



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**  
**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA**

**Experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres jóvenes sometidas a cirugía bariátrica: un estudio cualitativo**

**Tesis para Optar al Grado de Magíster en Psicología**

**Docente Guía:**

Gabriela Nazar Carter

**Alumna:**

Valentina Guerrero Jiménez

Concepción, 19 de marzo de 2026

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>ANTECEDENTES TEÓRICO-EMPÍRICOS</b> .....	<b>12</b>
<b>Obesidad y Cirugía Bariátrica</b> .....	<b>12</b>
<i>Gastrectomía en manga</i> .....	13
<i>Bypass Gástrico en Y de Roux</i> .....	14
<b>Estilos de alimentación y experiencia alimentaria</b> .....	<b>16</b>
<i>Alimentación Emocional</i> .....	17
<i>Alimentación Restrictiva</i> .....	19
<i>Alimentación Externa</i> .....	22
<b>Experiencia emocional y regulación emocional post-cirugía</b> .....	<b>24</b>
<b>Imagen corporal</b> .....	<b>29</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>34</b>
<i>Objetivo general</i> .....	34
<i>Objetivos específicos</i> .....	34
<b>Supuestos</b> .....	<b>34</b>
<b>MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
<b>Diseño de Investigación</b> .....	<b>35</b>
<b>Participantes</b> .....	<b>36</b>
<b>Tabla 1</b> .....	<b>38</b>
<i>Caracterización de la muestra</i> .....	38
<b>Recolección de información</b> .....	<b>39</b>
<b>Procedimiento</b> .....	<b>39</b>
<b>Análisis de Información</b> .....	<b>41</b>
<b>Criterios de Rigor Metodológico</b> .....	<b>42</b>
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	<b>44</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>Dieta y Conducta alimentaria antes de la cirugía bariátrica</b> .....	<b>46</b>
<b>Dieta y conducta alimentaria después de la cirugía bariátrica</b> .....	<b>47</b>
<i>Comer con otras personas después de la cirugía</i> .....	49
<i>Reconocimiento de las señales de hambre y saciedad tras la cirugía</i> .....	49

<i>Respuesta frente a la ingesta de alimentos considerados no saludables</i> .....	50
<b>Experiencia emocional durante el proceso post-quirúrgico</b> .....	<b>51</b>
<b>Ingesta de alimentos y emociones</b> .....	<b>52</b>
<i>Emociones al comer alimentos que consideran menos saludables</i> .....	53
<i>Conductas que surgen en reemplazo de comer</i> .....	54
<b>Impacto de los cambios corporales</b> .....	<b>54</b>
<i>Satisfacción con la nueva imagen corporal</i> .....	55
<i>Conductas asociadas al cambio corporal</i> .....	56
<b>Identificación de Temas</b> .....	<b>56</b>
<b>I. Cirugía como una barrera biológica que determina cambios en la alimentación</b> .....	<b>57</b>
<b>II. Persistencia de desconexión con las señales interoceptivas de hambre y saciedad pre y postquirúrgica</b> .....	<b>57</b>
<b>III. Ambivalencia emocional postcirugía</b> .....	<b>58</b>
<b>IV. Surgimiento de la culpa y miedo como emociones frecuentes</b> .....	<b>58</b>
<b>V. Hipervigilancia sobre el cuerpo</b> .....	<b>59</b>
<b>VI. Búsqueda de nuevas estrategias de regulación emocional y de la alimentación</b> .....	<b>60</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>61</b>
<b>Experiencia alimentaria posterior a una cirugía bariátrica</b> .....	<b>61</b>
<i>Señales interoceptivas de hambre y saciedad</i> .....	63
<i>Estilos de alimentación y comportamiento alimentario</i> .....	65
<b>Experiencia emocional y regulación emocional post-operatoria</b> .....	<b>68</b>
<i>Miedo y culpa como emociones predominantes</i> .....	68
<i>Ambivalencia de emociones post-quirúrgicas</i> .....	69
<i>Regulación emocional y alimentaria post-operatoria</i> .....	71
<i>Estrategias de regulación emocional post-operatorias</i> .....	72
<b>Experiencia corporal post-operatoria</b> .....	<b>73</b>
<i>Efectos de la pérdida de peso</i> .....	74
<b>Aportes a la teoría</b> .....	<b>78</b>
<b>Aportes a la práctica</b> .....	<b>79</b>
<b>Limitaciones del estudio</b> .....	<b>81</b>
<b>Sugerencias para futuras investigaciones</b> .....	<b>81</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>85</b>
<b>Anexo N°1: Guion de entrevista</b> .....	<b>85</b>
<b>Anexo N° 2: Consentimiento Informado</b> .....	<b>90</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>95</b>

## RESUMEN

La obesidad en Chile ha ido aumentando sostenidamente en los últimos años, y asociado a ello, también han aumentado las intervenciones quirúrgicas para la reducción del peso corporal, principalmente en mujeres. Estas intervenciones se consideran las más efectivas para la pérdida de peso corporal en el corto y largo plazo, y en la disminución de comorbilidades de la obesidad. Sin embargo, la cirugía para la reducción de peso corporal, involucra cambios que trascienden lo físico y que incluyen diferentes esferas de la identidad de las personas.

El objetivo de este estudio fue conocer la experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica. Se realizó un estudio cualitativo de carácter fenomenológico, con 15 mujeres chilenas entre 22 a 38 años, quienes participaron de una entrevista en profundidad. La información recabada fue analizada mediante análisis temático reflexivo. Los resultados mostraron que, durante el proceso post-operatorio comprendido entre 10 a 22 meses, existe una transición alimentaria progresiva, predominando una alimentación restrictiva y emocional. Por otro lado, emergen en ese periodo emociones como el miedo y la culpa, asociadas al alza de peso. Asimismo, se observó la búsqueda de nuevas estrategias de regulación emocional, para evitar utilizar la comida como mecanismo regulador. Finalmente, se advierte hipervigilancia en la alimentación y el cuerpo, y mayor preocupación por mantener el peso perdido.

En conclusión, la cirugía bariátrica implica un proceso de adaptación continua, provocando cambios en aspectos alimentarios, emocionales y corporales. Los hallazgos de este estudio, resaltan la importancia del acompañamiento psicológico pre y post quirúrgico, sostenido en el tiempo, para resguardar el bienestar de quienes se someten a esta operación.

**Palabras claves:** Obesidad, Cirugía Bariátrica, Estilos de Alimentación, Regulación Emocional, Imagen corporal.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada una enfermedad crónica, caracterizada por una acumulación excesiva de grasa, derivada de interacciones complejas entre aspectos genéticos, neuobiológicos, alimentarios y ambientales (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Dentro de las principales consecuencias físicas de la obesidad se encuentran infartos cardíacos, hipertensión, diabetes mellitus y apnea obstructiva del sueño (Castaneda et al., 2019). A su vez, tiene algunas implicancias en la salud mental de las personas, tales como síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y trastornos alimentarios (Zhou et al., 2025), lo que impacta en la calidad de vida y el funcionamiento general de las personas con obesidad (Spirou et al., 2020). A lo anterior, se suman los efectos psicosociales derivados del estigma asociado al exceso de peso (Monsalve, 2023).

Esta condición corporal ha tenido un crecimiento progresivo en los últimos años (OMS, 2022) y afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, sin distinguir sexo, edades ni grupos sociales (Izquierdo-Coronel et al., 2020). Es considerada en la actualidad, como un padecimiento asociado a los estilos y hábitos de vida, principalmente a costumbres, actitudes y formas de comportamiento que asumen las personas durante la vida y que se mantienen en el tiempo (Valenzuela et al., 2021).

La elevada prevalencia de obesidad en el mundo, y su asociación con enfermedades metabólicas ha incentivado la búsqueda de alternativas que permitan alcanzar resultados duraderos y efectivos a dicha condición (Quevedo, 2015). En Chile, se han implementado diferentes programas y políticas públicas por parte del Ministerio de Salud, con la finalidad de disminuir la prevalencia de obesidad, no obstante, las estrategias actuales no han logrado frenar su avance (Guerrero-Wyss y Celis-Morales, 2025) y ha continuado en aumento (Thomas-Lange, 2023). Por ello, durante las últimas décadas, se han propuesto variedades de procedimientos quirúrgicos destinados a la reducción de peso, principalmente por su eficacia en la pérdida de peso en el largo plazo (Maciejewski et al., 2016; Syn et al., 2021). Si bien sus beneficios han sido respaldados, también podrían tener efectos potencialmente perjudiciales, especialmente si no se tienen en consideración

algunas indicaciones y contraindicaciones (Quevedo et al., 2015). Si bien sus beneficios físicos y metabólicos han sido investigados, las consecuencias psicológicas y psicosociales de la cirugía bariátrica han recibido una atención comparativamente menos consistente en la literatura (Mauro et al., 2024).

La cirugía bariátrica corresponde en este estudio a las técnicas de gastrectomía en manga y bypass gástrico. Estas dos técnicas quirúrgicas han ido en aumento progresivo en los últimos años en Chile, siendo consideradas en la actualidad, como la mejor alternativa para la pérdida de peso en el corto plazo, y también para la resolución de comorbilidades de la obesidad (Azócar et al., 2021). No obstante, existe evidencia de resultados menos alentadores en el largo plazo. Algunos estudios indican que la recuperación de peso puede ocurrir precozmente después de la cirugía, lo que puede implicar el regreso de las comorbilidades asociadas a la obesidad, y una disminución en la calidad de vida de las personas (King et al., 2020).

Este tratamiento no muestra los mismos resultados en todas las personas y se reconoce una amplia variabilidad individual en los efectos de la cirugía y en la evolución del peso corporal postquirúrgico (Braghetto et al., 2012; Magro et al., 2008). Entre los factores asociados a variabilidad individual en la evolución del peso postcirugía bariátrica están sexo, edad e índice de masa corporal (IMC) de inicio (Gatica-Saavedra et al., 2020), así como el estilo de vida, la alimentación, factores psicológicos, nivel socioeconómico, genética, desequilibrios metabólicos, factores quirúrgicos y anatómicos (Athanasiadis et al., 2021; Yu et al., 2019).

La operación conlleva cambios que van más allá de lo físico. Uno de los cambios más abruptos ocurre en la conducta alimentaria, debido a la alteración anatómica del estómago (Campos del Portillo et al., 2022), que obliga a la reducción en el tamaño de las porciones de comida (de Zwaan y Mitchell, 2014). Sin embargo, hay transformaciones más profundas que implican nuevo estilo de vida y nueva imagen corporal (Olguín et al., 2014). Estas transformaciones pueden ser claves en el éxito de la cirugía (Gatica-Saavedra et al., 2020; Griauzde et al., 2018).

Debido a lo anterior, es fundamental profundizar en el proceso post-quirúrgico, atendiendo a la vivencia del proceso y las variables psicológicas involucradas.

En este estudio se abordó de manera cualitativa la experiencia del proceso postquirúrgico de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, en particular, sus estilos de alimentación y su experiencia emocional y corporal. Comprender estos procesos contribuye a ampliar las herramientas que permitan un mejor proceso postquirúrgico de personas sometidas a intervenciones para la pérdida de peso.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La malnutrición por exceso, definida como una acumulación de grasa anormal o excesiva, puede ser perjudicial para el bienestar de las personas, y se ha convertido en un problema de salud mundial debido a su exponencial aumento a través de los años, triplicando sus cifras desde el año 1975 hasta el año 2016 (WHO, 2021). Actualmente, la mayoría de las personas vive en países donde la población con obesidad es superior a la población normopeso. Esta condición metabólica está asociada a mayor porcentaje de muerte por sobre otras enfermedades (WHO, 2021).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en los años 2016-2017, el 31,2% de la población presenta obesidad, siendo las mujeres quienes lideran las estadísticas con un 33,7% por sobre un 28,6% de hombres (Ministerio de Salud, 2017). De acuerdo a esta misma encuesta, la distribución de la obesidad no es homogénea entre regiones, en la región del Bío-Bío la prevalencia asciende a un 35,5% superior al promedio nacional (Paredes et al., 2024).

Actualmente en Chile, las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar obesidad, posiblemente asociado a factores hormonales y emocionales (Petermann-Rocha et al., 2020). Además, la prevalencia de obesidad refleja grandes inequidades poblacionales, por ejemplo, es mayor en personas con menores ingresos económicos y bajo nivel educativo, y se incrementa con la edad, llegando a un 40,2% de obesidad en mujeres de entre 30 y 49 años (MINSAL, 2022). Estos índices sitúan el problema de la obesidad en el centro de las preocupaciones de salud en Chile, y su control y prevención, se han convertido en un desafío tanto para la salud pública como privada (MINSAL, 2017).

Se han implementado diversas estrategias para el control de la obesidad, dentro de las principales están los tratamientos conductuales, sin embargo, mantener cambios en la alimentación

ha sido difícil de implementar y mantener a largo plazo, y no han mostrado los resultados esperados (Rosales et al., 2024).

En respuesta a lo anterior, la cirugía para la pérdida de peso se ha consolidado como una alternativa efectiva para el abordaje de la obesidad a corto y largo plazo, en particular para aquellas personas que no han tenido resultados exitosos en los tratamientos convencionales para la pérdida de peso (Moreno-Vargas y Guanuchi-Quito, 2024). Dada la prevalencia de obesidad en Chile, particularmente de obesidad mórbida, desde marzo del año 2022 esta alternativa quirúrgica se incorporó al bono de pago asociado a diagnóstico de Fonasa (PAD), ampliando las posibilidades de la población de optar al tratamiento de gastrectomía en manga o bypass gástrico. En el transcurso de ese año de implementación, hubo un total de N=2.424 préstamos del Fondo Nacional de Salud fueron otorgados para cirugía bariátrica, lo que equivale a un 18,48% de la actividad total, siendo más frecuente en mujeres (89,19% ) que en hombres (10,81%) (Paredes et al., 2024). Esta gran diferencia de porcentaje en mujeres resulta esperable dada la mayor prevalencia de esta patología en este grupo y a su vez, por fenómenos socioculturales como la presión por alcanzar los estándares culturales de belleza (Cruzat-Mandich et al., 2016).

Aunque la cirugía para la reducción de peso es el tratamiento más efectivo en la actualidad (Monsalve, 2023), se ha encontrado que el 17% de los pacientes operados, presenta recuperación de un 15% o más del peso total perdido, desde el menor peso registrado después de la cirugía (Ugarte et al., 2019). Entre los factores que se han asociado con la reganancia de peso están la alimentación emocional, la ansiedad y la depresión (Hjelmsaeth et al., 2019). Cabe destacar que la relación entre obesidad y salud mental puede ser compleja y bidireccional (Wimmelmann et al., 2018), y lo mismo ocurre con el proceso quirúrgico bariátrico, puesto que algunas alteraciones psicológicas pre-quirúrgicas podrían afectar el éxito de la cirugía, o de manera inversa, luego de una cirugía bariátrica se podría modificar la salud mental de las personas, tanto con o sin patología de salud mental previamente diagnosticada (León et al., 2017). De acuerdo con una revisión sistemática reciente, no todas las personas experimentan mejoras en su salud mental después de la cirugía, principalmente quienes presentan mayor dificultad para adaptarse a los cambios en el proceso post-quirúrgico, pueden experimentar mal estar psicológico (Monsalve, 2023). Esto justifica por sí sola, la importancia del seguimiento psicológico de los pacientes que se someten a esta intervención (Mitchell et al., 2016; Montt, 2012; Umaña et al., 2017).

Existen distintas formas de relacionarse con los alimentos, denominados estilos de alimentación. Se identifican patrones de alimentación de estilo emocional, restrictivo y externo (van Strien et al., 1986). El estilo de alimentación emocional se caracteriza por la ingesta en respuesta a emociones; por otro lado, el restrictivo, surge cuando las personas se someten a limitaciones en la alimentación para perder peso o mantenerlo; finalmente, el estilo de alimentación externa, se caracteriza por comer en respuesta a estímulos del entorno (Snoek et al., 2007).

En relación con lo anterior, la alimentación emocional se ha considerado como un comportamiento alimentario que puede contribuir en el desarrollo de la obesidad (Eichen et al., 2017). Del mismo modo, la alimentación restrictiva tiende a ser una conducta común en personas con obesidad, sin embargo, también puede favorecer al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria por su asociación con la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (Cruz et al., 2008). Por último, la tendencia a comer en respuesta a señales externas, también podría conducir a un aumento de peso en el largo plazo, debido principalmente a que no se come por señales internas de hambre (Kakoschke et al., 2015).

Cabe destacar que, en muchas personas con obesidad, las conductas de ingesta alimentaria son una forma de regular sus emociones (Martínez y Sánchez, 2021). La regulación emocional es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se pueden modificar las emociones (Gross y Thompson, 2007). En este caso, el acto de comer parece funcionar como una estrategia para escapar, minimizar o evitar emociones desagradables, es decir, para intentar regularlas (Micanti et al., 2017; Steward et al., 2019). En situaciones de emociones intensas, las personas con obesidad suelen aumentar la ingesta de alimentos (Silva, 2008), seleccionando principalmente aquellos de alto contenido calórico y de azúcares, lo que da paso a episodios de ingesta excesiva en intervalos de tiempo muy cortos (Martínez y Sánchez, 2021).

Por otro lado, las personas con obesidad suelen tener mayor preocupación por su peso e imagen corporal, presentando insatisfacción corporal en comparación a las personas con normopeso (Weinberger et al., 2016). Esto puede conducir a conductas alimentarias alteradas, principalmente

hacia una alimentación restrictiva y el control de alimentación, con la finalidad de poder lograr la imagen corporal deseada (Silva et al., 2019; Uchôa et al., 2019).

Aunque la importancia por la apariencia física ha existido siempre, en los últimos años ha alcanzado proporciones sin precedentes. Las principales consecuencias de ello, tienen relación con los incansables intentos para la pérdida de peso, tales como dietas estrictas, tratamientos médicos o quirúrgicos, con la intención de adecuar lo máximo posible la imagen corporal a los ideales de belleza de la sociedad (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). La población femenina suele vivenciar una elevada presión sociocultural de tener un cuerpo delgado (Latorre et al., 2018; Pérez et al., 2021), siendo ellas quienes experimentan mayor temor a subir de peso y distorsión en su imagen corporal (Mendia et al., 2022).

De acuerdo con lo planteado anteriormente, es relevante considerar que en el proceso postquirúrgico de una cirugía bariátrica, surgen cambios significativos tanto en la salud física como en la mental, sin embargo, no siempre en una dirección positiva. También se pueden producir efectos negativos asociados con el cambio corporal radical, y las restricciones de la alimentación (Sánchez-Piedrahita et al., 2018). Teniendo en cuenta el incremento de este tratamiento quirúrgico, es deseable que la razón principal sea mejorar la salud, sin embargo, principalmente las mujeres, informan de un fuerte deseo de que la cirugía cambie la apariencia de su cuerpo (Makarawung et al., 2020; Pearl et al., 2019), aun cuando no existan indicadores de mala salud presentes.

Por otra parte, el proceso de adaptación a la baja de peso y a las nuevas indicaciones de alimentación post-operatorias, puede resultar altamente estresante y desafiante para algunos pacientes, por lo que el acompañamiento psicológico es fundamental para resguardar el éxito del proceso (Leiva et al., 2020).

De acuerdo con lo anterior, se torna reduccionista evaluar el éxito de la cirugía bariátrica mediante la cuantificación de la pérdida de peso y la mantención a largo plazo. Es fundamental comprender la experiencia alimentaria, emocional y corporal de quienes se someten a este tratamiento quirúrgico.

En conclusión, dada la creciente y exponencial realización de cirugías bariátricas en Chile, específicamente en mujeres, este estudio buscó conocer desde la propia experiencia cómo es el proceso postquirúrgico, considerando la presencia de los diferentes cambios que ocurren tanto a nivel físico como emocional. Considerando la variabilidad de la experiencia postquirúrgica, es importante estudiarla desde una perspectiva cualitativa, pues ello permite tener una comprensión más profunda de la información obtenida desde la subjetividad y vivencia de cada persona en torno a cómo experimentan su proceso, proporcionando información valiosa que complementa la evidencia cuantitativa.

Además, este estudio permitió adquirir conocimientos que aportan al resguardo del bienestar integral de las personas que se realizan una cirugía bariátrica. Hasta nuestro conocimiento, son escasos los estudios en población local que hayan abordado de manera cualitativa cómo es la experiencia alimentaria, emocional y corporal durante el proceso postquirúrgico, desde la propia vivencia de las personas.

## ANTECEDENTES TEÓRICO-EMPÍRICOS

En este apartado se presentarán los principales aspectos teórico-conceptuales y antecedentes empíricos que sustentan los objetivos de este estudio. Se iniciará la conceptualización con los antecedentes de malnutrición por exceso y cirugía bariátrica, seguido de la experiencia alimentaria, específicamente estilos de alimentación, la experiencia emocional y regulación de emociones asociada a la alimentación, finalizando con la experiencia corporal posterior a una cirugía bariátrica.

### **Obesidad y Cirugía Bariátrica**

La obesidad como condición de salud se entiende como una enfermedad crónico-degenerativa asociada a determinantes sociales y ambientales, que incluyen una compleja interacción entre lo biológico, psicológico y social (Laguado y Gómez, 2014). En particular, se ha asociado a estilos y hábitos de vida (Heranzo et al., 2020) así como las costumbres, actitudes y formas de comportamiento que asumen las personas durante su vida cotidiana y que se mantienen en el tiempo (Valenzuela et al., 2021).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad a partir del índice de masa corporal, entendido como el cálculo obtenido al dividir el peso (Kilogramos) por la altura al cuadrado (Metros) de la persona. Un IMC igual o superior a 25 se considera sobrepeso; un IMC igual o superior a 30 corresponde a obesidad e IMC igual o superior a 40 corresponde a obesidad mórbida (OMS, 2022). Este indicador proporciona la medida más útil para categorizar el sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, tiene limitaciones y por ello se proponen otras medidas, como medición de circunferencia de cintura y de pliegues corporales (WHO, 2021).

Debido al aumento progresivo en las tasas de obesidad, se han desarrollado múltiples tratamientos para intentar contrarrestarla, tales como cambios en el estilo de vida, modificaciones en los hábitos de alimentación, aumento en la actividad física y utilización de fármacos, siendo un

desafío que las personas logren mantener la pérdida de peso por un tiempo prolongado (Esquivias-Zavala et al., 2016). En respuesta a esto, las personas han recurrido a tratamientos con mejores tasas de efectividad como la cirugía bariátrica (Monsalve, 2023).

La cirugía bariátrica ha sido el procedimiento más utilizado y exitoso para tratar la obesidad mórbida, en cuanto a la pérdida de peso corporal y a la mejoría de enfermedades asociadas (Frigolet et al., 2020). Su principal objetivo es prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad, reducir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida de las personas a través de una pérdida de peso suficiente al corto plazo, que se puede mantener en el tiempo (Pacheco-Sánchez et al., 2019). Sin embargo, mantener el peso y nuevo estilo de vida puede ser un desafío importante para algunas personas (Leiva et al., 2020).

Los principales requisitos para quienes son candidatos a una cirugía bariátrica, es que tengan un IMC mayor 40, o mayor a 35 en presencia de comorbilidades asociadas (Kaufer-Horwitz y Pérez, 2022). La edad mínima tanto para mujeres como hombres para realizarse este procedimiento es de 16 años (Leiva et al., 2020). Por otro lado, las contraindicaciones para realizar este tratamiento quirúrgico son específicas: psicosis no estabilizada, trastorno bipolar no compensado, esquizofrenia, consumo problemático de alcohol o sustancias, y trastornos de la conducta alimentaria (Umaña et al., 2017).

Es relevante clarificar que la cirugía bariátrica no representa la cura de la obesidad, dado que las personas que se someten a este tratamiento deben realizar cambios positivos y permanentes en su estilo de vida, de lo contrario el peso perdido inevitablemente se recuperará (Kaufer-Horwitz y Pérez, 2022).

En este estudio se considerarán las dos técnicas quirúrgicas utilizadas para el manejo de la obesidad en Chile, incluidas en el beneficio de pago asociado a diagnóstico (PAD), que, además son los tratamientos más utilizados y efectivos (Jumbe et al., 2017; Lauren et al., 2020).

### *Gastrectomía en manga*

Esta técnica quirúrgica se utilizó por primera vez como parte de una cirugía en dos tiempos, con la idea de reducir el riesgo de complicaciones pre-operatorias en pacientes de alto riesgo

(Regan, 2003). La relativa sencillez de su técnica y sus buenos resultados en pérdida de peso hicieron que desde el año 2008, se popularizara en todo el mundo. Este procedimiento busca reducir la capacidad gástrica, generando restricción del consumo de alimentos mediante la resección de gran parte del estómago, con la finalidad de crear un tubo gástrico estrecho a lo largo de la curvatura menor, favoreciendo la pérdida de peso mediante la reducción del volumen de las comidas ingeridas y, al mismo tiempo, aumentando la señal de saciedad. En la actualidad, se ha convertido en el abordaje quirúrgico más frecuentemente realizado, representando el 45,9% de todas las cirugías a nivel mundial (Angrisani, 2018).

En Chile, es la cirugía comúnmente realizada, desplazando al bypass gástrico a un segundo lugar. Es probable que esta tendencia se mantenga, dada la reciente confirmación de su eficacia a cinco años con los resultados publicados de dos estudios prospectivos randomizados aleatorizados. Cabe mencionar que si con este procedimiento el paciente tiene una recuperación significativa de peso, es posible la conversión a otra cirugía (Ignat et al., 2017; Salminen et al., 2018).

### *Bypass Gástrico en Y de Roux*

Consiste en la creación de una pequeña bolsa gástrica en la porción más proximal del estómago, inmediatamente bajo la unión gastroesofágica. Esta bolsa gástrica se conecta al asa alimentaria, que puede tener una longitud variable de 150-200 cms, distancia a la cual se une el asa biliopancreática, que es la encargada de recepcionar las secreciones biliopancreáticas y que puede tener una longitud de entre 50-150 cms. Los efectos metabólicos y hormonales a corto plazo se han estudiado ampliamente en numerosos estudios (Ashrafian y le Roux, 2009). En la actualidad, es una de las cirugías que cuenta con la mayor y mejor evidencia disponible en la literatura. Ha sido considerada como el procedimiento de referencia en la cirugía bariátrica. Sin embargo, en los últimos años ha dejado de ser la más frecuente, siendo reemplazada por la gastrectomía en manga (Muñoz et al., 2022).

### *Efectos psicológicos y conductuales de ambas técnicas quirúrgicas*

Posterior a una cirugía para la pérdida de peso, se deben seguir normas de alimentación estrictas que pueden provocar problemas de adaptación, desconformidad con la imagen corporal, y reaparición de problemas psicopatológicos previos comprometiendo la pérdida de peso (Pérez et al., 2020).

Uno de los principales efectos, ocurre en la alimentación de las personas debido a la reducción inmediata en la ingesta de alimentos (Molin-Netto et al., 2017). La conducta de comer grandes cantidades de manera compulsiva, es común para la mayoría de las personas que tienen obesidad y deciden operarse, sin embargo, posterior a la cirugía bariátrica, los pacientes no pueden consumir grandes cantidades de alimentos debido a cambios metabólicos y anatómicos (Ivezaj et al., 2021; Kalarchian et al., 1999). No obstante, hay un grupo de pacientes que pueden desarrollar atracones subjetivos, sensación de pérdida de control de la ingesta alimentaria e incluso vómitos con la finalidad evitar recuperar peso. Esta pérdida de control de la ingesta de alimentos ha sido asociada a una menor pérdida de peso postcirugía, mayor reganancia de peso y aumento en el malestar anímico (Devlin et al., 2018; de Zwaan et al., 2010). De acuerdo a algunos estudios, entre un 16,9% a un 39% de los pacientes postoperados, experimenta estas sensaciones de pérdida de control (Conceição et al., 2015).

Otra conducta que suele manifestarse después de la cirugía bariátrica, tiene relación con los comportamientos alimentarios desordenados, que pueden ocurrir durante o después de la pérdida de peso. Los más comunes son los comportamientos de alimentación restrictiva, los atracones y la purga (Taba et al., 2021). Asimismo, un estudio de meta-análisis plantea que, debido a la alta prevalencia de estilos alimentarios disfuncionales en candidatos a cirugía bariátrica, es relevante considerar que la desregulación y alimentación emocional, presentes principalmente en mujeres, pueden socavar los resultados a largo plazo si no se abordan de manera adecuada (Saccaro et al., 2023).

Dentro de los comportamientos alimentarios frecuentes en el proceso post-operatorio, se encuentran los *cravings*, que consisten en intensos impulsos para comer un alimento específico, son experimentados por aproximadamente el 10% de los pacientes operados de cirugía bariátrica (Guthrie et al., 2014). Ante esto, es conveniente evaluar la ingesta de dulces y azúcares, no sólo

por la relación con la pérdida de peso, sino también porque tiende a ser un mecanismo que las personas utilizan para regular sus emociones previo a la cirugía (Chesler, 2012). Por otro lado, también aparecen con frecuencia los picoteos (*grazing*), que consisten en la ingesta repetitiva de cantidades pequeñas de alimentos, de manera no planificada con diferentes grados de sensación de descontrol, y lo suelen experimentar la mitad de los pacientes que han sido intervenidos de una cirugía bariátrica (Chesler, 2012).

Además, durante el período postquirúrgico, algunos estilos alimentarios podrían ser problemáticos en relación con la pérdida de peso deseada o el constante temor a subir de peso nuevamente (Conceição et al., 2015). Cuando la baja de peso se detiene, algunas personas desarrollan conductas restrictivas o compensatorias con el fin de seguir perdiendo peso o, evitar la reganancia de este, pudiendo generar nuevos cuadros clínicos de salud mental, como trastornos del ánimo, afectivos o de la conducta alimentaria (Conceição et al., 2013).

Finalmente, es relevante destacar que, si bien las tasas de obesidad entre los géneros son parecidas, el 80% de los procedimientos de cirugía bariátrica son realizados por mujeres (Aly et al., 2020), lo cual está asociado principalmente a la presión sociocultural dirigida a la población femenina por un cuerpo delgado asociado a la belleza (Peinado et al., 2021). De acuerdo a esto, el concepto de dieta es más común en las mujeres, y no es sorprendente porque son altas las probabilidades de que las mujeres estén insatisfechas con su cuerpo y peso a lo largo de la vida (Parent y Alquist, 2016), lo que podría influir en comportamientos inadecuados de la ingesta de alimentos a lo largo del proceso postoperatorio.

### **Estilos de alimentación y experiencia alimentaria**

Los estilos de alimentación son patrones conductuales asociados a la ingesta de alimentos, los cuales se ven influenciados por factores psicológicos, fisiológicos y sociales, determinando tanto el tipo y cantidad de alimentos que se consumen, como los momentos que se seleccionan para hacerlo (Grimm y Steinle, 2011). Se reconocen en la literatura tres estilos de alimentación: alimentación emocional, alimentación restrictiva y alimentación externa (Cebolla et al., 2014; Snoek et al., 2007; van Strien et al., 1986).

En el comer emocional, la ingesta se produce como respuesta a las emociones; en el restrictivo la persona restringe intencionalmente su alimentación, comiendo menos de lo que desea, para así mantener o perder peso; finalmente, en el estilo de alimentación externa, se come en respuesta a estímulos ambientales, que pueden ser: la vista, el sabor o el olor de los alimentos (van Strien et al., 1986). Estos estilos de alimentación se consideran desadaptativos, puesto que las personas presentan dificultades para reconocer con claridad las señales internas de hambre y saciedad, lo que puede interferir en la decisión de iniciar o detener el consumo de alimentos, pudiendo derivar en obesidad o en el desarrollo de patrones de alimentación alterados (Sánchez-Bizama et al., 2020).

