

**Cómo citar este artículo:**

Deorato, P. (2022). Las estrategias de la terapia cognitivo conductual (TCC) para pacientes de cirugía bariátrica: revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 5 (1), 61 -79. doi: 10.33000/mlspr.v5i1.913.

**LAS ESTRATEGIAS DE LA TERAPIA COGNITIVO  
CONDUCTUAL (TCC) PARA PACIENTES DE CIRUGÍA  
BARIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Priscila Deorato Borrello**

Universidad Europea del Atlántico (España)

[priscilacontact@hotmail.com](mailto:priscilacontact@hotmail.com) · <https://orcid.org/0000-0002-6291-8410>

**Resumen.** Desde 1991, cuando los NIH reconocieron la cirugía bariátrica como el tratamiento más efectivo para la obesidad mórbida, el número de estos procedimientos no ha dejado de crecer. El psicólogo es una parte fundamental de este equipo multidisciplinar, y la terapia cognitivo conductual ha sido la rama más utilizada por estos profesionales. Sin embargo, se observa una gran variedad de tácticas y recursos de TCC aplicados a los pacientes de cirugía bariátrica, y el objetivo de este trabajo es clarificar la efectividad de los diferentes recursos e identificar patrones centrados en estos pacientes. El método empleado consiste en una revisión sistemática de estudios científicos de TCC para pacientes de cirugía bariátrica. Los resultados fueron el análisis comparativo de estrategias de atención individual, grupal y a distancia, factores de éxito y no éxito en las diferentes modalidades y análisis de los efectos de las comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad en el pronóstico de la cirugía. Las estrategias de TCC presentaron diferentes beneficios entre sí; para una correcta elección de estos recursos, se deben tener en cuenta de modo continuado e individual algunas variables, como la comorbilidad psicológica del paciente, su entorno social, autoestima y capacidad de adaptarse al postoperatorio. Igual de importante que la elección de la estrategia es respetar el tiempo y el período de terapia a lo largo del contexto quirúrgico.

**Palabras clave:** terapia cognitivo conductual, cirugía bariátrica, cirugía de la obesidad, bypass gástrico, comorbilidad psicológica.

**THE STRATEGIES OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY  
(CBT) FOR BARIATRIC SURGERY PATIENTS. A SYSTEMATIC  
REVIEW**

**Summary.** Since 1991, when bariatric surgery was recognized by the NIH as the most effective treatment for morbid obesity, the number of these procedures continues to grow. The psychologist is a fundamental part of this multidisciplinary team, and the cognitive behavioral therapy has been the most used therapy. However, a wide variety of CBT tactics and resources applied to bariatric surgery patients is observed and

the objective of this work is to clarify the effectiveness of these different resources and identify patterns of resources focused on bariatric surgery patients. The method employed is a systematic review of scientific studies of CBT for patients of bariatric surgery. The results were the comparative analysis of individual, group and online therapy strategies, success and non-success factors in the different modalities and analysis of the effects of psychological comorbidities on the prognosis of surgery. The CBT strategies presented unlike benefits to bariatric surgery patients. For a correct choice of CBT resources to be applied to these patients, some variables must be considered individually, such as the psychological comorbidity of the patient, their social environment, self-esteem and ability to adapt to the postoperative period. Equally important to the choice of strategy, is to respect the time and period of therapy throughout this context.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, cognitive behavioural therapy, bariatric surgery, gastric bypass, psychological comorbidity.

## Introducción

En 1991, el comité de expertos de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) concluyó que la cirugía bariátrica era el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida, por lo que cada vez más personas han recurrido a este procedimiento para controlar el exceso de peso. En 2013, la Worldwide Obesity Surgery realizó un estudio que señalaba “468.609 cirugías bariátricas realizadas en este mismo año; Estados Unidos y Canadá, 154.276; Brasil con 86.840, Francia con 37.300 y Argentina con 30.378” (Angrisani et al., 2013, p.1). En el año 2000, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) mostró que la demanda de cirugías bariátricas al año en España es de en torno a 16.000 (Arteaga et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997) consideró que “la obesidad mórbida es [*sic*] cuando el índice de masa corporal, [*sic*] IMC es  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $35 \text{ kg/m}^2$  con comorbilidades clínicas graves” (p. 1). Igualmente, ese mismo año la OMS expone una importante preocupación acerca de que la obesidad sea una enfermedad crónica multifactorial de numerosas comorbilidades sustanciales, incluyendo una serie de trastornos psicológicos (OMS, 1997). Así, más allá de la pérdida de peso absoluta, la definición de éxito quirúrgico debe considerar la mejoría de las comorbilidades físicas y psicológicas asociadas y la calidad de vida del paciente. Consecuentemente, en 2009, el NICE estableció el trabajo multidisciplinar, con la participación del psicólogo, en la cirugía bariátrica. En 2012, también lo consideraron la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE), la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS) y la Sociedad de la Obesidad estadounidense (TOS). En 2017, la SECO lo establece de igual manera (Martín, 2017; Mechanick et al., 2013; NICE, 2009).

En la actualidad, se observa que los estudios experimentales, las revisiones sistemáticas y las guías de atención psicológica establecidas por las autoridades demuestran que la terapia cognitivo conductual (TCC) presenta mayor evidencia empírica y mayor prevalencia en los tratamientos contra la obesidad. En 2016, NICE la consideró el tratamiento de clase A y ocupaba un 60% de prevalencia en los estudios, mientras que la terapia conductual representaba un 30%. Esta última fue perdiendo su espacio a lo largo del tiempo en favor de la TCC, concretamente desde 2001, cuando Cooper identifica que al añadir técnicas cognitivas a la terapia conductual estas parecen mejorar el éxito de la cirugía, reducir la recuperación de peso y mejorar el bienestar psicológico del paciente (APA, 1998; Baile, 2019; Bunner, 2014; Cooper, 2001; NICE, 2016; Shaw et al., 2010; Wilson, 1999).

Aunque, en la actualidad, la TCC es la terapia que presenta mayor evidencia empírica para la obesidad, en la práctica clínica y en los estudios científicos se observa

una gran variedad de estrategias y recursos aplicados a los pacientes de cirugía bariátrica, No existe un protocolo riguroso de atención a esta población, lo que queda demostrado en diferentes tácticas donde se observan intervenciones divididas en tres grandes grupos: la psicoterapia a distancia, la terapia grupal y la terapia individual (Ogden et al., 2011; Shaw et al., 2010). De igual modo, es necesario analizar de manera sistemática y exhaustiva los datos de los estudios experimentales científicos que aplican la TCC a estos pacientes para clarificar la efectividad de estos recursos e identificar pautas de éxito y no éxito.

