

Artículo original

Journals  
**BAHIANA**  
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

## Análisis de la satisfacción corporal en mujeres tras la cirugía bariátrica y sus cambios psicológicos, conductuales y alimentarios

## Análise da satisfação corporal em mulheres após cirurgia bariátrica e suas alterações psicológicas, comportamentais e alimentares

## Analysis of body satisfaction in women after bariatric surgery and its psychological, behavioral and eating changes

Jessica Neres Ferreira<sup>1</sup> Maria Erika Rayanne Silva de Souza<sup>2</sup> Mariana de Sousa Soares<sup>3</sup> Zenaide Vasconcelos May Carmo<sup>4</sup> Adriana Machado-Lima<sup>5</sup> <sup>1-4</sup>Universidade São Judas Tadeu. (São Paulo). São Paulo, Brasil.<sup>5</sup>Autora correspondiente. Universidade São Judas Tadeu. (São Paulo). São Paulo, Brasil. [adrianasaldiba@gmail.com](mailto:adrianasaldiba@gmail.com)

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el organismo. La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos indicados para el tratamiento de la obesidad. **OBJETIVO:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la satisfacción física de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, evaluando la incidencia de cambios psicológicos postoperatorios, comportamientos alimentarios, puntuaciones de autoestima y atracones. **MÉTODOS:** Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089). Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, realizado en un grupo de 39 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 56 años que habían sido sometidas a cirugía de bypass gástrico en Y de Roux al menos dos años antes. Para la recogida de datos se utilizó un formulario (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatica>). **RESULTADOS:** El análisis de los datos mostró que los participantes tenían sobrepeso e insatisfacción corporal, pero expresaron una autoestima satisfactoria. La mayoría de los participantes dijeron que experimentan sentimientos positivos o negativos cuando comen, y que no reciben asesoramiento psicológico. **CONCLUSIÓN:** Es importante recibir asesoramiento multidisciplinar antes, durante y después de la cirugía bariátrica para que los resultados sean duraderos. La terapia cognitivo-conductual puede ser extremadamente eficaz en este proceso, ya que trabaja para modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales frente a las necesidades individuales.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad. Bariátrica. Autoestima. Autoimagen.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma doença crônica e de causa multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo. A cirurgia bariátrica é um dos procedimentos indicados para o tratamento da obesidade. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo analisar a satisfação física de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica, avaliando a incidência de alterações psicológicas pós-operatórias, comportamentos alimentares, escores de autoestima e compulsão alimentar. **MÉTODOS:** Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089). Trata-se de um estudo de caráter quantitativo com delineamento transversal que foi realizado em um grupo de 39 indivíduos do sexo feminino, com idade entre 27 e 56 anos, que se submeteram à cirurgia bariátrica do tipo *Bypass Gástrico em Y de Roux* há pelo menos 2 anos. Foi utilizado um formulário (*Google Forms* - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatica>) para a coleta dos dados. **RESULTADOS:** A análise dos dados evidenciou que as participantes apresentam sobrepeso e insatisfação corporal, mas manifestam autoestima satisfatória. A maioria das participantes afirma experimentar sentimentos positivos ou negativos quando comem, além de não fazer acompanhamento psicológico. **CONCLUSÃO:** Nota-se a importância do acompanhamento multidisciplinar antes, durante e depois da cirurgia bariátrica para que os resultados sejam duradouros. A terapia cognitivo-comportamental pode ser extremamente eficaz nesse processo, pois atua na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais diante das necessidades individuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade. Bariátrica. Autoestima. Autoimagem.

Presentado 20/04/2023, Aceptado 31/10/2023, Publicado 18/12/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5207

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5207>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar, Martha Castro

*Cómo citar este artículo:* Ferreira, J. N., Souza, M. E. R. S., Soares, M. S., Carmo, Z. V. M., & Machado-Lima, A. (2023). Análisis de la satisfacción corporal en mujeres tras la cirugía bariátrica y sus cambios psicológicos, conductuales y alimentarios. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5207. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5207>



**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Obesity is a chronic, multifactorial disease characterized by the excessive accumulation of fat in the body. Bariatric surgery is one of the procedures indicated for the treatment of obesity. **OBJECTIVE:** This study aimed to analyze the physical satisfaction of women undergoing bariatric surgery, assessing the incidence of postoperative psychological changes, eating behaviors, self-esteem scores, and binge eating. **METHODS:** This project was approved by the Ethics Committee of São Judas Tadeu University (CAAE 46628521.5.0000.0089). This is a quantitative cross-sectional study that was carried out on a group of 39 females aged between 27 and 56 who had undergone Roux-en-Y gastric bypass surgery at least two years previously. A form (Google Forms - <http://gg.gg/pesquisacirurgiabariátrica>) was used to collect the data. **RESULTS:** Analysis of the data showed that the participants were overweight and had body dissatisfaction but expressed satisfactory self-esteem. Most of the participants said that they experience positive or negative feelings when they eat, and that they do not receive psychological counseling. **CONCLUSION:** It is important to have multidisciplinary support before, during, and after bariatric surgery so that the results are long-lasting. Cognitive-behavioral therapy can be extremely effective in this process, as it works to modify dysfunctional thoughts and behaviors in the face of individual needs.

**KEYWORDS:** Obesity. Bariatric. Self-esteem. Self-image.

## Introducción

La obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal en un individuo, causando complicaciones en diferentes áreas de la vida y actuando como factor de riesgo para muchas enfermedades. Para realizar el diagnóstico en adultos, el parámetro más utilizado es el Índice de Masa Corporal (IMC), cuyo resultado se obtiene dividiendo el peso del paciente en kilogramos por su altura al cuadrado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el peso de un individuo se considera normal o adecuado cuando el cálculo del IMC resulta entre 18,5 y 24,9; cuando el IMC es superior a 30, el individuo se considera obeso ([Organização Mundial da Saúde](#), 1995). La obesidad es un factor de riesgo importante para varias enfermedades no transmisibles (ENT), como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares y varios tipos de cáncer. El sobrepeso puede estar relacionado con la genética de una persona, hábitos alimenticios deficientes o inapropiados. ([Ministério da Saúde](#), 2014; [Organização Mundial da Saúde](#), 1995).

