

Estudio cualitativo de la autorregulación en la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Rodríguez B¹, Ortega M².

RESUMEN

En la actualidad, como forma de paliar las consecuencias de la obesidad, se ha observado una creciente realización de cirugías bariátricas, razón por la cual es importante estudiar las implicaciones psicológicas que influyen en mantenimiento, ya que estas pueden provocar consecuencias en el proceso de sostener los cambios producidos tras dicha operación a mediano y largo plazo. Esta investigación tuvo como propósito comprender el proceso de autorregulación en la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Fue realizada bajo el enfoque fenomenológico, utilizando el método interpretativo. Se aplicó una entrevista abierta a 6 informantes clave de ambos sexos, mayores de edad, sometidos a una operación de cirugía bariátrica en un lapso de entre dos a diez años. La información se interpretó utilizando el análisis hermenéutico-dialéctico, clasificándose en categorías principales y subcategorías. Del análisis emergieron siete categorías: bienestar físico, motivaciones internas, motivaciones externas, cambios conductuales, cambios cognitivos, miedos y conductas desfavorables. Se concluyó que los informantes presentan diversos mecanismos para autorregular sus conductas alimentarias, utilizando herramientas internas, como aspectos cognitivos y emocionales, y herramientas externas, entre las que se encuentran el ejercicio físico y el apoyo social. El miedo a complicaciones médicas sirve como mecanismo de autorregulación principal. En ocasiones se retoman los hábitos alimentarios previos a la cirugía.

Palabras claves: Autorregulación, cirugía bariátrica, conducta alimentaria, fenomenología, investigación cualitativa, obesidad mórbida.



Bárbara Rodríguez García (1)
ORCID: 0009-0007-5734-1390

Maireinys Ortega (2)
ORCID: 0000-0003-2239-3186

1.Universitario. Universidad Rafael Urdaneta.

2.Magíster. Universidad Rafael Urdaneta

Editor: Gabriel Villamizar

Para citar este artículo:

Rodríguez B, Ortega M. Estudio cualitativo de la autorregulación en la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Acta Cient Estud. 2026; 18(1): Páginas: 24-35

ISSN 2542-3428

Qualitative study of self-regulation in eating behavior in patients undergoing bariatric surgery

Rodríguez B¹, Ortega M².

ABSTRACT

The increasing prevalence of bariatric surgery as a treatment for severe obesity has heightened interest in the psychological factors that influence the long-term maintenance of its outcomes. To understand the process of self-regulation in eating behavior among patients who have undergone bariatric surgery. Qualitative study with a phenomenological design and interpretive paradigm. Six key informants (four women, two men; aged 35–58 years) were recruited in Maracaibo, Venezuela (October–November 2023) via purposive sampling, with two to ten years of post-surgical follow-up. In-depth open interviews were conducted, audio-recorded with informed consent, and transcribed verbatim. Data were analyzed using a hermeneutic-dialectical approach involving open coding, thematic categorization, and expert triangulation. Seven categories emerged: physical well-being, internal motivations, external motivations, post-surgical behavioral changes, post-surgical cognitive changes, fears, and unfavorable behaviors. Findings suggest that participants employ a diverse repertoire of self-regulatory mechanisms—both internal (fear of medical complications, aesthetic concerns, need for control) and external (physical exercise, social support)—to manage eating behavior after surgery. Fear of medical complications, particularly dumping syndrome, was the most frequently reported self-regulatory mechanism. These findings, specific to this group of informants, cannot be generalized to the broader bariatric population, but highlight the importance of psychological follow-up in the post-surgical period. Future research with larger and more diverse samples is warranted.

Keywords: Bariatric surgery, feeding behavior, obesity, morbid, phenomenology, qualitative research, self-regulation.



Bárbara Rodríguez García (1)
ORCID: 0009-0007-5734-1390

Maireinys Ortega (2)
ORCID: 0000-0003-2239-3186

1.Universitario. Universidad Rafael Urdaneta.

2.Magister. Universidad Rafael Urdaneta

Editor: Gabriel Villamizar

For reference this article:

Rodríguez B, Ortega M. Estudio cualitativo de la autorregulación en la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Acta Cient Estud.* 2026; 18(1): Páginas: 24-35

ISSN 2542-3428

Introducción

La cirugía bariátrica y metabólica es un procedimiento indicado para el tratamiento de la obesidad grave y se considera una alternativa efectiva para la pérdida de peso [1,2]. La conducta alimentaria se define como el comportamiento habitual relacionado con la elección, ingesta y preparación de alimentos [1,2]. En pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica, esta conducta suele caracterizarse por ingesta excesiva, atracones, pastoreo y alimentación nocturna, dado que comer puede funcionar como un refugio frente a presiones externas e internas y como medio para regular las emociones. Aunque la cirugía limita la cantidad de alimentos ingeridos, puede existir el retorno de la pérdida de control sobre la alimentación después del procedimiento [3].