Asimismo, este estudio tiene los siguientes objetivos: comparar las diferentes estrategias empleadas en los estudios científicos clínicos experimentales; identificar prácticas exitosas y no exitosas en estas estrategias aplicadas a los pacientes de cirugía bariátrica; comprender el manejo de las comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad; e identificar instrumentos de evaluación, colaborando en la decisión del tratamiento para que la contribución del psicólogo sea más efectiva y que los pacientes tengan mejores resultados quirúrgicos y mejor calidad de vida.

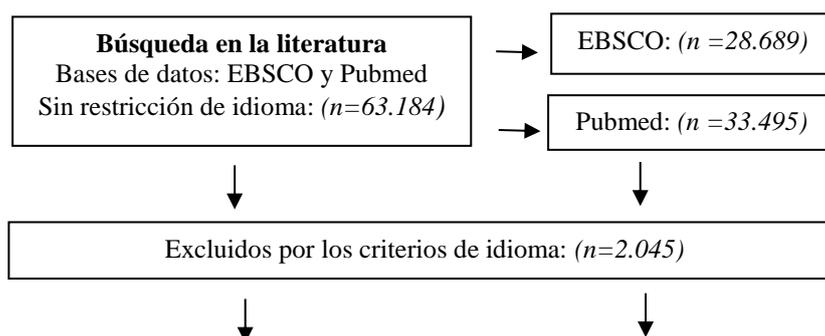
## Método

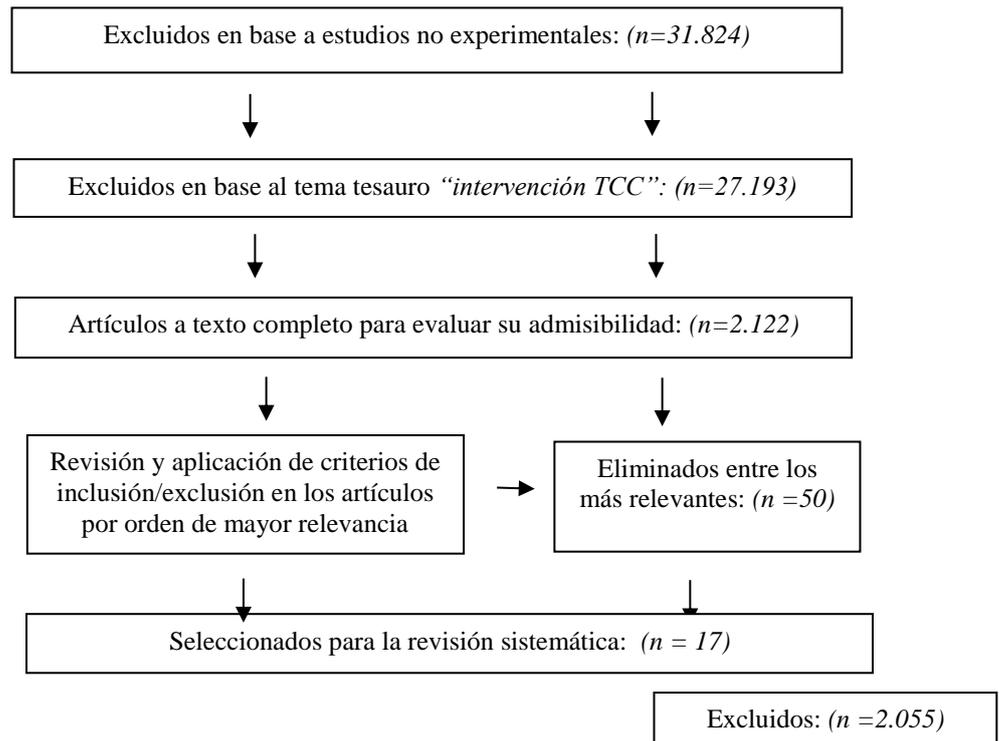
Para este estudio se ha elegido el método de la revisión sistemática de artículos científicos publicados en los últimos 12 años. Dichos artículos comprenden estudios experimentales cualitativos y/o cuantitativos de ensayos clínicos con pacientes de cirugías bariátricas realizadas con la implantación de la terapia cognitivo conductual (TCC) en el pre y/o postoperatorio.

Como fuentes documentales, este trabajo ha realizado búsquedas de estudios científicos publicados en las bases de datos Pubmed y EBSCO. A partir del objetivo de esta investigación, se ha definido un protocolo de búsqueda con la combinación de las palabras clave y los operadores booleanos como sigue: ((*“cognitive behavioral therapy”* OR *“cognitive behavioural therapy”*) AND (*“bariatric surgery”* OR *“gastric bypass surgery”* OR *“weight loss surgery”*)).

Los criterios de inclusión empleados fueron: (1) que los trabajos versaran sobre estudios experimentales en pacientes adultos a partir de 18 años que cumplieran los criterios establecidos de recomendaciones para la cirugía bariátrica; (2) que estos experimentos aplicaran una intervención con TCC en el pre y/o postoperatorio; y (3) que se tratara de estudios experimentales realizados con metodología científica.

Por otra parte, los criterios de exclusión adoptados fueron: (1) que no versaran sobre estudios de ensayo clínico; (2) que se tratara de estudios de caso único; (3) que fueran artículos duplicados en las dos bases de datos; (4) que se tratara de artículos duplicados por actualización de información; (5) que se tratara de temas no relacionados con la psicología; (6) que los idiomas no fueran el español ni el inglés; y (7) que no versaran sobre las técnicas de la TCC. A continuación, se presenta un esquema con los resultados de la búsqueda de artículos:





Tras la recuperación de estos 17 artículos, la segunda fase de esta revisión se centró en la revisión integral de la fuente documental, que estaba en gran parte en inglés. Además de estos datos experimentales, este estudio también obtuvo referencias de otros autores acerca de los fundamentos teóricos de la psicología bariátrica.

En el siguiente apartado se relatan los resultados de esta revisión: se muestran los datos demográficos encontrados en los artículos, las variables y los instrumentos de evaluación estudiados por los autores, seguidos de un análisis sistemáticamente comparativo de las intervenciones de atención grupal, individual y a distancia. Por último, se establecen consideraciones finales con la síntesis de los principales efectos de la TCC en sus diferentes modelos y del manejo de las comorbilidades psicológicas en la cirugía bariátrica.