### *Alimentación Emocional*

La alimentación emocional es un comportamiento alimentario que ocurre en respuesta a las emociones en lugar del hambre (Grajek et al., 2022). Se entiende como la tendencia a comer en exceso en respuesta a diferentes estados de ánimo, frecuentemente vivenciados por las personas como negativos o intensos, tales como tristeza, ansiedad o impulsividad (Micanti et al., 2017). Las personas que tienen comer emocional, procuran por medio del consumo de alimentos calóricos, altos en azúcares y/o altos en grasas, evitar, controlar o enfrentar las emociones desagradables (Palomino-Pérez, 2020). En efecto, este estilo de alimentación surge como una estrategia que permite minimizar o evitar emociones desagradables, para intentar regular las emociones como una solución momentánea que, a menudo, suelen presentar las personas con obesidad (Denke et al., 2018; Micanti et al., 2017; Steward et al., 2019).

Se ha observado, en quienes tienen un estilo de alimentación emocional, que suelen tener dificultades para distinguir las señales de hambre de los estados emocionales (Diggins et al., 2015; Williams-Kerver et al., 2020), por lo que, la tendencia a comer implicaría un aumento de la ingesta de alimentos frente a emociones intensas, sin que necesariamente exista una disminución en la sensación de hambre luego de comer, que es lo que se esperaría que ocurriera biológicamente (Cebolla et al., 2014). Dentro de los principales factores desencadenantes de este estilo de alimentación, se han identificado en mayor medida los síntomas de ansiedad, depresión y dificultades de regulación emocional (Patel et al., 2018). Alimentarse sería un mecanismo para controlar y disminuir las emociones negativas, como el estado de ánimo deprimido, la ansiedad y el estrés (Sambal et al., 2021).

De acuerdo a lo anterior, existe una relación bidireccional entre la alimentación y las emociones, pues los estados de ánimo pueden influir en la ingesta alimentaria y, del mismo modo, la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo (Gibson, 2006). Por un lado, la alimentación emocional puede desencadenar sobreingesta, y contribuir potencialmente al desarrollo de la obesidad (Elran et al., 2021), y por otro lado, a la aparición de síntomas de salud mental, tales como ansiedad y estrés (Vázquez-Vázquez et al., 2019). Se ha observado que comer producto de emociones agradables o desagradables, tiene relación con los atracones, la alimentación restrictiva y la preocupación por la imagen corporal (Sultson et al., 2017).

Desde este estilo de alimentación, las personas suelen ingerir mayores cantidades de alimentos azucarados y ricos en grasas, en comparación con los comedores no emocionales (Braden et al., 2018). Es por ello, que ha sido considerado como una barrera significativa en el éxito de aquellos tratamientos de obesidad que persiguen la reducción de peso (Annesi, 2020; Frayn y Knäuper, 2018; Risica et al., 2021).

Se ha evidenciado recientemente, que las mujeres presentan mayor comer emocional que los hombres (Saccaro et al., 2023). En un estudio realizado en Chile, se observaron resultados coincidentes (Sánchez-Bizama et al., 2020). Las causas de esta diferencia de género pueden ser psicológicas, socioculturales y biológicas (Saccaro et al., 2023).

Entre los candidatos a cirugía bariátrica, es frecuente este estilo de alimentación (Williams-Kerver et al., 2019). Después de la operación, el rol que cumple la comida como regulador emocional, se ve modificado abruptamente, sobre todo durante los primeros meses de transición alimentaria (Lecaros et al., 2015).

En un estudio cualitativo se observó que las personas esperaban que las emociones vinculadas a la ingesta de alimentos, principalmente la ansiedad, desaparecieran con el tratamiento quirúrgico (Hoyos y Salazar, 2016). Otro estudio cualitativo reportó que algunas personas después de la cirugía bariátrica, mejoraron sus niveles de ansiedad al comer durante el primer año postquirúrgico, sin embargo, después de ese período regresaron incluso a los niveles que experimentaban previos a la cirugía, realizando esfuerzos para no regresar al comer emocional (Ferrer y Cruz, 2017). En una revisión sistemática, quienes recuperaron peso durante el proceso post-operatorio, describieron recaídas en la alimentación emocional o en el uso de alimentos para

hacer frente al estrés (Coulman et al., 2017). Se ha evidenciado que la insatisfacción con la imagen corporal y la angustia psicológica que conlleva, están asociadas con la alimentación emocional (Geller et al., 2019).

En conclusión, la alimentación emocional influye en el tratamiento quirúrgico para la reducción de peso, representando para algunas personas un factor de riesgo para los resultados del proceso postoperatorio en el transcurso del tiempo (Canetti et al., 2009; Opolski et al., 2015), debido principalmente a que de manera abrupta se transita desde el descontrol a la restricción alimentaria (Lecaros et al., 2015).

### *Alimentación Restrictiva*

Este estilo de alimentación se caracteriza por la restricción intencional de las personas en la ingesta de alimentos, comiendo menos de lo que desean, para mantener o perder peso corporal (Schaumberg et al., 2016; van Strien et al., 1986). Esta forma de alimentarse se considera como un esfuerzo por restringir el consumo calórico, y así autorregular la cantidad de alimentos para evitar alzas de peso (Rojas-Gómez et al., 2018). Por lo general, quienes se alimentan desde la restricción, realizan dietas por largos periodos de tiempo, hasta que las infringen producto de estímulos externos y/o internos (Polivy, 2017).

De acuerdo con la Teoría de la Restricción, este patrón alimentario conlleva un control cognitivo sobre la alimentación, provocando que las personas que lo experimentan sean vulnerables a perder el control en su ingesta (Herman y Polivy, 1984). Cuando dicho autocontrol cognitivo se pierde, se provoca un efecto contraproducente, induciendo a una alimentación desinhibida que genera una sobrealimentación, que en el largo plazo puede culminar en obesidad (Andrés et al., 2017; Hirsch et al., 2014; Polivy y Herman, 1985; Snoek et al., 2007) o en trastornos alimentarios (Schaumberg et al., 2016). En consecuencia, este estilo de alimentación implica por un lado un proceso de restricción cognitiva, es decir, pensar en restringir alimentos, y por otro lado, la restricción conductual, es decir, la conducta de no ingerir algunos alimentos (Solomon-Krakus et al., 2022).

Uno de los procesos cognitivos que frecuentemente desencadena cambios en la alimentación, son los pensamientos rumiativos, que consisten en pensamientos negativos repetitivos que son

dificiles de controlar, y pueden provocar dificultades para restringir la ingesta, desencadenando una pérdida en el control al momento de comer como una estrategia de regulación emocional (Nascimento et al., 2022). Lo anterior, se relaciona con que este estilo de alimentación también puede ser utilizado como una estrategia para reducir las experiencias emocionales desagradables (Solomon-Krakus et al., 2022). Un estudio reciente plantea que las personas que experimentan niveles más altos ansiedad, depresión y estrés, tienen mayor tendencia a la restricción alimentaria (Nascimieinto et al., 2022). Debido a esto se torna fundamental conocer cómo funciona la regulación emocional en personas que viven bajo restricción (Palomino-Pérez, 2020).

Por otro lado, se ha encontrado que las personas con un estilo de alimentación restrictivo, al ser conscientes de sus emociones, suelen experimentar desinhibición en el control de la alimentación, dando como resultado un aumento de la impulsividad y la sobreingesta de alimentos (Schaumberg y Anderson, 2016; Veilleux et al., 2018).

En consecuencia de lo anterior, este patrón alimentario ha sido considerado como desadaptativo, principalmente porque puede conducir a conductas alimentarias alteradas, modificaciones en el peso, y trastornos de la conducta alimentaria (Sánchez-Bizama et al., 2020). Sin embargo, en algunas ocasiones, puede ser una conducta adaptativa dentro del ambiente obesogénico en el cual estamos insertos (Polivy et al., 1998). Diversos autores han planteado que cierto grado de restricción, es necesaria para el control de peso en algunas personas que tienen obesidad (Akillioglu et al., 2022). Además, este estilo de alimentación se relaciona con un perfil alimentario más saludable (Ouwens et al., 2012), mayor saciedad y menor ingesta de calorías y alimentos procesados (Polk et al., 2017; Smithson y Hill, 2017), situándolo como un estilo de alimentación propicio para la regulación del peso (Akillioglu et al., 2022).

Debido a estos hallazgos mixtos, se ha estudiado que dentro de este patrón alimentario se encuentran dos grupos. Por un lado, quienes tienen un estilo de alimentación restrictivo exitoso, es decir, aquellos que demuestran tener una mayor autorregulación en la restricción de alimentos, evitando comer en exceso, con objetivos realistas para el control del peso y adherencia a la dieta (Schaumberg et al., 2016). Por el contrario, quienes tienen un estilo de alimentación restrictivo no exitoso, tienden a presentar estrategias poco apropiadas de autorregulación, control excesivo de

los alimentos, objetivos poco realistas y dietas extremas, lo que puede promover a conductas alimentarias alteradas y al exceso de peso (Keller y Siegrist, 2014; Schaumberg et al., 2016).

Es relevante mencionar que restringir la alimentación para controlar el peso se ha vuelto una práctica habitual en la población, promovida en gran medida por la insatisfacción con la imagen corporal, incluso en personas que no tienen exceso de peso (Campos del Portillo et al., 2022). Sin embargo, se ha evidenciado que las personas con obesidad tienden a preocuparse en mayor medida por su peso, favoreciendo patrones alimentarios desadaptativos como la alimentación restrictiva (Díaz-Castrillón et al., 2019). Es principalmente el temor a ganar peso, lo que puede conllevar con frecuencia que las personas restrinjan en exceso su alimentación (Martínez y Sánchez, 2021).

Se ha estudiado recientemente la prevalencia de este patrón alimentario de acuerdo al género. En un estudio Chileno, se ha evidenciado que la mujeres presentan una tendencia más elevada a tener una alimentación restrictiva (Rojas-Gómez et al., 2018). Asimismo, otros estudio recientes reportan que las mujeres tienden en mayor medida a la restricción en la ingesta de alimentos (Akillioglu et al., 2022; Solomon-Krakus et al., 2022). Esto podría estar asociado a que las mujeres presentan una mayor preocupación por el peso y la forma corporal (Kidd et al., 2024).

En suma con lo anterior, restringir los alimentos también puede estar asociada a la imagen corporal, las tendencias sociales de comparación y los cambios en el peso (Kupeli et al., 2017). Además, la intensidad de las emociones que surgen en relación al cuerpo, pueden predecir significativamente la alimentación restrictiva (Solomon-Krakus et al., 2022).

Por otro lado, el ciclo de restricción y compulsión es frecuente en pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica (Nascimento et al., 2022). Luego de la operación, la alimentación estará regulada tanto por la restricción de porciones, como por la saciedad precoz (Ruiz-Moreno et al., 2002). No obstante, aunque la restricción es un comportamiento necesario después de la cirugía bariátrica, también puede tener consecuencias negativas en algunas personas (Boutelle et al., 2017), especialmente a nivel emocional (Díaz-Pérez y Beltrán-Morillas, 2021). Algunos autores han considerado que la restricción puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, depresión, estrés, ansiedad (Yong et al., 2021) y con frecuencias puede ser un antecedente del trastorno por atracón (Liu et al., 2020).

Finalmente, aunque la cirugía bariátrica imposibilita la ingesta de grandes cantidades de alimentos, la pérdida de control en la alimentación puede reaparecer durante el post-operatorio, especialmente si es que no se consiguió una adecuada adaptación a esta nueva forma de alimentación (Lecaros et al., 2015). Se ha evidenciado que algunas personas informan de pérdida de control en la alimentación y, mencionan que continuarían comiendo si no fuera por la saciedad y la aparición de vómitos tempranos (Kubik et al., 2013). Por ello, durante el proceso postquirúrgico es fundamental evaluar ciertas conductas alimentarias problemáticas, como por ejemplo el picoteo (*grazing*), que consisten en la ingesta repetitiva de cantidades pequeñas de alimentos de manera no planificada con diferentes grados de sensación de descontrol (Conceição et al., 2015).

### *Alimentación Externa*

La alimentación externa corresponde a uno de los estilos denominados como desadaptativos de alimentación (Benbaibeche et al., 2023), en el cual las personas consumen alimentos en base a estímulos ambientales presentes en un contexto determinado, sin poseer necesariamente la intención de satisfacer su hambre (Snoek et al., 2013), puesto que suelen tener dificultades para distinguir sus señales internas de hambre y saciedad (Sánchez-Bizama et al., 2020; van Strien et al., 2013). Se caracteriza por comer en exceso en respuesta a señales externas relacionadas con los alimentos (van Strien, 2018), principalmente por su aspectos cualitativos, tales como, el olor, sabor, la apariencia, o estar en presencia de otras personas comiendo (Daly et al., 2021).

Este estilo de alimentación surge desde la teoría de la externalidad (van Strien et al., 1986) que postula que el comportamiento alimentario de los individuos, principalmente aquellos que tienen exceso de peso, no responde a las señales fisiológicas internas, sino que a las que provienen del entorno (Cebolla et al., 2014). La disponibilidad de una alta variedad dietética y alimentos apetecibles en el entorno alimentario moderno (McCrorry et al., 2012), pueden considerarse como factores que influyen en que las personas puedan comer en exceso (Benbaibeche et al., 2023). Además, las señales que promueven este estilo de alimentación, pueden ser emocionales o relacionadas con la comida (Subramaniam et al., 2018).

Por otro lado, se ha vinculado este estilo de alimentación con la impulsividad y existe evidencia de una relación positiva entre actuar sin pensar y la decisión de comer ante estímulos externos (Kakoschke et al., 2015).

En relación a la prevalencia en la población, existen estudios que plantean que los hombres presentan mayor frecuencia de este estilo de alimentación (Daly et al., 2021). En otro estudio, no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Nandrino et al., 2020).

Es relevante mencionar, que los efectos que puede tener este estilo de alimentación en el estado nutricional de las personas, tiene opiniones mixtas. Por un lado, algunos autores indican que no existe relación entre la alimentación externa y el peso (Snoek et al., 2013). Asimismo, en otro estudio concluyeron que el peso corporal se determina más por la tendencia a la alimentación emocional, que por la sensibilidad a las señales ambientales de los alimentos (van Strien et al., 2012). En contraposición, otros autores plantean que la alimentación externa impulsa el aumento de peso, asociándose de manera directa, es decir, a mayor alimentación externa, mayor será el peso de la persona (Muharrani et al., 2017). En otro estudio reciente, los participantes con obesidad mostraron altas puntuaciones de alimentación externa (Benbaibeche et al., 2023). Sin embargo, continúa siendo poco clara la influencia de este patrón alimentario en el IMC de las personas (Timasheva et al., 2024).

Debido a lo anterior, se ha señalado que comer en respuesta a estímulos externos puede tener efectos adversos en los resultados de pérdida de peso después de una cirugía bariátrica (Subramaniam et al., 2018). En un estudio realizado después de 24 meses de la cirugía, los participantes que informaron mayor alimentación externa, tuvieron menos pérdida de peso a la prevista (Monpellier et al., 2019). Además, quienes presentan este estilo alimentario después de la operación, suelen tener mayores niveles de ansiedad y depresión (Subramaniam et al., 2018). Por último, algunos autores han planteado que también puede existir una disminución en la reactividad de las señales externas después de la cirugía, posiblemente debido a que la imposibilidad de ingerir grandes cantidades de alimentos puede implicar que el atractivo de los estímulos externos de los alimentos tienda a disminuir gradualmente (Nandrino et al., 2020).

En consecuencia, el comportamiento alimentario puede influir en la adaptación de las personas a los cambios de alimentación que ocurren después de la cirugía, lo que puede obstaculizar o facilitar el éxito del proceso (Bryant et al., 2020). El tratamiento de la alimentación externa debería centrarse en la sensibilidad a las señales alimentarias, y también en la enseñanza de habilidades de regulación emocional, con la finalidad de disminuir la ingesta excesiva de alimentos, que surge como respuesta a las señales ambientales y, además, como una manera de hacer frente a las emociones negativas (Benbaibeche et al., 2023). Por ello, es relevante estudiar como es la experiencia alimentaria posterior a una cirugía bariátrica, desde la propia vivencia de quienes lo experimentan, para poder entregar una mayor comprensión a los estudios actuales.

### **Experiencia emocional y regulación emocional post-cirugía**

Las emociones son respuestas inmediatas del organismo, de carácter multifactorial, que se manifiestan a nivel físico y psicológico. Son un conjunto de experiencias que surgen en respuesta a estímulos o situaciones, y pueden ser consideradas como positivas, si es que producen satisfacción, o negativas, si es que producen incomodidad (Fuente et al., 2022).

Las diferentes emociones pueden tener impacto significativo en la ingesta de alimentos de las personas (Alzheimer y Urry, 2019; Hawash et al., 2024; Nicholls et al., 2016). De acuerdo con una revisión sistemática, se ha planteado que tanto las emociones positivas como negativas parecen ejercer una influencia crucial en la selección e ingesta de alimentos (Fuente et al., 2022). Ante esto, en un estudio cualitativo realizado en Chile, se ha observado que las personas con obesidad presentan como estrategia para regular sus emociones, una mayor alimentación emocional, en comparación con las personas normopeso, que suelen tener mayor variedad de mecanismos de regulación emocional (Díaz-Castrillón et al., 2019). Se ha propuesto que los comportamientos alimentarios alterados, pueden aparecer como estrategias desadaptativas para aliviar las dificultades emocionales (Albano et. Al., 2019; Treasure et al., 2022).

De acuerdo a estudios de meta-análisis, se ha observado que probablemente la depresión sea una de las causas emocionales (Grigolon et al., 2021) y un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad (Solmi et al., 2018). Las personas con exceso de peso, frecuentemente tienden a comer para intentar sobrellevar el malestar emocional (Weiss et al., 2020). Asimismo, el estrés y el estado

de ánimo negativo, pueden influir en la ingesta de alimentos, llevando a algunas personas a comer más, y a otras menos (Evers et al., 2018). Se ha evidenciado en una revisión sistemática que el estrés, la ansiedad y la depresión son emociones comúnmente asociadas con la alimentación, siendo de relevancia estudiar el vínculo que existe entre las emociones y la ingesta de alimentos (Devonport et al., 2019). Algunos autores han planteado que las personas suelen evitar o reducir las emociones negativas a través de la alimentación compulsiva (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Kukk y Akkermann, 2020).

En suma a lo anterior, el aburrimiento, la ansiedad y la ira, también son emociones que se han asociado a comportamientos de alimentación desadaptativos (Braden et al., 2018). En relación a ello, se observó en un estudio que las dificultades de control de impulsos, principalmente en personas con obesidad, estaban estrechamente relacionadas con la tendencia a comer en respuesta a síntomas depresivos, de ansiedad e ira, como una manera de regular o evitar estas emociones (Braden et al., 2018). Ante esto, las emociones negativas parecen ejercer una mayor influencia en la selección e ingesta de alimentos (Güner y Aydin, 2022), y pese a que son respuestas automáticas, se encuentran sujetas a diferentes mecanismos reguladores (Martínez y Sánchez, 2021).

La regulación emocional es un proceso que influye en las experiencias emocionales de las personas, incluyendo el origen, la intensidad o reducción de dichas emociones, así como la duración y manera en que se expresan (Thompson, 2019). Este proceso implica un conjunto de estrategias que los individuos utilizan para modular sus emociones, con el objetivo de adaptarse a diversas situaciones (Gross, 2015). Estas estrategias se pueden clasificar en adaptativas, es decir, aceptación, afrontamiento y reenfoque cognitivo, y por otro lado, en desadaptativas, tales como enfoque negativo, rumiación y supresión de las emociones (Dodd et al., 2019).

De acuerdo a lo anterior, se ha evidenciado que quienes aprenden estrategias adaptativas de regulación emocional (Hoorelbeke et al., 2016), suelen sobrellevar de mejor manera los eventos desafiantes, presentando frecuentemente mejores indicadores de salud física (Jenaabadi et al., 2015) y mental (Gross, 2015), en comparación con quienes tienen dificultades para regular sus emociones (Etchemendy et al., 2016). Además, se ha observado que permite desarrollar hábitos más saludables, tales como una alimentación equilibrada, mejor higiene del sueño y actividad física adecuada (Lee et al., 2016).

Por otro lado, se ha planteado que aquellas personas que presentan estrategias desadaptativas, tienden a la desregulación emocional (D'Agostino et al., 2017). Esta dificultad para regular las emociones, puede ser un factor de riesgo clínicamente importante, principalmente en la tendencia a la alimentación emocional (Meule et al., 2019; Jones et al., 2019), aumento de peso (Sainsbury et al., 2019) y tabaquismo (Rogers et al., 2018). Se ha planteado que estas dificultades surgen principalmente por la falta de claridad emocional, bajo control de impulsos, no aceptación de las emociones, y acceso limitado de estrategias de regulación de emociones (Sultson y Akkermann, 2019), lo cual conlleva mayor probabilidad de desencadenar síntomas ansiosos y depresivos (Guzmán-González et al., 2014)

De acuerdo con los hallazgos de diversos estudios, la desregulación de las emociones se relaciona con niveles más altos de alimentación emocional (Jones et al., 2019). Sin embargo, también puede promover al desarrollo de una alimentación restrictiva y compulsiva (Cancian et al., 2019; Holmqvist et al., 2020; Juarascio et al., 2020; Rodríguez et al., 2017). Se ha asociado también con niveles más bajos de conciencia y autocompasión (Meyer y Leppma, 2018).

Es relevante mencionar, que dentro de las estrategias desadaptativas para la regulación de emociones, se encuentra la supresión emocional, que tiene relación con las dificultades para afrontar emociones negativas, promoviendo un aumento en la ingesta de alimentos (Andrei et al., 2018). Cuando esta estrategia es utilizada en condiciones estresantes, tiende a aumentar la preferencia por los alimentos con mayor contenido calórico (Ferrer et al., 2017). Los hallazgos en la literatura, sugieren que la ingesta de alimentos excesiva, es una estrategia desadaptativa para hacer frente a la angustia emocional (Mallorquí-Bagué et al., 2018; Watson et al., 2022).

En relación a lo anterior, se ha planteado que existe una bidireccionalidad entre emociones y alimentación, considerando que la ingesta de alimentos influye en la respuesta y expresión de las emociones, y a su vez, las emociones pueden tener un impacto poderoso en las elecciones alimentarias (Pandolfi et al., 2016). Luego de realizar una revisión bibliográfica, los autores reportan que las experiencias emocionales, pueden sustituir las señales fisiológicas de hambre y saciedad (Fuente et al., 2022).

Cabe destacar, que las personas con obesidad frecuentemente recurren a la ingesta de alimentos, como una manera de lidiar con el estrés y las emociones negativas (Kornacka et al., 2021). Algunos

autores han mencionado que, quienes tienen obesidad suelen experimentar mayores emociones negativas, debido a los estereotipos basados en el peso (Baldofski et al., 2016). Ante esto, se ha planteado que al sentirse abrumados por estas emociones negativas, a menudo tienden a buscar el alivio del malestar emocional por medio de la comida (Monteleone et al., 2023). Sugiriendo que el aumento de peso y las diferentes emociones, también se relacionan de manera bidireccional (Mejía-Montilla et al., 2021).

Considerando lo expuesto anteriormente, se ha evidenciado que las personas con obesidad, suelen presentar estrategias menos adaptativas para la regulación de sus emociones (Andrei et al., 2018; Baldofski et al., 2016). Una de las estrategias más frecuentes para la regulación emocional, es la ingesta de alimentos, principalmente apetitosos y de mayor contenido calórico, conllevando en algunas ocasiones a que se produzcan atracones (Martínez y Sánchez, 2021).

En términos generales, se ha informado que los síntomas de ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima e insatisfacción corporal, suelen ser mayores en las personas que tienen obesidad (Robinson et al., 2020). Siendo considerados a menudo como obstáculos para mantener el peso corporal, debido a su participación en la regulación emocional (Martínez y Sánchez, 2021). Los hallazgos de un estudio, destacaron que la desregulación emocional, la ansiedad y la depresión son mayores en quienes tienen obesidad (Willem et al., 2020). Asimismo, se ha postulado que las mujeres que tienen exceso de peso, presentan mayores dificultades en la regulación de sus emociones (Steward et al., 2019), destacando que la desregulación emocional y la preocupación por el peso y la forma corporal, están asociadas con estilos de alimentación disfuncionales (Kheirollahpour et al., 2020).

Considerando que la mayoría de las personas que se realizan una cirugía bariátrica, regulaban previamente sus emociones a través de la ingesta de alimentos (Sánchez-Piedrahita et al., 2018), es crucial explorar como es la regulación emocional durante el proceso post-operatorio (Benzerouk et al., 2020). Principalmente, porque como biológicamente no se puede recibir la misma cantidad de alimentos que antes, es complejo mantener estas estrategias durante el proceso postoperatorio (Sánchez-Piedrahita et al., 2018), provocando que las personas pierdan un mecanismo que usualmente regulaba sus emociones, pudiendo ocasionar dificultades para lograr un equilibrio emocional en el corto y largo plazo (Lecaros et al., 2015). Ante esto, es probable que

surjan modificaciones después de la intervención quirúrgica en los mecanismos de regulación emocional (Sánchez-Piedrahita et al., 2018).

Se ha planteado que las emociones intensas y las dificultades para regularlas, pueden promover comportamientos que pueden interferir con la adhesión adaptativa a las recomendaciones postquirúrgicas (Lavender et al., 2020). Hallazgos recientes reportan que, es probable que las dificultades para regular las emociones persistan o resurjan después de la cirugía bariátrica (Saccaro et al., 2023), siendo crucial explorar el impacto que puede tener tanto en los estilos de alimentación desadaptativos, como en los resultados del cambio en el peso corporal a largo plazo (Belloli et al., 2024). La evidencia reporta que, quienes presentan dificultades en la regulación de sus emociones después de una cirugía bariátrica, tienen mayor riesgo de presentar algunas dificultades psicológicas en el tiempo, como depresión o trastornos de la conducta alimentaria (Schäfer et al., 2019).

La literatura existente, ha señalado que la dificultad de regulación emocional que presentan los pacientes que se someten a esta cirugía, tiende a interferir en la alimentación emocional, así como también en el aumento o inhibición de la ingesta de alimentos en respuesta a sus emociones (Cella et al., 2019). De la misma manera, puede surgir el ciclo de compulsión y restricción en algunas personas (Nascimento et al., 2022). Esto puede ocurrir principalmente, cuando las emociones interfieren en la elección de alimentos, causando que, en presencia de emociones intensas, las personas busquen alimentos más altos en calorías (Cella et al., 2019). No obstante, un estudio reportó que, algunas personas ya no disfrutaban tanto de la comida, sentían rabia por no poder comer los alimentos que deseaban, ni en la cantidad que estaban acostumbrados antes de la operación (Hoyos y Salazar, 2016).

En consecuencia, algunos grupos de investigación se han interesado en estudiar como algunas personas sometidas a cirugía bariátrica, han remplazado sus conductas de comer para regular sus emociones (Blum et al., 2012). Debido a que la cirugía imposibilita comer en exceso, suelen aparecer estrategias sustitutas, las más frecuentes son el aumento del tabaco y consumo de alcohol (Conason et al., 2013). Es por ello que, explorar y mejorar las habilidades de regulación emocional debería ser el foco de las intervenciones dirigidas a la pérdida de peso (van Strien, 2018).

Concluyendo, es fundamental que las personas que se someten a cirugía bariátrica, puedan aprender estrategias de regulación emocional más adaptativas, con la finalidad de resguardar su bienestar emocional y físico en el largo plazo.

### **Imagen corporal**

Uno de los aspectos importantes a estudiar, que incluso tiende a motivar la realización de la cirugía bariátrica en mujeres, es la imagen corporal. Hasta la actualidad, es precisamente este grupo quien vivencia mayor presión social respecto al cuerpo, por intentar cumplir con el estándar ideal de un cuerpo delgado, experimentando generalmente insatisfacción con la imagen corporal, lo que suele provocar malestar psicológico.

La imagen corporal se considera un constructo multifactorial (Longo, 2016) y una construcción psicológica compleja (Schilder, 1935), definida como los pensamientos, sentimientos, percepciones subjetivas y conductas asociadas que una persona tiene en relación con su propio cuerpo (Castro-Lemus, 2016; Grogan, 1999), por ende, cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la imagen y forma del cuerpo (Guzmán-Saldaña et al., 2017). Es un retrato intuitivo que la persona tiene de su propio cuerpo, independiente de su apariencia, convirtiéndose en un concepto complejo que incluye autoobservaciones, emociones, recuerdos y comportamientos relacionados con el cuerpo (Mallaram et al., 2023).

Es relevante destacar que, el entorno sociocultural en el que viven y se desenvuelven las personas, parece influir en el desarrollo de alteraciones en la percepción de la imagen corporal (Sánchez-Miguel et al., 2019). Desde la perspectiva sociocultural se ha moldeado un estándar de delgadez, como ideal de belleza (Simonds et al., 2018), promoviendo dietas e insatisfacción corporal (Faw et al., 2021). Estos cánones de belleza son difundidos por los medios de comunicación y redes sociales (Bennett et al., 2020), y frecuentemente son aceptados y transmitidos por quienes forman parte de su familia y de su grupo social de referencia (Villegas-Moreno y Londoño-Pérez, 2021). Esta creencia que la belleza esta vinculada con la delgadez, podría ser uno de los factores que promueven la insatisfacción corporal (Paredes et al., 2019; Yong et al., 2021). Afectando en mayor medida a las mujeres, que suelen vivenciar miedo a subir de peso (Mendia et al., 2022).

La preocupación por la imagen corporal suele estar presente en gran parte de la población (Carrad et al., 2021; Paredes et al., 2019). Sin embargo, debido a los estereotipos y estigmatización, las personas con obesidad pueden sentir muchas emociones negativas relacionadas con su imagen corporal (Proczko et al., 2022). Esta alteración de la imagen, causada por el exceso de peso, puede conducir a una devaluación de la autoimagen y, en consecuencia, la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, que a su vez se han relacionado con la alimentación compulsiva (Palmeira et al., 2020). Asimismo, el culto contemporáneo de una figura delgada, considera que las mujeres con obesidad difieren de la estética corporal aceptada (Silva et al., 2019). Esta elevada presión social, contribuye a que las mujeres tengan una continua preocupación por su peso, realizando grandes esfuerzos para modificar su figura corporal (Mendia et al., 2022).

En consecuencia, la internalización del ideal de delgadez puede aumentar el riesgo de síntomas de trastornos alimentarios, un mayor compromiso con la alimentación restrictiva y una mayor preocupación por el peso y la forma corporal (Kidd et al., 2024).

De acuerdo a lo anterior, una imagen corporal positiva, se asocia con la aceptación y respeto hacia el propio cuerpo (Tylka y Wood-Barcalow, 2015), donde se enfatiza la diversidad corporal, otorgándole al cuerpo el valor funcional por permitir al ser humano vivir (Dunaev et al., 2018). En contraposición, la insatisfacción corporal se puede entender como la opinión negativa que tienen las personas acerca de su cuerpo, debido a la discrepancia entre su apariencia real, y la considerada como ideal, dependiendo de la valoración que realizan del tamaño de su cuerpo (Rounsefell et al., 2020).

La menor satisfacción con la imagen corporal, podría promover conductas alimentarias de riesgo, que se llevan a cabo con la intención de perder peso (Paredes et al., 2019; Yong et al.; 2021), principalmente la alimentación restrictiva (Carrad et al., 2021). Sin embargo, se ha estudiado que, tanto la insatisfacción con la imagen corporal como la restricción de alimentos, se suelen asociar con un mayor peso (Paredes et al., 2019; Porrás-García et al., 2020). No obstante, también se puede presentar insatisfacción en personas normopeso (Gruszka et al., 2022). Específicamente en personas con obesidad, la insatisfacción con su imagen corporal se relaciona con síntomas depresivos y la regulación de las emociones, utilizando a menudo los alimentos para hacer frente a las emociones (Monsalve, 2023).

Cabe destacar que, las mujeres tienden a sentirse más insatisfechas con su imagen corporal (Morken et al., 2019; Wang et al., 2019), e interiorizan en mayor medida el ideal de delgadez (Frisén y Berne, 2019), implicando un riesgo elevado de establecer patrones alimentarios desadaptativos, con la finalidad de conseguir la imagen corporal deseada (Silva et al., 2019; Uchôa et al., 2019), practicando con mayor frecuencia dietas extremas (Sahlan et al., 2020). En un estudio realizado en Chile en población universitaria, la mayoría de las mujeres presenta insatisfacción con su cuerpo (Rosales et al., 2023). Esto concuerda con diversas investigaciones, que han encontrado que las mujeres presentan mayor preocupación por su imagen y mayor conciencia de su peso (Acuña et al., 2020; Medina-Gómez et al., 2019; Nieto-Ortiz y Nieto-Mendoza, 2020).

