

Desafíos actuales en el tratamiento de la obesidad en la población adulta

Current challenges in the treatment of obesity in the adult population

Jiménez-Gallegos, Erika Jazmín¹.

Recibido: 29/05/2024

Aceptado: 25/06/2024

Publicado: 31/07/2024

Cita: Jiménez-Gallegos, E. J. (2024). Desafíos actuales en el tratamiento de la obesidad en la población adulta. *Space Scientific Journal of Multidisciplinary*, 2(3), 42-56. <https://doi.org/10.63618/omd/ssjm/v2/n3/34>

Resumen

La obesidad en la población adulta constituye una problemática de salud pública de alta complejidad, asociada a comorbilidades graves y a una creciente carga económica y social. Este estudio realizó una revisión bibliográfica exploratoria de literatura científica publicada entre 2015 y 2024, con el objetivo de analizar los principales desafíos en el tratamiento de esta condición. Los resultados identifican importantes limitaciones en las intervenciones conductuales, destacando la alta tasa de abandono, la falta de personalización terapéutica y las dificultades para mantener el peso perdido a largo plazo. Además, se evidencian barreras estructurales, económicas y culturales en el acceso a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, como los elevados costos, la baja cobertura en los sistemas de salud, la estigmatización médica y la ausencia de seguimiento clínico adecuado. Se concluye que el manejo efectivo de la obesidad requiere una transformación de los modelos actuales hacia enfoques integrales, interdisciplinarios y centrados en el paciente, acompañados de políticas públicas inclusivas y sostenibles.

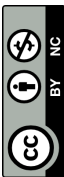
Palabras clave: obesidad adulta; intervenciones conductuales; tratamiento farmacológico; cirugía bariátrica; salud pública.

Abstract

Obesity in the adult population constitutes a highly complex public health problem, associated with severe comorbidities and a growing economic and social burden. This study conducted an exploratory literature review of scientific literature published between 2015 and 2024, with the aim of analyzing the main challenges in the treatment of this condition. The results identify important limitations in behavioral interventions, highlighting the high dropout rate, the lack of therapeutic personalization and the difficulties in maintaining the lost weight in the long term. In addition, structural, economic and cultural barriers to access to pharmacological and surgical treatments are evident, such as high costs, low coverage in health systems, medical stigmatization and lack of adequate clinical follow-up. It is concluded that the effective management of obesity requires a transformation of the current models towards comprehensive, interdisciplinary and patient-centered approaches, accompanied by inclusive and sustainable public policies.

Keywords: adult obesity; behavioral interventions; pharmacological treatment; bariatric surgery; public health.

¹ Investigador Independiente; Ecuador, Guaranda; <https://orcid.org/0009-0002-3643-6028>; erika_96.jas@hotmail.com



1. Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, afectando a más de mil millones de personas. Esta condición no solo incrementa el riesgo de desarrollar comorbilidades como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, ciertos tipos de cáncer y trastornos del aparato locomotor, sino que también se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida y un aumento en la mortalidad prematura (Afshin et al., 2017; Hruby & Hu, 2015). A pesar de los múltiples enfoques terapéuticos disponibles, incluyendo cambios en el estilo de vida, tratamientos farmacológicos y cirugías bariátricas, el control efectivo y sostenible del peso corporal sigue siendo un reto tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes adultos.

Uno de los principales problemas en el tratamiento de la obesidad en adultos radica en la alta tasa de recaídas y la baja adherencia a las intervenciones conductuales a largo plazo. La pérdida de peso inicial suele ser modesta y frecuentemente seguida de una recuperación parcial o total del peso perdido en los años posteriores, fenómeno conocido como “efecto rebote” (MacLean et al., 2011). Esta situación se ve agravada por factores individuales como la genética, el entorno obesogénico, la falta de actividad física, la ingesta excesiva de alimentos ultraprocesados y la presencia de trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión (Davis et al., 2020; Hall & Kahan, 2018). Además, se ha identificado una respuesta biológica compensatoria al adelgazamiento, mediada por alteraciones hormonales como la disminución de leptina y el aumento de grelina, que dificultan el mantenimiento del peso corporal (Rosenbaum & Leibel, 2016).