## Resultados

Tras analizar las características sociodemográficas de los artículos de esta revisión, se obtuvo una muestra de 3.688 personas, con un 61% perteneciente al sexo femenino. La media de edad fue de 43 años, con un IMC medio de 48 kg/m<sup>2</sup>. Un 93% estaba constituido por blancos y un 80% por personas casadas o en unión estable. La mayoría la constituían sujetos con educación secundaria o con un nivel profesional. Los países presentes en estos experimentos fueron Reino Unido, España, Alemania, Italia, Noruega, Canadá, Estados Unidos, México, Colombia y Chile.

Un 35,29% de los estudios aplicó la TCC en fase preoperatoria; otro 35,29%, en fase postoperatoria para evaluar las ganancias terapéuticas. Un 29,41% acreditó factores de éxito o no éxito de la intervención con TCC en el contexto de la cirugía, la eficacia de los instrumentos de evaluación y el aval de métodos diferenciados para aumentar el alcance terapéutico en estos pacientes. La comorbilidad psicológica ha sido el punto clave en todos los experimentos. Se identificó que un 52,94% de los artículos evaluó la sintomatología depresiva; un 47,05%, los TCA; un 41,17%, la ansiedad y el IMC; un

35,29%, la calidad de vida; un 17,64%, el estrés, la autoestima, las relaciones familiares y la adhesión al tratamiento; y un 11,76%, los rasgos de personalidad. A continuación, se puede observar en la Tabla 1 lo que cada artículo comprendió individualmente y la modalidad de intervención aplicada, las cuales definieron los autores básicamente en función de los recursos disponibles y/o del objetivo del estudio.

Tabla 1

Tabla de las variables psicológicas evaluadas en los artículos de esta revisión, con el objetivo principal de la intervención del autor, y el modelo de intervención TCC utilizado

Autor	Datos de los artículos		Factores de intervención										
	Tipo intervención	Participantes	Objetivos	Estrés	Ansiedad	Depresión	Autoestima	Calidad de vida	TCA	Relaciones familiares	Personalidad	IMC/Contorno	Adhesión
Abilés et al. (2010)	A	(n=50)	1	x	x	x	x	x	x	x	x		
Abilés et al. (2013)	A	(n=110)	2	x	x	x	x	x	x	x		x	
Abilés et al. (2013)	A	(n=110)	3	x	x	x	x	x	x	x	x		
Conceição et al. (2016)	C	(n=180)	1										x
Delgado et al. (2015)	A	(n=14)	2		x	x						x	
García et al. (2012)	A	(n=27)	1						x			x	
Hege et al. (2014)	A	(n=98)	2		x	x			x				x
Kalarchian et al. (2016)	A	(n=199)	3								x		
Martínez et al. (2013)	A	(n=50)	2		x	x							
Marzocchi et al. (2008)	A	(n=135)	3			x		x	x				
Ogden et al. (2011)	A	(n=10)	1									x	
Ogden et al. (2015)	A	(n=206)	3									x	
Román et al. (2012)	A	(n=50)	2		x	x							
Rudolph y Hilbert (2020)	A	(n=7)	3			x		x	x				
Sierra et al. (2014)	B	(n=15)	2					x				x	
Sockalingam et al. (2017)	C	(n=19)	3						x			x	

---

Zhang et al. C (n=2408) 1 x  
(2015)

---

(A) Intervención Individual Presencial (1) Ampliación Alcance Terapéutico  
 (B) Intervención Grupal Presencial (2) Reducción Comorbilidad en Intervención Preoperatoria  
 (C) Intervención en línea / a distancia (3) Reducción Comorbilidad en Intervención Postoperatoria

---

*Nota:* Elaboración propia basada en los autores citados.

El diagnóstico preoperatorio es un factor de éxito sustancial, dado que se han encontrado trastornos psicológicos que, para evitar que causen un mal pronóstico de la cirugía, necesitan de al menos un año de tratamiento y estabilidad de sus síntomas antes de la realización del procedimiento quirúrgico (Clark et al., 2003). En suma, el paciente debe ser declarado capaz de satisfacer los requisitos de alimentación necesarios para poder realizar la intervención quirúrgica (Martínez et al., 2013; Marzocchi et al., 2008).

Para el diagnóstico de las comorbilidades psicológicas, además de las entrevistas estructuradas, semi estructuradas y basadas en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición), se ha encontrado una variedad de 28 tipos de métricas para evaluar un mínimo de nueve comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad. El listado de estos instrumentos, que en gran parte se refieren a los TCA, está en la Tabla 2. Debido a esta diversidad encontrada en los artículos, a continuación, también se referencian los instrumentos de evaluación que mencionaron Martín et al. (2017) en el informe de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), la Fundación de la Sociedad Española de la Cirugía de la Obesidad (FUNSECO) y la SECO. Estas son:

- **Psicopatología general:** Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) y Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): medidas que incluirán sintomatología ansioso-depresiva, índice de psicopatología general y dificultades para la regulación de emociones, frecuentemente presentes en estos pacientes y asociadas con un peor pronóstico (p. 18).
- **Psicopatología alimentaria:** Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2); Entrevista Clínica Semiestructurada para la Detección de un Trastorno Alimentario (SCID-I); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); y Yale Food Addiction Scale-2 (YFAS-2): medidas que incluirán psicopatología alimentaria y criterios diagnósticos, tanto de un posible trastorno alimentario concurrente como de un trastorno por uso de sustancias o una posible adicción a la comida, generalmente asociados a un mayor índice de recaídas y a un peor pronóstico (p. 18).
- **Rasgos de Personalidad:** Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) y UPPS-P (Impulsive Behavior Scale): medidas que incluirán rasgos de personalidad de temperamento y carácter, así como rasgos impulsivos de personalidad, generalmente asociados a un peor pronóstico y a una menor adherencia (p. 18).