La autorregulación es una variable psicológica central en el proceso de pérdida y mantenimiento de peso tras la cirugía bariátrica. Estudios indican que a mayor autorregulación en la alimentación se observa una mayor restricción dietética y adopción de conductas saludables, incluyendo la ingesta controlada de alimentos y la práctica de actividad física [4]. Este proceso implica el autocontrol, la fuerza de voluntad y el automonitoreo, permitiendo al individuo alcanzar objetivos relacionados con la salud y el bienestar [5,6].

Por lo tanto, la autorregulación alimentaria es fundamental para mantener los resultados de la cirugía bariátrica y prevenir repercusiones psicológicas y físicas derivadas de conductas alimentarias patológicas. En este contexto, resulta necesario evaluar y fortalecer los aspectos psicológicos que sustentan estos comportamientos en pacientes bariátricos [4,5].

En pacientes con escasa autorregulación alimentaria sometidos a cirugía metabólica o bariátrica, las complicaciones psicológicas son frecuentes; entre las repercusiones físicas más severas se encuentra el síndrome de dumping, caracterizado por síntomas gastrointestinales y vasomotores que impactan directamente la conducta alimentaria postquirúrgica.

Por las razones antes mencionadas, la presente investigación aborda un tema de relevancia actual, debido al auge que ha tenido la cirugía bariátrica como método para tratar la obesidad. Por tal motivo, las investigaciones científicas que se realicen para el estudio del tema a nivel psicológico, permiten abordarlo no solo desde un paradigma médico sino también desde una visión humanista en la que las dimensiones del ser se consideren relevantes para erradicar un problema físico que tiene repercusiones a nivel psicosocial.

Finalmente se propone la presente investigación con el propósito de comprender la autorregulación de la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, y esta, a su vez se encuentra dirigida a dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera se manifiesta la autorregulación de la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica?

Materiales y métodos

La presente investigación se realizó bajo un paradigma interpretativo con metodología cualitativa y diseño fenomenológico. La investigadora es psicóloga clínica con formación en metodología cualitativa; no mantenía relación previa con ninguno de los participantes al momento del estudio. Durante todo el proceso llevó un diario de campo en el que registró sus supuestos previos y posibles sesgos interpretativos, con el propósito de sostener la coherencia metodológica y reducir su influencia sobre los hallazgos. Seis informantes clave de ambos sexos fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia e intencional. El estudio se realizó en Maracaibo, estado Zulia, Venezuela, entre septiembre y diciembre de 2023; el reclutamiento tuvo lugar entre septiembre y octubre, y las entrevistas entre octubre y noviembre. Los participantes fueron captados a través de redes de referidos con profesionales de la salud vinculados a centros de atención en cirugía bariátrica y psicología clínica de la ciudad.

Criterios de inclusión: ser venezolano/a, tener 18 años o más, contar con diagnóstico previo de obesidad ($IMC \geq 30$), haberse sometido a cirugía bariátrica entre dos y diez años antes de la entrevista, y expresar disposición voluntaria a participar. Se excluyó a personas con diagnóstico activo de trastorno psiquiátrico grave o en tratamiento psicológico en curso que pudiera interferir con la comprensión de su propia experiencia alimentaria postquirúrgica. La muestra quedó compuesta por cuatro mujeres y dos hombres, con edades entre 35 y 58 años y un tiempo postquirúrgico que osciló entre dos y diez años. El tamaño muestral es adecuado para el diseño fenomenológico adoptado; la saturación temática —punto en que la incorporación de nuevos informantes no genera categorías adicionales— se alcanzó al concluir la quinta entrevista y fue confirmada con la sexta [14].

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas abiertas a profundidad, una por participante, con una duración promedio de 60 a 90 minutos. Cuatro entrevistas se realizaron de forma presencial en un espacio privado acordado con cada participante; las otras dos, de manera virtual mediante Google Meet, según disponibilidad geográfica y preferencia del informante. La guía de entrevista abierta estuvo conformada por las siguientes preguntas generadoras, utilizadas como orientadoras del diálogo y no como cuestionario estructurado: ¿Cuáles estrategias utilizas para regular tu ingesta de alimentos y evitar comer en exceso?, ¿Cómo has afrontado las dificultades para autorregular tu conducta alimentaria después de la cirugía?, ¿Cuáles son los desafíos más comunes en relación a mantener la dieta que te indicaron?, ¿Cuáles cambios has notado en tu conducta alimentaria luego de la operación?, ¿Cómo manejas las situaciones en las que te sientes tentado a comer? Todas las entrevistas fueron grabadas en audio previa firma del consentimiento informado escrito por cada participante, y transcritas de forma verbatim por la investigadora principal, respetando literalmente el discurso de cada informante.