Según la Agência IBGE Notícias ([Cabral](#), 2020), La proporción de adultos con obesidad se ha más que duplicado en 17 años, del 12,2 % en 2002 y 2003 al 26,8 % en 2019. En el mismo período, la población adulta con sobrepeso pasó de 43,3% a 61,7%, representando casi dos terceras partes de los brasileños.

Según el [Ministério da Saúde](#) (2021), la cirugía bariátrica es un procedimiento que se realiza para tratar casos graves de obesidad. Se denomina "reducción estomacal" porque altera la forma original del órgano y reduce su capacidad para aceptar alimentos, lo que dificulta la absorción del exceso de calorías. El objetivo de la cirugía es tratar la obesidad en pacientes con un IMC mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> o mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup>, que presentan complicaciones como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes no controlada, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y enfermedad articular degenerativa ([Allegrini](#) et al., 2018).

También según la [Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica](#) (2018), las cirugías realizadas en Brasil aumentaron un 46,7% entre 2012 y 2017 debido al alto número de pacientes obesos con comorbilidades asociadas a la enfermedad. En 2017 se realizaron 105.642 millones de cirugías en el sector privado. Em Brasil, según el Sistema Único de Saúde (SUS), el número de cirugías bariátricas se ha disparado: entre 2008 y 2017, el número de personas con obesidad crónica aumentó un 215% ([Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica](#), 2018). Se estima que estas cantidades van a desplegar exponencialmente a lo largo de los años. A pesar de su eficacia en los procesos metabólicos individuales, se han estudiado y descrito en estudios pasados, varios efectos psicológicos reportados después de la cirugía bariátrica, como el estrés y los trastornos del estado de ánimo, la depresión, la ansiedad, la compulsión alimentaria e incluso las ideas suicidas, comportamiento resultante de la pérdida repentina de peso. Además, la cirugía puede causar angustia psicológica, afectar la forma en que los sujetos se relacionan con el mundo, afectar su calidad de vida e influir directamente en su bienestar físico, mental y emocional ([Fagundes](#) et al., 2016).

La pérdida repentina de peso debido a la cirugía bariátrica también puede causar distorsiones de la imagen corporal, lo que hace con que las personas tengan flacidez o exceso de piel después de la eliminación de grasa, lo que puede afectar el autorreconocimiento y originar emociones profundas (Lacerda et al., 2018). Como uno de los indicios, la autoestima corresponde a la valoración interna que un individuo hace de sí mismo en diferentes situaciones vividas a lo largo de su vida, ya sean positivas o negativas en relación con el acumulado de valores que posee (Schultheisz & Aprile, 2013). La autoestima se refiere a cómo una persona se ve a sí misma y qué tan bien se siente acerca de lo que ve, incluida su propia aceptación y proyecciones de las expectativas de los demás. Cuando la autoestima se presenta de manera positiva tanto en semblante como en otras áreas de la vida, el individuo se siente confiado, completo y competente, pero cuando se presenta de manera negativa, tiende a sentirse inseguro, incompleto y desprevenido.

En otra expresión importante, cuando una persona come mucho más de lo necesario para una dieta sana y natural en comparación con la mayoría de las personas, por ejemplo, en términos de cantidad y tiempo que se tarda en ingerir la comida, caracterizando así un atracón. La compulsión alimentaria difiere de la falta de control sobre lo que se ingiere, por causar sentimientos de melancolía, culpa o vergüenza, (Bernardi et al., 2005). La compulsión alimentaria puede relacionarse con otros trastornos como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. En general, los trastornos alimentarios y los atracones reducen la calidad de vida del individuo y provocan dificultades en las relaciones sociales, el contexto laboral o las tareas cotidianas (Azevedo et al., 2004). Considerando las diferentes manifestaciones clínicas, especialmente las de carácter psicológico, este estudio tuvo como objetivo analizar la satisfacción física de las mujeres que habían sido sometidas a cirugía bariátrica durante al menos dos años, además de evaluar la incidencia de cambios psicológicos postoperatorios, conductas alimentarias, puntuaciones de prueba de autoestima y cuestionario de atracones.

## Método

El estudio original (en portugués) "Aspectos nutricionais, autoimagem e qualidade de vida de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica", fue presentado al Comité de Ética de la Universidade São Judas Tadeu (CAAE 46628521.5.0000.0089) y aprobado (Número del dictamen: 4.728.724). Se trata de un estudio cuantitativo transversal que se realizó en un grupo de 39 mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y los 56 años, sometidas a cirugía bariátrica *Bypass Gástrico em Y de Roux* hace al menos 2 años. De estos, el 28% son solteras, el 46% están casadas, el 20% están en unión estable, el 3% son viudas y el 3% están en otro tipo de relaciones no mencionadas anteriormente. Mientras el ingreso familiar, 46% reportaron recibir de 1 a 3 salarios mínimos brasileños (cada salario mínimo corresponde a 305 dólares americanos), el 36% recibió de 4 a 6 salarios mínimos, el 15% recibe de 7 a 11 salarios mínimos y, finalmente, el 3% de ellos recibe más de 11 salarios mínimos. De esta población, el 21% tiene un peso normal, el 41% tiene sobrepeso (sobrepeso) y el 38% se considera obeso. En cuanto al atendimento psicológico, el 33% tuvo atendimento, el 41% no y el 26% no lo hizo, pero están interesados en hacerlo.