Tabla 2

*Instrumentos de evaluación psicológica para pacientes de cirugía bariátrica, encontrados en los artículos revisados*

<b>Instrumentos de evaluación psicológica utilizados en pacientes de cirugía bariátrica</b>	
Ansiedad y Depresión	Escala abreviada de Ansiedad y Depresión (Montón et al.); General Health Questionnaire (GHQ) Inventario de Depresión de Beck I y II (BDI-I y BDI-II) Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para depresión Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (HADS- D) (HADS-A) State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). STAI-E/STAI-R/(BDI-SF)
Autoestima	Autoestima: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Vázquez et al.)
Calidad de vida	Calidad de vida (PGWBI). Calidad de vida. Obesity-specific - Impacto del peso en la calidad de vida- <i>lite</i> . Inventario de calidad de vida y salud (INCAVISA) (Sánchez-Sosaet al., 2009).  Quality of Life Index (QLI-SP) (Mezzich)
Estrés	(CEDD44-B) (Sanz-Carrillo et al.)
Familia	Individual and family function. (Family APGAR) (Bellón et al.)
Medidas Corporales	CC: Contorno Cintura / IMC: Índice de Masa Corporal
Otros	El bienestar relacionado con la obesidad 97 (Orwell-97) Entrevista estructurada y semiestructurada del DSM-IV Instrumentos de variables psicológicas específicas desarrolladas para el Apolo - Bari
Personalidad	Personality (Eysenck Personality Questionnaire-Revised) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1992)
Trastorno alimentario	Symptomatology (Eating Disorder Examination-Questionnaire, version 4) Food Craving Questionnaire-Trait (FCQ-T) (Cepeda-Benito et al.) Binge Eating Scale (BES) Eating disorder 7-item (GAD7) Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ R-21) Entrevista de examen del trastorno de la alimentación (EDE) Versión alemana del Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q, versión 4) (Katrine et al.) CB (EDE-BSV) QEWP-R: Questionnaire on eating and weight patterns

Fuente: Elaboración propia basada en Abilés et al. (2010), Abilés et al. (2013), Abilés et al. (2013), Conceição et al. (2016), Delgado et al. (2015), García et al. (2012), Hege et al. (2014), Kalarchian et al. (2016), Martínez et al. (2013), Marzocchi et al. (2008), Ogden et al. (2011), Ogden et al. (2015), Román et al. (2012), Rudolph y Hilbert (2020), Sierra et al. (2014), Sockalingam et al. (2017) y Zhang et al. (2015).

Todos los estudios han utilizado la reestructuración cognitiva como principal técnica de TCC para la promoción y el mantenimiento de conductas saludables, así como para la disminución o eliminación de conductas indeseables y, con ello, la pérdida de peso

(Van Dorsten y Lindley, 2008). Como principales ejercicios de reestructuración cognitiva se encontraron actividades como el autorregistro y automonitoreo; con ello, se demostró que es una técnica eficaz para desarrollar el autocontrol. También se utilizaron los controles de estímulos y la terapia de solución de problemas, a fin de prevenir recaídas y mantener el apoyo social, principalmente de la familia. Por otra parte, en el estudio de Román et al. (2012) se evidenció el uso de la relajación muscular progresiva de Jacobson et al. (2000); esta se utiliza siguiendo una grabación con indicaciones para ejercicios de relajación y psicoeducación acerca del cambio de hábitos y las diferentes fases del proceso quirúrgico, contemplando desde el pre hasta el postoperatorio.

Finalmente, se presenta a continuación una descripción de los principales resultados de las intervenciones estudiadas. En la Tabla 3 se muestra un comparativo de los principales efectos y resultados de cada una de las modalidades de intervención encontradas en los artículos experimentales y en los materiales de apoyo utilizados en esta revisión.

Tabla 3

*Comparativa de estrategias de intervención de terapia cognitivo conductual para pacientes de cirugía bariátrica*

<i><b>Autores</b></i>	<i><b>Tipo de intervención</b></i>	<i><b>Principales efectos / resultados</b></i>
Abilés et al. (2010); Delgado et al. (2015); García et al. (2012); Hege et al. (2014); Kalarchian et al. (2016); Martínez et al. (2013); Marzocchi et al. (2008); Ogden et al. (2011); Román et al. (2012); Rudolph y Hilbert (2020)	Intervención Individual Presencial	a) Permite diagnosticar y tratar con efectividad las comorbilidades psicológicas de nivel moderado – grave que afectan al pronóstico de la cirugía. (1) Alta resolución, de hasta un 88%, en estudios preoperatorios y de un 94% en experimentos postoperatorios de la psicopatología de sintomatología leve. (2) b) Algunos pacientes muestran una importante dificultad o resistencia a acudir a las sesiones, en especial los de sintomatología leve. c) Alta tasa de muerte experimental, de un 71%. d) Alto coste comparado con las demás.
Sierra et al. (2014); Megan (2012)	Intervención Grupal Presencial	a) Eficaz en la reducción de la psicopatología de sintomatología leve. (2) Sin embargo, necesita de más apoyo individual para las de nivel moderado-grave (1). b) Mayor eficacia en la pérdida de peso y mejora del IMC comparado con los demás tipos de intervención, muy importante para cumplir con las condiciones técnicas previas a la cirugía y el compromiso de cambio del paciente. c) Alta satisfacción y aceptación de los pacientes. d) Un 40% de muerte experimental.

Conceição et al. (2016); Sanjeev et al. (2017); Zhang et al. (2015)	Intervención en línea / a distancia	<p>a) Alta tasa de resolución de la sintomatología leve; en algunos casos, para esta población se mostró más eficaz a largo plazo que la intervención individual presencial. No se han observado datos de esta intervención para las comorbilidades moderadas-graves.</p> <p>b) Aumenta la accesibilidad, el alcance y la adhesión al tratamiento, con un menor número de muerte experimental comparado con los demás modelos, al tratarse este de un 20%.</p> <p>c) Mejora del IMC, incluso a largo plazo.</p> <p>d) Alta satisfacción y aceptación de los pacientes.</p> <p>e) Menor coste.</p>
---	-------------------------------------	---

(1) - Sintomatología moderada - grave: trastornos (DSM-5) personalidad, bulimia, anorexia, esquizofrenia, abusos y depresión mayor.

(2) - Sintomatología moderada -leve: ansiedad, depresión, calidad de vida, estrés, TCA, autoestima, motivación.

*Nota:* Elaboración propia basada en los autores citados.

Estos datos han permitido observar diferentes niveles de eficacia para los distintos modelos de intervención, ponderados junto al perfil individual del paciente y la comorbilidad que conlleva. Así pues, en la Tabla 4 se representan los principales efectos de las comorbilidades psicológicas y otros factores psicológicos importantes en el contexto de la cirugía bariátrica y el manejo de la intervención TCC, de acuerdo con toda la literatura encontrada para este trabajo.