En relación a lo anterior, las investigaciones han comenzado a centrar su atención en la insatisfacción de la imagen corporal, tanto como un factor motivacional para la realización de cirugía bariátrica (Bianciardi et al., 2019; Pearl et al., 2019), como un factor que influye en el resultado de la pérdida de peso posterior (Bertoletti et al., 2019). Si bien, la salud es la razón principal para la búsqueda de una cirugía bariátrica, también se relaciona con el fuerte deseo de cambiar la apariencia de su cuerpo (Makarawung et al., 2020; Pearl et al., 2019). De acuerdo con una revisión sistemática, una imagen corporal negativa, es un factor motivacional para la pérdida de peso (Bouzas et al., 2019). Asimismo, se ha planteado que la angustia, junto con la carga física de la obesidad y sus comorbilidades, contribuyen a la decisión de someterse a una cirugía bariátrica (Sarwer et al., 2019). Por otro lado, los estudios han demostrado que, a nivel mundial las mujeres son quienes más se realizan una cirugía bariátrica (World Obesity Federation, 2022, lo que probablemente está relacionado con los prejuicios respecto al peso (Rodrigues et al., 2020), conllevando que se preocupen más por su peso (Ahlich et al., 2021).

En los primeros meses después de la cirugía, la pérdida de peso es acelerada y abrupta, debido a los cambios significativos en el consumo de alimentos (Sánchez-Piedrahita et al., 2018). Para algunos autores, la pérdida de peso inmediata ha sido considerada el principal beneficio de este tratamiento quirúrgico (Nielsen et al., 2020). Tras la cirugía, las personas no solo presentan mejoría de las comorbilidades médicas relacionadas con el exceso de peso, sino que la mayoría presenta mejoría de los síntomas de depresión, ansiedad e imagen corporal (Sarwer et al., 2019). Ante esto, los cambios en el peso corporal podrían estar relacionados con una mayor satisfacción corporal (Bouzas et al., 2019; Jumbe et al., 2017). De acuerdo con los recientes hallazgos de una revisión

sistemática, la cirugía bariátrica tiene un efecto positivo en la imagen corporal durante el primer año post-quirúrgico, principalmente asociado a la disminución de peso (Palacios-Meneses et al., 2025), sin embargo, parece ser un efecto solamente temporal (Bosc et al., 2022).

No obstante lo anterior, otras revisiones sistemáticas han reportado evidencia mixta entre los resultados de pérdida de peso y cambios en la imagen corporal postoperatoria (Felske et al., 2021; Ivezaj y Grilo, 2018). Algunos autores han señalado que la imagen corporal no siempre cambia después de la cirugía, puesto que la adaptación al nuevo cuerpo es difícil, y frecuentemente aumenta la insatisfacción con el exceso de piel resultante de la pérdida de peso (Mento et al., 2022). En ese sentido, las mujeres que se someten a cirugía bariátrica tienden a estar más preocupadas por su peso y apariencia, y experimentan una imagen corporal más negativa, en comparación con la población general (Jumbe et al., 2017; Makarawung et al., 2020). Ante esto, es posible que algunas personas continúen sintiéndose insatisfechas con su imagen corporal después de la cirugía bariátrica (Caltabiano, 2020), y se han demostrado efectos negativos asociados con el cambio corporal radical y las restricciones dietéticas (Sánchez-Piedrahita et al., 2018). Estos hallazgos destacan la compleja interacción entre la transformación física y la adaptación psicológica después de procedimientos bariátricos (Alamri et al., 2025), y evidencian que el cambio de peso post-operatoria no se relaciona directamente con mejoras de la imagen corporal (Alleva et al., 2023).

En la literatura reciente, se ha evidenciado que, pese a la pérdida sustancial de peso, algunas personas todavía se perciben a sí mismas con un cuerpo de mayor tamaño, y como consecuencia, experimentan un bienestar disminuido (Caltabiano, 2020). La creciente inquietud que se tiene por la imagen corporal como consecuencia de la presión social sobre el aspecto físico pueden conducir a una distorsión de la imagen corporal, aumentando la ansiedad y el temor de ganar peso (Fernández-Lora y Valdez-Díaz, 2019). Entre otros factores, los hallazgos de la imagen corporal discrepante, pueden estar relacionados con las preocupaciones sobre el exceso de piel después de la pérdida de peso (Ivezaj y Grilo, 2018; Rajan y Menon, 2017). Sin embargo, esta distorsión en la imagen corporal postoperatoria ha sido menos investigada (Perdue y Neil, 2020). La evaluación de la dismorfia corporal después de la cirugía, es fundamental para identificar a las personas que tendrán dificultades para adaptarse a su nueva imagen de sí mismos, y que puedan requerir mayor acompañamiento psicológico (Caltabiano, 2020).

En suma con lo planteado, la disminución de peso no necesariamente predice una reducción en la insatisfacción corporal, considerando que a menudo, las mujeres tienden a aumentar sus estándares y niveles de exigencia con relación al propio cuerpo (Marín-Leal et al., 2017). Lo anterior, parece indicar que la pérdida de peso postoperatoria por sí sola, no es suficiente para lograr el bienestar, por lo que, las preocupaciones sobre la imagen corporal son importantes de abordar en la atención post-quirúrgica (Caltabiano, 2020).

Por otro lado, pueden ocurrir comportamientos alimentarios desadaptativos después de la cirugía, tales como alimentación restrictiva, atracones o purgas (Lingvay et al., 2024), relacionados con las alteraciones de la imagen corporal, miedo a recuperar peso o la presión para cumplir con las expectativas sociales (Furlan et al., 2021). Estos patrones alimentarios y la pérdida de control en la alimentación, parecen estar relacionadas con una mayor insatisfacción de la imagen corporal después de la cirugía (Ivezaj y Grilo, 2018). Esta pérdida de control al momento de comer ha sido asociada a una menor pérdida de peso postcirugía, mayor reganancia ponderal y mayor malestar anímico (de Zwaan et al., 2010; Devlin et al., 2018).

En cuanto a las emociones que pueden surgir en relación a la imagen corporal una vez que se ha reducido el peso, predomina el intenso miedo a la ganancia ponderal, y si no se aborda de manera adecuada, puede generar cierta obsesión por el aspecto físico (Pérez et al., 2020). Otros autores también informan que los pacientes que tienen estos pensamientos persistentes y temores de volver a ganar peso nunca logran estar satisfechos con su cuerpo (Lier et al., 2015).

En conclusión, aunque en general la imagen corporal mejora durante el período postquirúrgico, con el paso de los meses se puede comenzar a manifestar insatisfacción con algunas partes del cuerpo (Cruzat-Mandich et al., 2019; Leal et al., 2017), derivando en que muchas personas se sometan a cirugía reconstructiva (Magdaleno et al., 2011). Además, es frecuente que a medida que los pacientes se acercan al peso que deseaban llegar en un principio, comiencen a desear cada vez un peso menor (Heinberg et al., 2013; Ivezaj y Grilo, 2018).

Finalmente, si bien la pérdida de peso y los resultados metabólicos de la cirugía bariátrica han sido bien documentados, la evolución de la imagen corporal está menos investigada (Perdue y Neil, 2020), siendo un aspecto importante al que atender durante el proceso postoperatorio, sobre todo en mujeres, por las consecuencias que podrían surgir con la intención de mantener una figura

más delgada, y el impacto que podría tener en sus emociones, alimentación y salud mental en general.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Durante el proceso post-quirúrgico ¿Cómo es la experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica?

### **Objetivos**

#### *Objetivo general*

Conocer la experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica.

#### *Objetivos específicos*

- 1) Explorar los estilos de alimentación de mujeres sometidas a cirugía bariátrica.
- 2) Conocer las emociones que surgen en las mujeres después de una cirugía bariátrica y la manera en que las regulan.
- 3) Explorar la experiencia corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, asociada a los cambios en su imagen corporal.

### **Supuestos**

- 1) Las mujeres sometidas a cirugía bariátrica presentaban estilos de alimentación disfuncionales previo a la cirugía y experimentan desafíos en torno a sus estilos de alimentación postquirúrgico.
- 2) Las mujeres sometidas a cirugía bariátrica pueden presentar dificultades para regular sus emociones de manera adaptativa.

- 3) La adaptación a la nueva imagen corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica es desafiante, pudiendo experimentar emociones en conflicto.

## MÉTODO

### Diseño de Investigación

Este estudio se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa y un enfoque fenomenológico. La fenomenología se entiende como un movimiento filosófico que aborda la experiencia vivida, y se preocupa de rescatar la experiencia humana en sus propios términos, lo cual implica dejar suspendidas aquellas categorías predeterminadas con la finalidad de permitir que el fenómeno se exprese en su propia complejidad (Husserl, 2006).

El propósito fundamental de la fenomenología es reducir las experiencias individuales de las personas frente a un mismo fenómeno y describir un significado común, y desde ahí conseguir describir la esencia universal, es decir, su naturaleza (Creswell et al., 2007). El investigador es el encargado de recopilar datos de aquellas personas que han experimentado dicho fenómeno y, posteriormente, desarrollar una descripción compuesta de la propia experiencia de los sujetos para conocer qué experimentaron y cómo lo hicieron, dando menos relevancia a las interpretaciones del investigador, dando énfasis a la descripción de las experiencias vivenciadas por los participantes (Moustakas, 1994).

El abordaje cualitativo permite una comprensión completa de los temas que se investigarán, en tanto asume que existen múltiples realidades que son producto de la interacción y la actividad humana, las que no responden a principios de causa y efecto, sino que surgen producto de procesos holísticos y complejos, que se estudian en sus contextos naturales tal como son experimentadas por las personas que las viven (Duque y Aristizábal, 2019).

Utilizar este método de investigación, permitirá que las participantes reflexionen sobre sus experiencias, convirtiendo al investigador en una parte integral del proceso (Biggerstaff, 2012). De este modo, el investigador cualitativo acepta que no es completamente neutral durante la

interacción, se sitúa en la posición de sujeto para intentar comprender cómo es el mundo desde la perspectiva del individuo (Biggerstaff, 2012).

En este estudio el fenómeno de interés fue la experiencia de mujeres que se realizaron una cirugía bariátrica, explorando sus estilos de alimentación, mecanismos de regulación emocional y la adaptación a su nueva imagen corporal.

## **Participantes**

La muestra del estudio estuvo conformada por mujeres que se sometieron a una cirugía bariátrica.

Las participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mujer
- Tener entre 20 a 40 años
- Haberse sometido a cirugía bariátrica en un periodo no superior a los 24 meses y no inferior a los 6 meses antes del estudio.

Estos criterios se eligieron para promover homogeneidad de la información en relación con el fenómeno de estudio. El rango etario seleccionado es el que concentra a las personas sometidas a cirugía bariátrica en los últimos años. Las participantes fueron solamente mujeres, puesto que es este grupo el que más se realiza cirugía para la pérdida de peso. Por otra parte, existen diferencias importantes según género en términos de estilos de alimentación, imagen corporal y presiones sociales para alcanzar estándares de belleza (Maldonado y Nazar, 2021) por lo que, con el fin de obtener hallazgos más consistentes se optó por la homogeneidad de la muestra.

Se seleccionaron mujeres que tenían entre 6 a 24 meses de operadas dado que, los primeros 12 meses posteriores a una cirugía bariátrica por lo general, las personas experimentan un proceso considerado como “luna de miel” y, por otro lado, es el período donde existen los cambios más abruptos. Además, existen muchos reportes que informan que luego del sexto mes suelen experimentarse malestares psicológicos asociados al importante cambio físico (Montt et al., 2005). Por otro lado, entre el primer y el segundo año después de la cirugía bariátrica, suele suceder que

la pérdida de peso tiende a detenerse y es allí donde los aspectos emocionales a menudo, aparecen con mayor intensidad (Hjelmsaeth et al., 2019).

Se excluyeron del estudio aquellas personas que cumplían con los siguientes criterios:

1. Tener una cirugía bariátrica de reconversión.
2. Tener discapacidad de lenguaje o audición limitada.
3. Cirugía realizada con técnica Santoro.

Es relevante mencionar que se consultó la presencia de alguna posible comorbilidad psicológica, que eventualmente podría haber interferido en la experiencia postoperatoria, sin embargo, no se aplicó como criterio de exclusión. En primer lugar, porque de acuerdo con la guía de práctica clínica para el manejo de la obesidad en adultos en Chile, los candidatos a cirugía bariátrica deben someterse a una evaluación multidisciplinaria, dentro de ellas, una de carácter mental, para evaluar su idoneidad antes de avanzar en el proceso (Maluenda et al., 2022). No obstante, es frecuente que, al asistir a sus evaluaciones psicológicas pre-operatorias, tiendan a manipular la información que entregan de su salud mental, lo que puede obstaculizar la veracidad de la información (Terrazas-Romero et al., 2018). En segundo lugar, de acuerdo con los hallazgos de algunos autores, los pacientes con obesidad presentan altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, especialmente entre quienes buscan cirugía bariátrica (Barbuti et al., 2021). Se ha evidenciado que, entre el 30-70% de las personas con obesidad, han presentado un trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida (Crozet et al., 2023). Ante esto, algunos hallazgos indican que estas comorbilidades psicológicas suelen mejorar después de la cirugía bariátrica, y no parecen tener un efecto negativo sustancial en la pérdida de peso (Iceta et al., 2022).

La técnica de muestreo fue de carácter no probabilístico por conveniencia, y se trabajó con participantes voluntarias, a las que se accedió por redes de contacto. Además, se utilizó la técnica de muestreo por bola de nieve, es decir, a medida que las participantes entraron en contacto con la investigadora, se les pidió que recomendaran a otras personas que también cumplían con los criterios del estudio (Ruíz, 2012) hasta alcanzar el tamaño muestral.

La muestra del estudio quedó conformada por 15 mujeres que se realizaron una cirugía bariátrica, que se encontraban en un período comprendido entre los 10 y 22 meses post-quirúrgicos.

Algunos autores sugieren para estudios fenomenológicos un número mínimo de 6 entrevistas (Creswell 2007; Morse, 2002). Otros autores plantean que son 12 entrevistas las necesarias para alcanzar la saturación de la información (Guest et al., 2006). El criterio definitivo del tamaño de la muestra estuvo determinado por la saturación de información (Hennink y Kaiser, 2022). Este estudio se completó con una muestra total de 15 participantes.

Las mujeres que participaron en la investigación se encontraban en el rango etario de 22 a 38 años. Ocho de ellas se realizó un bypass gástrico, y las demás una manga gástrica. La mayoría de ellas se desempeñaba laboralmente de acuerdo con su profesión, dos de ellas son dueñas de casa, y una se encuentra estudiando en la universidad. En la tabla 1 se presenta la caracterización de las participantes.

**Tabla 1**

*Caracterización de la muestra*

Participante	Edad	Ocupación	Estado civil	Tipo de cirugía	Tiempo de operación
1	34	Nutricionista	Soltera	Bypass	20 meses
2	29	Enfermera	Soltera	Bypass	13 meses
3	34	Vendedora	Soltera	Bypass	19 meses
4	28	Fonoaudióloga	Soltera	Bypass	12 meses
5	37	Dueña de casa	Casada	Manga	22 meses
6	32	Emprendedora	Soltera	Bypass	15 meses
7	36	Fonoaudióloga	Soltera	Bypass	16 meses
8	24	Matrona	Soltera	Manga	17 meses
9	26	Enfermera	Soltera	Manga	10 meses

10	22	Estudiante	Soltera	Bypass	12 meses
11	32	Abogada	Soltera	Bypass	18 meses
12	34	Dueña de casa	Conviviente civil	Manga	19 meses
13	34	Técnico en párvulos	Soltera	Manga	11 meses
14	38	Trabajadora social	Soltera	Manga	16 meses
15	30	Administrativa	Soltera	Manga	15 meses

*Fuente: Elaboración propia*

### **Recolección de información**

Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad semi-estructurada dado que se buscaba conocer la experiencia de mujeres que se han realizado una cirugía bariátrica, e indagar en lo que es importante y significativo en el relato de las entrevistadas, de acuerdo a sus propios significados y el modo en que ellas experimentan su propia experiencia en relación a una situación (Ruíz, 2012).

Este tipo de entrevista plantea desafíos al entrevistador en términos del proceso de interrogación, respeto, estar preparado en lo que respecta a hacer frente a las emociones del entrevistado y garantizar el bienestar de la persona mientras verbaliza su experiencia personal (Howitt y Cramer, 2011).

El guion de entrevista fue construido de acuerdo con los objetivos de estudio (ver Anexo N°1).

### **Procedimiento**

En primera instancia, se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología y, posteriormente, al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Concepción, con la finalidad de que fuera sometido a evaluación. Luego de su aprobación, se comenzó a realizar la difusión de la investigación mediante conocidos y redes de contacto para encontrar personas que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio, y que, además cumplan con los criterios de inclusión

descritos previamente. Se tomó un primer contacto de manera telefónica con las personas interesadas en participar del estudio, para explicarles de manera breve de que se trata la investigación, los objetivos, el procedimiento mediante el cual se llevará a cabo la entrevista en profundidad y las consideraciones éticas, que están especificadas en el consentimiento informado con mayor detalle (ver Anexo N°2).

Algunas entrevistas se realizaron de manera presencial y otras en modalidad en línea, según la disponibilidad de las participantes. En el caso de presencialidad, se llevaron a cabo las entrevistas en un lugar y horario cómodo, acordado con cada participante. Se les realizó previamente entrega del consentimiento informado, y una vez que cada persona accedió y firmó el documento, se procedió a la realización de la entrevista, informando nuevamente, que se realizará una grabación de audio para resguardar que no se pierda información durante la conversación. Por otro lado, en las entrevistas realizadas en línea, se envió por correo electrónico el consentimiento informado, el cual fue reenviado una vez firmado a la investigadora. Luego de recibir los consentimientos, se acordó el día y horario de encuentro con cada participante. Se envió la información de conexión que se llevó a cabo mediante la plataforma Zoom, explicando que es un sistema que permitirá realizar la grabación correspondiente de la entrevista.

En la medida que se fueron recibiendo los consentimientos informados firmados, se fueron realizando las entrevistas de manera individual. Se comenzó la entrevista con una presentación breve de la investigadora, para luego conocer los datos sociodemográficos y contextuales de la persona, con la finalidad de ir reduciendo la incomodidad que podría generar eventualmente la situación. Luego se comenzó a realizar la entrevista propiamente tal, informando que se iniciaría también la grabación de audio para quienes asistieron de manera presencial, o de pantalla, en caso de quienes participaron en línea, enfatizando que su única finalidad es poder rescatar detalles importantes que podrían no ser captados en su totalidad en el transcurso de la entrevista.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60-75 minutos, y se realizaron en una única oportunidad. Se llevaron a cabo entre los meses de julio y agosto del año 2025.

Por otro lado, es importante mencionar que previamente se llevó a cabo una evaluación piloto del instrumento con dos participantes, con la finalidad de resguardar que las preguntas fueran comprendidas, poder examinar su extensión, pertinencia y suficiencia.

Una vez realizada la primera entrevista, se comenzó a realizar el análisis de la información recabada.

### **Análisis de Información**

En primer lugar, se realizó la transcripción literal de las entrevistas realizadas, con la finalidad de enriquecer la información obtenida, que podría haber pasado desapercibida previamente durante la entrevista. Con la finalidad de cumplir con los resguardos éticos, se realizó la sustitución de los nombres de las participantes para mantener su anonimato.

Luego de leer lo registrado durante la entrevista y realizar la transcripción de las grabaciones, se comenzó a analizar la información. Los datos obtenidos de la entrevista requieren de métodos de análisis capaces de proporcionar al investigador una visión holística de la experiencia de los participantes, rescatando los antecedentes fenomenológicos del relato, sus experiencias y sentimientos (Ruíz, 2012). Debido a que el objetivo principal de la fenomenología es describir el significado de las experiencias vividas de un fenómeno por las personas que lo vivieron, la forma de analizar los datos es centrarse en lo que las participantes dijeron mientras describían su experiencia.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis temático reflexivo, el cual ayuda a identificar, analizar e informar patrones dentro de los datos recopilados. Es un método flexible que permite informar sobre las experiencias, los significados y la realidad de los participantes, y es particularmente útil cuando se está investigando un área poco estudiada, o con participantes cuyas opiniones sobre el tema no se conocen (Braun y Clark, 2006).

De acuerdo con la metodología propuesta por estos autores, el análisis se llevará a cabo en las siguientes fases:

1. Familiarización con los datos obtenidos
2. Generación de códigos iniciales
3. Búsqueda de temas
4. Revisión de temas
5. Definición y denominación de temas
6. Elaboración del informe

Este análisis comenzó con la creación de códigos preliminares para los datos, basándose en las categorías semánticas o latentes identificadas por el investigador. Este proceso de codificación permitió organizar los datos en grupos significativos. Luego de ello, se identificaron posibles temas y se agruparon los códigos similares. A continuación, se perfeccionó la identificación de los temas, para resguardar que los segmentos de datos fueran coherentes y significativos entre sí (Braun y Clark, 2006).

Posteriormente, se llevó a cabo la elaboración de un mapa temático, que permitió clarificar los temas identificados, sus relaciones y ofreció una visión general de los datos. Finalmente, se preparó el documento final, donde se presentó de manera concisa, coherente, lógica y atractiva la narrativa de los datos, destacando los temas y subtemas identificados. El informe incorporó evidencia clara de la prevalencia de los temas, utilizando los segmentos extraídos (Braun y Clarke, 2006).

### **Criterios de Rigor Metodológico**

Con la finalidad de resguardar la calidad de esta investigación, fue fundamental contemplar durante todo el proceso los criterios de rigor metodológico propios de la investigación cualitativa, empleando estrategias de verificación que permiten dar garantías de validez y confiabilidad (Morse et al., 2002).

De acuerdo con la propuesta de los autores citados, se tuvieron en consideración las siguientes estrategias:

- a) Coherencia metodológica: implica velar por el aseguramiento de la congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método propuestos.
- b) Muestreo apropiado: se refiere a emplear el muestreo que permita seleccionar a los participantes que mejor representen el tema de investigación. Para esto se ha efectuado una revisión exhaustiva de las diferentes estrategias de muestreo y métodos de muestreos para diseños cualitativos, con el fin de seleccionar el método más adecuado, en función de los objetivos de la investigación.
- c) Recolección y análisis de información concurrentes: implica que se genere una interacción mutua entre lo que se desea conocer y lo que realmente se conoce, permitiendo corroborar que efectivamente se esté recogiendo la información pertinente para dar respuesta a las preguntas y objetivos del estudio. Esta estrategia da lugar además el surgimiento de una cuarta estrategia denominada saturación, que dice relación con la redundancia de la información.

Además, se consideraron los criterios propuestos para evaluar la calidad de la investigación cualitativa: credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad (Castillo y Vásquez, 2003). De acuerdo a los autores, la credibilidad alude a cómo los resultados de la investigación son reconocidos como verdaderos o reales. La auditabilidad o confirmabilidad, se relaciona con la neutralidad de la interpretación o del análisis de la información, lo que implicaría que otro investigador pueda replicar el proceso y obtener hallazgos similares. Por último, la transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de transferir los resultados de la investigación a otros contextos o grupos. Para resguardar el cumplimiento de estos criterios se desarrollaron las siguientes acciones:

1. Generar notas de campo durante la recogida de la información.
2. Triangulación de investigadores, considerando que el estudio se enmarcó en el grupo de investigación en torno a las experiencias de mujeres durante su proceso post-operatorio de cirugía bariátrica, lo que permitió discutir los resultados con otros investigadores, además del tutor de tesis.
3. Transcripción textual de las entrevistas realizadas.
4. Grabación de las entrevistas en audio formato mp3.
5. Descripción detallada de las características de los participantes de la muestra.

6. Descripción exhaustiva del procedimiento de recogida de información.
7. Análisis de las entrevistas que fueron transcritas de manera textual.

### **Consideraciones Éticas**

En este estudio se resguardaron ciertos criterios éticos durante todo el proceso de investigación. Se consideraron los aspectos relativos a la investigación en psicología propuestos por el Colegio de Psicólogos de Chile (1999) en el artículo 15°:

Preservación de la psicología como ciencia: El diseño y realización de la investigación, se realizó de acuerdo con los criterios aceptados por la comunidad científica.

Bienestar de los participantes: Se resguardó durante todo el proceso de investigación el bienestar de los participantes, respetando siempre sus derechos.

Consentimiento informado: Previo a la realización de la entrevista, se informó a las participantes los objetivos de la investigación, la voluntariedad de su participación -pudiendo negarse a participar o retirarse del estudio cuando lo deseen-, la confidencialidad y el anonimato de sus datos personales y sus respuestas entregadas. Posteriormente, se les entregó un consentimiento informado escrito que contenía la información previamente descrita, para así aceptar o rechazar su participación, la cual quedó firmada tanto por la investigadora como por las participantes. (Anexo N°2)

Suspensión de la investigación: Las participantes del estudio recibieron un trato ético durante toda la investigación, permitiéndoles cambiar de opinión sin sanción alguna, si es que decidían suspender su participación en cualquier momento del estudio. Se les proporcionó información adicional si ellas lo estiman conveniente, además, se les mencionó el mecanismo por el cual podían obtener información sobre el resultado de la investigación.

Además, se consideraron ciertos principios éticos propuestos en la última versión oficial de la declaración de Helsinki (2013):

Respeto por los individuos: El principio básico respondió a respetar en todo momento a las participantes del estudio, sus decisiones y derechos respecto a su participación, una vez que estuvieron en conocimiento de los pro y contra del estudio del cual serían parte.

Riesgos, costos y beneficios: Se determinó la existencia de posibles riesgos o costos que los participantes pueden tener durante la investigación, resguardando en todo momento que existiera en proporción favorable de beneficios, minimizando los riesgos que se podían presentar.

Comité de ética de investigación: La investigación fue evaluada por el comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, y posteriormente, por el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de dicha institución, con el objetivo de velar por el cumplimiento de los requisitos éticos de la investigación científica.

## RESULTADOS

En el presente apartado se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de la información, en función de los objetivos propuestos. Se iniciará con un análisis descriptivo, para posteriormente identificar los temas que dan respuesta a la pregunta de investigación.

A continuación, se reportan los resultados del Objetivo Específico 1 referente los estilos de alimentación de mujeres operadas de cirugía bariátrica. Estos fueron organizados en la dieta y conducta alimentaria antes y después de la cirugía.

### **Dieta y Conducta alimentaria antes de la cirugía bariátrica**

En relación con los estilos y conductas alimentarias de las personas entrevistadas antes de la cirugía, todas reportaron una alimentación caracterizada por la ingesta de grandes porciones. Cuatro participantes relataron sensación de descontrol al comer: “comía porciones grandes, generalmente comía más de lo que tenía que comer” (P1), y otra participante relata que su manera de alimentarse era “súper descontrolada, con porciones muy abundantes” (P3).

Con respecto al tipo y preferencia de alimentos, las participantes reportaron que los alimentos más ingeridos eran dulces, carbohidratos y comida rápida. : “Antes siempre elegía comida que era más ultraprocesada, rápida o chatarra, me encantan esos alimentos” (P1) y “Comía hartas cosas dulces y comida más chatarra” (P2)

Por otro lado, en el relato de las participantes se advierte una falta de estructuración en las comidas. La mayoría de ellas reportaron no haber tenido horarios para comer, saltarse algunas comidas, pasar muchas horas sin ingerir alimentos, o comer muchas veces al día refiriendo que “Me alimentaba mal realmente, no tomaba desayuno, a veces no almorzaba” (P9), “A veces pasaba muchas horas sin comer” (P7), “No tenía horarios, comía a cada rato” (P4). En esta misma línea, varias participantes reportaron como una característica común el comer nocturno en grandes cantidades: “Tenía atracones nocturnos, y comía mucho en la madrugada” (P10).

Dos participantes, previo a la cirugía presentaban restricción en su alimentación, conductas de dieta o ayuno: “A veces comía una comida en el día” (P10) y “Hacía mucha dieta, ayunos, pasaba el día sin comer” (P11).

Por último, emergieron algunos pensamientos y emociones asociados a la forma de alimentarse antes de la operación. Al respecto, algunas participantes informaron “Pensaba todo el tiempo en la comida” (P11). Otras cuatro relataron que la comida era un premio o refugio emocional: “La comida siempre fue un refugio emocional, todo se arreglaba con comida” (P12) y “La comida era mi momento feliz, comía hartos desde la ansiedad yo creo” (P15). Una de las participantes reportó haber comido escondida antes de la cirugía: “Me avergonzaba comer delante de más gente, generalmente me la comía en la casa sola. Que ojalá nadie se diera cuenta que estaba comiendo” (P1).

### **Dieta y conducta alimentaria después de la cirugía bariátrica**

Todas las participantes modificaron su dieta y comportamientos alimentarios previos. Entre los principales cambios que refieren varias de las entrevistadas, se observa la reducción de la ingesta de algunos alimentos, principalmente carbohidratos, productos con azúcar y altos en calorías. Así lo expresa una participante: “Igual trato de elegir a veces lo que tiene menos calorías o es sin azúcar” (P1). Otro cambio importante fue el aumento de la ingesta de proteínas, verduras y agua, tal como se plantea en el siguiente extracto: “Tomar más agua, incluir más verduras en las comidas principales, me preocupó de que sean mejores alimentos los que como” (P6). A propósito de estos cambios en la dieta, se indagó en los alimentos que no han vuelto a ingerir, resultando, entre los principales mencionados, los embutidos, carbohidratos, dulces, bebidas, alcohol y frituras: “No como nada de frituras, ni cosas con azúcar, el pan en general y carbohidratos trato no comerlos, los dulces, las cosas con grasa” (P7).

Después de la cirugía, hubo un cambio importante en el tamaño de las porciones que ingieren, debido a la barrera biológica de su estómago. Una de las entrevistadas dice “Tuve que disminuir considerablemente las porciones. Al principio me costó mucho entender que la porción que podía comer era tan pequeña, me sentía bastante culpable al dejar comida en el plato” (P13).

En algunas entrevistas se reportó como un cambio importante el tener estructura en sus horarios de alimentación, intentando que su ingesta de alimentos sea idealmente cada tres horas. Este cambio obedeció a evitar llegar con tanta hambre a la siguiente comida, y la sensación de fatiga que surge si pasan muchas horas sin comer, tal como se ilustra en el siguiente extracto: “Tengo horarios establecidos para comer, me ayuda más a seguir una estructura y así evitar llegar como hambre a la siguiente comida. Además, que si no como cada 2-3 hrs me fatigo” (P11). No obstante, seis mujeres señalaron que en ocasiones comen de noche, algunas porque sienten hambre, y otras porque tienen ganas de comer. A modo de ejemplo “Si, porque a veces me quedo despierta hasta más tarde. Me da hambre y como algo chiquitito, generalmente una jalea o frutos secos” (P9), y “Ganas de comer si me dan, se que no es hambre, pero sí ganas de comer cosas. A veces me levanto a comer algo que tenga, trato que sea algún dulce saludable o algo así” (P14).

Con respecto a los cambios en la manera de alimentarse, en los relatos se menciona lo que se les ha facilitado y dificultado durante el proceso post-operatorio. Dentro de lo que ha sido más fácil de modificar, seis de las entrevistadas refieren el tener una estructura en los horarios, disminuir las porciones y consumir alimentos más nutritivos: “Lo más fácil ha sido el tema de los horarios” (P14), “Lo más fácil es respetar porciones porque mi estomago me avisa hasta cuando comer” (P7) y “Integrar verduras es lo que se me ha hecho fácil, ando buscando recetas de cómo incorporarlas o prepararlas diferente” (P6). Por el contrario, entre los cambios que más les ha costado realizar, la mayoría de las participantes relatan la dificultad para comer lento, lo cual conlleva un malestar físico, puesto que se atorán y sienten dolor en el estómago. Es así como lo menciona una de las entrevistadas: “Siempre ha sido un problema y un desafío comer lento, al principio comía mas rápido y me frenaba de seguir así el dolor que sentía en el estómago. Ahora ya como rápido en realidad, igual me genera dolor y sensación de pesadez, pero lo aguanto” (P11).