La identidad de los participantes fue protegida mediante códigos alfanuméricos (E1 a E6); los audios se almacenaron en un dispositivo de uso exclusivo y fueron eliminados al concluir el análisis. Se realizaron además anotaciones de observaciones no verbales como complemento al registro discursivo. Para el análisis se aplicó la hermenéutica-dialéctica mediante las siguientes etapas: lectura flotante del material transcrito; identificación de unidades de significado; codificación abierta con etiquetas conceptuales emergentes del propio discurso; agrupación de códigos en categorías temáticas y subcategorías; e interpretación de cada categoría en diálogo con la literatura. El análisis fue realizado por la investigadora principal; las discrepancias interpretativas se resolvieron mediante discusión con el equipo tutor. No se utilizó software especializado; el proceso se apoyó en matrices de categorización elaboradas manualmente.

La trazabilidad queda garantizada por la correspondencia directa entre cada cita textual presentada en los resultados y su código de fuente (entrevistado y línea). La credibilidad se sustentó en la triangulación de expertos —psicólogos clínicos externos que revisaron las categorías construidas— y en el uso extenso de citas textuales [14]. La dependabilidad fue garantizada mediante la documentación detallada del proceso. La transferibilidad es parcial: los hallazgos son propios de este grupo de informantes; la descripción densa del contexto permite a otros investigadores valorar su aplicabilidad a situaciones similares.

Resultados

El análisis hermenéutico-dialéctico de las entrevistas permitió identificar siete categorías que describen la experiencia de autorregulación alimentaria en los informantes: a) motivaciones internas, b) bienestar físico, c) motivaciones externas, d) cambios conductuales post cirugía-

e) cambios cognitivos post cirugía, f) miedos y g) conductas desfavorables. Estas categorías reflejan tanto los recursos internos como los factores externos que orientan la conducta alimentaria de los participantes tras la intervención quirúrgica, y sus interrelaciones se presentan en el **Gráfico 1**.

A continuación se presentan citas textuales representativas por categoría. En cuanto a las motivaciones internas: "...que me veo mejor, me queda la ropa mejor y pues eso básicamente que es lo que a mí me impulsa a no comer más..." (E4, L: 107-109); "...era muy obediente. O sea, incluso, como te comenté, parte de mi proceso fue lento porque yo nunca me salí de las instrucciones..." (E1, L: 243-247).

Respecto al bienestar físico: "Hago mucho ejercicio. Y la endorfina que genero después de que hago ejercicio me mantiene súper activa y feliz." (E1, L: 253-256); "...me operé para mejorar la parte sistémica de la parte de hipertensión como tal..." (E5, L: 34-37).

En motivaciones externas: "...viendo las condiciones que han estado otras personas que se han operado y han perdido la operación. Entonces, eso te lleva a que no... como sea, tú tratas de regular y de evitar eso." (E3, L: 243-246); "...Por, mi hija, mi esposo, mi familia, o sea, yo me cuidaba era para eso, para seguir aquí, pues, en el mismo plano." (E1, L: 171-172).

Sobre los miedos: "...el dumping es algo horrible... uno aprende que hay cosas que no puede comer porque el cuerpo te avisa de manera muy desagradable..." (E3, L: 210-213).

En conductas desfavorables: "Yo te voy a decir una cosa yo soy mala paciente hace mucho tiempo que la dieta que me indicaron, eso no lo sigo yo como normal lo que es que las cantidades son muy pocas..." (E2, L: 91-93); "...en cantidad solamente, que es menos, pero la calidad de la comida, sí, es chatarra, igual me como, lo único es la cantidad, no he agarrado esa conciencia..." (E5, L: 44-46).

Discusión

A continuación se contrastan los hallazgos del presente estudio con la literatura científica disponible, organizados según las categorías emergentes del análisis. La categoría de motivaciones internas se refiere a los elementos propios del individuo que impulsan la ejecución de conductas alimentarias autorreguladas. Estudios indican que uno de los objetivos de las personas sometidas a cirugía bariátrica es lograr una figura corporal armónica y esbelta, mejorando su autoestima, confianza y calidad de vida, lo cual se refleja en los participantes entrevistados [7]. Dentro de esta categoría, la subcategoría "deseos de verse bien" describe la búsqueda de la belleza estética, donde la satisfacción personal funciona como motivación para mantener conductas alimentarias saludables. Asimismo, uno de los hallazgos de la investigación se encuentra en la subcategoría de necesidad de control, la cual evidencia la obediencia a las indicaciones médicas como un medio de autorregulación, ya que los individuos buscan mantener el control sobre su cuerpo tras la cirugía.