Como resultado del modelo adoptado en los procedimientos, se identifican algunas limitaciones, ya que este estudio describió la insatisfacción corporal en mujeres sometidas a cirugía bariátrica. En este sentido, una de las limitaciones del estudio es la imposibilidad de extender los resultados obtenidos al público masculino, además de los participantes que no respondieron algunas preguntas del formulario, imposibilitando el uso de la muestra total obtenida de la investigación.

Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, y la recolección de datos y la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCI) se realizaron en un entorno virtual en 2021. Los datos fueron obtenidos por formulario virtual (*Google Forms*) (<http://gg.gg/pesquisacirurgiabariatrica>), utilizando los instrumentos que se destacan a continuación, y posteriormente compilados en *software Excel* y sometidos a tratamiento estadístico.

## Cuestionario de identificación

En este estudio, se utilizaron cuestionarios sociodemográficos y cuestionarios específicos con preguntas abiertas y de opción múltiple, elaborados por los investigadores, relacionados con la edad, el sexo, el estado matrimonial, el número de hijos (si los hubiera), la escolaridad, la renta familiar y la ocupación. Además, se les preguntó cuándo se realizó el procedimiento, cuál es su peso y talla actuales, y si están bajo tratamiento psicológico o si están interesados en hacerlo. Los investigadores desarrollaron un cuestionario específico para este estudio utilizando la escala *Likert*, cuya clasificación es: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = ocasionalmente; 4 = a menudo; 5 = muy a menudo. Las preguntas puntuadas en la encuesta fueron: "¿Piensan los individuos que comen conscientemente?"; "¿Con qué frecuencia comen mientras ven televisión o usan teléfonos móviles?"; "¿Comen más cuando están estresados y ansiosos?"; "¿La comida crea sentimientos positivos (comodidad, satisfacción, felicidad, alivio)?"; "¿La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, dolor)?"; "¿Qué tan agradable es la comida para el individuo?"; "¿Qué tan maravilloso se siente?"; y "¿Cuánto interfiere Internet con la forma en que se ve a sí mismo?"

## Cuestionario de autoestima

La Escala de Autoestima fue desarrollada originalmente por Morris Rosenberg – en inglés *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) – en 1965 como un cuestionario global de evaluación de la autoestima para 5.024 individuos, incluidos estudiantes universitarios y personas mayores de York en Nueva Gales del Sur (New South Wales). [Rosenberg](#) (1965) creía que la autoestima es la autoevaluación de un individuo, es decir, un sentimiento de valor que engloba un importante componente emocional, expresado como una actitud de aprobación o desaprobación de uno mismo. A partir de este concepto, el instrumento consta de 10 preguntas sobre sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo. Como la escala de autoestima fue desarrollada para la población norteamericana, la herramienta tuvo que ser adaptada a la realidad brasileña, con la traducción al portugués de los científicos [Dini](#) et al. (2004). La mitad de los ítems son positivos - las opciones de respuesta representan los números descritos - y la otra mitad son negativos, cuyos números de respuesta deben ser: totalmente de acuerdo = 3;

de acuerdo = 2; en desacuerdo = 1; totalmente en desacuerdo = 0. Después de un extenso escrutinio, fue necesario traducir el instrumento de equivalencia cultural, ya que la autoestima es universal, por lo que cada ítem puede recibir una puntuación de al menos 0 y como máximo de 3, pero las afirmaciones 2, 5, 6, 8, 9 son ahora idénticas a los datos citados anteriormente. Los valores son opuestos, por lo que son: totalmente de acuerdo = 0; de acuerdo = 1; en desacuerdo = 2; totalmente en desacuerdo = 3. La suma de las respuestas de 10 ítems proporciona una puntuación de la escala, con puntuaciones totales que van de 0 a 30, con una puntuación alta (es decir, entre 15 y 25) que refleja una alta autoestima (muy buena); una puntuación de 25 en la escala indica una excelente autoestima; y una puntuación inferior a 15 indica baja autoestima ([Dini](#) et al., 2004).

## Cuestionario de atracones

Se utilizó el cuestionario de Atracones, una herramienta autoadministrada y ampliamente utilizada en los países de habla inglesa, para distinguir a los individuos obesos en función de la gravedad de los atracones ([Freitas](#) et al., 2002). El instrumento se fabrica en tres etapas. En primer lugar, se definieron las características de los atracones, lo que dio como resultado un conjunto de 16 ítems, de los cuales ocho eran manifestaciones conductuales (p. ej., comer oculto) y ocho describían sentimientos y cogniciones asociados con los atracones (p. ej., sensación de pérdida de control). En la segunda etapa, se construyeron enunciados que reflejan la gravedad de cada característica y se asignan puntuaciones (de 0 a 3). En un tercer paso, el entrevistador utilizó tres dimensiones para crear una medida externa de la gravedad: frecuencia de episodios de atracones, cantidad de comida e intensidad emocional. Este proceso dio como resultado una escala *Likert*, compuesta por 16 ítems y 62 afirmaciones, de la cual, para cada ítem, se debía seleccionar la que mejor representara la respuesta de un individuo. Cada afirmación corresponde a puntos de 0 a 3, que van desde la ausencia de trastorno por atracón (0) hasta su aparición en máxima gravedad (3). La puntuación final es el resultado de la suma de las puntuaciones de cada ítem. Los individuos se clasifican de acuerdo con las siguientes puntuaciones: se considera que los individuos con puntuaciones menores o iguales a 17 no tienen atracones; las puntuaciones entre 18 y 26 se clasifican como atracones moderados; y las puntuaciones mayores o iguales a 27 se clasifican como atracones graves.