El limitar el consumo de algunos alimentos ha sido complejo en algunos casos porque el estómago ya no los tolera, y en otros, por no considerarlos nutritivos, tal como se evidencia en los siguientes extractos: “Dejar el pan que es lo que más me cuesta, también las bebidas que mi estómago no tolera” (E6), y “No comer más dulces o cosas así cuando estoy antojada” (P10). Se observó en varias participantes dificultad para modificar la ingesta de dulces y carbohidratos: “El

tema de comer dulces. Esa es mi lucha de hoy en día. Trato de lunes a viernes comer ordenada, pero sábado y domingo me doy un pequeño relajo” (P3).

#### *Comer con otras personas después de la cirugía*

De acuerdo a lo reportado por las participantes, comer con otras personas fue complicado después de la cirugía, principalmente debido a que la exposición a alimentos que no podía comer, y también por los comentarios que reciben de otros: “Ver a los demás comer era complicado porque no podía comer nada. Pero ahora es muy llevadero, porque puedo comer de todo”, y “Al principio fue complejo porque me preguntaban mucho sobre lo poquito que comía” (P4). No obstante, hay cinco entrevistadas que mencionan no haber tenido mayores inconvenientes al comer con otras personas, por diversos motivos como muestran los siguientes extractos “Yo no puedo comer sola, porque me produce rechazo comer consciente” (P2), “Desde el primer momento de operada quise exponerme a comer con otros, me expuse a todos los alimentos, porque no quería aislarme de la gente” (P11), “En esos casos si me permito consumir alimentos que salgan de mi pauta, y ahí no me da tanta culpa porque entiendo que es social” (P8).

Algunas de las entrevistadas reportaron aumento en los deseos de comer al estar con más personas, al respecto se observa el uso de diferentes estrategias, como el optar por alimentos que consideran más saludables, alimentarse previamente para disminuir los deseos de comer, llevar su comida para estar más tranquila, o simplemente no comer aunque deseen. Una entrevistada menciona “Cuando voy a algún evento, trato de comer antes de ir, para ya ir saciada y así no me dan tantas ganas de picotear o comer otras cosas” (P6).

#### *Reconocimiento de las señales de hambre y saciedad tras la cirugía*

Con relación a la sensación de hambre, la experiencia de las participantes muestra que después de la cirugía, la mayoría puede reconocer las señales de hambre, describiendo que sienten fatiga, dolor en el estómago, o sensación de vacío: “En realidad no me da mucha hambre, solo siento hambre si ya pasé muchas horas sin comer, más bien siento un vacío en el estómago” (P10).

Por otro lado, casi todas las participantes refieren identificar la señal de saciedad, también a través de una manifestación corporal, principalmente asociada a dolor en el estómago, sensación de llenura, atorarse, hipo, secreción nasal o tener que vomitar: “Sí, la de saciedad es más marcada. A veces me siento muy mal y tengo que ir a vomitar, porque aún me pasa que veo que es tan poco y puedo comer más” (P7).

En consiguiente, algunas participantes reportaron dificultad para respetar la saciedad sobre todo cuando es un alimento que consideran rico, deteniendo la ingesta de alimentos principalmente por la barrera biológica que les impide continuar, o superando en algunas ocasiones el umbral de saciedad. Así lo menciona una entrevistada: “Lo más complicado es tener las ganas de comer y que el cuerpo no lo reciba, a veces estoy disfrutando mucho una comida y de repente ya no puedo más” (P6). Asimismo, se pueden observar estrategias como caminar o esperar un tiempo para poder continuar comiendo “Espero un ratito, camino y luego continúo comiendo. Es difícil detenerse de comer cuando es algo rico” (P8).

### *Respuesta frente a la ingesta de alimentos considerados no saludables*

En este apartado, se describirá la respuesta a la ingesta de alimentos organizada en aspectos cognitivos y conductuales.

Respecto a la ingesta de alimentos que no se consideran saludables, las participantes refieren que después de la operación evitan comer dulces, carbohidratos y comida que denominan chatarra, pero en algunas ocasiones, es inevitable para ellas comerlos.

En el ámbito cognitivo, al momento de ingerir alimentos que consideran poco saludables, las participantes mencionan que piensan todo el tiempo que al comer así, pueden volver a sus hábitos anteriores, subir de peso o que perderán el control: “Pienso que si sigo así voy a volver a lo de antes” (P3).

A nivel conductual, se puede desprender de los relatos, que todas las participantes realizan acciones específicas después de comer alimentos menos saludables, porque les da miedo volver

subir de peso. Dentro de las más frecuentes, algunas de ellas realizan más ejercicio que lo habitual, y comer menos y más saludable al día siguiente, para sentirse más tranquilas “Por lo general hacer más ejercicio y al día siguiente trato de no comer nada que no sea sano. O si se que tal día voy a salir, los días anteriores trato de cuidarme” (P3) y “Principalmente comer menos y muy saludable despues de haber comido algo más calórico” (P14).

Es relevante mencionar que, varias de las participantes que realizan actividad física después de su cirugía bariátrica, refieren que lo hacen principalmente para mantener su peso: “Sí, realizo actividad física para mantener mi cuerpo, porque realmente no me gusta hacer deporte, pero se que eso ayuda a manterme en un peso adecuado” (P10).

### **Experiencia emocional durante el proceso post-quirúrgico**

A continuación, se presentan los resultados referentes al Objetivo Específico 2, que aborda las emociones que surgen después de la cirugía bariátrica y la manera en que las personas las regulan. Se estructurará la información de acuerdo a la experiencia emocional durante el proceso post-quirúrgico, el manejo de sus emociones y la nuevas estrategias de regulación emocional.

En relación al período inicial post-operatorio, las entrevistadas reportan experiencias emocionales diversas. Por un lado, varias de ellas mencionan que al comienzo el proceso fue complejo, principalmente por no poder comer y por sentirse muy cansadas “El primer mes estaba súper arrepentida, tenía dolores, hinchazón, estaba deprimida, irritable, quería comer y no podía, era desesperante no poder comer” (P6). Otras entrevistadas mencionan sentirse más contentas y seguras de sí mismas, principalmente debido a la baja de peso “Al ver mis cambios físicos mi ánimo mejoró también, porque me ha subido el autoestima y he podido comprarme ropa diferente” (P8).

Continuando con la idea anterior, un hallazgo importante se relaciona con la irritabilidad. La mayoría de las entrevistadas mencionan que se han sentido más irritables o a la defensiva después de la cirugía, lo cual se asocia principalmente con la sensación de hambre o con tener ganas de

comer y no poder. “La verdad es que sí me he sentido más irritable, o más a la defensiva y más frustrada cuando tengo ganas de comer algo y no puedo” (P10).

Respecto de las emociones predominantes, destacan el miedo a subir de peso, la culpa al comer y la ansiedad: “Por lo general siento hartito miedo ahora sobre todo a subir de peso, a veces más enojo y mayor ansiedad igual” (P6). Por otro lado, algunas de ellas refieren sentirse más contentas y con más energía: “Lo que sí he notado es que ando más contenta, con más energía; me siento diferente” (P9).

Al abordar el reconocimiento de sus emociones, todas las participantes mencionan que han trabajado para poder reconocerlas de mejor manera, pese a que se les ha dificultado, han intentado hacerlo como parte del proceso post-quirúrgico de manera autónoma o con terapia psicológica: “He ido trabajando en eso, no es tan fácil porque antes todas las emociones terminaban en comida para mí, pero lo he estado aprendiendo” (P7).

### **Ingesta de alimentos y emociones**

Se pudo observar en los diferentes relatos, que todas las participantes experimentan mayor deseo de comer principalmente cuando sienten ansiedad, estrés o preocupación. Considerando que las decisiones de comer, como ha sido mencionado previamente, son variadas, se observa que algunas deciden ingerir los alimentos que tienen ganas de comer: “Me pasa hartito que cuando estoy ansiosa me dan ganas de comer. Por lo general, decido comer algo finalmente, para sentirme mejor” (P6). Otras participantes mencionan que prefieren evitarlo: “Sí, cuando tengo ansiedad principalmente, pero trato de evitar comer o elegir algo más saludable” (P8). Por otro lado, se reporta también la preferencia de hidratarse o realizar ejercicio: “Con la ansiedad me pasa, o cuando estoy preocupada, ahí suelo tener más ganas de comer y trato de evitarlo, prefiero tomar agua o hacer ejercicio” (P9).

Por otro lado, cuando se sienten tristes, refieren que tratan de expresar lo que sienten, ya sea conversando con alguien o permitiéndose llorar, salir a caminar, escuchar música o hacer ejercicio, buscando la manera de desviar las ganas de comer que suelen aparecer como era antes de la

operación, sin embargo en ocasiones, también eligen comer cuando están tristes. Para ilustrar lo mencionado, se muestra el siguiente extracto: “Salgo a caminar, hago deporte, escucho música, a veces igual como porque también me dan ganas” (P13).

Al experimentar algo positivo o una buena noticia, las participantes refieren que intentan hacer algo que no tenga relación con comer; sin embargo, lo más frecuente es que de todos modos decidan celebrar con comer algo diferente, como lo evidencia el siguiente extracto: “Celebro, me emociono. Generalmente la celebración igual está relacionada con salir a comer o comer algo diferente” (P4).

Finalmente, algunas participantes reportaron que cuando tienen más tiempo libre, un mal día o se sienten con ansiedad, tienen mayor presencia de picoteo durante el día, refiriendo que las veces que lo que hacen, tratan de que sean cosas saludables, o prefieren evitarlo tratando de respetar sus horarios de comida o hidratándose: “Sí, sobre todo en la casa picoteo bastante. Ando como buscando que hay que podría picar, pero trato de que sean cosas saludables, para que no sea dañino” (P14).

#### *Emociones al comer alimentos que consideran menos saludables*

Al consultar por las emociones que surgen al comer carbohidratos o alimentos que tienen mayor contenido calórico o poseen azúcar, se observa en la mayoría de los relatos que, si bien se sienten contentas al comerlo, siempre viene acompañado de culpa y miedo a volver a subir de peso “Siento alegría generalmente, como placer, pero siempre acompañada del miedo de volver a engordar, porque igual da miedo no poder volver a controlarse” (P3).

En la misma línea, para evitar sentir culpa, varias informan intentar no comer alimentos calóricos y seleccionar alimentos más saludables: “Trato de evitar los alimentos que tengan más calorías y azúcar; prefiero elegir cosas más saludables, porque así me siento más tranquila” (P2). Otras participantes refieren que para minimizar la culpa y el miedo a subir de peso, les ayuda hacer ejercicio, tanto antes como después de la ingesta: “Si hay pizza y yo me logro comer un trozo, no

siento culpa porque sé que hice ejercicio. Es la única forma de comer algo diferente, porque se que hago ejercicio, si no lo hiciera yo creo que me afectaría” (P4).

Por otra parte, dos participantes refieren que la comida que antes consideraban rica, ya no les produce la misma gratificación de antes, ya sea porque no sienten el mismo el sabor, o porque les hace mal: “Cuando me dejaron comer pan, estaba feliz, estaba esperando el día, y me sentí tan mal, estaba muy frustrada por no tolerarlo, el sabor no se sentía igual que antes” (P7).

### *Conductas que surgen en reemplazo de comer*

En consideración a lo mencionado anteriormente, se observa que, a pesar de que el deseo de comer algunos alimentos aumenta frente a algunas emociones, varias participantes prefieren no hacerlo, principalmente por miedo a subir de peso. Cuando tienen deseos de comer alimentos que no consideran saludables, la mayoría informó haber aumentado el nivel de compras de manera notoria, seguido por realizar mayor ejercicio físico, cocinar dulces sin azúcar, beber alcohol, fumar, escuchar música y picotear alimentos durante el día. Para ejemplificar, se selecciona el siguiente extracto: “Yo hago mucho deporte, creo que ahí me refugio, en las compras he tenido esa impulsividad pero trato de controlarla, alcohol igual he bebido pero la tolerancia es muy baja” (P7).

### **Impacto de los cambios corporales**

A continuación se describen los resultados del Objetivo Específico 3 de este estudio, que buscaba explorar la experiencia corporal de mujeres operadas de cirugía bariátrica, asociada a los cambios en su imagen corporal. Se organiza la información de acuerdo al impacto de los cambios corporales y la satisfacción respecto a dichos cambios. Luego se describen las conductas que aparecen respecto al cambio de imagen, y finalmente se exponen los hallazgos referentes a la ingesta de alimentos y la imagen corporal.

Todas las participantes refieren que el cambio corporal fue muy marcado y abrupto. Varias refieren que ha sido difícil verse más delgadas tan rápido, y adaptarse al cambio de talla de la ropa:

“El cambio en las tallas ha sido fuerte, siempre pienso que me quedará pequeño, pero me queda bien y eso ha sido raro, todavía elijo tallas más grandes de lo que soy” (P7). Otras entrevistadas refieren que ha sido un buen proceso porque se sienten mejor con un cuerpo más pequeño: “Me he sentido muy bien. Creo que fue lo mejor que pude hacer por mí, todos me dicen que me veo muy bien, que me veo linda” (P10).

Varias entrevistadas reportan que se les ha dificultado reconocer que su cuerpo ha cambiado y es más pequeño, lo que ha conllevado que algunas sientan frustración al no lograr percibir los cambios en su imagen: “Es chocante que todos me digan lo que ven y yo no poder verlo, es muy frustrante no poder ver mi imagen real” (P4).

Al consultar por los aspectos que consideran positivos respecto al cambio de imagen, todas las participantes destacan la posibilidad de optar por más tipo de ropa o no sentirse tan cansadas: “Puedo elegir ropa que me gusta, cosas que antes no se podían hacer porque no habían tallas” (P7). Otras mencionan que les ha gustado poder realizar tareas cotidianas sin cansarse tanto y sentirse más ágiles durante el día.

Otras consecuencias de la baja de peso mencionadas aluden a los comentarios de otros. Algunas reportan lo incómodo de recibir comentarios: “Los comentarios de las demás personas han sido un poco molestos, como por ejemplo que digan estás más linda ahora, y todo eso hace pensar que ser gorda está mal” (P2). Así también, algunas refieren que han notado que al estar más delgadas, las personas las tratan mejor que cuando tenían mayor peso: “Cambia mucho la perspectiva de cómo los otros te ven y te tratan, si eres más delgada de tratan mejor y te miran diferente” (P8). Por último, es importante señalar que algunas de las participantes reportan que el cambio que han tenido en su imagen corporal ha conllevado que se sientan más seguras de sí mismas: “Me ha dado más seguridad, me he podido empoderar, tener menos vergüenza al público” (P4).

### *Satisfacción con la nueva imagen corporal*

Algunas de las participantes mencionan sentirse bien y cómodas con los cambios que ha tenido su cuerpo. No obstante, varias también expresan que la flacidez de la piel sobrante les ha generado

disgusto e incomodidad en algunas partes de su cuerpo. Así lo expresa uno de los relatos: “Dentro de todo me siento bien, aunque no a gusto completamente, porque el tema de la piel suelta igual es complicado de asumir” (P8).

De acuerdo con lo anterior, aquellas que manifiestan no sentirse cómodas con su cuerpo, señalan la intención de llevar a cabo una cirugía estética, predominando la reconstrucción mamaria y abdominoplastía.

Finalmente, al indagar en la evolución del peso que han experimentado durante el proceso post operatorio, la mayoría reporta mantenerse en un peso estable. Tres participantes mencionan tener reganancia de peso, y quienes aún no han cumplido el año de la cirugía, refieren que continúan con pérdida de peso.

#### *Conductas asociadas al cambio corporal*

De acuerdo con las entrevistas, la gran mayoría de las participantes reporta que después de la cirugía han estado más pendientes de su imagen, lo que ha implicado que ahora se miran al espejo y se sacan fotografías diariamente de manera excesiva: “Suelo mirarme a cada rato al espejo la verdad y también me saco fotos todo el tiempo para ir viéndome” (P10).

Respecto a lo anterior, se observa que la mayoría de las personas al principio del proceso se pesaban recurrentemente, conducta que algunas participantes aún mantienen. Sin embargo, la mayoría de ellas refiere que han dejado de pesarse porque les causaba ansiedad y malestar.

#### **Identificación de Temas**

El análisis descriptivo previo, se organizó en unidades temáticas para dar respuesta a los objetivos propuestos. A partir de la información señalada, se generaron los siguientes temas transversales que caracterizan la experiencia de las participantes después de una cirugía bariátrica:

## **I. Cirugía como una barrera biológica que determina cambios en la alimentación**

De acuerdo con el primer objetivo, se observa un gran impacto de la cirugía bariátrica en la dieta y la conducta alimentaria. La cirugía funciona como barrera biológica, reduciendo drásticamente la capacidad gástrica. Frente a esto, se advierte que las participantes no modifican voluntariamente sus hábitos alimentarios, sino que se encuentran forzadas a realizarlos como parte del proceso post operatorio, sobre todo en los primeros meses que hay mayor restricción de alimentos.

Dentro de los cambios en la manera de alimentarse, destaca la necesidad de reducir considerablemente las porciones de comida, comer lento, seguir horarios, y la limitación de algunos alimentos durante los primeros seis meses. No obstante, después de ese período, las participantes tienen más autonomía en sus decisiones alimentarias. Desde el sexto mes, cuando hay una mayor apertura en la pauta de alimentación y disminuyen las restricciones alimentarias, se inicia una nueva manera de alimentarse.

## **II. Persistencia de desconexión con las señales interoceptivas de hambre y saciedad pre y postquirúrgica**

Una característica que se observa en la conducta y estilos alimentarios, antes y después de la cirugía, es la desconexión de las participantes con sus señales interoceptivas de hambre y saciedad. Sin embargo, en el período post-quirúrgico, esta desconexión surge como una consecuencia propia de la cirugía, que realiza modificaciones neuro-hormonales que impactan en el hambre y la saciedad. El cambio más relevante, es que ahora la sensación de hambre y saciedad, son completamente opuestas a lo que ocurría antes de la cirugía, percibiendo una desconexión más profunda aún.

Respecto a la señal de hambre, las participantes refirieron una ausencia notoria de esta sensación, implicando que la mayoría del tiempo se alimentan porque lo deben hacer. Por otro lado, la saciedad ahora está controlada por el tamaño reducido del estómago, apareciendo de

manera precoz, siendo esta experiencia completamente nueva en el post-operatorio. Ambas señales interoceptivas, suelen ser reconocidas por la presencia de señales fisiológicas, principalmente porque sienten dolor de estómago y fatiga, cuando ya han pasado muchas horas sin comer, y por otro lado, sensación de atoramiento y ganas de vomitar, cuando ya están suficientemente satisfechas.

### **III. Ambivalencia emocional postcirugía**

Un ámbito importante dentro de la experiencia emocional después de una cirugía bariátrica, tiene relación con la presencia de emociones intensas y diversas. Por un lado, varias participantes refieren que producto de la pérdida de peso, se han sentido mejor y más contentas. Al mismo tiempo, algunas mencionan que a pesar de ello, a veces no se sienten tan bien, principalmente porque experimentan emociones que antes de la operación no sentían con tanta frecuencia ni intensidad como ahora. Dentro de las más comunes, destacan los cambios en su ánimo “Sí, sobre todo ahora al último que la vida es como más normal, los cambios de ánimo y humor son mas constantes o mas abruptos” (P1), ansiedad, estrés, irritabilidad y frustración “Si, la verdad es que si me siento más irritable, o más a la defensiva y más frustrada cuando tengo ganas de comer algo y no puedo” (P10).

De acuerdo con lo anterior, se puede informar la presencia de emociones ambivalentes en las participantes de este estudio, asociadas principalmente a los cambios corporales y alimentarios.

### **IV. Surgimiento de la culpa y miedo como emociones frecuentes**

En todas las entrevistas aparece de manera unánime, como algo nuevo y persistente, el miedo a subir de peso, y la culpa después de comer alimentos que consideran menos saludables. Las participantes de este estudio, mencionan que esto ha sido algo que les genera malestar, puesto que antes de la operación no experimentaban estas emociones de manera constante, pero ahora están presentes todo el tiempo: “Todo el tiempo es un miedo constante subir de peso, eso ha sido fome igual porque como que no vives tranquila, es como una presión personal y de las otras personas”

(P3) y “Algo que antes no me pasaba, es el miedo a comer algo y a veces la culpa al comer cosas con más calorías o azúcar” (P14).

Es importante señalar que producto de estas emociones, se puede observar en quienes participaron de este estudio, que desarrollan diferentes estrategias para disminuir el miedo y la culpa. Por una lado, intentan restringir la ingesta de algunos alimentos para evitar experimentar dichas emociones. No obstante, en los momentos que han decidido comer alimentos que les provoca miedo a subir de peso y culpa, la mayoría de ellas refieren que, al día siguiente intentan cuidar su alimentación, comer menos o realizar más ejercicio.

Por último, se puede evidenciar que vivir con la presencia de estas emociones, resulta agotador para todas las participantes “Es super agotador vivir con el terror constante de subir de peso, y que las demás personas igual están todo el tiempo advirtiendote que eso podría suceder” (P11).

## **V. Hipervigilancia sobre el cuerpo**

En relación con el tercer objetivo sobre la experiencia corporal después de una cirugía bariátrica, lo más significativo de la información reportada en las entrevistas, es la mayor hipervigilancia sobre el cuerpo, pudiendo desencadenar algunas conductas obsesivas, inducidas principalmente por la presión social y de sí mismas por mantener el peso perdido. Las participantes comentaron que después de la cirugía están más preocupadas de su cuerpo que antes, están todo el tiempo mirándose al espejo o sacándose fotografías, y algunas pesándose constantemente.

Finalmente, se observa que debido al cambio en el tamaño y la forma corporal, el cuerpo pasa a tomar gran protagonismo en la vida de las participantes, considerando que es una característica que deben cuidar en el transcurso del tiempo. De acuerdo con la información extraída de las entrevistas, esto se relaciona principalmente porque al tener un cuerpo más delgado, hay una mayor valoración de parte del resto de las personas y de sí mismas, mencionando que ahora las personas las tratan mejor, les hacen comentarios positivos sobre su cambio corporal, por lo que sienten más seguras al estar en público. Algunas encuentran que se ven más bonitas, es más fácil y agradable comprar ropa, y pueden realizar algunas actividades cotidianas con mayor comodidad. No

obstante, también es importante señalar que, muchas de las entrevistadas experimentan dificultades para reconocer su nueva imagen corporal, causando malestar y frustración por no notar los cambios que ha tenido su cuerpo.

## **VI. Búsqueda de nuevas estrategias de regulación emocional y de la alimentación**

Se advierte en las participantes una búsqueda de estrategias de regulación emocional distintas a la ingesta de alimentos, siendo estas estrategias más o menos adaptativas. Post cirugía, en momentos de ansiedad, estrés o tristeza, reportan aumento del deseo por comer principalmente dulces, y ante ello suelen realizar deporte, cocinar productos sin azúcar, salir a caminar, fumar, hidratarse o igualmente comer, siendo esta última la que más evitan. Además, algo nuevo que refieren las entrevistadas, es que han aumentado considerablemente las compras que realizan, y consideran que en muchas ocasiones son compras innecesarias o excesivas.

En la misma línea, se observa que como estrategia para evitar el aumento de peso, si han comido alimentos que no consideran saludables, realizan mayor actividad física o comen de manera más estricta al día siguiente. Esto podría ser una muestra de conductas compensatorias durante el período post-operatorio. De acuerdo con esto, las participantes de estudio comentaron que la realización de actividad física aumenta considerablemente si es que han comido algo que las puede hacer subir de peso, es decir, está motivada por la intención de mantener el peso que han perdido, más que por gusto o disfrute: “Sí, realizo actividad física para mantener mi cuerpo, porque realmente no me gusta hacer deporte, pero se que eso ayuda a manterme en un peso adecuado” (P10).

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito conocer la experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, explorando desde su propia vivencia los diferentes significados que les otorgan al proceso postquirúrgico. Este estudio se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo de carácter fenomenológico, mediante la realización de entrevistas en profundidad semi estructuradas a 15 mujeres operadas de cirugía bariátrica.

A continuación, se discutirán los resultados obtenidos para cada objetivo propuesto y su relación con hallazgos de estudios previos, con la finalidad de profundizar en información valiosa, que permita colaborar en que las personas tengan un mejor proceso postquirúrgico a nivel físico y mental.

Los resultados de esta investigación, evidencian que el proceso post operatorio de una cirugía bariátrica no se puede comprender únicamente como una modificación en la ingesta de alimentos y un cambio corporal, sino que existe una transformación profunda en la relación con la comida, las emociones y el cuerpo. Los tres objetivos propuestos se encuentran estrechamente vinculados en el proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida después de la operación.

### **Experiencia alimentaria posterior a una cirugía bariátrica**

La cirugía bariátrica tiene un impacto importante e inmediato en la dieta por razones biológicas, por lo que, durante el proceso post-operatorio las personas están en la obligación de seguir indicaciones alimentarias específicas. Los primeros seis meses posquirúrgicos suelen ser los más complejos, puesto que existe una gran restricción en los alimentos permitidos, que va evolucionando en el transcurso de las diferentes fases alimentarias presentes durante el primer año. Además, debido a una consecuencia propia de la reducción del volumen gástrico, las personas deben disminuir considerablemente la cantidad de alimentos que ingieren por porción.

Es relevante señalar que, los estilos alimentarios disfuncionales son comunes en los pacientes que recurren a una cirugía bariátrica (Cella et al., 2019; Pinto-Bastos et al., 2019; Saccaro et al.,

2023). En este estudio se pudo observar que antes de la operación, la alimentación se caracterizaba por la ingesta de grandes porciones de alimentos, en ocasiones de manera descontrolada, también por comer de manera emocional, y por la preferencia de carbohidratos, comida rápida y dulces. Las participantes informan que, desde el momento inmediato post-quirúrgico, deben seguir indicaciones nutricionales específicas, que implican modificaciones abruptas en la manera que se alimentan. Dentro de ellas, las más frecuentes son: reducir el tamaño de las porciones, comer lento, priorizar el consumo de proteínas, y limitar el consumo de alimentos que consideran poco saludables. Debido a lo abrupto que deben ser incorporados estos cambios en la alimentación, las personas que se realizan esta intervención quirúrgica, requieren adaptarse rápidamente a esta nueva forma de comer, principalmente porque estos cambios en la alimentación se deben implementar de manera involuntaria, dado que son consecuencia de los cambios anatómicos propios de la cirugía. Se ha señalado que estas modificaciones anatómicas y funcionales del estómago producidas por la cirugía bariátrica, siempre requieren la adaptación del comportamiento alimentario (Bettini et al., 2020), principalmente debido a la reducción del tamaño del estómago, y a la disminución de la tolerancia alimentaria, sobre todo durante el primer año post-operatorio (Li et al., 2025).

Las recomendaciones dietéticas se deben cumplir de manera consistente y permanente para lograr los objetivos esperados (Budny et al., 2024). Esto implica renunciar a los patrones alimentarios previos y lograr nuevos aprendizajes (González y Rodríguez, 2021), puesto que es necesario que los pacientes realicen cambios significativos en su alimentación, en cuanto a cómo, qué y cuándo comer, para respetar la tolerancia de la ingesta de alimentos y, además, conseguir una pérdida de peso sostenida en el tiempo (Ivezaj et al., 2021). No obstante, en este estudio se pudo observar que, desprenderse de los antiguos hábitos de alimentación, aprender y mantener los recomendados para que la intervención quirúrgica sea efectiva, resulta un trabajo exigente y difícil, puesto que es un cambio muy abrupto. Recientemente se ha encontrado que cumplir con las indicaciones dietéticas post-quirúrgicas, es el obstáculo más común después de la cirugía (Alghamdi et al., 2025). Las participantes reportaron que las modificaciones que más les han costado implementar son el comer lento, ingerir porciones más pequeñas y evitar el consumo de dulces y carbohidratos.

De acuerdo con lo anterior, es importante señalar que la operación no necesariamente provoca una modificación en los patrones alimentarios previos, por lo que, es importante resguardar que los cambios requeridos en la dieta, sean sostenibles en el tiempo de manera adaptativa. Un estudio fenomenológico concluyó que la cirugía por sí sola es insuficiente para resolver patrones de alimentación profundamente arraigados en las personas que se operan (Dogan y Göbel, 2025). Anteriormente se ha señalado que adoptar y mantener patrones de alimentación propicios posteriores a la cirugía, continúa siendo un desafío (Järvholm et al., 2021). En las fases que estaban las mujeres que participaron de este estudio se pudo observar que, en la medida que tuvieron autorización para incorporar más variedad de alimentos surgen formas de alimentación restrictivas y emocionales. Estos resultados son consistentes con la literatura, que ha informado que después del primer año de la cirugía algunas personas suelen regresar a patrones alimentarios problemáticos (Ames et al., 2022; Gordon et al., 2022). En estudios previos se ha encontrado que la mayoría de los pacientes adhieren a las recomendaciones de alimentos y estilo de vida después de la cirugía, pero a medida que pasa el tiempo, la tasa de adherencia disminuye (Hasan et al., 2020; Lin et al., 2021).

### *Señales interoceptivas de hambre y saciedad*

La cirugía bariátrica produce alteraciones en las señales de hambre y saciedad, e impacta en los estilos de alimentación que las personas van desarrollando durante el período post-operatorio. Los hallazgos de este estudio permiten señalar, por una parte, que las personas no sienten hambre de manera genuina, sino que reconocen que deben comer por la presencia de manifestaciones fisiológicas, principalmente dolor de estómago o fatiga. Algo similar ocurre con la señal de saciedad después de la cirugía, las participantes refieren sentirse satisfechas rápidamente, deteniendo la ingesta principalmente por la presencia de manifestaciones fisiológicas, tales como dolor de estómago o sensación de atoro, debido a la limitación del volumen gástrico. Si bien, la desconexión con las señales interoceptivas estaba presente previo a la cirugía, después de esta, se da en sentido opuesto. Antes las señales de hambre o ganas de comer, tendían a estar aumentadas y, por el contrario, la saciedad se alcanzaba después de ingerir grandes cantidades de alimentos. Posterior a la cirugía, el hambre disminuye sobre todo los primeros meses, y la saciedad ocurre de manera precoz e involuntaria.

Respecto a lo anterior, la mayoría de las participantes de este estudio reportaron que al no sentir hambre, comen porque les corresponde según el horario establecido, y otras comentaron que pasan muchas horas sin comer por la misma razón. En la literatura existente, se ha señalado que pasar de sentimientos intensos de hambre antes de la cirugía, a no experimentarla, puede conducir a que las personas retornen a los comportamientos alimentarios que presentaban previamente, por ejemplo, la alimentación errática y el salto de comidas que pueden ocurrir debido a la falta de hambre (Istfan et al., 2021). Además, comer en ausencia de hambre se podría volver problemático con el tiempo (Ivezaj et al., 2021).

Por otro lado, ocurren cambios en la experiencia de la saciedad, la mayoría de las participantes de este estudio señalaron tener dificultades para detener la ingesta de alimentos en el transcurso de los meses, sobre todo cuando comen algo que están disfrutando y desean continuar comiendo. Durante el período que se llevó a cabo este estudio, se observó que la detención de la ingesta de alimentos no suele ser por decisión, más bien ocurre principalmente porque sienten que ya no pueden comer más, lo que provoca que muchas de las participantes experimenten frustración por no poder seguir comiendo. No obstante, varias de ellas mencionaron que en algunas ocasiones, no han podido detener la ingesta de alimentos a tiempo, lo que ha implicado que al comer más de lo que el estómago tolera, experimenten atoro, teniendo que inducir el vómito para lograr alivio. La literatura ha señalado que esta disfagia, caracterizada por la sensación de que la comida se atora, puede resultar problemática con el tiempo (Ivezaj et al., 2021). Esto muestra que después de la operación, el hecho de que la ingesta de alimentos esté determinada por el tamaño del estómago, puede provocar malestar psicológico y físico.