Dentro de la categoría de motivaciones externas, diversos autores destacan que las redes de apoyo emocional influyen de manera significativa en el éxito del proceso de pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica. En la subcategoría de red de apoyo emocional, los hallazgos de esta investigación concuerdan con lo señalado por dichos autores, ya que los participantes resaltan la importancia de las relaciones interpersonales cercanas — familiares, amigos o pareja— en la adaptación y mantenimiento del peso después del procedimiento quirúrgico.

Por otra parte, la subcategoría de comparación social aborda la influencia del entorno y de la sociedad en los comportamientos alimentarios de los participantes. Estos tienden a autorregular su conducta alimentaria al observar los

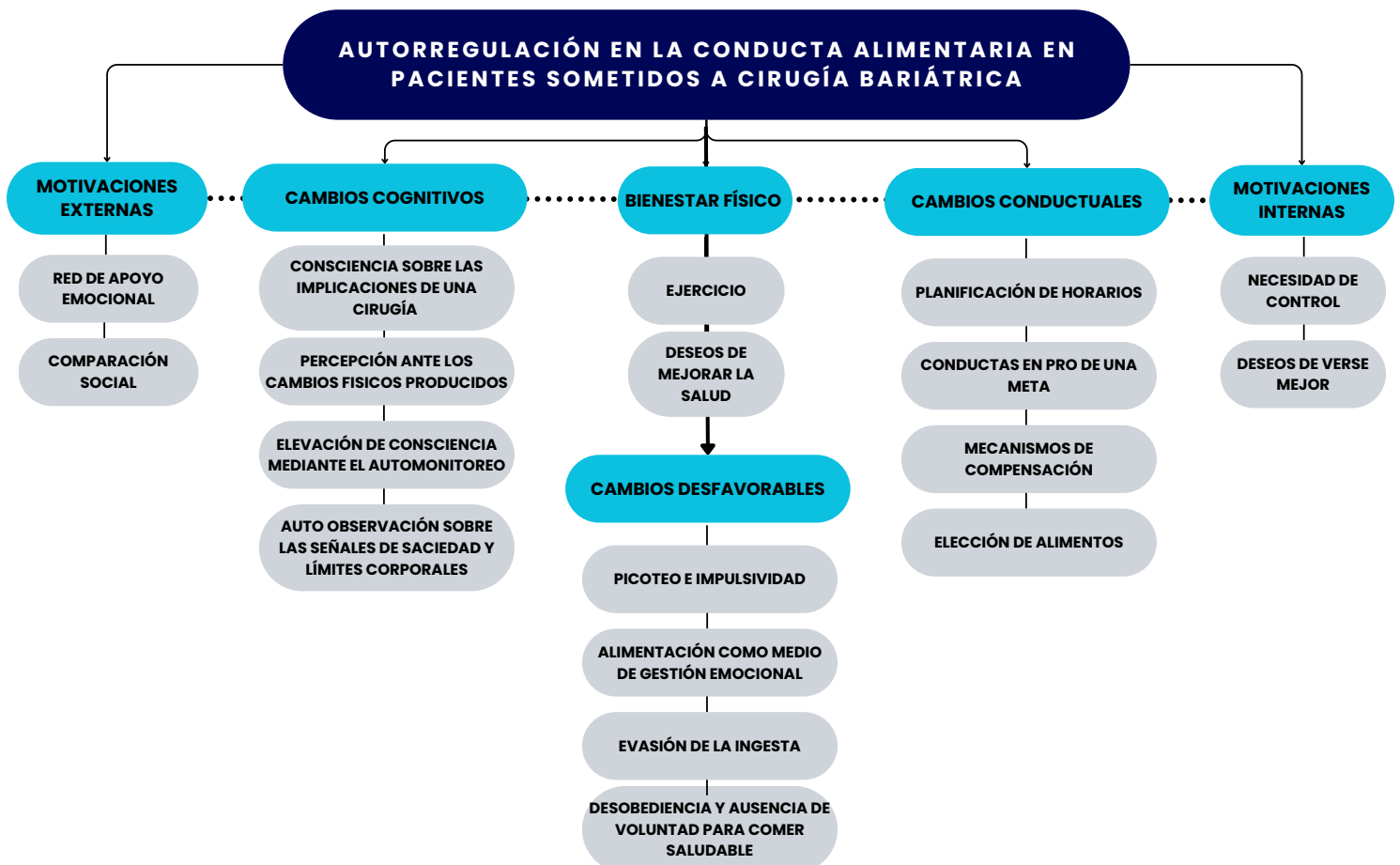
Tabla 1. Categorías, subcategorías y definiciones emergentes del análisis hermenéutico-dialéctico