## Escalas de Satisfacción Corporal

Se utilizó las Escalas de Satisfacción Corporal desarrolladas por Idalina Shiraishi Kakeshita para evaluar la satisfacción corporal de los participantes. En esta escala, se presentó una secuencia de 15 siluetas para hembras y machos adultos, según lo especificado por [Kakeshita](#) (2008). Según la autora, la escala tiene un rango de 11,25 a 48,75 kg/m<sup>2</sup>, y una media de 12 a 47,5 kg/m<sup>2</sup>, con incrementos constantes de 2,5 puntos en cada figura para definir el IMC, en el que la participante marca el número de la silueta que considera similar a su apariencia real y también el número de la que representa el cuerpo que le gustaría tener. Así, la escala permite valorar el nivel de satisfacción corporal de cada encuestado, para lo cual el resultado se obtiene calculando la diferencia entre la silueta ideal y la silueta real. ([Miranda et al., 2012](#)).

Segundo [Miranda et al. \(2012\)](#), los valores iguales a cero indican un índice de satisfacción corporal, y los que son distintos de cero indican insatisfacción corporal, con resultados positivos, a su vez, que indican insatisfacción corporal con el deseo de aumentar de peso, y valores negativos, un deseo de reducirlo. Por lo tanto, la insatisfacción corporal se definirá a partir de la discrepancia entre el cuerpo ideal y el cuerpo actual.

## Procedimientos de análisis de datos

Los datos fueron compilados en el *software Excel* y sometidos a tratamiento estadístico, expresándose como porcentaje, media y desviación estándar. Se aplicó la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov*, seguida de la correlación de *Pearson*. Las correlaciones con  $p < 0,05$  se consideraron significativas. Todos los análisis se realizaron con la ayuda del *software GraphPad Prism 9.0*.

## Resultados

**Tabla 1.** Datos descriptivos de los participantes (n=39)

	Media	Desviación estándar	Descripción
Edad (Años)	41	8	
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	29	4	Sobrepeso
Peso (Kg)	77	14	
Escalas de satisfacción corporal	-2	3	Insatisfacción corporal, con deseo de adelgazar.
Escala de autoestima	22	6	Autoestima satisfactoria
Cuestionario de atracones	12	7	Nada de atracones
Tiempo de la cirugía (Meses)	53	27	

IMC - Índice de Masa Corporal.  
Fuente: los autores (2023).

Los datos descriptivos de la Tabla 1 muestran que la edad media de los participantes es de 41 años. Su peso promedio actual es de 77 kg y su IMC promedio (Índice de Masa Corporal) es de 29, lo que se considera sobrepeso, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que el peso se considere normal, el IMC debe estar entre 18,5 y 24,9, y para ser considerado obeso, debe estar por encima de 30. Por otro lado, los datos obtenidos a través de la Escala de Autoestima tienen una puntuación media de 22, lo que indica una autoestima satisfactoria. Se utilizó la Escala de Satisfacción Corporal para obtener una puntuación media de -2, que significa insatisfacción corporal con el deseo de perder peso. Por otro lado, en la Escala de Atracones se obtuvo una puntuación media de 12, encontrando que no existía trastorno por atracón entre los participantes.

**Tabla 2.** Valores individuales de la escala de satisfacción corporal, la escala de autoestima y la escala de atracones (continuará)

Pers.	Escala de satisfacción corporal		Escala de autoestima		Escala de atracones	
	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico
1	-2	Insatisfecha	29	Autoestima satisfactoria	12	Nada de atracones
2	0	Satisfecha	29	Autoestima satisfactoria	1	Nada de atracones
3	-4	Insatisfecha	24	Autoestima satisfactoria	12	Nada de atracones
4	-2	Insatisfecha	12	Autoestima insatisfactoria	17	Nada de atracones
5	0	Satisfecha	30	Autoestima satisfactoria	2	Nada de atracones
6	-3	Insatisfecha	22	Autoestima satisfactoria	16	Nada de atracones
7	-4	Insatisfecha	18	Autoestima satisfactoria	7	Nada de atracones
8	-1	Insatisfecha	30	Autoestima satisfactoria	4	Nada de atracones
9	-3	Insatisfecha	27	Autoestima satisfactoria	12	Nada de atracones
10	-7	Insatisfecha	15	Autoestima satisfactoria	18	Atracones moderados
11	0	Satisfecha	11	Autoestima insatisfactoria	8	Nada de atracones
12	3	Insatisfecha	18	Autoestima satisfactoria	13	Nada de atracones
13	-2	Insatisfecha	15	Autoestima satisfactoria	15	Nada de atracones
14	4	Insatisfecha	23	Autoestima satisfactoria	8	Nada de atracones
15	0	Satisfecha	19	Autoestima satisfactoria	10	Nada de atracones
16	0	Satisfecha	29	Autoestima satisfactoria	6	Nada de atracones
17	-9	Insatisfecha	28	Autoestima satisfactoria	5	Nada de atracones
18	-2	Insatisfecha	27	Autoestima satisfactoria	18	Atracones moderados
19	-4	Insatisfecha	16	Autoestima satisfactoria	27	Atracones severos
20	-3	Insatisfecha	28	Autoestima satisfactoria	16	Nada de atracones
21	-2	Insatisfecha	27	Autoestima satisfactoria	25	Atracones moderados

**Tabla 2.** Valores individuales de la escala de satisfacción corporal, la escala de autoestima y la escala de atracones (conclusión)