Entonces la cirugía puede inducir a cambios biológicos complejos (Mauro et al., 2024). Estudios previos consideran que este mecanismo propio de la cirugía puede derivar en mejoras en el comportamiento alimentario (El Ansari y Elhag, 2021). No obstante, mantener en el tiempo patrones de alimentación adecuados, es un desafío para las personas (Järvholm et al., 2021). Algunos autores han señalado que debido a la naturaleza multidimensional y cambiante del hambre y la saciedad, en algunos casos, deriva en un mayor consumo de alimentos, y en otros casos, ha provocado angustia en las personas al querer comer más cantidad y no poder (Lynch et al., 2022).

También se ha planteado que estas modificaciones en el hambre y la saciedad, pueden ser protectoras para evitar la recuperación de peso (Istfan et al., 2021).

Si bien las modificaciones en esta respuesta neurohormonal reguladora de las señales interoceptivas y el equilibrio energético, se encuentran dentro de los objetivos de pérdida de peso de la cirugía (Budny et al., 2024), producen cambios que van más allá del ámbito físico. Algunos autores han informado que dentro de los principales efectos que pueden ocurrir, es que las personas durante los primeros meses postcirugía, desarrollan mayor sensibilidad a los sabores dulces, haciéndolos parecer más intensos (Alabdulkader et al., 2024), provocando que se reduzca la ingesta de estos productos (Wong et al., 2020). Sin embargo, se ha evidenciado que el deseo de comer o probar nuevos alimentos, aparece en muchas personas entre los seis y doce meses postoperatorios (Lynch, 2016), coincidente con otros autores que encontraron que desde el año de la operación, algunas personas sentían nuevamente hambre “normal” (Istfan et al., 2021). En la literatura actual, se ha señalado que el deseo de comer ciertos alimentos, comienza a desempeñar un papel más importante que el hambre en el transcurso de los meses (Budny et al., 2024). Esto coincide con los hallazgos de este estudio, donde la mayoría de las participantes informaron que con el pasar de los meses, los deseos de comer han ido en aumento, principalmente dirigidos a los alimentos dulces.

### *Estilos de alimentación y comportamiento alimentario*

Los estilos de alimentación no están determinados solamente por factores biológicos, sino también psicológicos, ambientales y conductuales, por ello es de relevancia prestar atención a efectos que pueden surgir después de la cirugía. Se ha informado en la literatura existente, que los comportamientos alimentarios desordenados son comunes en personas sometidas a cirugía bariátrica, predominando la alimentación emocional y el grazing (Smith et al., 2019). Este último, implica comer cantidades pequeñas en períodos diferenciados de tiempo (Budny et al., 2024). Con el paso del tiempo las participantes de este estudio refirieron experimentar manifestaciones importantes de picoteo durante el día, originado principalmente por una respuesta de algunas emociones y antojos. Por otro lado, se pudo observar que al no poder ingerir grandes porciones de alimentos, las mayoría de las personas esperan un tiempo, y luego vuelven a comer cuando el

estómago les permite. Si bien, se esfuerzan para evitar realizar esta conducta, cuando es inevitable, intentan preferir alimentos más saludables, siendo para ellas algo difícil de manejar por las ganas de seguir comiendo. Es así, como la conducta de picoteo parece ser frecuente durante las fases post-operatorias en las que se realizó este estudio, siendo un desafío para las participantes que la ingesta no sea de alimentos que no consideran saludables, puesto a que comúnmente las ganas de comer son hacia ese grupo de alimentos.

En relación con la alimentación emocional, se ha propuesto en la literatura que disminuye hasta el año post cirugía (Geller et al., 2020; Wong et al., 2020), y se han encontrado resultados mixtos a partir de ese momento (Wong et al., 2020). Incluso después de los cambios anatómicos y hormonales producidos por la cirugía, las personas pueden volver gradualmente a este estilo de alimentación desadaptativo (Lopes et al, 2024). Regresar a la ingesta emocional después de una cirugía bariátrica, se puede relacionar con la mejora en los estados emocionales a corto plazo, principalmente durante el período de “luna de miel”, lo que produce un menor deseo o necesidad de recurrir a los alimentos para lidiar con las emociones desagradables. Sin embargo, cuando este período termina, los pacientes suelen comenzar a recurrir a la comida para controlar las emociones desagradables (Smith et al., 2019). Se ha planteado que la alimentación emocional es particularmente relevante, ya que puede socavar el éxito de la pérdida de peso al largo plazo (Maxim et al., 2025).

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, se puede informar que la mayoría de las participantes experimentan hambre emocional la que va aumentando en el transcurso de los meses, refiriendo que los deseos intensos de comer, principalmente dulces, se acrecientan considerablemente cuando se sienten ansiosas y estresadas. Frente a eso, se ha informado previamente que la presencia de estrés y ansiedad, son barreras para el cumplimiento a la dieta, sobre todo en mujeres (González y Rodríguez, 2021). Además, las personas con altos niveles de estrés tienden a adoptar comportamientos alimentarios desregulados, como el consumo frecuente de alimentos ricos en azúcares y grasas (Pereira et al., 2023). Aunque el comer emocional generalmente conduce a la ingesta de alimentos más palatables, los pacientes comúnmente los evitan debido a las recomendaciones del equipo de atención y/o debido a respuestas fisiológicas negativas a la ingestión de alimentos con alto contenido de azúcar y grasa (Guyot et al., 2021;

Tolvanen et al., 2021). Estos resultados previos coinciden con los de este estudio, en el que la mayoría de las participantes informan realizar un gran esfuerzo para evitar comer los alimentos deseados, que surgen en respuesta a sus emociones, siendo desafiante para ellas lograr no comerlos en esas situaciones.

Por otra parte, la alimentación restrictiva es un estilo alimentario muy frecuente e incluso recomendado después de la cirugía. La limitación del volumen de la ingesta es algo inherente a la intervención quirúrgica, y existe una necesidad de restricción no voluntaria. En este estudio se pudo observar que, además de la restricción en las porciones propias de la barrera biológica, en el transcurso de los meses las personas comenzaron a desarrollar restricción real o intentos de restringir la ingesta de algunos grupos de alimentos, motivada principalmente por el temor intenso a subir de peso. Al respecto, se ha informado que, debido a la restricción dietética y a las recomendaciones asociadas al control de la ingesta, se puede promover o desencadenar un trastorno alimentario similar a la anorexia nerviosa, caracterizado principalmente por el miedo intenso a subir de peso, alteración en la percepción del tamaño corporal, y restricción alimentaria (Budny et al., 2024; Watson et al., 2020). Esto es relevante, considerando que la cirugía bariátrica tiene como objetivo reducir y mantener la baja de peso mediante la restricción de la ingesta de alimentos, debido a limitación de la capacidad gástrica (Bydny et al., 2024).

En la literatura disponible, se ha informado de un creciente número de personas que están desarrollando patrones de trastornos alimentarios más restrictivos después de la cirugía, basada en reglas estrictas y evitación de algunos alimentos (Watson et al., 2020). Los resultados de este estudio son respaldados por la literatura previa, que indica que la restricción cognitiva, ya sea consciente o inconscientemente, sigue siendo parte de la experiencia posterior a la cirugía para muchos pacientes, lo que puede interferir en la capacidad continua de las personas para reconocer y responder a sus señales de hambre y saciedad (Klapsas y Hindle, 2023). Por otro lado, se ha evidenciado que la restricción después de la cirugía, también puede provocar que las personas tengan mayor tendencia a buscar alimentos calóricos (Althumiri et al., 2024).

Por lo tanto, restringir la ingesta continúa siendo desafiante en el proceso post-operatorio, sin embargo, se observó como un comportamiento motivado por no subir de peso, siendo la

prohibición de algunos alimentos reforzada y motivada en gran medida por la presión externa, tanto por los profesionales de la salud como a nivel social, que constantemente demonizan algunos grupos de alimentos. Esto deriva en que las personas operadas sientan temor por incorporar alimentos comúnmente asociados al alza de peso. Es importante prestar atención a las consecuencias que podría tener la restricción alimentaria, más allá de la mantención de la pérdida de peso, sobre todo al largo plazo, ya que se podrían estar generando conductas de riesgo disfrazadas de saludables. Por último, se pudo observar que comer alimentos calóricos y azucarados conlleva angustia y culpa intensa, lo que podría conducir a conductas alimentarias de riesgo y alteraciones emocionales.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, las personas suelen evitar comer alimentos que no consideran saludables, y las estrategias frecuentemente utilizadas en esos momentos consisten en hidratarse, preparar algo más saludable, elegir una fruta o comer dulces sin azúcar. No obstante, pese a los esfuerzos por evitar comer lo que desean, la mayoría de las ocasiones lo comen de igual manera, derivando en sentimientos de culpa, miedo y angustia, principalmente porque aparecen pensamientos asociados a fracasar en la pérdida de peso. Estos hallazgos son coincidentes con lo informado por otros autores, que encontraron que es posible que después de la cirugía bariátrica, se vayan desarrollando hábitos rígidos en la alimentación, debido a la preocupación por la comida y el seguimiento de las indicaciones nutricionales sobre los alimentos permitidos o los que se deben evitar, por lo que, no poder seguir las indicaciones de restricción, provoca angustia, culpa y miedo, asociado al riesgo de aumentar de peso (Watson et al., 2020). En una investigación cualitativa previa, se informó que después del segundo año post-quirúrgico, las personas temen perder el control sobre su alimentación nuevamente (Parretti et al., 2019). En este estudio, varias participantes reportaron sentir miedo al comer alimentos más altos en azúcares y calorías, porque podrían perder el control, y regresar a los hábitos de alimentación que tenían antes de la cirugía.

### **Experiencia emocional y regulación emocional post-operatoria**

#### *Miedo y culpa como emociones predominantes*

En este estudio, un hallazgo central se relaciona con el miedo intenso a subir de peso y la culpa al comer algunos alimentos.

El temor a subir de peso, es una emoción predominante que experimentan todas las participantes que fueron entrevistadas, y al parecer, no se le ha otorgado la importancia suficiente a las implicancias que podría a nivel psicológico y físico durante el proceso post-quirúrgico. En la literatura existente, se ha constatado que este temor intenso a subir de peso, conduce a las mujeres a volverse demasiado estrictas con su alimentación (Watson et al., 2020). Además, quienes se realizan una cirugía bariátrica, tienden al desarrollo de comportamientos compensatorios inapropiados (Cella et al., 2019). Esto coincide con los hallazgos de este estudio, donde se pudo observar que la mayoría de las participantes presentan conductas compensatorias que probablemente no experimentaban antes de la cirugía. Dentro de las principales, se encontró que en las ocasiones que las personas comen alimentos que consideran menos saludables, al día siguiente reducen la ingesta de alimentos, ayunan o realizan más actividad física, con la finalidad de disminuir la sensación de culpa y evitar que puedan subir de peso. En una investigación previa, se encontró que después de la cirugía, las personas comenzaron a masticar y escupir la comida, con la finalidad de evitar las consecuencias que podría tener ingerir ciertos alimentos en el aumento de peso. Asimismo, señalan que una conducta común en algunas personas durante el proceso post-quirúrgico, es provocarse el vómito luego de comer alimentos menos saludables (Parsons y Clemens, 2023). Por lo tanto, el desarrollo de diversas conductas compensatorias después de una cirugía bariátrica, podrían favorecer alteraciones en la salud mental y la conducta alimentaria.

#### *Ambivalencia de emociones post-quirúrgicas*

Las participantes de este estudio refieren que durante el proceso post-operatorio, transitan por una “montaña rusa de emociones”, sintiéndolas con mayor intensidad que antes de la cirugía. En el período que se encontraban las mujeres que participaron de las entrevistas, se pudo observar presencia de cierta ambivalencia emocional. Por un lado, las participantes reportaron que se han sentido mejor, y con más ánimo debido a la pérdida de peso, principalmente porque se han sentido más bonitas, las personas las tratan mejor, y les agrada el proceso de comprar ropa. Al mismo tiempo, mencionaron que han experimentado mayor ansiedad en el transcurso de los meses,

refiriendo que incluso ha sido mayor que antes de la cirugía. Asimismo, se pudo observar que vivir constantemente atemorizadas de subir de peso, y culpables al momento de comer ciertos alimentos, también les provoca malestar psicológico, principalmente angustia, irritabilidad, ansiedad y frustración.

En la literatura previa se ha informado que la mayoría de las personas después de la cirugía bariátrica experimentan una disminución en la ansiedad por un corto período, y que con el tiempo tienden a presentar síntomas ansiosos en niveles similares a los del período prequirúrgico (Spirou et al., 2020). En un meta-análisis, se encontró que en mujeres menores de 40 años, los síntomas de ansiedad no necesariamente se reducen después de la cirugía bariátrica (Heng et al., 2021). Asimismo, se ha evidenciado que un grupo significativo de personas continúa experimentando ansiedad, incluso después de haber logrado la pérdida de peso (Buer et al., 2022). Por último, en un estudio actual se encontró que los niveles de ansiedad y estrés a un año después de la cirugía, resultaron ser más altos que antes de la operación, debido a la adaptación de los cambios físicos y psicológicos propios del proceso post-quirúrgico (ElBazari, 2024).

Por otro lado, varias participantes refirieron mayor irritabilidad, cambios abruptos en el ánimo y frustración durante el proceso post cirugía. Estas emociones principalmente se desencadenan cuando: (1) Surgen deseos de comer algo que no pueden o no deben, (2) Existen dificultades para percibir los cambios en su imagen corporal, y (3) El estómago produce una detención involuntaria en la ingesta, pero les hubiese gustado continuar comiendo. Esto es consistente con hallazgos de la literatura, que informan que después de la cirugía bariátrica, las personas experimentan cambios más pronunciados en el estado de ánimo y en la irritabilidad, añadiendo que ambas manifestaciones emocionales pueden estar relacionadas con los cambios hormonales, nutricionales y psicosociales que ocurren luego de la cirugía (Ahmad et al., 2025).

Un hallazgo central de este estudio, tiene relación con que las participantes de manera unánime, manifestaron la sensación de culpa al comer y el miedo persistente a subir de peso, transformándose en emociones predominantes en su cotidianidad, que antes de la cirugía no experimentaban. Los efectos que esto podría ocasionar, se discutirán más adelante.

### *Regulación emocional y alimentaria post-operatoria*

En consideración de lo que se ha mencionado sobre la experiencia emocional, es importante informar la manera en que las personas regulan sus emociones después de la cirugía. Es conocido que las personas con obesidad suelen presentar dificultades para regular sus emociones de manera adaptativa, por lo que es frecuente que este grupo, especialmente mujeres, utilice la comida como mecanismo regulador. La mayoría de las participantes de este estudio comentaron que antes de la cirugía la ingesta de alimentos era una manera que utilizaban para sentirse mejor frente a algunas emociones, señalando que la comida funcionaba como un refugio emocional. Es por esta razón, que se espera que las personas aprendan y adopten nuevas estrategias para hacer frente a sus emociones, y desaprendan las que utilizaban hasta el momento de la operación.

Durante los primeros meses post-quirúrgicos, las personas no pueden recurrir a la ingesta de alimentos debido a las restricciones de la dieta, por lo que se ven forzadas a encontrar una nueva manera de regular sus emociones. Esto está respaldado por la literatura, en la cual se ha evidenciado que la reducción en las cantidades de comida y la menor ingesta de alimentos palatables disminuyen la capacidad de las personas de poder regular sus emociones a través de la comida, y los lleva a buscar nuevos comportamientos alternativos que podrían servir para este propósito (Hardman y Christiansen, 2018; Ivezaj et al., 2017). Cabe destacar que, en la medida que avanza el proceso y se amplían las opciones de alimentos permitidos, las mujeres que participaron de este estudio refirieron que cada vez es más desafiante no recurrir a la comida cuando los deseos de comer aumentan en presencia de algunas emociones. Frente a esto, algunos autores han señalado que en esta situación, se esperaría que la necesidad de reemplazar la comida con otros comportamientos, sea más pronunciada en los primeros meses post-quirúrgicos, cuando las personas tienen una mayor limitación en su ingesta y tolerancia a los alimentos altamente apetecibles (Budny et al., 2024). Por lo tanto, es probable que las dificultades de regulación de las emociones persistan después de la cirugía bariátrica (Saccaro et al., 2023).

De acuerdo con lo anterior, se pudo observar que todas las participantes han intentado reemplazar la comida por otras estrategias para modular sus emociones, lo que en el transcurso de los meses, es motivado principalmente para evitar subir de peso, más que por una necesidad de

sentirse mejor emocionalmente. Por ello, es relevante señalar que si bien, algunas estrategias pueden ser más adaptativas que las que utilizaban antes de la cirugía, es fundamental resguardar que el desarrollo de estos nuevos mecanismos para regular las emociones, no se conviertan en el largo plazo en comportamientos de riesgo, obsesivos o compensatorios. Por ejemplo, algunos autores destacan que las dificultades para regular las emociones, en conjunto con la atención excesiva al peso corporal, están asociadas con el desarrollo de comportamientos alimentarios disfuncionales (Kheirollahpour et al., 2020).

### *Estrategias de regulación emocional post-operatorias*

Las mujeres que conformaron este estudio, mencionaron que los deseos de comer principalmente productos dulces, continúan apareciendo en el proceso post-operatorio, especialmente cuando experimentan emociones desagradables. No obstante, para evitar la ingesta de dichos alimentos, que les provocan culpabilidad y miedo a subir de peso, han puesto en práctica nuevas estrategias para estabilizar sus emociones. Las más frecuentes fueron salir a caminar, fumar, hidratarse, elegir productos sin azúcar, y realizar actividad física. También fue algo común, que varias de las participantes reportaron haber notado que después de la cirugía, han estado realizando compras excesivas de diferentes productos. Autores han informado hallazgos coincidentes, concluyeron que algunas personas reemplazan la ingesta de alimentos con otras conductas, tales como el consumo de alcohol, las compras compulsivas y el ejercicio excesivo (Thanos et al., 2021). Se ha informado en estudios cualitativos recientes, que muchas personas después de la cirugía recurren al alcohol en reemplazo de comer, para evitar ciertas emociones o dificultades (Aslan et al., 2024; Er et al., 2024). El aumento en el consumo de alcohol después de la cirugía, ha sido uno de los mecanismos que más se han estudiado, señalado de manera consistente en la literatura como el más frecuente y de riesgo. No obstante, en este estudio no fue reportado por las participantes como estrategia para regular las emociones.

Un hallazgo que resulta importante de advertir es la realización de actividad física. La mayoría de las participantes de este estudio refirieron que el deporte se ha vuelto ahora su principal refugio, sobre todo para evitar la ingesta como reguladora de sus emociones. Se ha estudiado que tanto para minimizar la recuperación de peso, como para mejorar la salud física y mental, se aconseja a

quienes se someten a una cirugía bariátrica, que realicen actividad física (Bull et al., 2020; Busetto et al., 2018). Por lo tanto, se ha asociado a una serie de beneficios para la salud a largo plazo, incluido el mantenimiento del peso corporal (Tabesh et al., 2023). Desde este punto de vista, se podría considerar la incorporación de actividad física como una estrategia más adaptativa de regulación emocional. No obstante, de la información resultante de las entrevistas, se pudo evidenciar que realizar ejercicio físico obedece principalmente a la preocupación y temor persistente de volver a subir de peso. Quienes participaron de este estudio, refirieron realizar actividad física como una manera de disminuir las probabilidades de aumentar de peso, percibida como algo que tienen que hacer para que el proceso quirúrgico sea efectivo, más que por ser una actividad que disfruten. Muchas de ellas mencionaron que no les gusta hacer deporte, pero se sienten presionadas a incluirlo en su rutina. En la misma línea, también se pudo observar que varias participantes, realizaban actividad física como medida compensatoria a la ingesta de alimentos más calóricos, con la intención de disminuir la culpa y las repercusiones que podrían experimentar en el peso, incluso en algunas de las participantes, esto les permitía sentirse más tranquilas al momento de comer. En conclusión, las estrategias de regulación emocional que se pueden desarrollar no necesariamente son adecuadas.

### **Experiencia corporal post-operatoria**

La cirugía bariátrica promueve la pérdida de un gran porcentaje del peso de manera abrupta, siendo la baja de peso el principal motivo por el cual la mayoría de las mujeres que participaron de este estudio tomaron la decisión de operarse. Estudios recientes plantean información coincidente, informando que las personas que se someten a una cirugía bariátrica no lo hacen solo por razones de salud, sino también con la esperanza de lograr una mejor imagen de sí mismos, bienestar emocional y funcionamiento social (Legenbauer et al., 2020). En un estudio cualitativo, las participantes describieron su decisión de operarse como una respuesta a la tensión emocional crónica y al estigma relacionado con el exceso de peso (Dogan y Göbel, 2025).

Entre los hallazgos más relevantes, está el que mantener la pérdida de peso, es el foco post-quirúrgico más importante, observando que la lucha con el peso se perpetúa, aún después de haber logrado una baja de peso significativa. La importancia de la pérdida de peso como indicador del

éxito principal de la cirugía bariátrica está influida en gran medida por la valoración que realizan los profesionales de la salud de la pérdida de peso y también por los refuerzos sociales a la delgadez. Se ha señalado en otros estudios, que el peso es estrictamente monitoreado por los profesionales tratantes y es utilizado como un factor fundamental para evaluar que los resultados de la cirugía son exitosos (Watson et al., 2020).

De este estudio se desprende que, para todas las mujeres que se sometieron a una cirugía bariátrica, el cambio corporal fue rápido y abrupto, derivando en que muchas de ellas presenten dificultades para percibir que tienen un cuerpo más delgado, siendo un proceso que resulta muy frustrante, por lo que, adaptarse a la nueva imagen corporal, puede ser desafiante. Se ha encontrado en la literatura existente que, el rápido cambio en la forma del cuerpo logrado con la cirugía bariátrica, puede no ir acompañado de cambios psicológicos inmediatos relacionados con la adecuada percepción del cambio corporal, especialmente en las personas que han tenido obesidad la mayor parte de su vida (Bertoletti et al., 2019).

### *Efectos de la pérdida de peso*

Considerando la importancia otorgada a poder mantener los cambios físicos en el transcurso del tiempo, se pudo observar que las personas han desarrollado una mayor hipervigilancia y sobrevaloración de la figura y tamaño corporal después de la cirugía bariátrica. Las participantes de este estudio experimentaron una mayor preocupación por la figura, chequeando constantemente su cuerpo mediante fotografías, mirándose excesivamente al espejo o monitoreando el peso de manera regular, principalmente para ir observando la mantención del peso perdido. De acuerdo con esto, se ha informado que después de la cirugía surgen preocupaciones persistentes sobre la imagen corporal, sobrevaloración del peso y estigma relacionado con el peso por parte de otros después de la cirugía (Ansari y Sargento, 2022). Esto es coincidente con un estudio actual, en el cual se ha evidenciado que es común que las personas sometidas a una cirugía bariátrica, experimenten mayor preocupación por la forma corporal (Lopes et al., 2024). Frente a esto, resulta fundamental prestar atención a lo que podría conllevar esta hipervigilancia, al menos en este estudio las personas suelen experimentar mayor ansiedad, conductas alimentarias de riesgo y compensación, para evitar que su cuerpo cambie.

Mantener la pérdida de peso, suele estar influida en gran medida por el estigma y normas sociales que vivencian las personas con peso alto. Quienes participaron de las entrevistas, reportaron que, dentro de los beneficios principales de la cirugía bariátrica está el que las personas las tratan de manera más amable, tienen más opciones en la elección de ropa, se sienten más seguras al interactuar con otras personas, y que pueden realizar actividades cotidianas sin mayores dificultades. Investigaciones previas han demostrado que las personas de peso corporal promedio, son tratadas más favorablemente que aquellas que tienen exceso de peso (Sarwer y Polensky., 2016; Williams y Annandale, 2019). Por lo tanto, las normas socioculturales tienen un impacto importante en las experiencias relacionadas con el peso, sobre todo en las mujeres (Dogan y Göbel, 2025). En otro estudio, se encontró que las mujeres luego de la baja de peso, habían ampliado su grupo social, principalmente debido al cambio en su aspecto físico, pero simultáneamente, evocaban con malestar experiencias pasadas de discriminación, por lo que les parecía injusto ser ahora valoradas por su apariencia (González y Rodríguez, 2021). Esto coincide con lo expresado por las participantes de este estudio, quienes refirieron que al experimentar una mayor valoración social asociada a la pérdida de peso, les refuerza la idea de que antes había algo malo en ellas por tener obesidad, favoreciendo la presión que conlleva luchar constantemente con no volver a subir de peso.

Los diversos cambios que surgen a partir de tener un cuerpo más delgado, continúan fortaleciendo el ideal de belleza, existiendo una gran presión social de mantener el peso perdido después de la cirugía bariátrica. Desde este punto de vista, es esperable que después de lograr una pérdida de peso tan significativa, las personas puedan experimentar temor de volver a subir de peso, lo cual es unánime en las participantes de este estudio. Sin embargo, evaluar la preocupación por el peso y la figura, resulta complicado después de la cirugía bariátrica. Se ha señalado en la literatura previa, que el miedo a volver a subir de peso, es probablemente realista en esta población, sobre todo considerando que la mayoría de las personas que se realizan una cirugía bariátrica, han atravesado por múltiples experiencias de perder, o intentar perder peso, y luego haberlo recuperado (Roehrig et al., 2019). Asimismo, otros autores han planteado que las experiencias pasadas en mujeres, relacionadas con el peso, favorecen un mayor miedo a recuperar su peso perdido y volver a la vida antes de la cirugía (Watson et al., 2020). Es precisamente el miedo a la recuperación de

peso, lo que promueve una mayor vigilancia en la ingesta de alimentos, y puede poner en peligro la adherencia a comportamientos alimentarios adecuados en el largo plazo (Bertoletti et al., 2019).

De acuerdo con lo anterior, se pudo observar que en este intento persistente de no volver a subir de peso, se pueden desarrollar conductas de riesgo que reciben menor atención por parte de quienes se someten a una cirugía bariátrica, y también del entorno. La rápida pérdida de peso en las mujeres y la mayor preocupación sobre la alimentación y el cuerpo (Frank et al., 2019), pueden promover comportamientos alimentarios desadaptativos, principalmente asociados con la restricción alimentaria (Meadows y Higgs, 2019; Palmeira et al., 2018; Williams y Annandale, 2019). Esto es coincidente con los relatos de las mujeres que participaron de este estudio, puesto que para mantener la baja de peso, han comenzado a restringir la ingesta de los alimentos deseados, y han implementado conductas compensatorias mencionadas en los párrafos anteriores. Por lo tanto, mantener la pérdida de peso en el largo plazo, puede resultar un trabajo exigente, caracterizado por el miedo, la culpa y el desarrollo de estilos de alimentación disfuncionales.

En resumen, la cirugía bariátrica implica atravesar por un proceso complejo de adaptación a una serie de cambios. Desde la fase inicial post-operatoria, las personas de manera inmediata y abrupta, deben realizar modificaciones obligatorias en su forma de alimentarse, debido a los requerimientos biológicos que son inherentes al proceso de recuperación. No obstante, esta nueva forma de alimentarse, resulta ser completamente opuesta a la que mantenían hasta el momento de la cirugía, por lo que aprender a alimentarse de manera adaptativa, puede resultar un trabajo desafiante y exigente, porque implica desprenderse de los antiguos patrones de alimentación, de manera forzada y repentina.

En este estudio se pudo observar que, las modificaciones alimentarias que las personas deben implementar, las van aprendiendo en el transcurso del proceso, y en la mayoría de los casos, ocurre sin la presencia de acompañamiento cercano. Esto ha conllevado que, mejorar las estrategias de alimentación sea una tarea solitaria, acompañada de miedo, culpa y ansiedad, por la presión que tienen de cumplir con las indicaciones nutricionales, para que el proceso sea efectivo. En las fases post-quirúrgicas que se encontraban quienes participaron de esta investigación, se pudo observar que comienza a surgir un conflicto entre lo que deben, pueden y desean comer, principalmente

porque en este período, la mayoría de los alimentos están permitidos, por lo que desde ese momento, se requieren cambios alimentarios, que ya no están únicamente determinados por los efectos biológicos de la cirugía. Es precisamente en este punto, donde las personas comenzaron a experimentar con mayor intensidad la culpa al comer alimentos más calóricos, el miedo persistente a subir de peso, la ansiedad y el estrés, por las exigencias que implica evitar recuperar el peso perdido. Desde este hallazgo, se puede desprender que el cambio corporal, suele ser lo más importante dentro de la experiencia post-quirúrgica para las mujeres que participaron de este estudio, perpetuando la preocupación y lucha constante con el peso, pero ahora con mayor presión que antes de la cirugía, dado que los indicadores asociados al éxito del tratamiento quirúrgico, tanto por parte de usuarios como por los profesionales de la salud, han estado centrados especialmente en mantener la pérdida de peso.

Respecto a las modificaciones en la alimentación, se observa el desarrollo o regreso a conductas alimentarias de riesgo, tales como restricción, grazing y comer emocional. De acuerdo con la literatura y los hallazgos obtenidos, es probable que estas conductas alimentarias sean en gran medida, una consecuencia de lo que implica la presión por no subir de peso, y a su vez, frecuentemente son reforzadas tanto por las recomendaciones dietéticas, como por los comentarios de otras personas. Frente a esto, se advierte la necesidad de que las personas desarrollen aprendizajes adaptativos de los estilos de alimentación, sin embargo, no siempre se logra.

De acuerdo con los descubrimientos de este estudio, es cada vez más importante que se consideren aspectos que van más allá del peso y de los criterios metabólicos, como resultados de éxito de un proceso bariátrico, dado que se podrían estar desarrollando estilos de alimentación disfuncionales y conductas de riesgo, asociadas a la valoración que se le otorga a la pérdida de peso, que pueden afectar considerablemente en ámbitos psicológicos, sociales y físicos de las personas, pero que al mismo tiempo se refuerzan como conductas apropiadas para mantener los efectos quirúrgicos deseables al largo plazo.

En los últimos tres años, debido a la incorporación que ha tenido este tratamiento quirúrgico al sistema de Fonasa PAD en Chile, el número de personas que se ha realizado esta operación ha ido en aumento exponencial, principalmente porque se ha vuelto un tratamiento más accesible

económicamente. Esto ha facilitado que muchas personas se operen, y al parecer, no se está otorgando la suficiente importancia al trabajo pre-quirúrgico, que podría disminuir considerablemente, las dificultades que se pueden presentar después de la cirugía. Esta es una tarea pendiente tanto para el sistema de salud, como para los equipos dedicados a la intervención bariátrica.

Finalmente, es importante señalar que esto es lo que se observa durante el transcurso de 24 meses después de la cirugía, pero se desconoce en la actualidad que va ocurriendo en el largo plazo, respecto a la experiencia alimentaria, emocional y corporal en mujeres en Chile.

### **Aportes a la teoría**

Los hallazgos del presente estudio, permiten desde una comprensión fenomenológica, ampliar los conocimientos teóricos sobre la experiencia alimentaria, emocional y corporal después es una cirugía bariátrica, los cuales trascienden la mirada biomédica con la que comúnmente se suelen mirar los cambios post-quirúrgicos. Desde este punto de vista, es importante comenzar a considerar que las modificaciones conductuales, emocionales y corporales, van más allá del peso.

Se puede informar que quienes se realizan una cirugía bariátrica, deben realizar modificaciones en la conducta alimentaria desde el momento post-operatorio inmediato, debido a la restricción biológica propia del proceso. Se ha estudiado que la mayoría de las personas comúnmente no realizan una preparación adecuada, por lo que se deben ir desarrollando aprendizajes en la medida que va avanzando el proceso post cirugía, adaptándose a este nuevo estilo de vida. En este contexto, un aporte a la teoría del cambio conductual, tiene relación con que los cambios conductuales, específicamente en la conducta alimentaria, ocurren inicialmente producto de la intervención quirúrgica, por lo que preceden a los aspectos psicológicos, y además, deben ser realizados de manera abrupta e involuntaria. Esto quiere decir que, estos cambios no necesariamente son originados por un proceso previo cognitivo que conduce a lograrlos, por lo que sostenerlos en el tiempo puede resultar complejo y desafiante.