Categoría	Subcategoría	Definición operacional
Motivaciones internas	Deseos de verse mejor	La imagen estética sirve como impulso para mantener conductas alimentarias autorreguladas y sostener los efectos de la cirugía.
	Necesidad de control	Voluntad de acatar indicaciones médicas como mecanismo de autorregulación orientado al mantenimiento del control personal.
Bienestar físico	Ejercicio	Impacto positivo de la actividad física en el estado emocional que favorece conductas alimentarias saludables.
	Deseos de mejorar la salud	Motivación orientada al autocuidado y a la mejora del desempeño físico, que incentiva conductas alimentarias autorreguladas.
Motivaciones externas	Comparación social	Evaluación de las propias capacidades a través de la comparación con otras personas operadas, que funciona como mecanismo de autoobservación y automonitoreo.
	Red de apoyo emocional	Vínculos familiares y sociales que actúan como sostén emocional e incentivo externo para mantener hábitos alimentarios saludables.
Cambios conductuales post cirugía	Elección de alimentos	Cambios en la selección y distribución de macronutrientes con preferencia por opciones de mayor calidad nutricional y porciones reducidas.
	Conductas en pro de una meta	Acciones deliberadas orientadas al objetivo de mantener los efectos de la cirugía, mediante estrategias conscientes de autocontrol.
	Mecanismos de compensación / Planificación de horarios	Estrategias de sustitución alimentaria y organización de los tiempos de ingesta para evitar el pastoreo y controlar la cantidad consumida.
Cambios cognitivos post cirugía	Conciencia del autocuidado y autoobservación	Reconocimiento cognitivo de la importancia del autocuidado postquirúrgico y atención a las señales fisiológicas de saciedad que orientan la conducta alimentaria.
	Reestructuración de la relación con la comida	Resignificación del rol de la comida en la vida emocional del paciente, con menor uso de la alimentación como regulador emocional.

Miedos	Miedo estético	Temor a presentar el aspecto físico estereotípicamente asociado a la persona bariátrica, que actúa como motivador de la autorregulación.
	Miedo a complicaciones médicas	Temor ante síntomas postquirúrgicos adversos (p. ej., síndrome de dumping) que orienta el autocontrol de la ingesta como mecanismo principal de autorregulación reportado en los informantes.
Conductas desfavorables	Desobediencia y ausencia de voluntad	Episodios de baja adherencia a las pautas alimentarias, con escasa voluntad para modificar hábitos previos a la cirugía.
	Evasión de la ingesta	Omisión consciente de comidas (principalmente el desayuno) como conducta desadaptativa que puede comprometer el estado nutricional a largo plazo.

Nota. Elaboración propia a partir del análisis hermenéutico-dialéctico de las entrevistas.

Gráfico 1. Tema central: Autorregulación en la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. **Legenda:** Representación de las siete categorías emergentes y sus interrelaciones. **Fuente:** Elaboración propia a partir del análisis hermenéutico-dialéctico de las entrevistas.



resultados obtenidos por otras personas que también se han sometido a cirugía bariátrica. De igual modo, realizan una autoevaluación de su propio progreso, lo cual les permite evitar consecuencias negativas que han percibido en otros casos [3].

En otro orden de ideas, la autorregulación alimentaria ha sido conceptualizada como un proceso compuesto por tres subfunciones: autoobservación, autoevaluación y autorreacción. Estas dimensiones se evidencian en la categoría de cambios cognitivos. En particular, la subcategoría de autoobservación sobre las señales de saciedad y límites corporales se refiere a la atención constante que las personas prestan a las señales fisiológicas que indican saciedad, reconociendo los límites naturales del cuerpo en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que puede ingerir y procesar [8].

La subcategoría de elevación de la consciencia mediante el automonitoreo hace referencia a la capacidad del individuo para evaluar de forma continua sus hábitos alimentarios. Los participantes manifiestan haber adquirido una mayor consciencia sobre la relación entre la calidad y cantidad de los alimentos consumidos y el mantenimiento de los cambios logrados tras la cirugía. Esto coincide con lo planteado por Lecaros et al., quienes señalan que, después de la intervención, las personas desarrollan una mayor consciencia sobre sus patrones alimentarios y son capaces de realizar ajustes estratégicos cuando lo consideran necesario [3].