Tabla 4

*El manejo de las comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad en el contexto de la cirugía bariátrica y la intervención de TCC*

<b>Autores</b>	<b>Comorbilidad psicológica</b>	<b>Asociación al éxito/no éxito quirúrgico</b>	<b>Intervención TCC</b>
Black et al. (2003); Clark et al. (2003); Kalarchian et al. (2016); NICE (2016); SEEDO (2000)	Bulimia, índice de suicidio, esquizofrenia, adicciones a sustancias, bipolaridad y anorexia.	Estos pacientes han demostrado no poder cumplir con las restricciones postoperatorias por no presentar una reducción de peso satisfactoria (se vio una reducción de menos del 50% del exceso de peso). Además, la absorción de la medicación psiquiátrica puede no ser suficiente tras la cirugía, perjudicando el tratamiento postoperatorio.	Necesidad de intervención preoperatoria hasta controlar y estabilizar los síntomas. Tratamiento recomendado un año antes de la cirugía y hasta dos o tres años después de haberla realizado.
Clark et al. (2003); Goldman (2014); NICE (2016); SEEDO (2000)	Depresión mayor	Está relacionada con una menor pérdida de peso a largo plazo y con otras comorbilidades, como TCA, y una menor calidad de vida. Presenta mayor prevalencia en los obesos con IMC por encima de 40 que en los obesos moderados.	Necesidad de intervención preoperatoria hasta controlar y estabilizar los síntomas un año antes de recomendar la cirugía. La intervención individual presencial es la más recomendada hasta estabilizar los síntomas.

Abilés et al. (2010); Abilés et al. (2013); García et al. (2012); Hege et al. (2014); Marzocchi et al. (2008); Rudolph y Hilbert (2020); Sockalingam et al. (2017)	Trastorno por atracón	Esta es la comorbilidad psicológica más alta entre los obesos mórbidos, y puede llegar a un 50%. Suele estar acompañada de depresión, ansiedad, depresión mayor, menor autoestima y baja calidad de vida hasta en un 16% de los casos. Algunos estudios muestran una gran dificultad de adaptación postoperatoria, con menor pérdida de peso. Otros estudios no confirman una diferencia respecto a la pérdida de peso con los que no tienen TA, ambos con intervención de TCC. También mostraron mayor preocupación por la comida y el peso y revelaron sentir más hambre, temor, culpa y preocupaciones sobre la forma y la ingesta de alimentos tras la cirugía.	Necesidad de intervención preoperatoria por el período necesario hasta reducir los síntomas intensos antes de recomendar la cirugía. Necesidad de monitoreo y seguimiento continuos a largo plazo tras la cirugía.
Abilés et al. (2010); Abilés et al. (2013); Delgado et al. (2015); Hege et al. (2014); Martínez et al. (2013); Marzocchi et al. (2008); Román et al. (2012); Rudolph y Hilbert (2020)	Ansiedad y depresión	Pueden dificultar la adaptación al postoperatorio y presentar menores resultados en la cirugía. El apoyo social es muy importante para estos pacientes. Hay un 48% de prevalencia en pacientes de cirugía que sufren ansiedad, y un 50% de las mujeres candidatas a cirugía ya han sido medicadas con antidepresivos anteriormente. Un 16% de estos pacientes puede evolucionar a un TCA.	Necesidad de intervención preoperatoria de aproximadamente cinco meses o hasta estabilizar los síntomas. Necesidad de seguimiento y diagnóstico constantes de otras comorbilidades psicológicas asociadas, como el TA.
Black et al. (2003); Clark et al. (2003); Guisado y Vaz (2002); Kalarchian et al. (2016); Tsushima et al. (2004)	Trastorno de personalidad	Puede presentar resultados de menos del 50% del exceso de peso (histeria paranoide y escalas concernientes a la salud).	Necesidad de intervención preoperatoria hasta controlar y estabilizar los síntomas durante una media de un año.

Fernández (2008)	Motivación intrínseca	Si la motivación es alta, promueve la mejora de la adhesión al tratamiento; si es baja, existe dificultad para la toma de decisiones respecto a la cirugía y a poner en práctica las restricciones de la CB.	Necesidad de intervención preoperatoria, sin tener que esperar resultados para la cirugía. Necesidad de seguimiento y diagnóstico constantes de otras comorbilidades psicológicas, como el TA.
Ray et al. (2003); Marzocchi et al. (2008); NICE (2016)	Apoyo social	Muy importante para colaborar cuando se da sintomatología leve, lo que contribuye al tratamiento. Si no es alto, puede conducir al aumento de peso a los dos años de la cirugía y contribuir a malos hábitos futuros.	Necesidad de intervención preoperatoria, sin tener que esperar resultados para la cirugía. Necesidad de seguimiento y diagnóstico constantes de otras comorbilidades psicológicas, como el TA.
Ogden (2011); SEEDO (2007);	Propia capacidad del paciente	Este componente incluye a los pacientes que refieren dificultades de adaptación a las restricciones postoperatorias no relacionadas con trastornos psicológicos.	Necesidad de intervención para trabajar las fortalezas y necesidades de adaptación desde el preoperatorio sin necesidad de posponer la cirugía.
Marzocchi et al. (2008)	Antecedentes de traumas o abuso	Se ha identificado que los abusos, principalmente sexuales, pueden incidir en la obesidad y las conductas de atracón, o en la dificultad para la adaptación postoperatoria.	Buena eficacia, con necesidad de intervención preoperatoria hasta controlar y estabilizar los síntomas durante un año.
Clark et al. (2003); Martínez et al. (2013); Marzocchi et al. (2008)	Incapacidad intelectual	Es necesario que el paciente posea las condiciones para asumir el cambio de hábitos que demanda la cirugía. En caso de no poder tomar consciencia, se recomienda orientarlo a la familia y que esta, firme la responsabilidad.	Necesidad de consentimiento de los padres e intervención TCC preoperatoria, sin necesidad de postergar la cirugía.
Abilés (2010); Goldman (2014)	Grado de obesidad	Mayor ansiedad y prevalencia de depresión mayor en grado de obesidad IV.	Independientemente del grado de obesidad (se compararon el III y el IV, sin observar diferencias), la intervención de TCC tiene el mismo resultado en la sintomatología leve.
Fernández (2008); Grilo y Masheb (2005); Mitchell et al., (2001)	Autoestima	La baja autoestima está asociada a un alto nivel de atracones y a insatisfacción corporal antes y después de la cirugía: antes, por el exceso de peso y, después, por el exceso de piel. Alta prevalencia en el sexo femenino.	Eficacia de la TCC para la mejora de la autoestima y la autoimagen. La cirugía no cambia la autoestima; este factor debe trabajarse junto al paciente cuando presente bajos índices.