De acuerdo con los modelos teóricos que explican la relación entre la alimentación y la regulación emocional, se puede aportar que después de los primeros meses post-quirúrgicos, las personas suelen experimentar en gran medida, el deseo por comer para manejar algunas emociones. Sin embargo, producto de la restricción fisiológica y cognitiva, intentan buscar otras estrategias para evitar comer en estas situaciones, pudiendo desarrollar conductas compensatorias, de riesgo u obsesivas, que pueden intensificar las dificultades en la regulación emocional. Esto amplía la idea de que, la conducta alimentaria post-quirúrgica no responde únicamente a las necesidades y límites fisiológicos, por lo que es fundamental estudiar que ocurre con estos procesos durante la adaptación post-operatoria al largo plazo.

Por otro lado, el presente estudio permite aportar a los modelos que explican la conducta alimentaria, que la relación con la comida después de la cirugía bariátrica va más allá de las necesidades fisiológicas, puesto que se va configurando de acuerdo con las emociones, el cuerpo y los cambios neurohormonales que son producidos por el proceso quirúrgico. Desde este punto de vista, es importante ampliar la comprensión de los modelos multidimensionales de conducta alimentaria, desde las modificaciones que produce una cirugía bariátrica, con la finalidad de poder resguardar lo que puede ocurrir desde allí, en las diferentes dimensiones de la vida de las personas, considerando que se debe llevar a cabo un proceso de re-aprendizaje y adaptación de la conducta alimentaria que tenían antes de la operación, contemplando los cambios anatómicos del estómago, de las señales de hambre y saciedad, y de las emociones que se van desarrollando .

Finalmente, puede ser un aporte a la teoría desde la experiencia subjetiva de las personas, entregar una mayor comprensión de lo que se puede desarrollar desde la preocupación constante que experimentan quienes se realizan este tratamiento quirúrgico, sobre todo en mujeres, tanto en lo alimentario como en lo corporal, prestando atención a lo que puede implicar vivir con constante culpa al comer y miedo intenso a subir de peso, tanto a nivel emocional, de la conducta alimentaria y la relación con la imagen corporal.

### **Aportes a la práctica**

Este estudio aporta a la comprensión de la experiencia de las personas que se someten a una cirugía bariátrica, más allá de los aspectos clínicos y biomédicos comúnmente considerados como

parte del proceso. Las diferentes transformaciones que surgen de esta intervención, no se remiten solamente a lo físico, sino que también involucran procesos complejos psicológicos de adaptación y re-aprendizaje a nivel emocional, alimentario, corporal y social.

Los cambios promovidos para que la operación resulte un proceso efectivo más allá del indicador de pérdida y mantención de la baja de peso, resultan desafiantes de desarrollar y mantener en el tiempo para quienes se someten a este tratamiento quirúrgico. Esto refuerza la importancia de incorporar el acompañamiento pre y post operatorio, otorgando mayor énfasis a que los cambios conductuales no ocurren exclusivamente por realizar la operación, sino que son dinámicos en el tiempo, y pueden conllevar impactos negativos si no se realiza un tratamiento psicológico adecuado.

Por otro lado, es importante que desde el sistema de salud y las políticas públicas que favorecen el acceso a la cirugía bariátrica en Chile desde su incorporación al bono PAD de Fonasa, que se comiencen a considerar criterios más rigurosos sobre la salud mental pre y post-quirúrgica. Esto implica sensibilizar a los equipos de salud sobre los criterios de elegibilidad de los potenciales pacientes, considerando los posibles riesgos asociados. Si bien ha aumentado la cobertura de la cirugía, no se ha otorgado un mayor acceso a la atención psicológica postquirúrgica.

De acuerdo con lo anterior, es fundamental reforzar las capacidades en la atención primaria, permitiendo realizar un seguimiento adecuado y protector después de una cirugía bariátrica, más allá de los primeros meses de la intervención. Desde este punto de vista, en la práctica clínica resulta fundamental que se realicen más capacitaciones a los profesionales, para poder abordar adecuadamente los procesos que van ocurriendo durante el proceso post cirugía.

Finalmente, este estudio podría aportar en la generación de espacios, que permitan educar más a las personas sobre los cambios que involucra la cirugía bariátrica, que son más profundos que disminuir el peso y las enfermedades asociadas a la obesidad, otorgando mayor importancia a la prevención y promoción de la salud respecto a este procedimiento que cada vez va más en alza.

## **Limitaciones del estudio**

Entre las principales limitaciones de este estudio, está que al ser de carácter cualitativo, involucra una muestra reducida y solo de mujeres, lo que impide generalizar los resultados obtenidos al resto de la población. Si bien esto es coherente con el enfoque cualitativo fenomenológico, limita extrapolar los hallazgos.

Otra limitación, es el potencial sesgo de la muestra hacia personas con experiencias más bien positivas con la cirugía. Personas con resultados adversos podrían haberse restado de participar en el estudio. Las participantes de este estudio no reportaron complicaciones quirúrgicas serias o alta recuperación de peso, lo que podría estar relacionado con que se encontraban aún en una fase temprana post cirugía. En el largo plazo, las experiencias alimentarias, emocionales y corporales después de una cirugía bariátrica, podrían ser diferentes a las encontradas en este estudio, considerando la naturaleza cambiante y dinámica de estos procesos.

Finalmente, dentro de las limitaciones encontradas, se podría señalar el uso exclusivo de entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos, puesto que se podría haber complementado con otras estrategias metodológicas que podrían enriquecer aún más la comprensión de este fenómeno de estudio.

## **Sugerencias para futuras investigaciones**

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, sería relevante que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales, que permitan observar cómo evolucionan las modificaciones alimentarias, emocionales y corporales al largo plazo. Es recomendable poder ampliar los objetivos de este estudio, desde otras metodologías cuantitativas y cualitativas, que colaboren en ampliar la comprensión del proceso post-bariátrico, más allá de los resultados efectivos que pueden tener en la pérdida de peso y mejoras en indicadores metabólicos de salud, abarcando una muestra más representativa.

Sería pertinente que futuras investigaciones, profundicen en los cambios que ocurren producto de la cirugía a nivel neuro-hormonal, tanto en las señales interoceptivas de hambre y saciedad, como en los circuitos de recompensa y neurotransmisores, para poder complementar los constructos que emergieron en este estudio desde una mirada más neurobiológica.

Por otro lado, se sugiere para futuras investigaciones, que se pueda abordar la regulación emocional y alimentaria, atendiendo a algunas condiciones que no son consideradas como una contraindicación para llevar a cabo la cirugía, pero pueden interferir en los resultados postquirúrgicos. Dentro de estas condiciones, sería interesante conocer el impacto clínico o subclínico del trastorno por déficit atencional, que posee características de desregulación neurológica, que se pueden incrementar eventualmente después la cirugía.

Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones puedan indagar los impactos que podrían tener diferentes contextos socioculturales al acceso al tratamiento post-operatorio, puesto que las barreras culturales y económicas, podrían tener un impacto significativo en las necesidades que presentan las personas como parte del proceso posterior a la cirugía.

## CONCLUSIÓN

La cirugía bariátrica parece ser para muchas personas, una opción que contribuirá a mejorar su vida, principalmente por lo que implica la pérdida de peso significativa, y las mejoras en sus enfermedades metabólicas asociadas a la obesidad. Desde el año 2022, con la incorporación de la cirugía bariátrica al sistema de Fonasa PAD, cada año son más las personas que se están sometiendo a este tratamiento para combatir la obesidad, sobre todo mujeres, que muchas veces subestiman los cambios que podrían ocurrir a nivel psicológico. Considerando lo que se ha estudiado en la literatura previa, sobre las problemáticas de salud mental que se han asociado a las mujeres con mayor peso, se deberían tener criterios más rigurosos al evaluar a los candidatos a cirugía bariátrica, puesto que se están observando consecuencias importantes que ocurren durante el proceso post-operatorio, que están siendo ignorados.

Este estudio permite a la comprensión subjetiva y profunda de la experiencia de mujeres operadas de cirugía bariátrica, desde su propia historia, advirtiendo que la presencia de una transformación necesaria de vida que van más allá de los cambios corporales.

Los cambios en la alimentación se producen de manera abrupta y forzada por la cirugía, conllevando un proceso de adaptación inmediato. La experiencia alimentaria de las mujeres que formaron parte de este estudio, permitieron conocer las dificultades que atraviesan en la transformación de su manera previa de comer, principalmente porque no se proporciona un tiempo de aprendizaje adecuado para desarrollar conductas alimentarias adaptativas. En las fases post-operatorias que se consideraron en este estudio, se pudo observar que existe una tendencia predominante de estilos alimentarios disfuncionales, predominando la alimentación restrictiva y emocional. La tensión con la comida parece permanecer posterior a la cirugía, existiendo ahora una mayor preocupación de lo que comen, acompañada de la culpa intensa que es frecuente en la ingesta de alimentos considerados poco saludables. Esto podría conllevar a que las personas no necesariamente mejoren la relación con la comida, puesto que se percibe una mayor necesidad de control en la alimentación, lo que puede conducir a patrones de alimentación más rígidos y conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, parece hasta hoy no ser un fenómeno al que se le preste mayor atención, siendo la pérdida de lo peso el objetivo más importante de lograr.

Por otro lado, la cirugía trae consigo una desconexión con las señales internas de hambre y saciedad, mediadas por los cambios inherentes de este proceso quirúrgico, lo cual podría tener un impacto al largo plazo que no se ha estudiado en profundidad.

Se ha encontrado que, hay un impacto emocional significativo, fluctuante e intenso en el transcurso de los primeros dos años post-operatorios. Las mujeres de este estudio reportaron sentir mayor ansiedad, estrés, culpa y miedo, principalmente asociadas a lo exigente que puede ser adaptarse a todos los cambios que produce una cirugía bariátrica, específicamente en la alimentación e imagen corporal. Es fundamental prestar atención a lo que conlleva vivir con culpa al comer y miedo persistente a subir de peso, puesto que entre otras cosas, pueden conducir a estilos de alimentación disfuncionales, ansiedad, frustración y estrés. De acuerdo con esto, se puede señalar que persisten las dificultades en la regulación de la emociones, la mayoría de ellas

reportó que aún utilizan la comida en momentos emocionales complejos, sin embargo, constantemente están en búsqueda de otras estrategias que permitan evitar la ingesta de alimentos. Frente a esto, se pudo observar que se van desarrollando estrategias adaptativas y desadaptativas en la regulación emocional post-operatoria.

Finalmente, el cambio corporal debido a la baja de peso, se ha vuelto lo más importante de mantener en este tiempo post-operatorio, existiendo una mayor preocupación por la figura, lo que en este grupo de participantes ha conducido al desarrollo de conductas compensatorias y restrictivas, en la búsqueda de no aumentar de peso. Esta hipervigilancia corporal, puede mostrar que batallar con el peso no termina después de la cirugía bariátrica, solo cambia de perspectiva, puesto que ahora el objetivo es no volver a subir de peso. Esto es esperable que ocurra, principalmente por lo que significa tener un cuerpo más delgado en la sociedad, lo cual es constantemente reforzado por el sistema de salud y social en el que vivimos. Frente a esto, es importante resguardar la obsesión corporal que se puede desencadenar después de la cirugía bariátrica, y que a su vez, podría favorecer en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, principalmente subclínicos, porque muchas de las características que apuntan a este diagnóstico, suelen estar reforzadas para mantener la pérdida de peso.

Por todo lo que se ha podido encontrar en este estudio, se vuelve necesario el trabajo psicológico previo y posterior a la cirugía bariátrica, sobre todo otorgar más tiempo de preparación para todos los cambios que implica este tratamiento. Es importante cambiar el foco centrado únicamente en la pérdida de peso, y ampliarlo a los otros ámbitos que sufren modificaciones producto de la cirugía, puesto que un proceso exitoso involucra mucho más que no volver a recuperar el peso perdido. No obstante, se percibe como un tratamiento que es mirado de manera reduccionista como el más efectivo para la pérdida de peso y mejorar la salud de las personas con obesidad, sin embargo no siempre ocurre de esta manera, y las consecuencias en el transcurso del tiempo pueden ser perjudiciales para el bienestar integral de las personas, pero no se le está otorgando la atención necesaria al costo psicológico que podría conllevar todo el proceso de someterse a una cirugía bariátrica.

## ANEXOS

## Anexo N°1: Guion de entrevista

**Universidad de Concepción**

Departamento de Psicología

**Proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención salud.  
Experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica:  
un estudio cualitativo.**

**Investigador Responsable: Valentina Guerrero Jiménez.  
Docente guía: Gabriela Nazar – Universidad de Concepción**

Buen día/tarde señorita \_\_\_\_\_. Mi nombre es Valentina Guerrero, y tal como lo coordinamos previamente, hoy realizaremos la entrevista en la cual usted accedió a participar, como parte del estudio **“Experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica”**.

Antes de comenzar, le entregaré el consentimiento informado, en el cual se detallada toda la información del estudio. Usted ya previamente lo pudo leer con calma, y para poder llevar a cabo la entrevista, debo saber si accede a participar, de ser así debe firmarlo. Si durante el proceso usted tiene alguna consulta, la podemos resolver, y tal como se señala en el consentimiento, si decide detener la entrevista, lo puede hacer con total libertad.

Cabe señalar que agradezco mucho su participación el día de hoy, pues su experiencia será de gran valor para esta investigación. Puede tomarse su tiempo para responder las preguntas, y si surge algun inconveniente, no dude en manifestarlo, mi mayor interés está situado en su bienestar durante todo el proceso.

Si no hay más consultas entonces, procederemos a dar inicio a nuestra entrevista. Como fue informado previamente también, será grabada con la intención principal de no perderme detalles importantes dentro de su relato, resguardando siempre su anonimato en los resultados posteriores.

**Datos sociodemográficos:**

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Cuál es su estado civil?
3. ¿En qué comuna vive?
4. ¿Con quién vive?
5. ¿A qué se dedica?

**Datos generales de salud:**

1. ¿Cuándo se realizó su cirugía?
2. ¿Qué tipo de cirugía se realizó?
3. ¿Qué la impulsó a tomar la decisión de operarse? Indagar por comorbilidades.
4. ¿Realizó algunos cambios en su vida antes de la operación?, ¿Cuáles?
5. Evolución del peso (nº de kilos reducidos, fluctuaciones)
6. ¿Ha tenido alguna complicación de salud después de la cirugía?
7. ¿Presentaba previamente a la cirugía algún diagnóstico o tratamiento de salud mental?
8. ¿Se encuentra usted en algún tratamiento de salud mental actualmente?

**De acuerdo a su experiencia alimentaria:**

1. Luego de la cirugía ¿Cuáles han sido los principales cambios para usted en su manera de alimentarse?
2. ¿Cómo ha sido el proceso de seguir las indicaciones en la integración de alimentos?
3. ¿Qué ha sido lo más fácil de este proceso de alimentación? y ¿Lo más difícil?
4. ¿Cuáles son los hábitos de alimentación que ha implementado durante su proceso postquirúrgico?

5. Luego de su cirugía ¿Cómo ha sido reconocer sus señales de hambre y de saciedad?
6. Cuando siente hambre: ¿Cómo maneja usted esa sensación?, ¿Cómo decide si va a comer algo o no?, ¿Qué factores influyen en esa decisión?
7. Cuando ya está saciada y está comiendo algo que usted considera placentero ¿Se detiene de comer o continúa comiendo?
8. ¿Han existido ocasiones en las que sienta más ganas de comer? ¿A qué lo atribuye?
9. Cuando está sintiendo alguna emoción por ejemplo: ansiedad, estrés o felicidad ¿Ha experimentado ganas de comer algo? De ser así ¿Qué alimentos le da ganas de comer?
10. ¿Cómo ha sido la experiencia de comer con otras personas?
11. ¿Cómo ha sido para usted el cambio en las porciones de alimentos que puede ingerir?
12. ¿Cómo ha sido ir integrando diferentes alimentos a lo largo del proceso?
13. ¿Hay algunos alimentos que usted se ha resistido de comer? De ser así ¿Qué alimentos son y a qué lo atribuye?
14. ¿Hay alimentos que usted se prohíba de comer? En caso de ser así ¿Cuáles son los principales motivos?
15. Si ha ingerido mayores cantidades de comida o ha comido alimentos con mayor aporte calórico ¿Cómo ha enfrentado esa situación? ¿Realiza alguna conducta posterior como por ejemplo: comer menos los días que vienen, realizar alguna dieta o aumentar el ejercicio físico?
16. ¿Hay algo que le gustaría comentarse respecto a los cambios de hábitos de alimentación que yo no le haya preguntado?

**De acuerdo a su experiencia emocional:**

1. ¿Cómo ha estado a nivel emocional/psicológico después de su cirugía?
2. ¿Cuáles son las emociones que experimenta con mayor frecuencia?
3. Después de la operación ¿Ha experimentado cambios de su estado de ánimo o humor? De ser así ¿Cómo ha sido dicha situación?
4. ¿Usted ha experimentado emociones que antes no vivenciaba? ¿Cuáles podría mencionar?

5. ¿Siente que hay algún estado emocional que predomine casi todo el tiempo después de su cirugía? Por ejemplo: tranquilidad, felicidad, ansiedad, miedo, irritabilidad.
6. ¿Qué suele hacer cuando ocurren situaciones que le producen emociones como: felicidad, ansiedad, estrés, tristeza?
7. ¿Cómo ha enfrentado momentos que hayan sido desafiantes emocionalmente para usted durante este proceso?
8. ¿Cómo ha sido para usted comer nuevamente alimentos que tengan carbohidratos o azúcares?
9. ¿Han existido situaciones en las que sus ganas de comer las haya reemplazado por otras actividades? De ser así ¿Qué suele hacer?
10. ¿Cómo ha sido para usted este tiempo después de su cirugía en torno a su manera de alimentarse?

**De acuerdo a su experiencia corporal:**

1. ¿Qué ha cambiado en su cuerpo después de la cirugía?
2. ¿Cómo ha sido para usted este proceso de pérdida de peso?
3. ¿Cómo ha influido el cambio de su imagen corporal en su vida diaria?
4. ¿Qué ha significado para usted vivir este proceso de cambio corporal?
5. ¿Cuáles han sido las opiniones de las demás personas cuando la ven?
6. ¿Cómo ha sido para usted verse en el espejo o fotografías ahora?
7. ¿Ha experimentado temor de volver a subir de peso? De ser así, ¿Qué suele hacer al respecto?
8. ¿Han ocurrido instancias en las que se prohíba comer algunos alimentos para no subir de peso? De ser así ¿Cómo ha enfrentado estas situaciones?
9. ¿Qué rutinas ha incorporado después de su operación que antes no realizaba?
10. ¿Qué estrategias ha utilizado para mantener la pérdida de peso?
11. En caso de que haya tenido reganancia de peso ¿Cómo ha sido esa experiencia? Qué ha hecho al respecto?

Hemos finalizado nuestra entrevista, espero se haya sentido cómoda para conversar de temas que a veces pueden ser delicados. He detenido la grabación, le agradezco mucho su colaboración, por contarme su experiencia. Cuando el estudio esté finalizado, la contactaré para que pueda leerlo. Que tenga buen día.

## Anexo N° 2: Consentimiento Informado



# Universidad de Concepción

Departamento de Psicología  
Facultad de Ciencias Sociales

**Título del proyecto de investigación:** Experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica: un estudio cualitativo.

**Investigadora responsable:** Valentina Guerrero Jiménez, candidata a Magíster en Psicología mención salud, Universidad de Concepción

**Investigadora guía:** Gabriela Nazar Carter, académica del Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.

Estimada participante:

Usted ha sido invitada a participar en el proyecto de tesis de postgrado: “**Experiencia alimentaria, emocional y corporal de mujeres sometidas a cirugía bariátrica: Un estudio cualitativo**”, a cargo de Valentina Guerrero Jiménez, psicóloga candidata a Magíster en Psicología mención Salud de la Universidad de Concepción. En el rol de investigadora guía la profesora Gabriela Nazar Carter, académica del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, y el ministro de fe don Bernardo Castro, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales.

### **I. Objetivo de la investigación**

La investigación tiene como objetivo conocer la experiencia de mujeres operadas de cirugía bariátrica en relación con su experiencia alimentaria, emocional y corporal. Para ello, se buscará estudiar los cambios que surgen en la alimentación, emociones e imagen corporal, con el propósito de poder contribuir en la comprensión del proceso posterior a una cirugía bariátrica, específicamente en los estilos de alimentación, la experiencia emocional y la imagen corporal, lo que permitirá adquirir nuevos conocimientos que favorecerán el resguardo del bienestar integral de las personas que se realizan esta cirugía.

### **II. Descripción de la participación**

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará que firme el presente documento de consentimiento informado. Su colaboración consistirá en responder a una entrevista en profundidad, cuya aplicación se estima sea de una duración de **60** minutos aproximadamente. Esta entrevista puede ser realizada de manera presencial o virtual, la cual será grabada con la única finalidad de poder realizar una transcripción literal del contenido entregado. Desde la primera instancia, la grabación será guardada con un nombre de fantasía para resguardar su identidad desde el anonimato.

Se le proporcionará información clara en cada etapa de su participación, y contará con el apoyo del equipo de investigación en caso de consultas o inquietudes.

### **III. Beneficios esperados**

Su participación en este estudio será de gran valor para contribuir en la investigación respecto a su experiencia alimentaria, emocional y corporal luego de su cirugía bariátrica.

Es importante señalar que su participación no garantiza beneficios directos para usted, pero los resultados obtenidos podrán contribuir considerablemente al avance del conocimiento en el área de salud mental.

### **IV. Riesgos potenciales**

Su participación en este estudio no implica riesgos físicos para usted, sin embargo un eventual riesgo podría ser que usted se sintiera incómoda mientras se realiza la entrevista. No obstante, es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de entregar ningún tipo de explicación. Si usted experimenta algún malestar emocional, por favor manifiéstelo de inmediato. Si esto surge durante la entrevista, recibirá contención emocional por parte de la investigadora responsable, poniendo fin a la entrevista si así lo amerita.

En el caso de que usted experimente malestar emocional posterior a la entrevista, por favor comuníquese con la investigadora responsable (Valentina Guerrero Jiménez), para realizar el acompañamiento psicológico necesario y posterior derivación a su centro de salud de referencia.

### **V. Confidencialidad y protección de datos**

Toda la información recopilada de su participación será manejada con estricta confidencialidad, y estará disponible para los fines específicos del estudio y exclusivos de la investigación propuesta.

Tendrán acceso a los datos proporcionados por usted la investigadora responsable y la profesora guía.

La información será resguardada de forma confidencial, de acuerdo a todos los requerimientos que indica la normativa legal vigente, resguardando los aspectos éticos y bioéticos del estudio.

Los datos se gestionarán mediante técnicas de anonimización, adoptando códigos alfanuméricos para proteger su identidad.

Los resultados de la investigación, basado en los datos analizados a partir del estudio que incluye su participación, podrían ser divulgados en publicaciones académicas, artículos científicos o conferencias, pero sin incluir información que permita identificarle, siempre se mantendrá el debido anonimato. Para realizar esto, solicitamos explícitamente su autorización.

Todos los datos obtenidos con su participación serán custodiados por la investigadora responsable y la profesora guía, quienes custodiarán los datos en un computador de uso personal, con el nombre de fantasía alfanumérico correspondiente, durante un período máximo de un año, posteriormente serán eliminados.

Al finalizar el estudio, se enviará a su correo electrónico un informe ejecutivo indicando los resultados de su participación.

## **VI. Derechos del participante**

Su participación en este estudio es absolutamente libre y voluntaria.

Usted tiene los siguientes derechos: rechazar participar sin consecuencias negativas, o si decide participar: (i) retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión; (ii) solicitar la eliminación de los datos recopilados hasta el momento de su retiro; (iii) solicitar información y obtener de la investigadora responsable la confirmación acerca de si sus datos personales están siendo tratados por ella, y acceder a ellos en su caso, y (iv) solicitar y obtener de la investigadora responsable que modifique o complete sus datos personales, cuando estos sean tratados por ella, y sean inexactos, desactualizados o incompletos.

Su decisión de participar o no participar no afectará a su relación con la institución involucrada en la investigación, ni con la investigadora responsable y/o con el equipo de investigación.

## **VII. Costos**

Su participación en este estudio no significará ningún costo para usted.

## **VIII. Compensación**

Este estudio no contempla ningún tipo de compensación por su participación en él. Sin embargo, cubrirá los gastos asociados a gastos en transporte, en caso que se tenga que movilizar para asistir a la entrevista de manera presencial, que se pagará mediante transferencia electrónica.

## **IX. Preguntas y contacto**

Cualquier pregunta que usted quisiera hacer con relación a su participación en este estudio será contestada por la investigadora responsable (Valentina Guerrero Jiménez) en el correo electrónico ([valentinaguerreroj@gmail.com](mailto:valentinaguerreroj@gmail.com)) o al número +56953451462.

Para preguntas acerca de su participación en el estudio, también podrá contactarse al Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción, al correo [ryanez@udec.cl](mailto:ryanez@udec.cl), presidente del Comité.

Para preguntas acerca de sus derechos podrá contactar a la Presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción, Dra. Sandra Saldivia Bórquez, a la dirección electrónica [cebb@udec.cl](mailto:cebb@udec.cl).

Si decide participar del estudio, se le solicita que así lo exprese con su firma en la declaración de consentimiento, a continuación.

## X. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento.

He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio que se realiza en el marco de la investigación, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es absolutamente libre y voluntaria y que puedo reevaluar mi participación y retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión ni sufrir consecuencias negativas.

Autorizo a la investigadora responsable a usar los datos obtenidos para los propósitos del estudio en el marco de la investigación informada y la publicación de los resultados en los términos planteados anteriormente.

Al firmar este documento no renunciaré a ningún derecho que me asista. Además, recibiré una copia firmada de este, en el presente acto.

Declaro mi consentimiento para participar en este estudio bajo los términos anteriormente descritos.

Completar la información que se solicita a continuación:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

En atención a estas consideraciones, libremente marque la que corresponda.

Yo ACEPTO

Yo NO ACEPTO

---

---

**Firma Valentina Guerrero Jiménez**

**Investigador Responsable**

**Firma Participante**

---

**Firma Ministro de Fe**

**Prof. Bernardo Castro R.**

**Decano Facultad de Ciencias Sociales**

**Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

## REFERENCIAS

- Acuña, V., Niklitschek, C., Quiñones, A., Ugarte, C. (2020). La Insatisfacción de la Imagen Corporal y Estado Nutricional en Estudiantes Universitarios. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 279-294. <https://doi.org/10.3389/8/rdp.v31i116.344>
- Ahmad, S., Alshammari, R., y Alqahtani, N. (2025). Psychological and emotional changes following bariatric surgery: A longitudinal perspective. *Obesity Surgery*, 35(2), 421-430. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07012-3>
- Akillioglu, T., Bas, M., y Kose, G. (2022). Restrained, emotional eating and depression can be a risk factor for metabolic síndrome. *Nutrición hospitalaria*, 39(6), 1264-1271. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03947>
- Alabdulkader S., Al-Alsheikh, A., Miras, A., y Goldstone, A. (2024). Obesity surgery and neural correlates of human eating behaviour: a systematic review of functional MRI studies. *NeuroImage: Clinical*, 41, 103563. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2024.103563>
- Alamri, M., Alharbi, Y., Alharbi, H., y Jumah, A. (2025). Postoperative Body Image Perceptions and Mental Health Outcomes in Adults Undergoing Bariatric Surgery: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 17(7), e87607. <https://doi.10.7759/cureus.87607>
- Albano, G., Rowlands, K., Baciadonna, L., Coco, G., y Cardi, V. (2019). Interpersonal difficulties in obesity: A systematic review and meta-analysis to inform a rejection sensitivity-based model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 846-861. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.039>
- Alghamdi S., Al Jaffer, M., Almesned, R., Alanazi, S., Alhnake, A., et al. (2025). Prevalence and factors influencing eating disorders among post-bariatric surgery patients in Saudi Arabia:

- A cross-sectional study. *Neurosciences*, 30(1), 36-43.  
<https://doi.org/10.17712/nsj.2025.1.20240023>.
- Ahlich, E., Verzijl, C., Cunning, A., Wright, E., y Rancourt, D. (2021). Patient Motivations and Goals for Bariatric Surgery: A Mixed Methods Study. *Surgery Obesity and Related Diseases*, 17(9), 1591-1602. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.05.017>
- Alleva, J., Atkinson, M., Vermeulen, W., Montpellier, V., y Martijn, C. (2023). Beyond Body Size: Focusing on Body Functionality to Improve Body Image Among Women Who Have Undergone Bariatric Surgery. *Behavior Therapy*, 54, 14-28.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.007>
- Alzheimer, G., y Urry, H. (2019). Do emotions cause eating? The role of previous experiences and social context in emotional eating. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 234-240. <https://doi.org/10.1177/0963721419837685>
- Altuhimiri, N., Bindhim, N., Al-Rayes, S., y Alumran, A. (2024). A Systematic Review Exploring Dietary Behaviors, Psychological Determinants and Lifestyle Factors Associated with Weight Regain After Bariatric Surgery. *Healthcare*, 12, 2243.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare12222243>
- Aly, S., Hachey, K., y Pernar, L. (2020). Gender disparities in weight loss surgery. *Minimally Invasive Surgery*, 4(21), 1-9. <https://doi.org/10.20517/2574-1225.2019.57>
- Ames, G., Koball, A., y Clark, M. (2022). Behavioral Interventions to Attenuate Driven Overeating and Weight Regain After Bariatric Surgery. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 934680.  
<https://doi.org/10.3389/fendo.2022.934680>

- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Marchesini, G., y Trombini, E. (2018). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry Research*, 269, 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.015>
- Andrés, A., Oda-Montecinos, C., y Saldaña, C. (2017). Eating behaviors in a male and female community sample: psychometric properties of the DEBQ. *Terapia Psicológica*, 35(2), 141-151. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000200141>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino P., et al. (2018). IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal, and Revisional Procedures. *Obesity Surgery*, 28(12), 3783-3794. <http://doi:10.1007/s11695-018-3450-2>
- Annesi, J. (2020). Psychosocial correlates of emotional eating and their Interrelations: Implications for obesity treatment research and development. *Journal of Primary Prevention*, 41(2), 105-125. <https://doi.org/10.1007/s10935-020-00580-6>
- Ansari, M., y Sargento, S. (2022). Patient experiences of weight loss and eating after bariatric surgery: A systematic review and qualitative synthesis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36(4), 1438-1450. <https://doi.org/10.1111/jhn.13121>
- Ashrafian, H., y le Roux, C. (2009). Metabolic surgery and gut hormones - A review of bariatric entero-humoral modulation. *Physiology and Behavior*, 97(5). <http://doi:10.1016/j.physbeh.2009.03.012>
- Aslan, I., Dorey, L., Grant, J., y Chamberlain, S. (2024). Emotion regulation across psychiatric disorders. *CNS Spectrums*, 29(3), 215-220. <https://doi.org/10.1017/S1092852924000270>

- Athanasiadis, D., Martin, A., Kapsampelis, P., Monfared, S., y Stefanidis, D. (2021). Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surgical Endoscopy*, 35, 4069-4084. <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08329-w>
- Azócar, C., Riquoir, A., Crovari, E., Pimentel, F., e Ibáñez, L. (2021). Evolución de la cirugía bariátrica en Chile y el mundo. *Revista de Cirugía*, 73(6), 763-770. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920210061203>
- Baldofski, S., Rudolph, A., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Kaiser, S., Dietrich, A., y Hilbert, A. (2016). Weight bias internalization, emotion dysregulation, and non-normative eating behaviors in prebariatric patients. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 180-185. <https://doi.org/10.1002/eat.22484>
- Barbuti, M., Carignani, G., Weiss, F., Calderone, A., Santini, F., y Perugi, G. (2021). Mood disorders comorbidity in obese bariatric patients: the role of the emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 279, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.128>
- Belloli, A., Saccaro, L., Landi, P., Spera, M., Zappa, M., Dell'Osso, B., y Rutigliano, G. (2024). Emotion dysregulation links pathological eating styles and psychopathological traits in bariatric surgery candidates. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1369720>
- Benbaibeche, H., Saidi, H., Bounihi, A., y Ahmed, E. (2023). Emotional and external eating styles associated with obesity. *Journal of Eating Disorders*, 11, 67. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00797-w>