El tratamiento de la obesidad también se ve afectado por factores socioeconómicos y culturales. La estigmatización del paciente con obesidad limita la búsqueda de ayuda médica y deteriora la relación médico-paciente, reduciendo la eficacia terapéutica (Puhl & Heuer, 2010). Asimismo, la falta de acceso a servicios de salud integrales y multidisciplinarios, especialmente en poblaciones de bajos ingresos, restringe la implementación de tratamientos efectivos. En este contexto, la obesidad no puede abordarse únicamente como una cuestión de voluntad individual, sino como un problema de salud pública que requiere un enfoque sistémico, con políticas que promuevan entornos saludables y garanticen la equidad en el acceso a los recursos terapéuticos (Swinburn et al., 2019).

La necesidad de explorar los desafíos contemporáneos en el tratamiento de la obesidad en adultos se justifica por la creciente carga sanitaria, social y económica que esta enfermedad representa a nivel global. Según el Global Burden of Disease Study, la obesidad contribuye significativamente a la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), con un impacto directo sobre la productividad laboral, el sistema de salud y los costos sanitarios. Frente a esta problemática, resulta esencial comprender los factores que obstaculizan el éxito terapéutico y

analizar críticamente las estrategias actuales, con el fin de proponer mejoras sustentadas en la evidencia científica más reciente.

Desde una perspectiva investigativa, el presente artículo de revisión bibliográfica es viable y relevante, ya que existe una amplia base de datos de estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis disponibles en plataformas científicas indexadas como Scopus y Web of Science. La actualización constante de estos recursos permite evaluar la eficacia, limitaciones y perspectivas futuras de las intervenciones actuales en el tratamiento de la obesidad adulta. Asimismo, esta revisión ofrece un aporte significativo al campo de la salud pública y la medicina clínica, al integrar hallazgos recientes que faciliten la toma de decisiones basadas en la evidencia, tanto para clínicos como para responsables de políticas sanitarias (Tayupanda-Cuvi et al., 2024).

El objetivo principal de este trabajo es analizar de manera crítica los principales desafíos actuales en el tratamiento de la obesidad en la población adulta, considerando aspectos clínicos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales que inciden en la efectividad terapéutica. A través de una revisión sistematizada de la literatura científica reciente, se busca identificar las barreras más relevantes para el éxito del tratamiento y discutir las estrategias emergentes que podrían mejorar los resultados a largo plazo. Con ello, se pretende contribuir a la construcción de modelos de atención más eficaces, integrales y adaptados a las necesidades reales de los pacientes con obesidad, promoviendo un abordaje multidisciplinario y sostenible.

2. Materiales y Métodos

Para la elaboración del presente artículo científico se empleó una metodología de revisión bibliográfica exploratoria con el objetivo de identificar, analizar e interpretar los principales desafíos actuales en el tratamiento de la obesidad en la población adulta. Este tipo de revisión permite una aproximación sistemática y comprensiva al conocimiento existente sobre un tema complejo y multidimensional, como lo es la obesidad, desde una perspectiva amplia y crítica, sin limitarse a un marco temporal o metodológico estricto, lo cual resulta adecuado para abordar fenómenos en constante evolución y con alta variabilidad contextual.

El proceso de búsqueda, selección y análisis de la información se llevó a cabo de forma estructurada, utilizando bases de datos científicas reconocidas por su rigurosidad y calidad, tales como Scopus, Web of Science, PubMed y ScienceDirect. Se establecieron como criterios de inclusión los artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías clínicas y reportes de organismos internacionales publicados en revistas indexadas y revisadas por pares entre los años 2015 y 2024. Se priorizó la literatura en inglés y español que abordara aspectos clínicos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales relacionados con el tratamiento de la obesidad en adultos. Para ello, se emplearon términos de búsqueda específicos

como adult obesity, treatment challenges, obesity management, behavioral interventions, bariatric surgery, y pharmacotherapy, combinados mediante operadores booleanos.

Una vez recopilada la información, se procedió a una lectura analítica y crítica de los textos seleccionados, con el propósito de identificar patrones, tendencias, controversias y vacíos de conocimiento relevantes para el tema en estudio. Los hallazgos fueron organizados temáticamente y sintetizados en función de su pertinencia, calidad metodológica y contribución al objetivo del artículo. Asimismo, se prestó especial atención a la triangulación de resultados y al contraste de diferentes enfoques y perspectivas científicas, a fin de garantizar una visión integral del fenómeno abordado.

Finalmente, el tratamiento de la información se realizó siguiendo los lineamientos éticos y normativos de la escritura académica, asegurando la correcta atribución de las fuentes mediante el uso del formato de citación APA en su séptima edición. Esta metodología permitió construir un marco interpretativo actualizado y sustentado en evidencia empírica sólida, facilitando así una comprensión crítica y profunda de los desafíos contemporáneos que enfrenta el tratamiento de la obesidad en la población adulta.