Pers.	Escala de satisfacción corporal		Escala de autoestima		Escala de atracones	
	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico	Valor numérico	Diagnóstico
22	0	Satisfecha	26	Autoestima satisfactoria	8	Nada de atracones
23	3	Insatisfecha	24	Autoestima satisfactoria	1	Nada de atracones
24	0	Satisfecha	14	Autoestima insatisfactoria	13	Nada de atracones
25	1	Insatisfecha	19	Autoestima satisfactoria	14	Nada de atracones
26	1	Insatisfecha	25	Autoestima satisfactoria	6	Nada de atracones
27	-4	Insatisfecha	19	Autoestima satisfactoria	12	Nada de atracones
28	1	Insatisfecha	20	Autoestima satisfactoria	8	Nada de atracones
29	0	Satisfecha	28	Autoestima satisfactoria	4	Nada de atracones
30	-4	Insatisfecha	27	Autoestima satisfactoria	15	Nada de atracones
31	-3	Insatisfecha	22	Autoestima satisfactoria	10	Nada de atracones
32	-3	Insatisfecha	14	Autoestima insatisfactoria	20	Atracones moderados
33	-3	Insatisfecha	26	Autoestima satisfactoria	17	Nada de atracones
34	-2	Insatisfecha	21	Autoestima satisfactoria	22	Atracones moderados
35	4	Insatisfecha	25	Autoestima satisfactoria	8	Nada de atracones
36	-1	Insatisfecha	13	Autoestima insatisfactoria	23	Atracones moderados
37	-4	Insatisfecha	15	Autoestima satisfactoria	18	Atracones moderados
38	-3	Insatisfecha	29	Autoestima satisfactoria	6	Nada de atracones
39	-2	Insatisfecha	28	Autoestima satisfactoria	12	Nada de atracones

"Pers". - Persona  
Fuente: los autores (2023).

Con base en los datos presentados en la Tabla 2, en lo que se refiere a la escala de satisfacción corporal, es posible afirmar que 79% de los entrevistados mostraron insatisfacción con su imagen corporal actual, y dos de ellos presentaron valores muy altos de insatisfacción corporal (-9 y -7), evidenciando un alto deseo de obtener un cuerpo estéticamente delgado. Cabe destacar que ocho participantes estaban satisfechos con su imagen corporal (valor = 0), lo que equivale al 21% de los entrevistados. En cuanto a la Escala de Autoestima, se observa que 32 participantes (82%) tuvieron autoestima satisfactoria, puntuando de 15 a 30. Dentro de este corte, dos participantes (5%) puntuaron 30, lo que sugiere una alta autoestima, pero cinco participantes (13% de la muestra) obtuvieron valores entre 11 y 13, mostrando una autoestima más baja que el promedio.

De acuerdo con el cuestionario de atracones, 31 participantes (80%) no tuvieron atracones; siete participantes (18%) tenían atracones moderados, todos los cuales expresaron insatisfacción con su imagen corporal; cinco tenían una autoestima satisfactoria; y dos expresan una autoestima insatisfactoria. Un participante presenta atracones severos con insatisfacción con la imagen corporal, pero puntúa para una autoestima satisfactoria.

**Tabla 3.** Preguntas específicas sobre cirugía bariátrica, preparadas por los autores

	Media	Desviación estándar	Significado
Cuando estás estresado, ¿tiendes a comer más?	4	1	Frecuentemente
Cuando estás ansioso, ¿tiendes a comer más?	4	1	Frecuentemente
¿La comida genera sentimientos positivos (consuelo, satisfacción, alegría, alivio)?	3	1	Ocasionalmente
¿La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, angustia)?	3	1	Ocasionalmente
¿Te sientes guapa?	4	1	Frecuentemente

Fuente: los autores (2023).

De acuerdo con los datos de la Tabla 3, los participantes a menudo tienden a comer más cuando están estresados o ansiosos. En ocasiones, la comida genera sentimientos positivos, como comodidad, satisfacción, alivio o alegría, además de afirmar que a menudo se sienten hermosas.

**Tabla 4.** Correlaciones de Pearson (n = 39) entre la Escala de Satisfacción Corporal y preguntas específicas

Correlaciones	Valor de p	Valor de R
Escala de Satisfacción Corporal vs Tiempo de Cirugía	0,0147	-0,39
Escala de Satisfacción Corporal vs IMC	0,00014	-0,57
Escala de satisfacción corporal vs. Cuando estás estresado, ¿tiendes a comer más?	0,0005	-0,53
Escala de satisfacción corporal vs. Cuando estás ansioso, ¿tiendes a comer más?	0,00028	-0,55
Escala de satisfacción corporal vs. Cuando estás ansioso, ¿tiendes a comer más?	0,008	-0,42
Escala de Satisfacción Corporal vs. ¿La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, angustia)?	0,054	-0,31
Escala de Satisfacción Corporal X Atracones	0,027	-0,35

IMC - Índice de Massa Corporal

Fuente: los autores (2023).

Los datos de la Tabla 4 ilustran las correlaciones de la Escala de Satisfacción Corporal. Es posible notar que cuanto mayor es el tiempo de cirugía, mayor es la insatisfacción corporal de los entrevistados; en relación con el IMC, cuanto mayor es la masa corporal, mayor es la insatisfacción corporal. En lo que respecta a la relación con la comida, las mujeres que comen con más frecuencia cuando están estresadas o ansiosas tienen una menor satisfacción corporal; cuanto menor sea el sentimiento positivo hacia la comida, mayor satisfacción corporal; y cuanto mayor es el índice de sentimiento negativo generado por la comida, mayor es la insatisfacción corporal.

**Tabla 5.** Correlaciones de *Pearson* (n = 39) entre preguntas específicas

Correlación	Valor de P	Valor de R
Cuando estás estresado, ¿tiendes a comer más? X ¿La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, angustia)?	0,0055	0,44
Cuando estás ansioso, ¿tiendes a comer más? X ¿La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, angustia)?	0,005	0,45

Fuente: los autores (2023).

En la Tabla 5 se presentan otras correlaciones de *Pearson*, que demuestran que cuanto mayor es la tendencia de los participantes a comer cuando están estresados o ansiosos, más alimentos generan sentimientos negativos, como culpa, vergüenza, tristeza y angustia.