- Bennet, B., Whisenhunt, B., Hudson, D., Wagner, A., Latner, J., Stefano, E., y Beauchamp, M. (2020). Examining the impact of social media on mood and body dissatisfaction using ecological momentary assessment. *Journal of American College Health*, 68(5), 502-508. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1583236>
- Benzerouk, F., Djerada, Z., Bertin, E., Barrière, S., Gierski, F., y Kaladjian, A. (2020). Contributions of Emotional Overload, Emotion Dysregulation, and Impulsivity to Eating Patterns in Obese Patients with Binge Eating Disorder and Seeking Bariatric Surgery. *Nutrients*, 12(10), 3099. <https://doi.org/10.3390/nu12103099>
- Bertoletti, J., Galvis, M., Bordignon, S., y Trentini, C. (2019). Body Image and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Literature. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 14(2), 81-92. <https://doi.org/10.1089/bari.2018.0036>
- Bettini, S., Belligoli, A., Fabris, R., y Busetto, L. (2020). Diet approach before and after bariatric surgery. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 21, 297-306. <https://doi.org/10.1007/s11154-020-09571-8>
- Bianciardi, M., Di Lorenzo, G., Niolu, C., Betrò, S., Zerbin, F., Gentileschi, P., y Siracusano, A. (2019). Body image dissatisfaction in individuals with obesity seeking bariatric surgery: exploring the burden of new mediating factors. *Rivista di psichiatria*, 54(1), 8-17. <https://doi.org/10.1708/3104.30935>
- Biggerstaff, D. (2012). Qualitative Research Methods in Psychology. In Rossy, G. *Psychology selected papers (págs. 175-203)*. Belgium: IntechOpen
- Blum, K., Gardner, E., Oscar-Berman, M., y Gold, M. (2012). “Liking” and “wanting” linked to Reward Deficiency Syndrome (RDS): hypothesizing differential responsivity in brain

- reward circuitry. *Current Pharmaceutical Desing*, 18(1), 113-118.  
<https://doi.org/10.2174%2F138161212798919110>
- Bosc, L., Mathias, F., Monsaingeon, M., Gronnier, C., Pupier, E., y Gatta-Cherifi, B. (2022). Long-term changes in body image after bariatric surgery: An observational cohort study. *Plos One*, 17(12), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276167>
- Boutelle, K., Knatz, S., Carlson, J., Bergmann, K., y Peterson, C. (2017). An Open Trial Targeting Food Cue Reactivity and Satiety Sensitivity in Overweight and Obese Binge Eaters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 363-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.08.003>
- Bouzas, C., Bibiloni, M., y Tur, J. (2019). Relationship between Body Image and Body Weight Control in Overweight  $\geq 55$ -Year-Old Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1622.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16091622>
- Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., y Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite*, 1(125), 410-417.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.022>
- Braghetto, I., Csendes, A., Lanzarini, E., Papapietro, K., Cárcamo, C., y Molina, J. (2012). Is laparoscopic sleeve gastrectomy an acceptable primary bariatric procedure in obese patients? Early and 5-year postoperative results. *Surgery Laparosc Endosc Percutan Tech*, 22(4), 479-486. <https://doi.10.1097/SLE.0b013e318262dc29>

- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryant, E., Malik, M., Whitford-Bartle, T., y Waters, G. (2020). The effects of bariatric surgery on psychological aspects of eating behaviour and food intake in humans. *Appetite*, 150, 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104575>
- Budny, A., Janczy, A., Szymanski, M., y Mika, A. (2024). Long-Term Follow-Up After Bariatric Surgery: Key to Successful Outcomes in Obesity Management. *Nutrients*, 16(24), 4399. <https://doi.org/10.3390/nu16244399>
- Buer, L., Kvaalem, I., Bårdstu, S., y Mala, T.(2022). Comparing Bariatric Surgery Patients Who Desire, Have Undergone, or Have No Desire for Body Contouring Surgery: a 5-Year Prospective Study of Body Image and Mental Health. *Obesity Surgery*, 32, 2952–2959. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06117-6>
- Bull, F., Al-Ansari, S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M., et al. (2020). World Health Organization 2020 Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54, 1451-1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R., Farpour-Lambert, N., Fried, M., et al. (2018). Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity Released "Practical Recommendations for the Post-Bariatric Surgery Medical Management". *Obesity Surgery*, 28(7), 2117-2121. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3283-z>

- Caltabiano, M. (2020). Translational aspects of body image research for obesity-related quality of life and weight loss maintenance post-bariatric surgery. *Annals of Translational Medicine*, 8(1), 2-11. <http://dx.doi.org/10.21037/atm.2019.09.63>
- Campos del Portillo, R., Matía, P., Castro, M., Martínez, M., y Gómez, C. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 121-127. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04187>
- Cancian, A., de Souza, L., Liboni, R., Machado, W., y Oliveira, M. (2019). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eating and weight disorders*, 24(6), 1099-1111. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2>
- Canetti, L., Berry, E., y Elizur, Y. (2009). Psychosocial Predictors of Weight Loss and Psychological Adjustment Followin Bariatric Surgery and a Weight Loss Program: The Medianting Role of Emotional Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 109-117. <https://doi:10.1002/eat.20592>
- Carrad, I., Argyrides, M., Ioannou, X., Kvaem, I., Waldherr, K., Harcourt, D., y McArdle, S. (2021). Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life. *Journal of Women & Aging*, 33(1), 70-83. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681882>
- Castaneda, D., Popov, V., Wander, P., y Thompson, C. (2019). Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*, 29(1), 322-333. <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-018-3493-4>

Castillo, E., y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. ISSN: 1657-9534

Castro-Lemus, N. (2016). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(178), a353.  
<https://doi.org/10.3989/arbor.2016.781n5010>

Cebolla, A., Barrada, J., van Strien, T., Oliver, E., y Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, 73, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.014>

Cella, S., Fei, L., D'Amico, R., Giardiello, C., Allaria, A., y Cotrufo, P. (2019). Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates. *Open Medicine*, 14(1), 407-415. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0043>.

Chesler, B. (2012). Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*, 1-6. <https://doi.org/10.1100/2012/365961>

Colegio de Psicólogos de Chile A.G. (1999). Código de Ética Profesional

Conason, A., Teixeira, J., Hsu, C., Puma, L., Knafo, D., y Geliebter, A. (2013). Substance use following bariatric weight loss surgery. *JAMA surgery*, 148(2), 145-150.  
<https://doi.org/10.1001/2013.jamasurg.265>

Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., Wonderlich, S. et al. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 274-279. <https://doi.org/10.1002/eat.22074>

- Conceição, E., Utzinger, L., y Pisetsky, E. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 417-425. <http://doi.org/10.1002/erv.2397>
- Coulman, K., MacKichan, F., Blazeby, J., y Owen-Smith, A. (2017). Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews*, 18(5), 547-559. <https://doi.org/10.1111/obr.12518>
- Creswell, J., Hanson, W., Plano, V., y Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The counseling psychologist*, 35(2), 236-264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>
- Crozet, J., Pasquer, A., Pelascini, E., y Robert, M. (2023). Factors influencing bariatric surgery Outcomes. *Journal of Visceral Surgery*, 160, S7-S11. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2022.12.001>
- Cruz, R., Ávila, M., Cortés, M., Vázquez, R., y Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., García Troncoso, A., y Díaz-Paredes, P. (2019). Imagen corporal antes y después de una cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 95-108. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.496>
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P., y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en

jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 743-750.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600008>

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi, M., y Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *The Psychiatric quarterly*, 88(4), 807-825. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>

Daly, A., O'Sullivan, E., Walton, J., McNulty, B., y Kearney, J. eating behaviour styles in Irish teens: A cross-sectional study. *Public Health Nutrition*, 24(8), 2144-2152.  
<https://doi.org/10.1017/S1368980020003055>

de Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, L. M., et al. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(1), 79-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2009.08.011>

de Zwaan, M., y Mitchell, J. (2014). Eating Disorders and Eating Behavior pre and post bariatric Surgery. In Still, C., Sarwer, D., y Blankenship, J. (Eds). *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery* (págs. 25-32).

Denke, G., Rawls, E., y Lamm, C. (2018). Attentional Conflict Moderates the Association Between Anxiety and Emotional Eating Behavior: An ERP Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 180-194 <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00194>

Devlin, M., King, W-, Kalarchian, M., Hinerman, A., Marcus, M., Yanovski, S., y Mitchell, J. (2018). Eating pathology and associations with long term changes in weight and quality of

- life in the longitudinal assessment of bariatric surgery study. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1322-1330. <https://doi.org/10.1002/eat.22979>
- Devonport, T., Nicholls, W., y Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/1359105317697813>
- Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., Oda-Montecinos, C., Inostroza, M., Saravia, S., y Lecaros, J. (2019). Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(3), 308-318. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182019000300308>
- Díaz-Pérez, S., y Beltrán-Morillas, A. (2021). Ansia por la comida y alimentación emocional: variables asociadas. *Reidocrea*, 10(37), 1-10. <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.70951>
- Diggins, A., Woods-Giscombe, C., y Waters, S. (2015). The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged black women. *Eating Behaviors*, 19, 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.09.006>
- Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., y Palmier-Claus, J. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of affective disorders*, 246, 262-284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026>
- Dogan, H., y Göbel, P. (2025). A Qualitative Study of Eating Behaviours and Weight Change After Metabolic Bariatric Surgery in Women. *Obesity Surgery*, 35, 4352-4361. <https://doi.org/10.1007/s11695-025-08230-8>

- Dunaev, J., Markey, C., y Brochu, P. (2018). An attitude of gratitude: The effects of body-focused gratitude on weight bias internalization and body image. *Body Image*, 25, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.006>
- Duque, H., y Aristizábal, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Echeverri-Alvarado, B., Pickett, S., y Gildner, D. (2020). A model of post-traumatic stress symptoms on binge eating through emotion regulation difficulties and emotional eating. *Appetite*, 150, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104659>
- Editorial, E. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
- Eichen, D., Chen, E., Boutelle, K., y McCloskey, M. (2017). Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters. *Appetite*, 111, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.021>
- El Ansari, W., y Elhag, W. (2021). Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. *Obesity Surgery*, 31(4), 1755-1766. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05160-5>
- ElBazari, A. (2024). Stress, Anxiety, and Depression Before and Twelve Months After Bariatric Surgery: Repeated Cross-sectional Study. *Indian Journal Psychological Medicine*, 46(2), 159-164. <https://doi.org/10.1177/02537176231219735>
- Elran, R., Shuval, K., Li, Q., Oetjen, R., Drope, J., Yaroch, A., Fennis, B., y Harding, M. (2021). Emotional Eating in Adults: The Role of Sociodemographics, Lifestyle Behaviors, and Self-Regulation-Findings from a U.S. National Study. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2-10.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041744>
- Er, E., Flahault, C., y Etienne, A. (2024). 'We're outside the norm again because of the thing that allowed us to be inside the norm': An interpretative phenomenological analysis of the experience of developing an alcohol use disorder after bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 14(2), e12630. <https://doi.org/10.1111/cob.12630>
- Esquivias-Zavala, H., Reséndiz-Barragán, A., 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>
- Etchemendy, E., Herrero, H., Espinoza, M., Molinary, G., Corno, G., Carrillo-Vega, A., Botella, C., y Baños, R. (2016). Good things never last: dampening positive emotions influences our optimism levels. *Anales de Psicología*, 32(3), 704-709.  
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.261631>
- Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A., y Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neuroscience and biobehavioral*, 92, 195-208.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.028>
- Faw, M., Davidson, K., Hogan, L., y Thomas, K. (2021). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among young adult women. *Personal Relationships*, 28(2), 406-426. <https://doi.org/10.1111/pere.12364>

- Felske, A., Williamson, T., Surrency, S., Telfer, J., Campbell, T., y Rash, J. (2021). The Influence of Weight-Related Self-Esteem and Symptoms of Depression on Shape and Weight Concerns and Weight-Loss 12 Months After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 31(3), 1062. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05097-9>
- Fernández-Lora, R., y Valdez-Díaz, M. (2019). Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(9), 887-909. ISSN-e 2529-850X
- Ferrer, C., y Cruz, C. (2017). La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes Chilenos. *Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 179-191.
- Ferrer, R., Green, P., Oh, A., Hennessy, E., y Dwyer, L. (2017). Emotion suppression, emotional eating, and eating behavior among parent-adolescent dyads. *Emotion*, 17(7), 1052-1065. <https://doi.org/10.1037/emo0000295>
- Frank, G., DeGuzman, M., y Shott, M. (2019). Motivation to eat and not to eat- The psychological conflict in anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 206, 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.04.007>
- Frayn, M., y Knäuper, B. (2018). Emotional Eating and Weight in Adults: a Review. *Current Psychology*, 37, 924-933. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9577-9>
- Frigolet, M., Dong-Hoon, K., Canizales-Quinteros, S., y Gutiérrez-Aguilar, R. (2020). Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 77(1) 3-14. <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000115>

- Frisén, A., y Berne, S. (2019). Swedish adolescents' experiences of cybervictimization and body-related concerns. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/sjop.12561>
- Fuente, C., Chávez-Servín, J., de la Torre-Carbot, K., Ronquillo, D., Aguilera, M., y Ojeda, L. (2022). Relationship between Emotional Eating, Consumption of Hyperpalatable Energy-Dense Foods, and Indicators of Nutritional Status: A Systematic Review. *Journal of Obesity*, 2022, 2-10. <https://doi.org/10.1155/2022/4243868>
- Furlan, S., Drager, L., Nakagawa, R., Damiani, L., Bersch-Ferrerira, A., Miranda, T., Machado, R., Santucci, E., Bortolotto, L., et al. (2021). Three-year effects of bariatric surgery on obstructive sleep apnea in patients with obesity grade 1 and 2: a sub-analysis of the GATEWAY trial. *International Journal of Obesity*, 45(4), 914-917. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00752-2>
- Gatica-Saavedra, M., Nazar, G., y Bustos, C. (2020). Variables psicológicas y su relación con la evolución del índice de masa corporal en personas sometidas a cirugía bariátrica. *Rev. Cir*; 72(2), 130-136. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002450>
- Geller, S., Dahan, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S., y Abu-Abeid, S. (2020). Body image and emotional eating as predictors of psychological distress following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 30(4), 1417-1423. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04309-1>
- Geller, S., Levy, S., Goldzweig, G., Hamdan, S., Manor, A., Dahan, S., et al. (2019). Psychological distress among bariatric surgery candidates: The roles of body image and emotional eating. *Clinical Obesity*, 9(2), e12298. <https://doi.org/10.1111/cob.12298>

- Gibson, E. (2006). Emotional influence on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology and Behavior*, 89(1), 53-61.  
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.024>
- González, M., y Rodríguez, M. (2021). Creencias en obesidad y cirugía bariátrica: análisis de contenido para diseñar una escala. *Revista de psicología*, 39(1), 253-287.  
<https://doi.org/10.18800/psico.202101.011>.
- Gordon, E., Terrill, A., Smith, T., Ibele, A., et al. (2022). Overvaluation of Shape and Weight (Not BMI) Associated with Depressive Symptoms and Binge Eating Symptoms Pre- and Post-bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 32(7), 2272-2279. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06062-4>
- Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Białek-Dratwa, A., Staśkiewicz, W., Rozmiarek, M., Misterska, E., y Sas-Nowosielski, K. (2022). Prevalence of emotional eating in groups of students with varied diets and physical activity in Poland. *Nutrients*, 14(16), 3289.  
<https://doi.org/10.3390/Nu14163289>
- Griauzde, D., Ibrahim, A., Fisher, N., Stricklen, A., Ross, R., y Ghaferi, A. (2018). Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study. *BMC Obesity*, 5(38), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0215-3>
- Grigolon, R., Trevizol, A., Gerchman, F., Bambokian, A., Magee, T., McIntyre, R., Gomes, F., Brietzke, E., y Mansur, R. (2021). Is Obesity A Determinant Of Success With Pharmacological Treatment For Depression? A Systematic Review, Meta-Analysis And Meta-Regression. *Journal of affective disorders*, 287, 54-68.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.032>

- Grimm, E., y Steinle, N. (2011). Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutrition Reviews*, 69(1), 52-60. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00361.x>
- Grogan, S. (1999). Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children. *Choice Reviews Online*, 37(1), 24-37.
- Gross, J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J., y Thompson, R. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (págs. 3-24). Guilford Press.
- Gruszka, W., Owczarek, A., Glinianowicz, M., Bak-Sosnowska, M., Chudek, J., y Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Perception of body size and body dissatisfaction in adults. *Scientific reports*, 12, 1159. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04706-6>
- Guerrero-Wyss, M., y Celis-Morales, C. (2025). Obesidad en aumento: Chile podría superar el 85% de población adulta con exceso de peso en 2050. *Revista Médica de Chile*, 153(6), 466-467. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872025000600466>.
- Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

- Güner, Ö., y Aydin, A. (2022). Determining the relationship between anxiety levels, stress coping styles, and emotional eating of women in the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, *41*, 241-247.
- Guthrie, H., Tetley, D., y Hill, A. (2014). Quasi prospective, real-life monitoring of food craving post bariatric surgery: comparison with overweight and normal weight women. *Clinical obesity*, *4*(3), 136-142. <https://doi.org/10.1111/cob.12054>
- Guyot, E., Dougkas, A., Nazaré, J., Bagot, S., Disse, E., e Iceta, S. (2021). A systematic review and meta-analyses of food preference modifications after bariatric surgery. *Bariatric Surgery/Nutrition*, *22*(10), e13315. <https://doi.org/10.1111/obr.13315>
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., y Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia psicológica*, *32*(1), 19-29. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100002>
- Guzmán-Saldaña, R., Saucedo-Molina, T., García, M., Galván, M., y del Castillo, A. (2017). Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estado de Hidalgo, México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *8*(1), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.002>
- Hardman, C., y Christiansen, P. (2018). Psychological issues and alcohol misuse following bariatric surgery. *Nature Reviews Endocrinology*, *14*, 377-378. <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0006-4>

- Hasan, N., Freije, A., Abdulmenem, A., Al-Saati, H., y Perna, S. (2020). Effect of Bariatric Surgery on Weight Loss, Nutritional Deficiencies, Postoperative Complications and Adherence to Dietary and Lifestyle Recommendations. *Clinical & Basic Research*, 20, e344-e351. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.03.015>
- Hawash, M., AlHazmi, A., El-Sayed, M., Mushfiq, S., El-Ashry, A., Ahmed, H., et al. (2024). Emotional eating behaviors in later life: Identifying key factors for healthy aging. *Geriatric Nursing*, 55, 152-160. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.012>
- Heinberg, L., Mitchell, J., Sarwer, D., y Ratcliff, M. (2013). Body image and desire for body countouring post- bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 8(2), 49-53. <https://doi.org/10.1089/bari.2013.9982>
- Heng, H., Francis, B., Lim, L., Hziung, Q., et al. (2021). Improvement in modo symptoms after post-bariatric surgery among people with obesity: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 37(8), e3458. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3458>
- Hennink, M., y Kaiser, B. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine*, 292(6), 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Heranzo, B., Nuñez-Bravo, N., Sanchez-Guette, L., Vásquez-Osorio, F., Lozano-Ariza, A., Torres-Herrera, E., y Valdelamar-Villegas, A. (2020). Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. *Retos*, 38, 547-551. <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.72871>

- Herman, C., y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In A. Stunkard, y E. Stellar (Eds.), *Eating and its Disorders* (págs. 141-156). Raven Press.
- Hirsch, O., Kluckner, V., Brandt, S., Moss, A., Weck, M., Florath, I., Wabitsch, M., Hebebrand, J., Schimmelmann, B., y Christiansen, H. (2014). Restrained and external-emotional eating patterns in young overweight children-results of the Ulm Birth Cohort Study. *Plos One*, 9(8), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105303>
- Hjelmsaeth, J., Rosenvinge, J., Gade, H., y Friborg, O. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on eating behaviors, affective symptoms, and weight loss after bariatric surgery: A randomized clinical trial. *Obesity Surgery*, 29(1), 61-69. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3471>
- Holmqvist, K., Lowén, A., Hellerstedt, L., Bergcrona, L., Salerud, M., y Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *Journal of Eating Disorders*, 8(12), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Hoorelbeke, K., Koster, E., Demeyer, I., Loeys, T., y Vanderhasselt, M. (2016). Effects of cognitive control training on the dynamics of (mal) adaptive emotion regulation in daily life. *Emotion* 16(7), 945-956. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000169>
- Howitt, D., y Cramer, D. (2011). Qualitative research methods. In Howitt, D., y Cramer, D. (3<sup>rd</sup> eds). *Introduction to Research Methods in Psychology* (págs. 383-395). London: Pearson Education Limited.
- Hoyos, T., y Salazar, A. (2016). La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 15(43), 212-225. ISSN-1695-6141

Husserl, E. (2006). La idea de la fenomenología. *Teología y Vida*, 47(4), 517-529.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492006000300008>

Iceta, S., Disse, E., Robert, M., y Laville, M. (2022). Psychiatric disorders and bariatric surgery.

*La Revue du praticien*, 72(2), 179-184.

Ignat, M., Vix, M., Imad, I., et al. (2017). Randomized trial of Roux-en-Y gastric bypass versus

sleeve gastrectomy in achieving excess weight loss. *British Journal of Surgery*, 104(3),

248-256. <http://doi:10.1002/bjs.10400>

Istfan, N., Lipartia, M., Anderson, W., Hess., y Apovian, C. (2021). Approach to the patient:

Management of the post-bariatric surgery patient with weight regain. *The Journal of*

*Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(1), 251-263.

<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa702>

Ivezaj, V., Carr, M., Brode, C., Sysko, R., Williams-Kerver, G., et al. (2021) Disordered eating

following bariatric surgery: a review of measurement and conceptual considerations.

*Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(8), 1510-1520.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.03.008>.

Ivezaj, V., Stoeckel, L., Avena, N., Benoit, S., Consaon, A., et al. (2017). Obesity and addiction:

can a complication of surgery help us understand the connection? *Obesity Reviews*, 18(7),

765-775. <https://doi.org/10.1111/obr.12542>

Ivezaj, V., Wiedemann, A., Grilo, C. (2017). Food addiction and bariatric surgery: a systematic

review of the literature. *Obesity Reviews*, 18(12), 1386-1398.

<https://doi.org/10.1111/obr.12600>

- Ivezaj, V., y Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116-1140. <https://doi.org/10.1111/obr.12685>
- Izquierdo-Coronel, D., Izquierdo-Coronel, S., Gualpa-Méndez, M., y Argudo Vázquez, D. (2020). Sobrepeso/obesidad, adiposidad central como factores de riesgo cardiometabólico. *Recimundo*, 4(4), 62-72. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020)
- Järholm, K., Olbers, T., y Engström, M. (2021). Patients' views of long-term results of bariatric surgery for super-obesity: sustained effects, but continuing struggles. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(6), 1152-1164. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.02.024>
- Jenaabadi, H., Ali-Ahani, M., y Sabaghi, F. (2015). Examining the relationship of optimism and emotion regulation strategies with general health among students of University of Sistan and Baluchestan. *Health*, 7(7), 865-872. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.77102>
- Jones, J., Kauffman, B., Rosenfield, D., Smits, J., y Zvolensky, M. (2019). Emotion dysregulation and body mass index: The explanatory role of emotional eating among adult smokers. *Eating Behaviors*, 33, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.003>
- Juarascio, A., Parker, M., Manasse, S., Barney, J., Wyckoff, E., y Dochat, C. (2020). An exploratory component analysis of emotion regulation strategies for improving emotion regulation and emotional eating. *Appetite*, 150, 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104634>

- Jumbe, S., Hamlet, C., y Meyrick, J. (2017). Psychological aspects of bariatric surgery as a treatment for obesity. *Current Obesity Reports*, 6(1), 71-78. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0242-2>
- Kakoschke, N., Kemps, E., y Tiggemann, M. (2015). External eating mediates the relationship between impulsivity and unhealthy food intake. *Physiology & Behavior*, 147, 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.030>
- Kalarchian, M., Wilson, G., Brolin, R., y Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 4(1), 1-5. <https://doi.org/10.1007/BF03376581>
- Kaufer-Horwitz, M., y Pérez, J. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina* 10(26), 147-175. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
- Keller, C., y Siegrist, M. (2014). Successful and unsuccessful restrained eating. Does dispositional self-control matter? *Appetite*, 74(1), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.11.019>
- Kheirollahpour, M., Danaee, M., Merican, A., y Shariff, A. (2020). Prediction of the Influential Factors on Eating Behaviors: A Hybrid Model of Structural Equation Modelling-Artificial Neural Networks. *Scientific World Journal*, 4194294. <https://doi.org/10.1155/2020/4194293>
- Kidd, C., Loxton, N., Uhlmann, L., y Donovan, C. (2024). Motivational processes contributing to disturbances in women's body image and eating. *Eating Behaviors*, 52, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101826>

- King, W., Belle, S., Hinerman, A., Mitchell, J., Steffen, K., y Courcoulas, A. (2020). Patient Behaviors and Characteristics Related to Weight Regain After Roux-en-Y Gastric Bypass: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Annals of surgery*, 272(6), 1044–1052. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003281>
- Klapsas, M., y Hindle, A. (2023). Patients' Pre and Post-Bariatric Surgery Experience of Dieting Behaviours: Implications for Early Intervention. *Obesity Surgery*, 33, 2702-2710. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06689-x>
- Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., y Brytek-Matera, A. (2021). Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders*, 26, 273-285. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00857-z>
- Kubik, J., Gill, R., Laffin, M., y Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*, 1, 1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>
- Kukk, K., y Akkermann, K. (2020). Emotion regulation difficulties and dietary restraint independently predict binge eating among men. *Eating and weight disorders*, 25(6), 1553-1560. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00791-9>
- Kupeli, N., Norton, S., Chilcot, J., Campbell, C., Schmidt, U., y Troop, N. (2017). Affect systems, changes in body mass index, disordered eating and stress: an 18-month longitudinal study in women. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 5(1), 214-228. <https://doi.org/10.1080/21642850.2017.1316667>

- Laguado, E., y Gómez, M. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoción de salud*, 19(1), 68-83. ISSN-0121-7577
- Latorre, P., López, R., Izquierdo, T., y García, F. (2018). La satisfacción corporal en adultos españoles, Influencia del sexo, edad y estado ponderal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 47(2), 83-94. <http://dx.doi.org/10.21865/RIDEP47.2.06>
- Lauren, A. D., Sijercic, I., y Cassin, S. (2020). Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review. *Obesity Reviews*, 21(4), 1-23. <https://doi.org/10.1111/obr.12926>
- Lavender, J., King, W., Kalarchian, M., Devlin, M., Hinerman, A., Gunstad, J., Marcus, M., y Mitchell, J. (2020). Examining emotion-, personality-, and reward-related dispositional tendencies in relation to eating pathology and weight change over seven years in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) study. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.014>
- Leal, L., Mellado, S., Díaz-Castrillón, F., y Cruzat- Mandich, C. (2017). Body image of women with type I obesity after 2–5 years of subtotal gastrectomy vertical. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 151-160. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.002>
- Lecaros, J., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., y Moore, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los

pacientes. *Nutrición hospitalaria*, 31(4), 1504-1512.

<https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8515>

Lecaros, J., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., y Moore, C. (2015). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista chilena neuro-psiquiátrica*, 53(2), 77-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200002>

Lee, J., Kosterman, R., Jones, T., Herrenkohl, T., Rhew, I., Catalano, R., y Hawkins, J. (2016). Mechanisms linking high school graduation to health disparities in young adulthood: a longitudinal analysis of the role of health behaviours, psychosocial stressors, and health insurance. *Public Health*, 139, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.010>

Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., y Herpertz, S. (2020). Body Image and Body Avoidance Nine Years After Bariatric Surgery and Conventional Weight Loss Treatment. *Frontiers in Psychiatry* 10, 945. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00945>

Leiva, M., Cruz, M., Díaz, P., Barros, C., Assadi, V., Cortés, S., Montt, D., Marín, L., Bobadilla, C., y Fuchs, K. (2020). Manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica. Consenso Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 518-527. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400518>

León, T., Zumaeta, A., y Ruiz, S. (2017). La compleja relación entre la salud mental y la cirugía para la obesidad: una revisión. *Revista chilena de cirugía*, 69(2), 174-180. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.001>

Li, H., Zhou, W., Li, X., Wang, D., Wu, S., Su, Y., et al. (2025). “Not Hungry, Yet Always Wanting To Eat”: Perceptions and Experiences of Grazing Behavior in Post-Metabolic and Bariatric Surgery Patients - A Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 35, 5452-5461. <https://doi.org/10.1007/s11695-025-08375-6>.

- Li, Y., Shan, X., Kang, X., Chu, X., Chen, X., et al. (2025). Changes in dietary nutrient intake at 6 and 12 months following bariatric surgery in a Chinese observational cohort. *Scientific reports*, 15, 33998. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-13350-3>
- Lier, H., Aastrom, S., y Rørtveit, K. (2015). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 25(3-4), 322-331. <https://doi.10.1111/jocn.13049>
- Lin, S., Li, C., Guan, W., y Liang, H. (2021). Three-Year Outcomes of Sleeve Gastrectomy Plus Jejunojejunal Bypass: a Retrospective Case-Matched Study with Sleeve Gastrectomy and Gastric Bypass in Chinese Patients with BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>. *Obesity Surgery*, 31(8), 3525-3530. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05411-z>
- Lingvay, I., Cohen, R., le Roux, C., y Sumithran, P. (2024). Obesity in adults. *Lancet*, 404, 972-987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01210-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01210-8)
- Liu, X., Hanseman, D., Champagne, C., Bray, G., Qi, L., Williamson, D., Anton, S., Sacks, F., y Tong, J. (2020). Predicting weight loss using psychological and behavioral factors: the pounds lost trial. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(4), 1274-1283. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz236>
- Longo, M. (2016). Types of body representation. In J, Coello y M, Fischer (Eds), *Foundations of embodied cognition: Perceptual and emotional embodiment* (págs. 117-134). London: Routledge.