3. Resultados

3.1. Limitaciones en las intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales constituyen el eje fundamental del tratamiento no farmacológico de la obesidad en adultos y han sido ampliamente recomendadas por guías clínicas internacionales debido a su enfoque integrador, centrado en la modificación del comportamiento alimentario, el incremento de la actividad física y el fortalecimiento del autocontrol y la motivación del paciente. No obstante, a pesar de sus beneficios teóricos y de los resultados positivos reportados en el corto plazo, estas estrategias presentan limitaciones significativas que comprometen su eficacia y sostenibilidad a largo plazo. En particular, tres aspectos han sido consistentemente identificados como desafíos críticos: la alta tasa de abandono de los programas, la escasa personalización de los planes terapéuticos y las dificultades inherentes al mantenimiento del peso perdido. El análisis detallado de estos elementos permite comprender las complejidades que rodean el tratamiento conductual de la obesidad y abre la discusión hacia modelos terapéuticos más flexibles, integrales y centrados en el paciente (Tayupanda-Cuvi et al., 2024).

3.1.1. Alta tasa de abandono de los programas

Uno de los obstáculos más frecuentes y preocupantes en las intervenciones conductuales es la elevada tasa de abandono, que puede comprometer seriamente los beneficios del tratamiento y acentuar la frustración del paciente frente a intentos reiterados de perder peso. Estudios recientes han mostrado que entre el 30 % y el 50 % de los participantes en programas de control del peso interrumpen el

tratamiento antes de completarlo, lo cual limita no solo los resultados terapéuticos inmediatos, sino también la posibilidad de generar cambios sostenibles en el estilo de vida.

Las causas del abandono son multifactoriales y pueden dividirse en factores individuales, estructurales y contextuales. A nivel individual, destacan la percepción de progresos insuficientes, la falta de motivación intrínseca, los sentimientos de culpa por recaídas alimentarias y la baja tolerancia a la frustración, aspectos que están frecuentemente asociados con síntomas depresivos o trastornos de ansiedad. Desde el punto de vista estructural, la rigidez de los programas, la falta de adaptabilidad a horarios laborales, la duración prolongada sin refuerzos positivos y la ausencia de acompañamiento personalizado incrementan el riesgo de deserción. En el plano contextual, la falta de apoyo familiar y social, así como el estigma vinculado al sobrepeso, también juegan un rol clave en la desmotivación de los participantes (Puhl & Heuer, 2010), en la figura 2 se detalla como el abandono en programas de pérdida de peso suele responder a causas individuales, contextuales y estructurales.

Figura 1

Factores del abandono en programas de pérdida de peso



Nota: La imagen clasifica los principales factores que influyen en la deserción de estos programas, destacando la falta de motivación, el entorno social y la rigidez metodológica como elementos clave a considerar en su diseño y seguimiento (Autores, 2024).

La alta tasa de abandono no solo reduce la efectividad de los programas, sino que también puede producir un efecto psicológico adverso, al reforzar la percepción de fracaso personal en los pacientes y disminuir su disposición a intentar nuevas estrategias en el futuro. Por tanto, los programas conductuales deben ser rediseñados para incluir técnicas de motivación continuada, una comunicación

terapéutica empática, refuerzos positivos frecuentes y una mayor flexibilidad estructural que permita la retención de los participantes.

3.1.2. Falta de personalización de los planes terapéuticos

Otro aspecto crítico que limita el éxito de las intervenciones conductuales en la obesidad adulta es la falta de personalización de los planes terapéuticos. Con frecuencia, los programas de pérdida de peso se estructuran sobre protocolos estandarizados que ignoran la amplia variabilidad interindividual en la fisiopatología de la obesidad, los estilos de vida, los contextos socioculturales y las condiciones psicológicas de los pacientes. Esta aproximación reduccionista y homogénea resulta insuficiente para atender las complejidades de una enfermedad tan multifactorial como la obesidad (Blundell et al., 2014).

Desde la perspectiva biológica, se ha demostrado que la respuesta a las intervenciones de estilo de vida puede variar sustancialmente según factores genéticos, endocrinos, epigenéticos y microbiológicos. Por ejemplo, ciertas personas con obesidad presentan un predominio de conductas de ingesta impulsiva o una desregulación del eje leptina-grelina, que dificulta el control del apetito aun bajo regímenes alimentarios hipocalóricos. Estos factores requieren un abordaje específico, que no siempre es contemplado en los programas genéricos (Rosenbaum & Leibel, 2016).