En cuanto a la subcategoría de percepciones frente a los cambios físicos, se identificaron dos tendencias principales. Por un lado, algunos participantes expresan dificultad y malestar emocional al mantener su nuevo peso corporal, debido al deseo persistente de ingerir mayores cantidades de comida. Este fenómeno coincide con lo descrito por diversos autores, quienes destacan que el anhelo por retomar los hábitos alimentarios previos es común y puede dificultar el control de los impulsos, especialmente cuando

existe una relación de dependencia emocional con la comida.

Por otro lado, otros participantes interpretan las limitaciones físicas impuestas por la cirugía como un cambio positivo, asumiendo su nueva condición de manera adaptativa, lo que favorece el desarrollo de conductas autorreguladoras y sostenibles en el tiempo [3].

En este sentido, la subcategoría de consciencia sobre las implicaciones de la cirugía comprende uno de los hallazgos más relevantes de la presente investigación. Esta hace referencia a la reflexión que las personas realizan acerca de los riesgos, así como de los impactos físicos y económicos que la intervención quirúrgica genera en su vida. La toma de consciencia respecto a estos aspectos desempeña un papel fundamental en el desarrollo de conductas alimentarias autorreguladas, ya que impulsa a los pacientes a mantener los cambios alcanzados tras la cirugía bariátrica y a evitar recaídas que puedan comprometer los resultados obtenidos.

Por otro lado, autores han conceptualizado la autorregulación como la capacidad para regular los impulsos, la categoría de conductas desfavorables hace referencia al conjunto de comportamientos desadaptativos que los participantes llevan a cabo en ausencia de autorregulación alimentaria, debido a la predominancia de los hábitos alimentarios existentes antes de la realización de la cirugía bariátrica, y a la inexistencia de comportamientos reguladores de los impulsos presentados. Otros autores refieren que el subir de peso tras la operación bariátrica tiene que ver con la utilización de la comida como mecanismo de regulación emocional, lo cual se puede evidenciar dentro de la subcategoría de alimentación como medio de gestión emocional [9, 3].

Es importante mencionar que se encuentra latente en los informantes el riesgo de perder

cambios ocasionados tras la operación bariátrica, debido a las conductas alimentarias perjudiciales para el mantenimiento de los efectos de la cirugía planteadas dentro de la categoría de conductas desfavorecedoras. La impulsividad presente en estos pacientes interfiere en el desarrollo de conductas alimentarias no saludables, específicamente aquellas relacionadas con hábitos alimentarios, elección y consumo de alimentos, planificación de horarios y consciencia del autocuidado del cuerpo. [9].

Lo planteado se encuentra reflejado en la subcategoría de desobediencia y ausencia de voluntad para comer saludable, en donde se evidencia la escasa voluntad por parte de los participantes para modificar sus hábitos alimentarios. Es evidente que los participantes no siempre llevan a cabo conductas alimentarias dirigidas mediante el proceso de autorregulación, lo cual podría generar consecuencias negativas en el proceso de mantenimiento de los efectos ocasionados tras dicha operación.

Se destaca que, el tipo de conducta alimentaria que poseen los adultos sometidos a cirugía bariátrica se encuentra caracterizada por ingesta excesiva, atracones, pastoreo, alimentación nocturna y alimentación como medio para regular las emociones [2].

Sin embargo, como hallazgo encontrado dentro de la investigación, la evasión de la ingesta es una conducta presente dentro de esta población, debido a que muchos ejecutan conductas evitativas hacia los alimentos, de manera en la que se saltan comidas de forma consciente, mayoritariamente el desayuno, a pesar de que esta es una comida de gran importancia para la salud, desayunar se relaciona con una mejor cobertura de las exigencias nutricionales del cuerpo, una mejor calidad de dieta, así como también se asocia a un mejor control del peso corporal y a la mejoría en indicadores de riesgo cardio metabólicos en niños y adultos [11].

Los informantes de esta investigación refieren que en numerosas ocasiones pueden pasar horas sin comer ingiriendo únicamente agua, lo cual podría generar problemas de salud a largo plazo, entre los principales riesgos de no desayunar o pasar periodos prolongados sin comer se encuentran: falta de concentración, gastritis, sobrepeso y daño neuronal [12].

Entre los hallazgos de la presente investigación se encuentra la categoría de miedos, la cual hace referencia a los temores presentados por las personas sometidas a cirugía bariátrica los cuales impactan de forma positiva a la ejecución de conductas alimentarias autorreguladas, con el fin de evitar la aparición de aquello a lo que se teme. La subcategoría de miedo estético comprende el temor de los individuos a verse de manera estética negativa o a presentar el estereotipo físico de una persona sometida a cirugía bariátrica, el cual de acuerdo a lo mencionado por los participantes es fácilmente reconocible, existe una relación entre el cambio de hábitos alimentarios y el miedo a recuperar el peso perdido, ocasionando para muchos entrevistados una preocupación que alude a la medición de calorías en los alimentos, y, por ende, a un mayor control en la ingesta de alimentos [3].