**Tabla 6.** Correlaciones de *Pearson* (n = 39) entre la Escala de Atracciones y preguntas específicas

Correlaciones	Valor de P	Valor de R
Atracciones X Cuando estás ansioso, ¿tiendes a comer más?	0,0088	0,41
Atracciones X Auto Estima	0,027	-0,35
Atracciones X Cuando estás estresado, ¿tiendes a comer más?	0,0055	0,44
Atracciones X La comida genera sentimientos negativos (culpa, vergüenza, tristeza, angustia)?	0,0035	0,46
Atracciones X ¿Te sientes guapa?	0,0395	-0,33

Fuente: los autores (2023).

Los datos de la Tabla 6 muestran la correlación de *Pearson* con los valores de la Escala de Atracciones. Algunas correlaciones sugieren que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en la Escala de Atracciones cuando comían con más frecuencia debido a la ansiedad y el estrés, o cuando la comida producía emociones negativas con más frecuencia. También se observó una correlación negativa entre los valores de la Escala de Autoestima y un cuestionario específico sobre la pregunta "¿Te sientes guapa?". La evidencia muestra que cuanto más altos son los valores de los atracones, además de sentirse menos bellas, las mujeres tienden a tener una autoestima más baja.

## Discusión

Los datos obtenidos del presente estudio indican que el IMC de los participantes es, en promedio, de 29, lo que indica sobrepeso. Además, la mayoría de las mujeres evaluadas se sienten insatisfechas con su imagen corporal, incluso después de más de 2 años de cirugía bariátrica. En cuanto a las escalas de autoestima, los datos obtenidos indican una autoestima satisfactoria y, en promedio, las mujeres no tienen atracones. Sin embargo, el 18% de los encuestados tiene atracones moderados, de los cuales todos están insatisfechos con su imagen corporal, cinco tienen una autoestima satisfactoria y dos tienen una autoestima insatisfactoria. Un participante puntuó para atracones severos, que también presentaba insatisfacción con la imagen corporal, pero puntuó para autoestima satisfactoria.

El objetivo de la cirugía bariátrica es reducir la ingesta y absorción de alimentos del cuerpo ([Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2018](#)). Los datos obtenidos en este estudio muestran que, incluso después de la cirugía, las mujeres seguían insatisfechas con su cuerpo y ganaban un peso significativo. En este sentido, el papel de la psicología es enfatizar que la cirugía no es solo un proceso de alteración de parte del sistema digestivo, sino que los cambios conductuales son factores importantes para el éxito o fracaso de los resultados esperados de la cirugía.

La apariencia física se puede destacar a partir del reflejo humano y sus sentimientos, además de la visión de una imagen humana tridimensional que las personas tienen sobre sí mismas, provocando que el concepto de sí mismas se forme a partir de experiencias vividas por el individuo a lo largo de los años ([Lacerda et al., 2018](#)). En la realización de la cirugía bariátrica y durante el postoperatorio, el paciente se encuentra en una confrontación sobre sus creencias y en el inicio de la reconstrucción de nuevos recuerdos, el proceso de reconocimiento y aceptación de su imagen y nueva forma física ([Marcuartú, 2019](#)).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, los datos mostraron que cuanto mayor es el tiempo de la cirugía, mayor es la insatisfacción corporal de

los participantes, es decir, con el tiempo, continúan ganando peso en lugar de perderlo. El proceso terapéutico posterior a la cirugía es fundamental para apoyar al individuo en la reorganización de su vida y evitar que las conductas disfuncionales reaparezcan a largo plazo ([Morais & Goes, 2023](#)). La cirugía bariátrica impone cambios significativos en el estilo de vida del paciente, con los que es imprescindible que se comprometa para que el tratamiento funcione. De los participantes entrevistados, 13 dijeron que hacían consejería psicológica, lo que equivale a alrededor del 33%, 16 dijeron que no lo hacían (alrededor del 41%) y 10 participantes, el 26% del total de la muestra, dijeron que no lo hacían, pero estaban interesados en hacerlo.

En este contexto, cabe destacar que la terapia cognitivo-conductual es una intervención objetiva semiestructurada, dirigida a identificar y corregir condiciones propicias para el desarrollo y mantenimiento de alteraciones cognitivas y conductuales. Para esta referencia, el sistema de creencias de un individuo juega un papel decisivo en cómo se siente y se comporta. ([Silva et al., 2018](#)). De acuerdo con los datos obtenidos a través de la correlación de Pearson, los participantes reportaron un comportamiento en el que tendían a comer más cuando estaban estresados o ansiosos, e indicaron que la comida ocasionalmente produce sentimientos positivos, como comodidad, satisfacción, alivio o felicidad.

En cuanto a la relación de los participantes con la comida, las mujeres que comen con más frecuencia cuando están estresadas o ansiosas tienen una menor satisfacción corporal; cuanto menor sea el sentimiento positivo hacia la comida, mayor será la satisfacción corporal; y cuanto mayor es el índice de sentimiento negativo generado por la comida, mayor es la insatisfacción corporal. También es posible notar que cuanto mayor es la tendencia de los participantes a comer cuando están estresados o ansiosos, más alimentos generan sentimientos negativos, como culpa, vergüenza, tristeza y angustia. La ansiedad, el estrés, el aburrimiento y la depresión son sentimientos que pueden causar una distorsión de los pensamientos relacionados con la comida, lo que puede desencadenar la obesidad en individuos con conductas inapropiadas y compulsivas relacionadas con el consumo de alimentos ([Silva, 2021](#)).

Con relación a la satisfacción corporal, es posible notar que cuanto mayor es el tiempo de cirugía, mayor es la insatisfacción corporal de los entrevistados; en cuanto al IMC, a mayor masa corporal, mayor insatisfacción corporal. La comprensión detallada de la importancia de las emociones en la forma de alimentar, en la realización de actividades físicas y en las relaciones sociales del individuo, puede basarse en el enfoque cognitivo con el fin de modificar la forma en que se realizan estas actividades y buscando crear hábitos saludables en relación con el mantenimiento y la pérdida de peso (Porto et al., 2020).