En el plano conductual y psicológico, la existencia de comorbilidades psiquiátricas como depresión, trastornos de ansiedad o trastornos de la conducta alimentaria puede interferir con la adherencia y efectividad de las intervenciones, especialmente cuando estas no están integradas a un equipo multidisciplinario que incluya atención psicológica especializada (Fabricatore & Wadden, 2004). Asimismo, la autoeficacia, el locus de control y las creencias culturales sobre el cuerpo y la alimentación influyen directamente en la manera en que el paciente se involucra con el tratamiento.

Por ello, se propone una medicina más personalizada que contemple perfiles fenotípicos y conductuales, y que incorpore herramientas de entrevista motivacional, enfoques centrados en el paciente y estrategias de intervención ajustadas a las necesidades particulares de cada individuo (Thomas et al., 2019). Esta orientación personalizada no solo mejora los resultados clínicos, sino que también potencia el sentido de agencia y compromiso del paciente con su proceso de cambio (Tayupanda-Cuvi et al., 2024).

3.1.3. Dificultades en el mantenimiento del peso perdido

Uno de los principales retos en el tratamiento de la obesidad no es la pérdida de peso inicial, sino su mantenimiento a largo plazo. De hecho, diversos estudios longitudinales han revelado que entre el 60 % y el 80 % de las personas que logran perder peso mediante intervenciones conductuales recuperan parcial o totalmente el peso perdido en un período de dos a cinco años (Wing & Phelan, 2005; MacLean et al., 2011). Este fenómeno de reganancia de peso responde a una compleja

interacción entre mecanismos fisiológicos adaptativos y factores psicosociales que dificultan la sostenibilidad del cambio.

Desde el punto de vista biológico, la pérdida de peso desencadena una serie de respuestas compensatorias en el organismo, incluyendo la reducción del gasto energético en reposo, el aumento de la eficiencia metabólica y la alteración de señales hormonales como la leptina, insulina, grelina y péptido YY. Estos cambios tienden a aumentar el apetito y disminuir la saciedad, favoreciendo la recuperación del peso (Rosenbaum & Leibel, 2016).

En el plano psicológico y conductual, los pacientes suelen experimentar una disminución progresiva de la motivación, una relajación de los hábitos saludables adquiridos durante la fase activa del tratamiento y una mayor exposición a situaciones de riesgo como eventos estresantes, celebraciones sociales o viajes. Además, en muchos casos, las intervenciones no incluyen una fase específica de mantenimiento, lo cual deja al paciente sin apoyo ni estrategias para afrontar las dificultades del largo plazo (Apovian et al., 2015).

La falta de un componente estructurado de mantenimiento representa una debilidad considerable en los programas conductuales tradicionales. Las evidencias sugieren que las intervenciones más efectivas a largo plazo son aquellas que incorporan sesiones de seguimiento regular, entrenamiento en habilidades para prevenir recaídas, monitoreo del peso y apoyo continuo, ya sea presencial o mediante plataformas digitales (Thomas et al., 2019). De esta manera, se logra reforzar los cambios conductuales, anticipar dificultades y proporcionar herramientas prácticas para sostener los logros alcanzados.

3.2. Barreras en el acceso a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos

El tratamiento de la obesidad en adultos requiere un enfoque integral que, además de las intervenciones conductuales, incluya opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas, particularmente en casos de obesidad severa o refractaria a los cambios de estilo de vida. Sin embargo, el acceso a estas alternativas se ve restringido por múltiples barreras estructurales, económicas y sociales que afectan tanto la equidad como la eficacia del abordaje clínico. A pesar de la disponibilidad creciente de fármacos antiobesidad de nueva generación y de la evidencia robusta sobre la eficacia de la cirugía bariátrica, numerosos pacientes no logran acceder o mantener estos tratamientos debido a obstáculos económicos, estigmatización social y carencias en el seguimiento longitudinal, lo cual limita su impacto en la reducción de la carga global de esta enfermedad (Apovian et al., 2015).