Fernández (2008); Mitchell et al. (2001);	Imagen corporal	Relación con un alto índice de atracones. Muy frecuente en las mujeres, de aquí el alto porcentaje de sexo femenino. La imagen corporal está asociada a una puntuación alta en depresión, a una baja autoestima o al perfeccionismo. Expectativas de la cirugía reparadora.	Intervención de la TCC para la mejora de la autoimagen sin restringir la recomendación quirúrgica.
---	-----------------	---	--

*Fuente:* Elaboración propia basada en los autores citados.

Estos análisis permiten concluir que las diferentes modalidades de TCC empleada con pacientes de cirugía bariátrica, divididas en tratamiento individual presencial, grupal y en línea, podrían utilizarse de modo combinado o preferencial de acuerdo con la sintomatología diagnosticada al paciente. Primero, es necesario descartar la presencia de una comorbilidad grave que impida solicitar la cirugía para el paciente, además de realizar siempre un seguimiento de la evolución de la sintomatología en todos ellos, independientemente de su nivel, ya que su gravedad puede variar. La estrategia de intervención individual se mostró como la más adecuada para tratar a pacientes con comorbilidades más graves, al mostrar efectos positivos durante un año de tratamiento antes de la cirugía y conseguir evitar malos resultados postoperatorios.

Por otra parte, esta misma estrategia individual reveló una muy baja adhesión en pacientes que no presentan sintomatología grave y no sería la más adecuada para esta población. A los pacientes que no presentan una sintomatología lo suficientemente grave como para desaconsejar el procedimiento quirúrgico, pero que también presentan comorbilidades que dificultan la adaptación a la cirugía, se les debe ofrecer apoyo para un mejor pronóstico de la cirugía. Las estrategias de intervención TCC grupal brindan eficacia a esta población, principalmente con respecto a los siguientes elementos: mejora técnica de la preparación física para la cirugía bariátrica, tan importante en estos casos de obesidad mórbida; mejor adaptación a las restricciones postoperatorias; y reducción de la sintomatología de comorbilidad psicológica. Asimismo, las estrategias en línea o a distancia también pueden utilizarse con estos últimos pacientes al brindar un mayor alcance y adhesión al tratamiento continuado a largo plazo, tan importante para el paciente bariátrico.

Los recursos de terapia en grupo y en línea mostraron una gran eficacia para la sintomatología presente de grado leve - moderado, y ofrecieron incluso mejores resultados que la estrategia de atención individual, tanto en los efectos de las comorbilidades como en una mayor bajada y mantenimiento del peso a largo plazo. Tras observar una constante variabilidad en el grado y la sintomatología que afecta a estos pacientes a lo largo las diferentes fases de la cirugía bariátrica, se sugiere que la eficacia de estos dos métodos está siempre condicionada a que el psicólogo considere periódicamente las circunstancias individuales del paciente con relación a las comorbilidades asociadas y a su capacidad personal de adaptación al postoperatorio quirúrgico. Puede concluir que un modelo combinado de estrategias para un monitoreo continuado a lo largo del tiempo sería lo más eficiente.

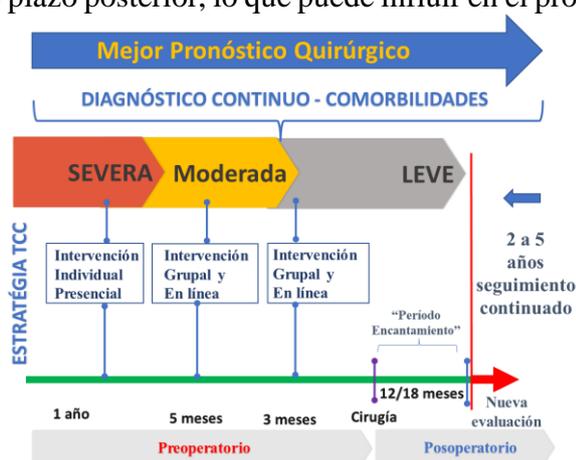
Tras el análisis de esta inestabilidad relacionada con las comorbilidades psicológicas asociadas a las diferentes fases del procedimiento de la CB y los efectos que las comorbilidades psicoafectivas ejercen en los resultados de la cirugía, los tratamientos de las comorbilidades leves y moderadas deberían iniciarse, al menos, entre tres y cinco meses antes de la realización de la cirugía y hasta dos años después de haberla realizado.

De esta manera, se puede concluir que la atención en línea ofrece grandes beneficios al presentar mejor adhesión a largo plazo, y debe ser considerada como parte de este conjunto de estrategias para una mayor continuidad del seguimiento psicoterapéutico al evitar menores resultados quirúrgicos a largo plazo.

Un efecto importante observado es que la pérdida de peso tras la CB también puede mejorar la comorbilidad psicológica de los pacientes. Tras realizarse la cirugía, pasan por un período de gran mejoría física y psicológica que dura entre 12 y 18 meses aproximadamente; a partir de este período, se puede reflejar un descenso de las condiciones de bienestar e incluso puede haber recuperación del peso. Esto representa un aumento de la sintomatología y se necesita apoyo psicológico para que no afecte a los resultados de la CB.

Además, como último factor, los pacientes suelen considerar que la cirugía es el único remedio para superar la obesidad y, a menudo, experimentan el período postoperatorio como una ilusión de que la cirugía ha resuelto todos sus problemas; seguidamente, surge la frustración y la necesidad de apoyo. La suma de todos estos componentes constata la importancia de elegir múltiples estrategias para un seguimiento continuo eficaz.

Finalmente, se ha observado que los factores psicológicos del paciente con mejor pronóstico para los resultados quirúrgicos son los siguientes: no presenta comorbilidad psicológica moderada o grave; tiene habilidades de afrontamiento y regulación emocional, en especial de su autoimagen y autoestima, que fueron el origen de gran parte de la sintomatología de estos pacientes; tiene que estar siempre enfocado, con apoyo social y motivación; posee un buen entendimiento del proceso quirúrgico; y tiene capacidad para adaptarse a las restricciones que conlleva la cirugía. De este modo, en la Figura 1 se muestra una propuesta de cómo se podría realizar un plan de atención estratégica estructurada para los pacientes de cirugía bariátrica. Se consideran las comorbilidades prevalentes, las diferentes modalidades de TCC encontradas en los estudios y los conceptos observados que ofrecen mayor eficacia, al reducir la sintomatología para permitir la cirugía y realizar una evaluación continua mucho antes de la cirugía hasta un largo plazo posterior, lo que puede influir en el pronóstico de la misma.