Algunas correlaciones indican que cuando las mujeres comen con más frecuencia porque están ansiosas y estresadas, o cuando la comida genera sentimientos negativos con mayor frecuencia, tienen puntuaciones más altas en la escala de atracones, lo que indica que, aunque no manifiestan trastornos relacionados con los atracones, pueden desarrollarlos. La diferencia entre personas obesas y no obesas radica en la interpretación de sus necesidades. Los pensamientos pueden influir en el comportamiento, y la terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo modificar los pensamientos y los comportamientos (Oliveira & Souza, 2021).

También se observaron correlaciones negativas entre los valores de la escala de autoestima y el cuestionario específico sobre la pregunta "¿Te sientes guapa?", diciendo que cuanto más altos son los valores de atracones, más tienden las mujeres a tener su autoestima disminuida, además de sentirse menos bellas. La recomposición de creencias condicionadas o aprehendidas para la terapia cognitiva se define por medio de un modelo cognitivo, en el que son comunes los pensamientos disfuncionales, es decir, las interpretaciones erróneas que presenta el paciente sobre determinadas situaciones. Los pensamientos disfuncionales son comunes cuando el individuo tiene trastornos psicológicos, que influyen en el estado de ánimo y el comportamiento y generalmente no son percibidos por la persona (Matos et al., 2020).

Al considerar los aspectos psicológicos, así como la intención psicológica en sí, se debe realizar el seguimiento antes, durante el proceso y después de la cirugía bariátrica, siempre analizando y entendiendo todos los factores psicológicos que motivan las actitudes tomadas por el individuo y cómo se está desarrollando su salud. Además del seguimiento psicológico, también es importante mantener una atención multidisciplinaria durante

todo el proceso de pérdida de peso, con el objetivo de los aspectos médicos y nutricionales. La participación multiprofesional es de gran importancia y proporciona bienestar entre el sujeto y el entorno quirúrgico (Pinto, 2018). Según Rezende (2011), la terapia cognitivo-conductual permite a las personas obesas realizar cambios de comportamiento basados en modificaciones de pensamiento. A través de la psicoeducación, permite al paciente reevaluar y cambiar creencias a lo largo del proceso de pérdida de peso, además del conocimiento sobre su propio funcionamiento alimentario. Desde la percepción de lo que es el hambre real o emocional, es decir, cuando uno come para satisfacer necesidades distintas al hambre, le permiten actuar de manera funcional de acuerdo con sus objetivos, ya sea antes de la cirugía o después, para mantener y mejorar los resultados.

## Conclusión

En cuanto a las implicaciones prácticas de este estudio, se destaca que, entre los diferentes enfoques teóricos disponibles para la intervención en procedimientos que involucran cirugía bariátrica, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva y puede ayudar a las mujeres en el proceso postoperatorio, a través de técnicas que tienen como objetivo conducir a la modificación de pensamientos y comportamientos, prevención de recaídas, autocomprensión y participación consciente y activa durante todo el tratamiento, permitiendo que la paciente tenga autonomía y responsabilidad en la construcción de su identidad. Esto hace posible que ella tome la iniciativa en su tratamiento y se responsabilice conscientemente de todos los resultados que tiene o no tiene. Por otro lado, a través de la psicoeducación, es posible que la persona desarrolle un nuevo sistema de funcionamiento que sea proporcional a su nueva imagen, haciéndole sentir cómodo, seguro y con buena autoestima, lo que además favorece la mejora de su calidad de vida.

En cuanto a los resultados del estudio, se pudo concluir que la mayoría de las mujeres, 2 años o más después de la cirugía bariátrica, estaban insatisfechas con su autoimagen corporal y tenían sobrepeso, pero no manifestaban atracones y tenían una autoestima satisfactoria. Además, la mayoría de los participantes comen cuando están estresados o ansiosos y tienen sentimientos de felicidad o tristeza cuando comen.

Estos aspectos muestran que, después de la cirugía bariátrica, existen numerosos aspectos psicológicos de la paciente que impactan directamente en su comportamiento, su relación con la comida y con su propio cuerpo y autoimagen, datos que se demuestran a través de las puntuaciones de autoestima, atracones y autoimagen que se mencionan a lo largo del texto. Así, fue posible constatar la importancia del acompañamiento multidisciplinario antes, durante y después de la cirugía bariátrica, con el objetivo de abarcar las esferas médica, nutricional y psicológica de las mujeres sometidas al procedimiento.

### Agradecimientos

Los autores de este artículo agradecen al profesor doctor Rodrigo Tallada Iborra su gentileza al traducir el texto final al español.

### Contribuciones de los autores

Ferreira, J. N. contribuyó a la recogida de datos, el análisis de la base de datos y la redacción del manuscrito final. Souza, M. E. R. S. contribuyó a la recogida de datos, el análisis de la base de datos y la redacción del manuscrito final. Soares, M. S. contribuyó a la recogida de datos, el análisis de la base de datos y la redacción del manuscrito final. Carmo, Z. V. M. redactó el proyecto presentado al Comité de Ética, participó en la recogida de datos y corrigió el manuscrito final. Machado-Lima, A. corrigió el proyecto enviado al Comité de Ética, analizó estadísticamente la base de datos y corrigió el manuscrito final.

### Conflictos de interés

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, membresía en el consejo asesor, diseño del estudio, preparación de manuscritos, análisis estadístico, otros.).

### Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



## Referencias

- Allegrini, B. A., Cagnin, G. T., Theodoro, M., Gil, B. Z., & Ribas Filho, D. (2018). Avaliação do perfil psicológico (critérios de beck) e da frequência alimentar em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica [Evaluación del perfil psicológico (criterios de beck) y de la frecuencia alimentaria de pacientes submetidos a la cirugía bariátrica]. *Cuidarte Enfermagem*, 12(2), 218–222. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005623>
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno de compulsão alimentar periódica [Trastorno por atracón]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 170–172. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400008>
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade [Comportamiento de restricción alimentaria y obesidade]. *Revista Nutrição*, 18(1), 85–93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>
- Cabral, U. (2020, 21 de outubro). *Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada* [Uno de cada cuatro adultos del país era obeso en 2019; la Atención Primaria fue bien evaluada]. Agência IBGE Notícias. <https://cutt.ly/uwmmr3AAA>
- Dini, M. G., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg [Adaptación cultural y validación de la versión brasileña de la Escala de Autoestima de Rosenberg]. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41–52. <http://www.rbcp.org.br/details/322/pt-BR/adaptacao-cultural-e-validacao-da-versao-brasileira-da-escala-de-auto-estima-de-rosenberg>
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica [Variables psicológicas asociadas a la cirugía bariátrica]. *Aletheia*, 49(2), 47–54. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942016000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000200006)
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares [Instrumentos para evaluar los trastornos alimentarios]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Suppl. 3), 34–38. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>
- Kakeshita, I. S. (2008). *Adaptação e validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros* [Adaptación y validación de escalas de silueta para niños y adultos brasileños]. [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/T.59.2008.tde-25052008-170240>

- Lacerda, R. M. R., Castanha, C. R., Castanha, A. R., Campos, J. M., Ferraz, A. A. B., & Vilar, L. (2018). Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica [Percepción de la imagen corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica]. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 45(2), e1793. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181793>
- Marcuartú, A. C. (2019). *Efeitos de dois tipos de intervenção nutricional em mulheres com recidiva de peso após cirurgia bariátrica* [Efectos de dos tipos de intervención nutricional en mujeres con recuperación de peso tras cirugía bariátrica] [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará]. Repositório Institucional da UFPA. <https://cutt.ly/GwmtqY6X>
- Matos, B. W., Machado, L. M., & Hentschke, G. S. (2020). Aspectos psicológicos relacionados à obesidade: relato de caso [Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad: informe de un caso]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 42-49. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872020000100007&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872020000100007&script=sci_abstract)
- Ministério da Saúde. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade* [Estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas: obesidade]. Secretaria de Atención à Saúde, Departamento de Atención Básica. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021). *Cirurgia bariátrica (cirurgia de redução do estômago)* [Cirugía bariátrica (cirugía de reducción de estómago)]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://bvsms.saude.gov.br/cirurgia-bariatrica/>
- Miranda, V. P. N., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Teixeira, P. C., & Ferreira, M. E. C. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento [Insatisfacción corporal en universitarios de diferentes áreas de conocimiento]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 25-32. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000100006>
- Morais, M. M. N., & Goes, R. M. (2023). Cirurgia bariátrica e obesidade: a importância do acompanhamento psicológico [Cirugía bariátrica y obesidad: la importancia del asesoramiento psicológico]. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 17(2), e33758. <https://periodicos.ufrj.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/33758>
- Oliveira, R. D. M., & Souza, M. L. R. (2021). A terapia comportamental e cognitiva como estratégia na redução e manutenção do peso corporal: uma revisão sistemática [Terapia conductual y cognitiva como estrategia para reducir y mantener el peso corporal: una revisión sistemática]. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 27, 50-57. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2709>
- Organização Mundial da Saúde. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry – report of a WHO Expert Committee* [Estado físico: uso e interpretación de la antropometría - informe de un Comité de Expertos de la OMS]. <https://www.who.int/publications/item/9241208546>
- Pinto, J. A. A. (2018). Imagem corporal pós cirurgia bariátrica: mudanças no olhar do corpo [imagen corporal tras cirugía bariátrica: cambios en la visión del cuerpo]. *Revista Especialize On-line IPOG*, 15(1). [ipog.edu.br/institucional/academico/revista-especialize?utm\\_source=google-ads&utm\\_medium=social\\_SAO&utm\\_campaign=google-ads&gad=1&gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCFARIsAL3bobcFLAVV7nM1hxYBbg5s-HqgzlV8WlBjzXOv6XW-ZqG9leni7dRbqskAakRdEALw\\_wcB](http://ipog.edu.br/institucional/academico/revista-especialize?utm_source=google-ads&utm_medium=social_SAO&utm_campaign=google-ads&gad=1&gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCFARIsAL3bobcFLAVV7nM1hxYBbg5s-HqgzlV8WlBjzXOv6XW-ZqG9leni7dRbqskAakRdEALw_wcB)
- Porto, A. P., Rabelo, L. N., Nascimento, E. B., Gomes, E. P., Lima, A. L., & Sousa, J. C. C. (2020). Terapia cognitivo comportamental em grupo de obesidade e sobrepeso [Terapia cognitivo-conductual en un grupo de obesidad y sobrepeso]. *Diaphora*, 9(2), 71-75. <https://doi.org/10.29327/217869.9.3-11>
- Rezende, F. F. (2011). *Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica* [Percepción de la imagen corporal, resiliencia y estrategias de afrontamiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica] [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/D.59.2011.tde-11052011-080701>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* [La sociedad y la autoimagen del adolescente]. Princeton University Press.
- Schultheisz, T. S. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação [Autoestima, conceptos relacionados y evaluación]. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48. <https://bit.ly/48eBKR8>
- Silva, M. A. (2021). *Transtornos de ansiedade e impactos nutricionais: uma revisão integrativa* [Trastornos de ansiedad e impactos nutricionales: una revisión integradora] [Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário AGES]. Repositório Universitário da Ânima. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14371>
- Silva, S. M. B. (2018). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo: o estudo com mulheres obesas* [Terapia cognitivo-conductual de grupo: un estudio con mujeres obesas] [Tese de doutorado, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública]. Repositório Institucional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/2602>
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. (2018, 11 de julho). *Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%* [El número de cirugías bariátricas en Brasil aumenta un 46,7%]. <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>