3.2.1. Costos elevados y baja cobertura en sistemas de salud

Uno de los principales impedimentos para el acceso a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos en el manejo de la obesidad es su alto costo económico, tanto directo como indirecto. Diversos estudios han documentado que los medicamentos antiobesidad aprobados, como liraglutida y semaglutida, pueden implicar un gasto mensual significativo que no suele estar cubierto por los seguros

de salud públicos o privados, especialmente en países de ingresos medios y bajos (Wharton et al., 2020). Por ejemplo, la semaglutida 2.4 mg (comercializada como Wegovy®) tiene un costo aproximado de 1,300 USD mensuales en Estados Unidos, lo cual representa una barrera insuperable para la mayoría de los pacientes sin seguro médico o con planes de cobertura limitada.

En cuanto a la cirugía bariátrica, si bien es considerada una intervención costo-efectiva a largo plazo por su impacto en la reducción de comorbilidades como la diabetes tipo 2 y la hipertensión, el costo inicial puede oscilar entre 10,000 y 25,000 USD, dependiendo del país y del tipo de procedimiento. Además, muchos sistemas de salud no la incluyen como parte de su cobertura básica, o imponen criterios restrictivos como la exigencia de fallas documentadas en tratamientos previos, largos períodos de espera y procesos burocráticos complejos (Angrisani et al., 2015). Esto genera una inequidad estructural que desfavorece a los grupos socioeconómicos más vulnerables, precisamente aquellos con mayor prevalencia de obesidad y enfermedades relacionadas.

3.2.2. Estigmatización médica y cultural

La estigmatización de las personas con obesidad continúa siendo una barrera crítica y transversal en el acceso y uso adecuado de tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Este estigma no solo proviene de la sociedad en general, sino que también está presente en el entorno clínico, donde persisten actitudes y prejuicios que asocian la obesidad con pereza, falta de autocontrol o negligencia personal. Esta perspectiva culpabilizante reduce la disposición del personal médico a ofrecer opciones terapéuticas avanzadas, y afecta la percepción que el propio paciente tiene sobre su derecho a recibir un tratamiento médico especializado (Phelan et al., 2015).

Numerosos estudios han demostrado que las personas con obesidad experimentan un trato discriminatorio por parte de profesionales de la salud, lo cual incluye menos tiempo en consultas, menos exámenes diagnósticos ofrecidos y una menor frecuencia en la prescripción de medicamentos antiobesidad o recomendaciones para cirugía bariátrica, aun cuando cumplen con los criterios clínicos establecidos (Alberga et al., 2019). Este fenómeno perpetúa una espiral de inacción médica y desconfianza del paciente, lo que a su vez disminuye la adherencia al tratamiento y agrava los resultados clínicos.

Asimismo, el estigma cultural sobre la obesidad como resultado exclusivo de decisiones personales contribuye a que muchos pacientes no busquen atención especializada por temor al juicio social o profesional. Este fenómeno tiene consecuencias especialmente graves en mujeres y minorías étnicas, quienes además enfrentan discriminación interseccional en contextos médicos (Rubino et al., 2020). Por tanto, se hace imprescindible un cambio de paradigma que promueva la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica y compleja, y fomente

la formación del personal de salud en competencias culturales, empatía clínica y prácticas no estigmatizantes.

3.2.3. Falta de seguimiento post-tratamiento

Otra barrera significativa en la efectividad de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos para la obesidad es la ausencia de un seguimiento clínico adecuado después de la fase inicial del tratamiento. Esta falta de continuidad en la atención genera múltiples complicaciones, entre ellas la recuperación del peso perdido, la aparición de efectos adversos no controlados, y el desaprovechamiento de los beneficios metabólicos que estos tratamientos pueden ofrecer si se mantienen a largo plazo (Arterburn et al., 2018), en la figura 2 nos indica que la ausencia de control médico puede revertir los avances logrados y generar efectos secundarios no gestionados.

Figura 2

Impacto de la falta de seguimiento clínico en la salud del paciente



Nota: Esta imagen resume las principales consecuencias de no mantener un seguimiento clínico adecuado, tales como la recuperación de peso, la pérdida de beneficios metabólicos y la aparición de efectos adversos sin control, lo que compromete la eficacia de cualquier tratamiento (Autores, 2024).

