicológica preoperatoria para asegurarse de que los pacientes estén emocionalmente preparados para la cirugía y para abordar cualquier problema de salud mental que pueda interferir con el éxito postoperatorio. En este contexto, la historia de ASI puede ser un factor importante a considerar. Médico5: Sí. Algunas personas que han experimentado ASI pueden utilizar la alimentación como un mecanismo de afrontamiento para lidiar con el trauma, lo que puede contribuir al aumento de peso y a la obesidad. La obesidad puede, a su vez, llevar a considerar la cirugía bariátrica como una opción para perder peso y mejorar la salud física. Médico6: Sí.Los pacientes con historial de ASI pueden presentar una mayor prevalencia de comorbilidades psicológicas, como depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación. Estas comorbilidades pueden influir en el desarrollo de la obesidad, la cual a su vez puede llevar a la consideración de la cirugía bariátrica como un tratamiento viable. Médico7: No sé. La historia de ASI, por sí sola, no es un criterio directo para la cirugía, pero sí puede ser un factor contribuyente dentro de una evaluación integral de la salud del paciente. Médico8:Si. La experiencia de ASI puede tener un impacto duradero en la salud mental y el bienestar de una persona. El trauma de ASI puede llevar a mecanismos de afrontamiento poco saludables, como la alimentación emocional, que contribuyen a la obesidad. Acudir a la cirugía es un procedimiento qué se tiene qué hacer de manera multidisciplinaria para poder contener al paciente. Médico9: Sí. Desde una perspectiva terapéutica, es crucial abordar el trauma subyacente asociado al ASI. La cirugía bariátrica puede ser parte de un enfoque multidisciplinario para mejorar la salud del paciente, pero no debe verse como una solución psicológicamente reparadora en sí misma. La terapia psicológica concurrente y el apoyo continuado son esenciales. Médico10: Sí. Para algunos pacientes, la cirugía bariátrica puede ser vista como una oportunidad para tomar el control de su cuerpo y su salud, lo cual puede tener un efecto positivo en su autoestima y bienestar general. Sin embargo, es importante que las expectativas sean

	realistas y que el paciente esté preparado para los desafíos emocionales y físicos que conlleva la cirugía. Médico11: Sí. el ASI puede ser un factor que influya en la decisión de optar por la cirugía bariátrica, es crucial que esta decisión se tome dentro de un marco de cuidado integral que aborde tanto las necesidades médicas como psicológicas del paciente. Médico12: Es fundamental evaluar la cirugía bariátrica desde una perspectiva de salud física, considerando principalmente los beneficios y riesgos médicos. Sin embargo, también hay qué reconocer que la obesidad en algunos pacientes está relacionada con traumas pasados, incluido el ASI. Médico13: No lo había pensado de esa manera. Para pensalo. Médico14: Los psicólogos son más propensos a ver una conexión directa entre el ASI y la obesidad. La cirugía bariátrica no solo tiene qué se considerada como una intervención para la pérdida de peso, sino también como una oportunidad para una transformación psicológica y emocional. Médico15: Sí. La historia de ASI puede ser un factor importante a considerar. Médico16: Creo qué es un buen planteo. No lo había visto desde esa perspectiva.

¿Desde su labor profesional, la cirugía bariátrica puede ser considerada un recurso para elaborar situaciones de ASI?	***Respuesta***
	Médico1: La verdad, hay que estar consciente de los factores psicológicos que contribuyen a la obesidad. Por eso, no descarto la posibilidad de que al verse mejor fisicamente mejore su autoestima y puedan trabajar situaciones complejas en relación con su cuerpo. Médico2: Si me preguntabas ni bien me recibí, te decía qué no, sin embargo hoy en día el avance científico y el trabajo multidisciplinario dan cuenta qué la obesidad puede estar relacionada con traumas pasados, incluyendo ASI, y siguiendo esa línea de pensamiento, la cirugía puede ayudarlos en el manejo de

	aspectos no sólo clínicos y metabólicos, sino también emocionales. Médico3: Realmente, la cirugía bariátrica no solo es una intervención física, sino también es parte de un tratamiento integral que incluye apoyo psicológico para tratar problemáticas subyacentes. Médico4: Entiendo qué la cirugía bariátrica es considerada un recurso dentro de un marco más amplio de intervención, ya que incluye el apoyo psicológico. Médico5: A mi, particularmente, me cuesta pensarlo como algo qué los ayude a elaborar o trabajar algo tan profundo. Pero me interesaría poder investigar más en el tema. Médico6: No considero qué sea un recurso en sí, sin embargo es mejora la calidad de vida en todos los aspectos de la persona. Médico7: El ASI puede llevar a conductas alimentarias desordenadas y al uso de la comida como mecanismo de afrontamiento, lo cual puede contribuir al aumento de peso y eventualmente a la obesidad. Médico8: La cirugía bariátrica puede actuar como un punto de inflexión en la vida de aquellos con antecedentes de ASI, ayudándolos a ganar control sobre sus cuerpos y vidas. Sin embargo, es importante subrayar la importancia del apoyo continuo e intervención psicológica para abordar estas situaciones. Médico9: La cirugía bariátrica puede ser vista como un recurso en el contexto de la obesidad relacionada con ASI, su éxito y efectividad dependen en gran medida de un enfoque integral y multidisciplinario. Médico10: Entiendo qué sí. Es fundamental que los profesionales de la salud adoptemos una visión holística y trabajemos en colaboración para proporcionar el mejor cuidado posible a estos pacientes. Médico11: Es una pregunto difícil de responder, me desafía a querer seguir investigando y eso me gusta. Médico12: Va todo de la mano. Verse mejor fisicamente en línea general mejora la autoestima y autoconfianza de las personas, y entiendo qué en el caso de haber atravesado una vivencia de ASI ayuda a sanar un poco ese

	dolor. Médico13: Poder mirar sus cuerpo desde una perspectiva amorosa, gustándote y sabiendo qué no necesitás esconderte tras la comida es un gran paso, por eso entiendo qué la cirugía bariátrica puede ser una herramienta eficaz. Médico14: Sí. Más qué nada porque la cirugía es abordada desde la multidisciplinariedad. Uno no sabo las cosas qué se pueden movilizar frente a los cambios físicos, por eso es importante tener un buen sosten psicológico, Médico15: Se piede entender como reparador en tanto haya un trabajo psicológico qué acompañe el proceso. La operación per se no considero qué ayude. Médico16: La cirugía bariátrica como recurso para elaborar situaciones de ASI es un tema complejo y multidimensional. La cirugía bariátrica puede tener un impacto significativo en la salud mental de los pacientes.