- (1) - Sintomatología moderada - grave: trastornos (DSM-5) personalidad, bulimia, anorexia, esquizofrenia, abusos y depresión mayor.  
(2) - Sintomatología moderada - leve: ansiedad, depresión, calidad de vida, estrés, TCA, autoestima, motivación.

Figura 1. *Plan estratégico de elección de modalidad y períodos de TCC para pacientes de cirugía bariátrica. Propuesta de atención combinada y continuada.*

*Nota:* Elaboración propia basada en los autores citados en la Tabla 3.

### **Discusión y conclusiones**

Tras el estudio de las diferentes estrategias de la TCC aplicadas en pacientes bariátricos, se podría concluir que la selección de recursos de acuerdo con la comorbilidad psicológica del paciente en cada fase del contexto de la cirugía podría aumentar la eficacia del tratamiento. De esta forma, se justificaría la necesidad de que los futuros ensayos clínicos cumplieren con este enfoque de intervención desde el preoperatorio (hasta un año antes de la cirugía) hasta el seguimiento a largo plazo (durante un mínimo de dos años tras haber realizado este procedimiento). Así, sería posible diseñar una serie de estrategias para los momentos en los que se observase una mayor necesidad de apoyo en este proceso; esto podría evitar un mal pronóstico de la cirugía, ya que se ha visto que de un 20 a un 50% de los pacientes tiene una pérdida de peso inadecuada o una recuperación de peso tras 2 o 3 años de haber realizado la cirugía bariátrica (Magro et al., 2008; Ogden et al., 2015; Van Hout et al., 2008). Además, en el estudio de Magro et al. (2008) se encontró que “aproximadamente un 30% de las personas necesita repetir la cirugía para lograr una pérdida de peso suficiente, de al menos un 50% del exceso de peso” (p. 648). Este valor sería el mínimo adecuado considerado por el NICE (2009) (Van Hout et al., 2008).

Asimismo, para evitar el sesgo de control, se recomienda que los futuros estudios ofrezcan al grupo de control la educación nutricional recibida por el grupo experimental; el objetivo es que los efectos del equipo de nutrición no intervengan en la evaluación de resultados de la TCC, una vez que se ha concluido que esta información recibida también genera cambios en el paciente. De igual modo, es necesario considerar el efecto de las comorbilidades complejas que existían antes de la cirugía, así como la forma en la que el individuo se ajusta al proceso de la TCC, para poder ofrecer una evaluación real de las ganancias terapéuticas, de los efectos de la TCC y de los modelos de atención general y especializada que se podrían plantear.

Por último, se ha observado que las evidencias empíricas apenas incluyen las respuestas multidisciplinarias, y ni mucho menos se sabe todo sobre el uso de perfiles psicológicos preoperatorios para predecir el resultado quirúrgico. Esto también contribuiría a una mejor propuesta de intervención y, quizá, a sugerir futuros estudios para una propuesta más audaz de un programa continuado, individualizado y estandarizado. Finalmente, se podría plantear un programa completo con diferentes proyectos de acuerdo con el diagnóstico continuo del paciente y la elección de recursos estratégicos. Se emplearían instrumentos de evaluación con estándares globales con el objetivo de colaborar para lograr una atención psicológica de mayor eficacia y un mejor pronóstico de la cirugía.

### **Referencias**

- Abilés, V., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Rodríguez-Ruiz, S. y Pérez, C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*, 20 (2), 161-167.

- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez-Ruiz, S., Luna, V., Martín, F., Gándara, N. y Fernández-Santaella, M. C. (2013). Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (3), 1109-1114.
- Álvarez, M. (2014). *Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica*. [Tesis doctoral, Universitat de València].  
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37267/TESIS%20DOCTORAL2.pdf?sequence=1>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Formisano, G., Buchwald, H. y Scopinaro, N. (2013). Bariatric Surgery Worldwide. *Obesity Surgery*, 25 (10), 1822-1832.
- Arteaga, I. J., Martín, A. I., Ruiz, J. C., de la Cruz, F., Torres, A. J. y Carrillo, A. C. (2018) Bariatric Surgery Waiting Lists in Spain. *Obesity Surgery*, 28, 3992-3996. doi: 10.1007/s11695-018-3453-z.
- Bernstein, D., Borkovec, T. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training*. Praeger.
- Black, D., Goldstein, R. y Mason, E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, 13, 746-751.
- Brolin, R. (2002). Bariatric surgery and long-term control of morbid obesity. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2793-2796.
- Candela, G. y Milla, S. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35 (1), 1.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G. y Molinari, E. (2017). Cognitive Behavioral Therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165–173.
- Cheruvu, C. y Welbourn, R. (2014). *National Bariatric Infrastructure Survey*. <http://www.bomss.org.uk/wp-content/uploads/2015/01/National-Bariatric-Infrastructure-Survey-2014-published-January-2015.pdf>
- Clark, M., Balsiger, B., Sletten, C., Dahlman, K., Ames, G., Williams, D., Abu-Lebdeh, H. y Sarr, M. (2003). Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. *Obesity Surgery*, 13, 739-745.
- Conceição, E., Machado, P., Vaz, R., Pinto, A., Ramalho, S., Silva, C. y Arrojado, F. (2016). APOLO-Bari, un programa basado en Internet para el apoyo longitudinal de pacientes de cirugía bariátrica: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. *Ensayos*, 17 (114).  
<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1246-z>

- Delgado, P., Cofré, A., Alarcón, M., Osorio, A., Caamaño, F. y Jerez, D. (2015). Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones prequirúrgicas de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (3), 1022-1027. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/08originalobesidad05.pdf>
- Duno, M. y Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 46 (4), 545-553. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fernández, R. (2008). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar la pérdida de peso*. [Tesis doctoral, Universitat de València]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10166/fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gargallo, M., Basulto, J., Bretón, I. y Quiles, J. (2011). Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). *Revista Española de Obesidad*, 10 (1). <https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Documento-Consenso-FESNAD-SEEDO-Oct2011.pdf>
- García, D., Martín, F., Morcillo, H. y Jiménez, S. (2012). Valoración diagnóstica y psicopatológica del trastorno por atracón en obesos mórbidos intervenidos de *bypass* gástrico. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 553-557.
- García, E. (1995). *Intervención cognitivo-conductual en la obesidad clínica*. [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona].
- Goldman, R. (2014). Bariatric surgery and mental health. *Clinical Psychiatry News*, 5, 18-22.
- Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Burke-Martindale, C. y Rothschild, B. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *The International Journal of Eating Disorders*, 37, 347-351.
- Guisado, J., Vaz, F., Alarcón, J., López, J., Rubio, A. y Gaité, L. (2002). Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 12, 835-840.
- Hege, G., Hjelmæsæth, J., Rosenvinge, J. y Oddgeir, F. (2014). Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled. *Trial Journal of Obesity*, 5, 20-26.