En el caso de los tratamientos farmacológicos, se ha observado que la interrupción precoz de los medicamentos, ya sea por efectos secundarios, falta de adherencia o problemas económicos, conduce a una rápida regainancia de peso, similar a lo que ocurre con la interrupción de intervenciones conductuales. La falta de protocolos estandarizados de seguimiento, así como la escasa comunicación entre niveles de atención primaria y especializada, limitan la posibilidad de realizar ajustes terapéuticos, identificar recaídas o brindar soporte educativo y psicológico continuo. En cuanto a la cirugía bariátrica, el seguimiento postoperatorio es fundamental para la detección temprana de deficiencias nutricionales, la adaptación a los nuevos hábitos alimentarios, y la prevención de complicaciones metabólicas y quirúrgicas. Sin embargo, estudios internacionales indican que una proporción significativa de pacientes no recibe el seguimiento recomendado, y que la adherencia a los controles disminuye progresivamente con el tiempo, particularmente en sistemas de salud con recursos limitados (Courcoulas et al., 2013). Esta situación se agrava por

la falta de acceso a equipos multidisciplinares compuestos por nutricionistas, psicólogos, endocrinólogos y cirujanos, lo que compromete la integralidad del tratamiento y su sostenibilidad a largo plazo.

De manera general, la falta de seguimiento post-tratamiento refleja una debilidad sistémica en la atención de la obesidad como enfermedad crónica, y exige una reorganización de los modelos de atención centrados en el paciente, con énfasis en la continuidad, la prevención de recaídas y el fortalecimiento de redes de cuidado a lo largo del tiempo.

4. Discusión

La discusión de los hallazgos presentados en esta revisión bibliográfica pone en evidencia la complejidad multidimensional del tratamiento de la obesidad en la población adulta, así como la persistencia de desafíos clínicos, estructurales y sociales que limitan la eficacia de las intervenciones disponibles. Si bien el enfoque conductual sigue siendo el pilar inicial del abordaje terapéutico, sus limitaciones inherentes, especialmente en términos de adherencia, personalización y sostenibilidad del peso perdido, evidencian la necesidad de replantear los modelos tradicionales de atención desde una perspectiva más integral y dinámica (Apovian et al., 2015).

La elevada tasa de abandono de los programas conductuales, documentada de forma consistente en la literatura, sugiere que los diseños terapéuticos actuales no logran satisfacer las necesidades individuales ni adaptarse adecuadamente a las condiciones de vida de los pacientes. A ello se suma una tendencia alarmante hacia la estandarización de los planes terapéuticos, que ignora la diversidad de perfiles metabólicos, psicológicos y socioculturales de las personas con obesidad (Blundell et al., 2014). Esta falta de individualización no solo limita la eficacia clínica, sino que también reproduce inequidades en los resultados del tratamiento.

Otro de los ejes críticos identificados es la dificultad persistente en mantener la pérdida de peso a largo plazo. Las investigaciones sugieren que los cambios biológicos inducidos por la pérdida ponderal —como la reducción del gasto energético basal y las alteraciones hormonales relacionadas con el apetito— constituyen un entorno fisiológico adverso que favorece la reganancia de peso (Rosenbaum & Leibel, 2016). No obstante, también es preciso reconocer que los factores psicológicos, el entorno obesogénico y la ausencia de estructuras de mantenimiento postintervención actúan como barreras conductuales que amplifican el problema (MacLean et al., 2011). En este sentido, la evidencia señala que los programas que integran una fase de seguimiento estructurado, con apoyo emocional y monitoreo continuo, muestran mejores tasas de éxito sostenido (Thomas et al., 2019).

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, a pesar de su eficacia comprobada en casos seleccionados, enfrentan obstáculos significativos que limitan

su accesibilidad y aplicación equitativa. El componente económico representa una de las principales barreras, tanto por el elevado costo de los fármacos antiobesidad de última generación como por las restricciones en la cobertura de la cirugía bariátrica en muchos sistemas de salud (Tayupanda-Cuvi et al., 2024).

A este factor estructural se suma la persistente estigmatización médica y cultural hacia las personas con obesidad, la cual constituye una forma de discriminación institucional que obstaculiza la oferta y recepción de tratamientos avanzados. Investigaciones recientes han demostrado que los prejuicios implícitos y explícitos por parte del personal sanitario conducen a una atención subóptima, caracterizada por menor tiempo de consulta, baja frecuencia en la prescripción de opciones farmacológicas y reticencia a derivar a cirugía bariátrica, incluso cuando existen indicaciones clínicas claras (Phelan et al., 2015; Rubino et al., 2020). Este fenómeno tiene implicaciones clínicas profundas, ya que reduce la confianza del paciente en el sistema de salud, disminuye su participación activa en el tratamiento y perpetúa el ciclo de desatención médica.