Por otra parte, la subcategoría de miedo a complicaciones médicas, comprende uno de los hallazgos más significativos de la investigación, y esta hace referencia al temor hacia experimentar estados desagradables como el dumping. Es un conjunto de síntomas gastrointestinales y vasomotores que ocurren como resultado de cambios en la anatomía y la fisiología del estómago tras la modificación de la cámara gástrica según la técnica bariátrica seleccionada. Dichos síntomas generan un malestar significativo en las personas sometidas a cirugía bariátrica, lo que ocasiona que estas eviten a toda costa la aparición del síndrome mediante el autocontrol de la ingesta, lo cual genera que se

lleven a cabo conductas alimentarias dirigidas mediante el proceso de autorregulación [13].

En otro orden de ideas, se ha planteado que la autorregulación es necesaria para llevar a cabo conductas saludables como lo es la actividad física. En referencia a la categoría de bienestar físico, es evidente el efecto positivo del ejercicio físico en las personas sometidas a la cirugía bariátrica, ya que este genera un impacto favorable en el desarrollo de conductas alimentarias saludables dirigidas mediante la autorregulación, debido a que, como se evidencia en la subcategoría de ejercicio, crea un estado en el individuo en el que este desea continuar llevando a cabo conductas en consecuencia de la actividad realizada, lo cual mejora la eficacia en la ejecución de conductas para mantener los efectos de la operación realizada; asimismo, los resultados planteados por otros autores indican que los individuos sometidos a cirugía bariátrica incorporan la actividad física en sus rutinas diarias con el objetivo de mantener el peso perdido tras la operación [4,3].

En cuanto a la subcategoría de deseos de mejorar la salud, hace referencia a la búsqueda de la mejora de las condiciones físicas actuales del individuo, en la que el papel del desempeño físico juega un rol fundamental que sirve como incentivo y motivación para que estos puedan llevar a cabo conductas alimentarias autorreguladas para mantener los efectos de su cirugía evitando las limitaciones funcionales referentes a las condiciones físicas que presentaban antes de la misma, las cuales eran desfavorables para el desenvolvimiento cotidiano y les generaba malestar. En este sentido, se ha establecido que, la cirugía bariátrica mejora la calidad de vida del paciente en diversos ámbitos del funcionamiento, dentro de los cuales se encuentran, su desempeño físico, salud, desenvolvimiento social, y vitalidad [14].

La categoría de cambios conductuales se refiere a los diferentes tipos de conductas alimentarias

que los individuos sometidos a cirugía bariátrica realizan de forma diferente a los comportamientos que ejecutaban con anterioridad, por lo que se evidencia la existencia de cambios en los hábitos alimentarios de esta población, los cuales algunos son realizados estratégicamente con el fin de mantener los efectos estéticos postquirúrgicos como por ejemplo, planificación de horarios, conductas en pro de una meta y mecanismos de compensación, los cuales implican una voluntad consciente por parte del individuo para llevar a cabo acciones que siguen un objetivo determinado, no perder los efectos de la cirugía, para lo cual se utiliza como medio la autorregulación en la conducta alimentaria [2].

Finalmente, la subcategoría de elección de alimentos se presenta en consecuencia de los cambios físicos ocasionados tras la cirugía bariátrica, debido a la escasa capacidad del cuerpo para tolerar grandes cantidades de alimentos, lo que ocasiona que estos deban elegir la distribución de los macronutrientes que deben ingerir, así como también comer menor cantidad de alimentos en relación a lo que solían consumir.

Consideraciones éticas

El estudio se condujo atendiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki [15] y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) [16]. Antes de iniciar cada entrevista, la investigadora explicó a los participantes el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Todos firmaron un consentimiento informado que incluía autorización expresa para la grabación en audio. La identidad de los informantes quedó protegida mediante códigos alfanuméricos (E1 a E6); los audios se almacenaron en un dispositivo de uso exclusivo y fueron eliminados al concluir el análisis

Los participantes no recibieron compensación económica. La investigación fue realizada bajo el aval institucional de la Universidad Rafael Urdaneta, a través del Centro de Investigaciones Psicológicas (Cinvepsi), Maracaibo, Venezuela. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Limitaciones del estudio

Los hallazgos deben leerse considerando las limitaciones propias del diseño adoptado. La muestra de seis participantes, adecuada para un estudio fenomenológico, no permite generalizaciones estadísticas; los resultados describen la experiencia de este grupo específico y no necesariamente la de la población bariátrica en general. El muestreo por conveniencia suma otro factor: quienes aceptaron participar podrían diferir en motivación o reflexividad respecto a quienes declinaron. La variabilidad del tiempo postquirúrgico —entre dos y diez años— ubica a los participantes en etapas muy distintas del proceso de adaptación, lo que genera heterogeneidad en los relatos. Los datos provienen exclusivamente del relato retrospectivo de los informantes, por lo que existe un margen de sesgo de recuerdo, especialmente en lo referente a los primeros meses tras la operación. Por último, no se realizó devolución de las transcripciones a los participantes para su validación (member checking), lo que constituye una limitación de credibilidad que estudios futuros deberían subsanar [14].