- Herman, C. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. J. Stunkard y E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 141–156). Raven Press.
- Kalarchian, M., King, W., Devlin, M., Marcus, M., García, L., Chen, L., Yanovski, S. y Mitchell, J. (2016). Psychiatric disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: a 3-year follow-up. *Psychosom Med*, 78 (3), 373–381.
- Magro, D., Geloneze, B. y Delfini, R. (2008). Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*, 18, 648–651.
- Martín, E., Ruiz-Tovar, J. y Sánchez, R. (2017). *Vía Clínica de Cirugía Bariátrica*. AEC, GERM, Funseco, SECO. <https://sociga.net/wp-content/uploads/2017/10/via-clinica-obesidad.pdf>
- Martínez, E., González, S., Mateu, M., Carlos, J. y Román, M. (2013). Psychopathology in a sample of candidate patients for bariatric surgery. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17, 197-205.
- Marzocchi, R., Moscatiello, S., Villanova, N., Suppini, A. y Marchesini, G. (2008). Psychological profile and quality of life of morbid obese patients attending a cognitive behavioural program. *Psychological Topics*, 17 (2), 349-360.
- Megan, A., Vay, M. y Friedman, K. (2012). The benefits of cognitive behavioral groups for bariatric surgery patients. *Bariatric Times*, 9 (9), 22–28.
- Mechanick, J., Youdim, A., Jones, D., Garvey, T., Hurley, D., McMahon, M., Heinberg, L., Kushner, R., Adams, T., Shikora, S., Dixon, J., Brethauer, S., American Association of Clinical Endocrinologists, Obesity Society, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient –2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. *Endocrine Practice*, 19 (2), 337-372. doi: 10.4158/[EPI12437.GL](https://doi.org/10.4158/EPI12437.GL).
- Melvyn, W., Zhanga, R., Hob, E., Cassind, H. y Sanjeev, S. (2015). Online and smartphone based Cognitive Behavioral Therapy for bariatric surgery patients: initial pilot study. *Technology and Health Care*, 23, 737–744.
- Mitchell, J., Lancaster, K., Burgard, M. y Howell, L. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 11, 464-468.
- Mokdad, A., Serdula, M., Dietz, W., Bowman, B., Marks, J. y Koplan J. (1991). The spread of obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA*, 282, 1519-1522.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2004). *Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline*. British Psychological Society.

- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2009). Specifying a bariatric surgical service for the treatment of people with severe obesity. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/bariatric/CommissioningABariatricSurgicalService.jsp>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2016). Quality statement for follow up care after bariatric surgery. *Obesity: clinical assessment and management. Quality standard.* NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs127/chapter/quality-statement-6-follow-up-care-after-bariatric-surgery>
- Ogden, J., Avenell, S. y Ellis, G. (2011). Negotiating control: patients experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology & Health, 26* (7), 949-964.
- Ogden, J., Hollywood, A. y Pring, C. (2015). The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery: a randomised control trial. *The Journal of metabolic surgery and Allied Care, 3* (25), 500-505.
- Ogden, J., Ratcliffe, D. y Snowdon-Carr, V. (2019). British obesity metabolic surgery society endorsed guidelines for psychological support pre and post-bariatric surgery. *Clinical Obesity, 9*. doi: 10.1111/cob.12339.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1997). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation.* OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Obesity and overweight. Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Panteliou, E. y Miras, A. (2017). What is the role of bariatric surgery in the management of obesity. *Climateric, 20* (2), 97-102.
- Polivy, J. y Herman, P. (2002). Experimental studies of dieting. En C. Fairburn y K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 84-88). The Guilford Press.
- Ray, E., Nickels, M., Sayeed, S. y Sax, H. (2003). Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery, 134*, 555-563.
- Román, H., Martínez, E. y Tirado, S. (2012). Psychological effects of a structured programme for preparing bariatric surgery patients. *Ansiedad y Estrés, 18* (2), 231-239.
- Rudolph, A. y Hilbert, A. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for postbariatric surgery patients with mental disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry, 11-14*.
- Sandre, D. (2012). Assessment, prevention, intervention psychologist, bariatric surgery program. The Ottawa Hospital. *Psynopsis. Le Magazine des psychologues du Canada, 25*, 1.

- Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C. y Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
- Sierra, M., Sierra, A. y Tamayo, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 25-34.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad [SEEDO] (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra). *Revista Española de Obesidad*.  
[https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso\\_SEEDO\\_2007.pdf](https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf)
- Sockalingam, S., Cassin, E., Wnuk, S., Du, C., Jackson, T., Hawa, R. y Parikh, S. (2017). A pilot study on telephone Cognitive Behavioral Therapy for patients six-months post-bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 27 (3), 670–675.
- Tsushima, W., Bridenstine, M. y Balfour, J. (2004). MMPI-2 scores in the outcome prediction of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 14, 528-532.
- Van Dorsten, B. y Lindley, E. (2008). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 37, 905-922.
- Van Hout, C., Fortuin, F., Pelle, A. y van Heck, G. (2008). Psychosocial functioning, personality, and body image following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 18, 115-120.
- Zhang, M., Ho, R., Cassin, E., Hawa, R. y Sockalingam, S. (2015). Online and smartphone based Cognitive Behavioral Therapy for bariatric surgery patients: initial pilot study. *Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 31, 737 – 744.
- Zwaan, M. (2005). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25 (1), 1-5. doi: 10.1038/sj.ijo.0801699.

**Fecha de recepción:** 31/10/2021  
**Fecha de revisión:** 04/11/2021  
**Fecha de aceptación:** 16/03/2022