Finalmente, se observa una debilidad transversal en los modelos actuales de tratamiento: la falta de seguimiento post-tratamiento, tanto en la farmacoterapia como en la cirugía. La literatura señala que la discontinuidad asistencial genera un riesgo elevado de efectos adversos, reganancia de peso y fracaso terapéutico, especialmente cuando no se cuenta con equipos multidisciplinarios capacitados para abordar de forma integral las dimensiones nutricionales, psicológicas y clínicas del proceso postratamiento (Arterburn et al., 2018; Courcoulas et al., 2013). Esta carencia de continuidad refleja una visión fragmentada y episódica de la obesidad, en contraposición con su carácter crónico y recidivante.

En síntesis, los resultados de esta revisión apuntan a la urgente necesidad de rediseñar los modelos de atención de la obesidad adulta bajo un paradigma crónico, centrado en el paciente, libre de estigma y con enfoque interdisciplinario. Para ello, se requieren políticas públicas que garanticen la equidad en el acceso a tratamientos eficaces, así como una formación profesional que promueva la empatía clínica y la comprensión de la obesidad como una condición médica compleja, más allá de juicios morales o conductuales. Solo bajo estas condiciones será posible avanzar hacia un manejo verdaderamente efectivo y humanizado de esta patología prevalente y de alto impacto.

5. Conclusiones

La presente revisión bibliográfica ha permitido realizar un análisis amplio, profundo y crítico sobre los principales desafíos que enfrenta el tratamiento de la obesidad en la población adulta, una enfermedad multifactorial, recidivante y de elevada prevalencia que constituye una de las amenazas más urgentes para la salud pública global. A pesar de los esfuerzos clínicos y de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales, los abordajes actuales aún presentan limitaciones

significativas que dificultan su implementación efectiva, su sostenibilidad en el tiempo y su impacto real sobre los indicadores de salud de las personas afectadas. Las intervenciones conductuales, que constituyen la base inicial del tratamiento en la mayoría de los casos, han demostrado ser insuficientes cuando se aplican bajo esquemas rígidos, generalizados y sin un enfoque personalizado. El alto porcentaje de abandono observado en numerosos estudios refleja no solo una falta de motivación sostenida por parte del paciente, sino también una desconexión entre las expectativas terapéuticas y la realidad vivida por quienes enfrentan esta condición. A su vez, la escasa adaptación de los planes conductuales a las diferencias individuales —como el contexto socioeconómico, los determinantes culturales, los estados emocionales o la historia clínica previa— evidencia una carencia estructural en los programas de intervención, los cuales tienden a homogeneizar una problemática intrínsecamente heterogénea. Además, las dificultades relacionadas con el mantenimiento del peso perdido, vinculadas tanto a adaptaciones fisiológicas como a recaídas conductuales, ponen de manifiesto la necesidad de diseñar tratamientos que no se limiten a la fase de pérdida ponderal, sino que incluyan componentes robustos de seguimiento, prevención de recaídas y apoyo continuo.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, fundamentales para el manejo de la obesidad moderada a severa, se enfrentan a una serie de barreras estructurales y sociales que restringen su acceso y eficacia. El elevado costo de los medicamentos antiobesidad más recientes, sumado a las limitaciones en las coberturas ofrecidas por los sistemas de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios, constituye una fuente de inequidad sanitaria. Asimismo, los criterios restrictivos para la cirugía bariátrica, junto con las listas de espera prolongadas y los procesos burocráticos complejos, limitan la posibilidad de que pacientes elegibles accedan oportunamente a una intervención que ha demostrado ser segura, eficaz y costo-efectiva en el largo plazo.

A estas barreras económicas y administrativas se añade un problema de gran trascendencia ética y clínica: la estigmatización médica y cultural hacia las personas con obesidad. Esta forma de discriminación, aún presente en múltiples niveles del sistema sanitario, no solo deteriora la calidad del trato ofrecido, sino que condiciona negativamente las decisiones clínicas, reduciendo la probabilidad de que los pacientes reciban opciones terapéuticas adecuadas. El estigma internalizado, a su vez, actúa como una barrera subjetiva para la búsqueda de atención, fomentando sentimientos de vergüenza, culpa y desesperanza que perpetúan el aislamiento y la cronificación del problema.