Recomendaciones

Se recomienda profundizar en la necesidad de control como medio de autorregulación de la conducta alimentaria en los individuos sometidos a cirugía bariátrica. A su vez, es recomendable estudiar la importancia de la psicoterapia con la finalidad de cambiar la forma en que los individuos se relacionan con la comida en individuos sometidos a cirugía bariátrica.

Conclusiones

En relación con la pregunta de investigación sobre la autorregulación de la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, los hallazgos obtenidos en este grupo específico de seis informantes sugieren que los participantes emplean distintos mecanismos de control, basados tanto en recursos internos —como la motivación, los miedos y los cambios cognitivos y conductuales—, como en factores externos, entre los que destacan el apoyo social y la actividad física.

En este grupo de informantes, el miedo a las complicaciones médicas —particularmente al síndrome de dumping— emergió como el mecanismo de autorregulación más frecuentemente reportado, actuando como función adaptativa que orienta el control de los impulsos. Este hallazgo es propio del grupo estudiado y requiere ser contrastado en muestras más amplias antes de considerarlo generalizable. Asimismo, los datos sugieren una tendencia en estos participantes a priorizar el aspecto estético sobre la salud integral, con prácticas alimentarias centradas en la restricción de cantidad más que en la calidad nutricional.

Los datos también sugieren que, si bien los informantes cuentan con mecanismos activos de autorregulación, en determinadas circunstancias reaparecen hábitos alimentarios previos a la cirugía, lo que representa un riesgo para el mantenimiento de los resultados postquirúrgicos en este grupo. Estos hallazgos, circunscritos al contexto y características de la muestra, no deben interpretarse como conclusiones extrapolables a la totalidad de la población bariátrica, pero apuntan a la pertinencia de fortalecer el acompañamiento psicológico postoperatorio y de profundizar en el estudio de estos mecanismos mediante diseños con mayor tamaño muestral.

Referencias

1. Pereira M, Reche L, García M. Trastornos de la conducta alimentaria y cirugía bariátrica en Brasil. Una revisión integrativa. *Rev Bras Obes Nutr Emagrecimiento*. 2021;15(97):1003-1013.
2. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr*. 2002;29(3):280-285. DOI: 10.4067/S0717-75182002000300002
3. Lecaros J, Cruzat C, Díaz F, Moore C. Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutr Hosp*. 2015;31(4):1504-1512. DOI: 10.3305/nh.2015.31.4.8515
4. Pereda G. Comportamiento alimentario y autorregulación en personas normopeso y obesas [Trabajo especial de grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2018.
5. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):248-287. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90022-L
6. Reed J, Yates B, Houfek J, Pullen C, Briner W, Schmid K. Eating self-regulation: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(2):105-116. DOI: 10.1111/nuf.12125
7. Duckworth A, Kern M. A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *J Res Pers*. 2011;45(3):259-268. DOI: 10.1016/j.jrp.2011.02.004
8. Cabezas M. Alfabetización alimentaria, autorregulación alimentaria y su asociación con la dieta, estado nutricional y bienestar de adultos en Chile [Tesis de maestría]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2021.
9. Arraigada M. Evaluación psicopatológica en obesidad y post cirugía bariátrica [Tesis de doctorado]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
10. López A, Cuadrado E, Peral A, Aparicio A, Ortega R. Importancia del desayuno en la mejora nutricional y sanitaria de la población. *Nutr Hosp*. 2020;35(6):3-6. DOI: 10.20960/nh.2278
11. Centro Mexicano en Estomatología. Razones por las que pasar mucho tiempo sin comer no es saludable [Internet]. Veracruz: CME; 2021 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.cmeveracruz.com>
12. Alemany M, Puchol O, Macián F, Cariñena S, Romero B. [Título no especificado]. *Acta Pediatr Esp*. 2015;73(9):214-217.
13. Hernández M, Joya M, Lozano T, Hernández N. Calidad de vida en pacientes obesos antes y después de la cirugía bariátrica. *Rev FACES*. 2019;17(1):13-20.
14. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64.ª Asamblea General. Fortaleza: AMM; 2013.
16. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4.ª ed. Ginebra: CIOMS; 2016.