- Lopes, K., Romagna, E., Ferrazani, D., y Kraemer-Aguiar, L. (2024). Disordered Eating Behaviors and Weight Regain in Post-Bariatric Patients. *Nutrients*, 16(23), 4250. <https://doi.org/10.3390/nu16234250>
- Lynch, A. (2016). "When the honeymoon is over, the real work begins:" Gastric bypass patients' weight loss trajectories and dietary change experiences. *Social Science & Medicine*, 151, 241-2449. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.024>
- Lynch, A., Kozak, A., y Zalesin, K. (2022). "The stomach I have now has a brain connection:" changes in experiences of hunger and fullness following bariatric surgery. *Appetite*, 179, 106271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106271>
- Maciejewski, M., Arterhurn, M., Scoyoc, L., Smith, V., Yancy, W., Weidenbacher, H., Livingston, E., y Olsen, M. (2016). Bariatric Surgery and Long-term Durability of Weight Loss. *JAMA surgery*, 151(11), 1046-1055. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2317>
- Magdaleno, R., Chaim, E., Pareja, J., y Turato, E. (2011). The psychology of bariatric patient: What replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*, 21(3), 336-339. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9824-8>
- Magro, D., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B., Callejas, F., y Pareja, J. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18(6), 48-51. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9265-1>
- Makarawung, D., Monpellier, V., van den Brink, F., Woertman, L., Zijlstra, H., et al. (2020). Body Image as a Potential Motivator for Bariatric Surgery: A Case-Control Study. *Obesity Surgery*, 30(10), 3768-3775. <https://doi:10.1007/s11695-020-04685-z>

- Maldonado, C., y Nazar, G. (2021). Autocompasión como moderador entre apreciación corporal y estilos de alimentación en mujeres adultas emergentes. *Terapia Psicológica*, 39(1), 63-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000100063>
- Mallaram, G., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., y Pavuluru, P. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: a cross-sectional study among female medical students. *Journal of Eating Disorders*, 11(22), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
- Mallorquí-Bagué, N., Vitró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Múrcia, S., Menchón, J., Treasure, J., y Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53-61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>
- Maluenda, F., Csendes, A., Lanzarini, E., Davanzo, C., et al. (2022). *Cirugía bariátrica: Selección y estudio preoperatorio*. Adaptación de la guía de práctica clínica (Coalición Chilena para el Estudio de la Obesidad) Basado en: Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Bariatric Surgery: Selection & Pre-Operative Workup. Disponible en <https://guiasobesidadchile.com/preope/>
- Marín-Leal, L., Cortés-Mellado, S., Díaz-Castrillón, A., y Cruzat-Mandich, C. (2017). Imagen corporal de mujeres con obesidad tipo I tras 2-5 años de una gastrectomía subtotal vertical. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 151-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.002>

- Martínez, J., y Sánchez, J. (2021). Emotional regulation and obesity: A psychobiological approach. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 26-38. <https://doi.org/10.32870/jbf.v1i1.13>
- Mauro, M., Papelbaum, M., Alves, M., Ivar, J., et al. (2024). Mental health and weight regain after bariatric surgery: associations between weight regain and psychiatric and eating-related comorbidities. *Archives of endocrinology metabolism*, 12(68), e230208. <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2023-0208>
- Maxim, M., Soroceanu, R., Vlasceanu, V., Platon, R., y Toader, M. (2025). Dietary Habits, Obesity, and Bariatric Surgery: A Review of Impact and Interventions. *Nutrients*, 17, 474. <https://doi.org/10.3390/nu17030474>
- McCrory, M., Burke, A., y Roberts, S. (2012). Dietary (sensory) variety and energy balance. *Physiology and Behavior*, 107(4), 576-583. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2012.06.012>
- Meadows, A., y Higgs, S. (2019). Internalised Weight Stigma Moderates the Impact of a Stigmatising Prime on Eating in the Absence of Hunger in Higher- but Not Lower-Weight Individuals. *Frontiers in Psychology*, 10, 1022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01022>
- Medina-Gómez, M., Martínez-Martín, M., Escolar-Llamazares, M., González-Alonso, Y., y Mercado-Val, E. (2019). Ansiedad e insatisfacción corporal en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 13-30. <https://doi.org/10.14718/ACP.2019.22.1.2>
- Mejía-Montilla, J., Reyna-Villasmil, N., Bravo-Henríquez, A., Fernández-Ramírez, A., Reyna-Villasmil, E. (2021). Consecuencias emocionales y alternativas de intervención psicológica en sujetos con obesidad. *Avances en Biomedicina*, 10(1), 15-23. ISSN: 2477-9369

- Mendia, J., Pascual, A., y Conejero, S. (2022). Diferencias de género en variables asociadas a los trastornos alimentarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2), 103-111. <https://doi.org/10.5944/rppc.30998>
- Mento, C., Silvestri, M., Anna, M., Rizzo, A., Celebre, L., Cedro, C., Zoccali, R., et al. (2022). The role of body image in obeses identify changes post bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders*, 27, 1269-1278. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w>
- Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenbergg, J., Georgii, C., Naab, S., Voderholzer, U., y Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2), 175–191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Meyer, L., y Leppma, M. (2018). The Role of Mindfulness, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Eating Disorder Symptoms Among College Students. *Journal of College Counseling*, 22(3), 211-224. <https://doi.org/10.1002/jocc.12138>
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G., Pecoraro, G., Pasanisi, F., Rossetti, G., y Galletta, D. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0275-7>
- Ministerio de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados*. Subsecretaría de Salud Pública, 5-61. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)

- Ministerio de Salud. (2022). *Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile*. Hacia un futuro más sano: Evaluación y recomendaciones <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisión-OCDE-de-Salud-Pública-Chile-Evaluación-y-recomendaciones.pdf>
- Mitchell, E., Christian, N., Flum, R., Pomp, A., Walter, J., et al. (2016). Postoperative behavioral variables and weight change 3 years after bariatric surgery. *JAMA surgery*, *151*(8), 752-757. <https://doi.10.1001/jamasurg.2016.0395>
- Molin-Netto, B., Earthman, C., Farias, G., Landi-Masqui, D., Grotti-Clemente, A., Peixoto, P., Bettini, S., et al. (2017). Eating patterns and food choice as determinant of weight loss and improvement of metabolic profile after RYGB. *Nutrition*, *33*, 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2016.05.007>
- Monpellier, V., Janssen, I., Antoniou, E., y Jansen, A. (2019). Weight Change After Roux-en Y Gastric Bypass, Physical Activity and Eating Style: Is There a Relationship? *Obesity Surgery*, *29*, 526-533. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3560-x>
- Monsalve, K. (2023). El impacto psicológico de la cirugía bariátrica en pacientes obesos postoperados. *Revista arbitrada*, *1*(2), 55-83.
- Monteleone, A., Cascino, G., Salerno, L., Albano, G., Barone, E., Cardi, V., y Coco, G. (2023). The interplay between emotion regulation, interpersonal problems and eating symptoms in individuals with obesity: A network analysis study. *Journal of Affective Disorders*, *324*, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.056>

- Montt, D. (2012). Evaluación de salud mental: objetivos, metodología, indicaciones, check list. *En Burdiles, P., Csendes, A., Guzmán, S., y Awad, W. (Eds.). Obesidad y cirugía bariátrica* (págs. 116-125).
- Montt, D., Koppmann, A., y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282-288.
- Moreno-Vargas, S., y Guanuchi-Quito, F. (2024). Factores de riesgo que generen ganancia de peso en pacientes post-cirugía bariátrica. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 8(16), 20-35. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4029>
- Morken, I., Røysamb, E., Nilsen, W., y Karevold, E. (2019). Body dissatisfaction and depressive symptoms on the threshold to adolescence: Examining gender differences in depressive symptoms and the impact of social support. *The Journal of Early Adolescence*, 39(6), 814-838. <https://doi.org/10.1177/0272431618791280>
- Morse, J., Barret, M., Mayan, K., y Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-20.
- Moustakas, C. (1994). Phenomenological research methods. In Moustakas, C. *Phenomenological research methods* (págs. 43-50). Thousand Oaks: Sage Publication <https://doi.org/10.4135/9781412995658>
- Muharrani, N., Kusdinar, E., y Sudiarti, T. (2017). Effects of restrained, external, and emotional eating styles on weight gain among female students at faculty of public health, Universitas Indonesia. *KnE Life Science*, 4(1), 8-17. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i1.1361>

- Muñoz, R., y Sepúlveda, M., Canales, C., y Boza, C (2022). Cirugía bariátrica: Opciones quirúrgicas y resultados. *Adaptación de la guía de práctica clínica (Coalición chilena para el estudio de la obesidad, version 1)*. Disponible en: [www.guiasobesidadchile.com/opcionesquirurgicas](http://www.guiasobesidadchile.com/opcionesquirurgicas)
- Nandrino, J., Grynberg, D., Gandolphe, M., Willem, C., Benaisa, K., Van de maele, J., Taccoen, A., Verkindft, H., y Pattou, F. (2020). Decreased emotional eating behavior is associated with greater excess weight loss five years after gastric banding. *Appetite*, 149, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104620>
- Nascimento, J., Cauduro, R., Dos Santos, G., Vargas, S., Figueiredo, C., Leal de Menezes, R., et al. (2022). Cardiometabolic effects of early v. delayed time-restricted eating plus energetic restriction in adults with overweight and obesity: an exploratory randomised clinical trial. *The British journal of nutrition*, 26, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0007114522001581>
- Nicholls, W., Devonport, T., y Blake, M. (2016). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Reviews*, 17(1), 30-42. <https://doi.org/10.1111/obr.12329>
- Nielsen, M., Christensen, B., Schmidt, J., Taeker, L., Holm, L., Lunn, S., Ritz, C., Wewer, N., Juul, J., Schnurr, T., Hansen, T., et al. (2020). Predictors of weight loss after bariatric surgery— a cross-disciplinary approach combining physiological, social, and psychological measures. *International Journal of Obesity*, 44, 2291-2302. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0576-9>
- Nieto-Ortiz, D., y Nieto-Mendoza, I. (2020). Percepción de la imagen corporal en universitarias de la ciudad de Barranquilla, Colombia: un estudio descriptivo-transversal. *Revista de*

*investigación mujer, salud y sociedad*, 5(2), 77-92.

<https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num2.5>

Olguín, P., Carvajal, D., y Fuentes, M. (2014). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447. <https://doi.org/100.4067/S0718-40262015000400016>

Opolski, M., Chur-Hansern, A., y Wittert, G. (2015). The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 5(4), 165-197. <https://doi.10.1111/cob.12104>

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2022). Informe sobre la situación mundial de la actividad física 2022: resumen ejecutivo <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240060449>

Ouwens, M., Cebolla, A., y van Strien, T. (2012). Eating style, television viewing and snacking in pre-adolescent children. *Nutrición hospitalaria*, 27(4), 1072-1078. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5805>

Pacheco-Sánchez, D., Pinto, P., y Asensio, E. (2019). Actualización en cirugía bariátrica/metabólica. *Nutrición Clínica en Medicina*, 23(2), 113-127. <http://doi.org/10.7400/NCM.2019.13.2.5077>

Palacios-Meneses, B., Bak-Geller, S., Jiménez-Mendoza, A., y Hernández-Corral, S. (2025). Imagen corporal en adultos sometidos a cirugía bariátrica: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 15(2), 261-276. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2025.2.846>

Palmeira, C., Silva, L., Barreto, S., y Carneiro, F. (2020). Stigma perceived by overweight women. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0321>

- Palmeira, L., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, J. (2018). The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: the mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders*, 23(6), 785-796. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0540-z>
- Palomino-Pérez, A. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 286-291. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Pandolfi, E., Sacripante, R., y Cardini, F. (2016). Food-Induced Emotional Resonance Improves Emotion Recognition. *Plos One*, 11(12), e0167462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167462>
- Paredes, D., Muñoz, R., y Lamoza, P. (2024). Mecanismos de pago en salud: resultado de ejecución del pago asociado a diagnóstico en cirugía bariátrica en su primer año de implementación en Chile. *Revista médica revisada por pares*, 24(1), 1-12. <https://10.5867/medwave.2024.02.2762>
- Paredes, K., Díaz-Reséndiz, F., y Díaz, M. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina*, 19(2), 303-312. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3283.2019>
- Parent, M., y Alquist, J. (2016). Born Fat: The Relations Between Weight Changeability Beliefs and Health Behaviors and Physical Health. *Health Educ Behav*, 43(3), 337-346. <https://doi.org/10.1177/1090198115602266>
- Parretti, H., Hughes, C., y Jones, L. (2019). The rollercoaster of follow-up care' after bariatric surgery: a rapid review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews*, 20(1), 88-107. <https://doi.org/10.1111/obr.12764>

- Parsons, M., y Clemens, J. (2023). Eating disorders among bariatric surgery patients. The chicken or the egg? *Journal of the American Academy of Pas*, 36(11), 1-5. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000979532.00697.1a>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, C., Baingana, F., Bolton, P., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Pearl, R., Wadden, T., Walton, K., Allison, K., Tronieri, J., y Williams, N. (2019). Health and appearance: Factors motivating the decision to seek bariatric surgery. *Surgery for Obesity Related Diseases*, 15(4), 636-642. <https://doi:10.1016/j.soard.2019.01.015>
- Peinado, J., Blanco, H., Ornelas, M., Aguirre, S., y Solano-Pinto, N. (2021). El papel de variables biopsicosociales en la predicción del factor comportamental de la insatisfacción corporal. Un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 59(2), 63-75. <https://doi.org/10.21865/RIDEP59.2.05>
- Perdue, T., y Neil, J. (2020). “Shopping for a new body”: descriptions of bariatric post-operative adjustment. *Eating and Weight Disorders*, 25(6), 1499-1505. <https://doi:10.1007/s40519-019-00783-9>
- Pereira, S., Guimarães, M., y Monteiro, M. (2023). Towards precision medicine in bariatric surgery prescription. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 24, 961-977. <https://doi.org/10.1007/s11154-023-09801-9>
- Pérez, J., Blanco, H., Ornelas, M., Aguirre, S., y Solano-Pinto, N. (2021). El papel de Variables Biopsicosociales en la Predicción del Factor Comportamental de la Insatisfacción

- Corporal. Un Modelo de Ecuaciones Estructurales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 59(2), 63-75. <https://doi.org/10.21865/ridep59.2.05>
- Pérez, J., Gastañaduy, M., y Basanta, R. (2020). Evaluación psicológica postcirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 43-53. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2916>
- Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Villagrán, M., Ulloa, N., Nazar, G., Troncoso-Pantoja., et al. (2020). Desde una mirada global al contexto chileno: ¿Qué factores han repercutido en el desarrollo de obesidad en Chile? (Parte 1). *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 299-306. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200299>
- Pinto-Bastos, A., de Lourdes, M., Brandão, I., Machado, P., y Conceição, E. (2019). Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surgery For Obesity and Related Diseases*, 15(7), 1104-1112. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2019.04.018>
- Polivy, J., Heatherton, T., y Herman, C. (1998). Self-esteem, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 354–356. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.3.354>
- Polivy, J., y Herman, C. (1985). Dieting and bingeing, a causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.2.193>
- Polivy, J., y Herman, C. (2017). Restrained Eating and Food Cues: Recent Findings and Conclusions. *Current Obesity Reports*, 6(1), 79-85. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0243-1>

- Polk, S., Schulte, E., Furman, C., y Gearhardt, A. (2017). Wanting and liking: separable components in problematic eating behavior? *Appetite*, *115*, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.015>
- Porras-García, B., Ferrer-García, M., Yilmaz, L., Sen, Y., Olszewska, A., Ghita, A., Serrano-Troncoso, E., Treasure, J., y Gutiérrez-Maldonado, J. (2020). Body-related attentional bias as mediator of the relationship between body mass index and body dissatisfaction. *Eating Disorders Review*, *28*(4), 454-464. <https://doi.org/10.1002/erv.2730>
- Proczko, M., Postrozny, D., Szymański, M., Powels, S., Major, P., y Stepaniak, P. (2022). Evolution of the body image perception of people with obesity on the pathway from bariatric surgery to body contouring lift surgery. *Journal of Plastic*, *75*, 860-869. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.06.013>
- Quevedo, Y., Kirsten, K., Ponce de León, C., y Fernández, A. (2015). Cambio en el patrón de consumo de sustancias posterior a cirugía bariátrica: presentación de un caso clínico. *Revista médica de Chile*, *143*, 116-119.
- Rajan, T., y Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of postgraduate medicine*, *63*(3), 182-190. [https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM\\_712\\_16](https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_712_16)
- Regan J., Inabnet W., Gagner M., y Pomp, A. (2003). Early Experience with Two-Stage Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass as an Alternative in the Super-Super Obese Patient. *Obesity Surgery*, *13*(6), 861-874. <http://doi:10.1381/096089203322618669>

- Risica, P., Nelson, T., Kumanyika, S., Camacho, K., Bove, G., Odoms-Young, A., y Gans, K. (2021). Emotional eating predicts weight regain among black women in the SisterTalk Intervention. *Obesity*, 29(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.23045>
- Robinson, E., Roberts, C., Vainik, U., y Jones, A. (2020). The psychology of obesity: An umbrella review and evidence-based map of the psychological correlates of heavier body weight. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119, 468-480. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.009>
- Rodrigues, T., Porto, A., Mendes, L., Gomes, F., Araujo, L., y Matozinhos, F. (2020). Calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica: estudio transversal. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 58, 305- 318. <https://doi.org/10.6018/eglobal.362191>
- Rodríguez, G., Gempeler, M., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., y Pérez, V. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>
- Roehrig, M., Masheb, R., White, M., Rothschild, B., et al. (2019). Chronic dieting among extremely obese bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 19(8), 1116-1123. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9865-z>
- Rogers, A., Bakhshaie, J., Viana, A., Manning, K., Mayorga, N., Garey, L., et al. (2018). Emotion dysregulation and smoking among treatment-seeking smokers. *Addictive Behaviors*, 79, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.025>
- Rojas-Gómez, D., Giacometto, M., Olmos, C., Arias, V., Muñoz-Carvajal, Y., Pérez-Leighton, C., Núñez-Palma, C., y Rojas, R. (2018). Comportamiento hacia los alimentos y su asociación

- con el estado nutricional y la actividad física en una población general chilena. *Nutrición Hospitalaria*, 35(6), 1316-1323. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1805>
- Rosales, A., Mendoza, L., y Miñambres, I. (2024). Estrategias para la prevención y el tratamiento no farmacológico de la obesidad. Modelos de atención. *Atención Primaria*, 56(11), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102978>
- Rosales, E., Díaz, C., Valenzuela, E., Gutiérrez, Y., Baier, B., Molina-Márquez, I., y Hernández-Mosquera, C. (2023). Autopercepción e insatisfacción de la imagen corporal con relación al IMC y porcentaje de grasa entre hombres y mujeres estudiantes universitarios chilenos. *Movimiento Humano y Salud*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.15359/mhs.20-1.8>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., y McCaffrey, T. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19-40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Ruíz-Moreno, M., Berrocal-Montiel, C., y Valero-Aguayo, L. (2002) Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Revista Psicothema*, 14(3), 577-582.
- Ruíz, J. (2012). La construcción del texto cualitativo. En Ruíz, J. *Metodología de la investigación cualitativa* (págs. 165-189). 5ta Ed. Bilbao: Deusto.
- Ruíz, J. (2012). La oportunidad de investigar cualitativamente. En Ruíz, J. *Metodología de la investigación cualitativa* (págs. 51-83). 5ta Ed. Bilbao: Deusto.
- Saccaro, L., Rutigliano, G., Landi, P., Spera, M., Kraslavski, A., Zappa, M., y Mencacci, C. (2023). Emotional Regulation Unferlies Gender Differences in Pathological Eating Behavior Styles of Bariatric Surgery Candidates, *Women*, 3(2), 189-199. <https://doi.org/10.3390/women3020015>

- Sahlan, R., Saunders, J., Mond, J., y Fitzsimmons-Craft, E. (2020). Eating disorder symptoms among adolescent boys and girls in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 19-23. <https://doi.org/10.1002/eat.23420>
- Sainsbury, K., Evans, E., Pedersen, S., Marques, M., Teixeira, P., Lähteenmäki, L., et al. (2019). Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eating and Weight Disorders*, 24, 351-361. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0487-0>
- Salminen, P., Helmiö, M., Ovaska, J., et al. (2018). Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass on weight loss at 5 years among patients with morbid obesity: the SLEEVEPASS randomized clinical trial. *JAMA*, 319(3), 241-319. <https://doi.10.1001/jama.2017.20313>
- Sambal, H., Bohon, C., y Weinbach, N. (2021). The effect of mood on food versus non-food interference among females who are high and low on emotional eating. *Journal of eating disorders*, 9(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00497-3>
- Sánchez-Bizama, J., Oda-Montecinos, C., Cova, F., Hemmelmann, K., Betancourt, I., y Beyle, C. (2020). Estilos de ingesta de estudiantes universitarios chilenos: ¿qué hay de nuevo?. *Nutrición Hospitalaria*, 37(4), 807-813. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02656>
- Sánchez-Miguel, P., Pulido, J., Sánchez-Oliva, D., Alonso, D., y Leo, F. (2019). The importance of body satisfaction to physical self-concept and body mass index in Spanish adolescents. *International Journal of Psychology*, 54(4), 521-529. <https://doi.org/10.1002/ijop.12488>
- Sánchez-Piedrahita, L., Castañeda-Avilés, E., y Nuñez-Gómez, N. (2018). Calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Salud Uninorte*, 34(3), 625-632. ISSN 0120-5552

- Sarwer, D., Allison, K., Wadden, T., Ashare, R., Spitzer, J., McCuen-Wurst, C., LaGrotte, C., Williams, N., Edwards, M., Tewksbury, C., y Wu, J. (2019). Psychopathology, Disordered Eating, and Impulsivity as Predictors of Outcomes of Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(4), 650-655. <https://doi.org.10.1016/j.soard.2019.01.029>
- Sarwer, D., y Polensky, H. (2016). Body Image and Body Contouring Procedures. *Aesthetic Surgery Journal*, 36(9), 1039-1047. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw127>
- Schäfer, L., Hübner, C., Carus, T., Herbig, B., Seyfried, F., Kaiser, S., Dietrich, A., y Hilbert, A. (2019). Pre-and Postbariatric Subtypes and Their Predictive Value for Health-Related Outcomes Measured 3 Years After Surgery. *Obesity Surgery*, 29, 230-238. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3524-1>
- Schaumberg, K., Anderson, D., Anderson, L., Reilly, E., y Gorrel, S. (2016). Dietary restraint, wight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*, 6(2), 89-100. <https://doi.org/10.1111/cob.12134>
- Schaumberg, K., y Anderson, D. (2016). Dietary restraint and weight loss as risk factors for eating pathology. *Eating Behaviors*, 23, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.009>
- Schilder, P. (1935). The image and appearance of the human body. Oxford, England: Kegan Paul.
- Silva, D., Ferriani, L., y Viana, M. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista de Asociación Médica Brasileña*, 65(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>

- Silva, J. (2008). Sobrealimentación inducida por la ansiedad, parte II: Un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *Terapia Psicológica*, 26(1), 99-115. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100009>
- Silva, L., Tucan, A., Rodrigues, E., Del Ré, P., Sanches, P., y Bresan, D. (2019). Dissatisfaction about body image and associated factors: a study of young undergraduate students. *Einstein*, 17(4), 1-7. [http://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019AO4642](http://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4642)
- Simonds, S., Pryor, J., y Cowley, M. (2018). Repeated weight cycling in obese mice causes increased appetite and glucose intolerance. *Physiology & Behavior*, 194, 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.05.026>
- Smith, K., Orcutt, M., Steffen, K., Crosby, R., Cao, L., et al. (2019). Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 29, 1773-1780. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03791-x>
- Smithson, E., y Hill, A. (2017). It is not how much you crave but what you do with it that counts: behavioural responses to food craving during weight management. *European journal of clinical nutrition*, 71(5), 625-630. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.235>
- Snoek, H., Engels, R., van Strien, T., y Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, 67(1), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.014>
- Snoek, H., van Strien, T., Jassens, J., y Engels, R. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23-32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x>

- Solmi, M., Köhler, C., Stubbs, B., Koyanagi, A., Bortolato, B., Monaco, F., Vancampfort, D., Machado, M., Maes, M., Tzoulaki, I., Firth, J., Loannidis, J., y Carvalho, A. (2018). Environmental risk factors and nonpharmacological and nonsurgical interventions for obesity: An umbrella review of meta-analyses of cohort studies and randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Investigation*, 48(12), e12982. <https://doi.org/10.1111/eci.12982>
- Solomon-Krakus, S., Uliaszek, A., y Sabiston, C. (2022). General and body-related self-conscious emotions predict facets of restrictive eating in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 45, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104820>
- Spirou, D., Raman, J., y Smith, E. (2020). Psychological outcomes following surgical and endoscopic bariatric procedures: A systematic review. *Obesity Reviews*, 21(6), 1-24. <https://doi.org/10.1111/obr.12998>
- Steward, T., Picó-Pérez, M., Mestre-Bach, G., Martínez-Zalacaín, I., Suñol, M., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Formoso, J. A., Vilarrasa, N., et al. (2019). A multimodal MRI study of the neural mechanisms of emotion regulation impairment in women with obesity. *Translational Psychiatry*, 9(1), 194-213. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0533-3>
- Subramaniam, K., Low, W., Lau, P., Chin, K., Chinna, K., Ritza, N., Mohammed, M., y Rajan, R. (2018). Eating Behaviour Predicts Weight Loss Six Months after Bariatric Surgery: A Longitudinal Study. *Nutrients*, 10(11), 2-13. <https://doi.org/10.3390/nu10111616>
- Sultson, H., Kukk, K., y Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the

Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite*, 116, 423-430.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.035>

Sultson, H., y Akkermann, K. (2019). Investigating phenotypes of emotional eating based on weight categories: A latent profile analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1024-1034. <https://doi.org/10.1002/eat.23119>

Syn, N., Cummings, D., Wang, L., Lin, D., Zhao, J., Loh, M., et al. (2021). Association of metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *Lancet*, 397(10287), 1830-1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00591-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00591-2)

Taba, J., Santos, V., Moraes, W., Ryuchi, L., Hsing, W., Oliveira, M., et al. (2021). The development of laparoscopic skills using virtual reality simulations: A systematic review. *PLoS One*, 16(6), e0252609. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0252609>

Tabesh, M., Eghtesadi, M., Abolhasani, M., Maleklou, F., et al. (2023). Nutrition, Physical Activity, and Prescription of Supplements in Pre- and Post-Bariatric Surgery Patients: An Updated Comprehensive Practical Guideline. *Obesity Surgery*, 33, 2557-2572. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06703-2>

Terrazas-Romero, M., Flores-Boyso, G., Zenil-Magaña, N., Landa-Ramírez, E., y Reséndiz-Barragán, A. (2018). Estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés y su relación con el nivel de obesidad y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Gaceta Médica de México*, 154(5), 569-574. <https://doi.org/10.24875/GMM.18004175>

- Thanos, P., Gold, M., Blum, K., Badgaiyan, R., y Avena, N. (2021). Bariatric surgery: Potencial post-operative heightened sensitivity to substances o behaviors. *Journal of systems and integrative neuroscience*, 8(1). PMID: PMC9367099.
- Thomas-Lange, J. (2023). Sobrepeso y obesidad en Chile: Consideraciones para su abordaje en un contexto de inequidad social. *Revista Chilena de nutrición*, 50(4), 457-463. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182023000400457>.
- Thompson, R. (2019). Emotion dysregulation: a theme in search of definition. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805-815. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>
- Timasheva, Y., Blakhiyarova, Z., Avzaletdinova, D., Morugova, T., Korytina, G., Nouwen, A., Prokopenko, I., y Kochetova, O. (2024). Mendelian Randomization Analysis Identifies Inverse Causal Relationship between External Eating and Metabolic Phenotypes. *Nutrients*, 16(8), 1166. <https://doi.org/10.3390/nu16081166>
- Tolvanen, L., Svensson, Å., Hemmingssons, E., Christenson, A., y Trolle, Y. (2021). Perceived and Preferred Social Support in Patients Experiencing Weight Regain After Bariatric Surgery-a Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 31, 1256-1264. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05128-5>
- Treasure, J., Hübel, C., y Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20935>

- Tylka, T., y Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image, 14*, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Uchôa, A., Uchôa, N., Daniele, T., Lustosa, R., Garrido, N., Deana, N., Aranha, A., y Alvez, N. (2019). Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in adolescents of developing eating disorders. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(9), 1508-1512. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091508>
- Ugarte, C., Quiñones, A., y Vicente, B. (2019). Recuperación de peso perdido en pacientes que han tenido cirugía bariátrica: Una mirada psicológica. *Revista Médica De Chile, 147*(11), 1390-1397. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001101390>
- Umaña, J., Escaffi, M., Lehmann., et al. (2017). Evaluación psiquiátrica en cirugía bariátrica: Estudios LABS y el Ciclo de Gartner. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(6), 901-913. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.005>
- Valenzuela, M., Gallegos, L., Baca, L., López, H., y Rico, F. (2021). Estrés académico en universitarios y la práctica de ejercicio físico-deportivo. *Revista Publicando, 8*(28), 1-8. <https://doi.org/10.51528/rp.vol8.id2175>
- van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current diabetes reports, 18*(6), 35. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
- van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutierrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Botella, C., y Baños, R. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite, 66*, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>

- van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., y Defares, G. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198602\)5:2%3C295::aid-eat2260050209%3E3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198602)5:2%3C295::aid-eat2260050209%3E3.0.co;2-t)
- van Strien, T., Herman, C., Anschutz, D., y Engels, R. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.10.005>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J., y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Vázquez-Vázquez, V., Bosques-Brugada, L., Guzmán-Saldaña, R., Romero-Palencia, A., Reyes-Jarquín, K., y Franco-Paredes, K. (2019). Revisión del constructo y fundamentos teóricos de la alimentación emocional. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del Icsa*, 8(15), 255-263. <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i15.4802>
- Veilleux, J., Skinner, K., y Pollert, G. (2018). Examining the effect of cue exposure and introspective responses to cues on impulsivity in restrained and unrestrained eaters. *Eating Behaviors*, 31, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.09.001>
- Villegas-Moreno, M., y Londoño-Pérez, C. (2021). Modelo predictivo de insatisfacción con la imagen corporal. En Londoño-Pérez, C., y Peña-Sarmiento, M. (Eds.). *Perspectivas de*

*investigación psicológica: aportes a la comprensión e intervención de problemas sociales* (pp. 133-157). Bogotá: Editorial Universidad Católica de Colombia.

Wang, S., Haynos, A., Wall, M., Chen, C., Eisenberg, M., y Neumark-Sztainer, D. (2019). Fifteen-year prevalence, trajectories, and predictors of Body Dissatisfaction from adolescence to middle adulthood. *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1403-1415.

<https://doi.org/10.1177/2167702619859331>

Watson, C., Riazi, A., y Ratcliffe, D. (2020). Exploring the Experiences of Women Who Develop Restrictive Eating Behaviours After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 30, 2131-2139.

<https://doi.org/10.1007/s11695-020-04424-4>

Watson, D., Levin-Aspenson, H., Waszczuk, M., Conway, C., Dalgleish, T., Dretsch, M., Eaton, N., Forbes, M., Forbush, K., Hobbs, K., Michelini, G., et al. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26-54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>

Weinberger, N., Kersting, A., Riedel-Heller, S., y Luck-Sikorski, C. (2016). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441.

<https://doi.org/10.1159/000454837>

Weiss, F., Barbuti, M., Carignani, G., Calderone, A., Santini, F., Maremmanni, I., y Perugi, G. (2020). Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2344.

<https://doi.org/10.3390/jcm9082344>

- Willem, C., Gandolphe, M., Doba, K., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., y Nandrino, J. (2020). Eating in case of emotion dys-regulation, depression and anxiety: Different pathways to emotional eating in moderate and severe obesity. *Clinical Obesity*, 10(5), e12388. <https://doi.org/10.1111/cob.12388>
- Williams-Kerver, G., Steffen, K., Smith, K., Cao, L., et al. (2020). Negative Affect and Loss of Control Eating Among Bariatric Surgery Patients: an Ecological Momentary Assessment Pilot Investigation. *Obesity Surgery*, 30(6), 2382-2387. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04503-6>.
- Williams-Kerver, G., Steffen, K., y Mitchell, J. (2019). Eating pathology after bariatric surgery: an updated review of the recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 86. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1071-7>
- Williams, O., y Annandale, E. (2019). Weight Bias Internalization as an Embodied Process: Understanding How Obesity Stigma Gets Under the Skin. *Frontiers in Psychology*, 10, 953. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00953>
- Wimmelmann, C., Lund, R., Flensburg-Madsen, T., Christensen, U., et al. (2018). Associations of Personality with Body Mass Index and Obesity in a Large Late Midlife Community Sample. *Obesity Facts*, 11(2), 129-143. <https://doi.org/10.1159/000487888>
- Wong, L., Zafari, N., Churilov, L., Stammers, L., et al. (2020). Change in emotional eating after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *BJS Open Foundation Journals*, 4(6), 995-1014. <https://doi.org/10.1002/bjs5.50318>
- World Health Organization (2021). *Obesity*. World Health Organization. Recuperado el 9 de junio de 2021 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Obesity Federation. (2022). World Obesity Atlas 2022. Recuperado de: [www.worldobesity.org/worldobesityatlas](http://www.worldobesity.org/worldobesityatlas)

Yong, C., Liu, H., Yang, Q., Luo, J., Ouyang, Y., Sun, M., Xi, Y., Xiang, C., y Lin, Q. (2021). The Relationship between Restrained Eating, Body Image, and Dietary Intake among University Students in China: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 13(3), 990. <https://doi.org/10.3390/nu13030990>

Yu, Y., Lou, M., Kalarchian, M., Ji, M., y Burke, L. (2019). Predictors of weight regain after sleeve gastrectomy: an integrative review. *Surgery for Obesity Related Diseases*, 15(6), 995-1005. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.02.009>

Zhou, H., Liu, S., Xiao, Z., Ying, S., Fan, B., y Sun, G. (2025). Obesity and psychology: a bibliometric análisis of half a century. *Frontiers in Nutrition*, 12, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1539587>