Un elemento transversal identificado en esta revisión es la falta de seguimiento estructurado y continuo tras la implementación de tratamientos conductuales, farmacológicos o quirúrgicos. Esta ausencia de continuidad refleja una concepción fragmentada del manejo de la obesidad, tratada muchas veces como un evento

aislado en lugar de una condición médica crónica que requiere monitoreo constante, ajustes terapéuticos, apoyo emocional y reeducación nutricional a largo plazo. Sin estrategias sostenidas de acompañamiento, la probabilidad de recaída y de deterioro clínico se incrementa, comprometiendo no solo los resultados clínicos, sino también la confianza del paciente en el sistema de salud.

En este escenario, resulta imperativo promover una transformación estructural y paradigmática en el abordaje de la obesidad adulta. Esta transformación debe orientarse hacia modelos de atención integrales, interdisciplinarios y centrados en la persona, que reconozcan las múltiples dimensiones de la enfermedad —biológica, psicológica, social y ambiental— y que integren estrategias diferenciadas según las necesidades individuales. Asimismo, se requieren políticas públicas sólidas que garanticen el acceso equitativo a tratamientos eficaces, eliminen barreras económicas y administrativas, y combatan activamente el estigma asociado al peso corporal.

El fortalecimiento de equipos multidisciplinarios, la incorporación de tecnologías digitales para el monitoreo remoto, la capacitación en comunicación clínica empática y la creación de redes de apoyo comunitario son estrategias complementarias que pueden contribuir a mejorar la calidad, accesibilidad y continuidad del tratamiento. Además, se hace necesario fomentar la investigación traslacional que permita adaptar los avances científicos a contextos clínicos reales, especialmente en poblaciones vulnerables que enfrentan múltiples formas de exclusión.

En definitiva, el tratamiento de la obesidad en adultos no puede seguir siendo abordado desde una perspectiva simplificada, episódica o punitiva. Se requiere una visión holística, sostenida y humanizada que reconozca las raíces complejas de esta enfermedad y que asuma la responsabilidad colectiva —sanitaria, social y política— de generar entornos más saludables, accesibles y respetuosos. Solo mediante un enfoque verdaderamente integral será posible reducir la carga individual y social de la obesidad y avanzar hacia una atención médica más justa, efectiva y digna.

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.

Referencias Bibliográficas

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., ... & Murray, C. J. L. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Alberga, A. S., Edache, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Primary Health Care Research*

- & *Development*, 17(5), 409–419.
<https://doi.org/10.1017/S1463423619000227>
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P. *et al.* (2015). Bariatric surgery worldwide 2013. *Obesity Surgery*, 25(10), 1822–1832. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1657-z>
- Apovian, C. M., Aronne, L. J., Bessesen, D. H., McDonnell, M. E., Murad, M. H., Pagotto, U., Ryan, D. H., & Still, C. D. (2015). Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), 342–362.
<https://doi.org/10.1210/jc.2014-3415>
- Arterburn, D. E., Wellman, R., Emiliano, A., Smith, M., Livingston, E. H., Coleman, K. J., ... & Selby, J. V. (2018). Comparative effectiveness and safety of bariatric procedures for weight loss: a PCORnet cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 173(10), 741–750. <https://doi.org/10.7326/M17-2786>
- Blundell, J. E., Dulloo, A. G., Salvador, J., Frühbeck, G., & EASO SAB Working Group on BMI. (2014). Beyond BMI – Phenotyping the Obesities. *Obesity Facts*, 7(5), 322–328. <https://doi.org/10.1159/000368783>
- Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., ... & Pories, W. (2013). Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *JAMA*, 310(22), 2416–2425. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.280928>
- Davis, C., Patte, K., Curtis, C., & Reid, C. (2020). Immediate and long-term impacts of stress and emotion on eating behaviour. *Appetite*, 144, 104465.
- Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinical Dermatology*, 22(4), 332–337.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.01.006>
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Hall, K. D., & Kahan, S. (2018). Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Medical Clinics of North America*, 102(1), 183–197.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.012>
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673–689. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- MacLean, P. S., Bergouignan, A., Cornier, M. A., & Jackman, M. R. (2011). Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 308(6), E409–E417.
<https://doi.org/10.1152/ajpregu.00755.2010>

- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Rosenbaum, M., & Leibel, R. L. (2016). Models of energy homeostasis in response to maintenance of reduced body weight. *Obesity*, 24(8), 1620–1629. <https://doi.org/10.1002/oby.21559>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., ... & Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., ... & Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- Tayupanda-Cuvi, N. J., Viteri-Robayo, C. P., Girón-Saltos, K. Y., Marizande-Lozada, M. F., Castillo-Mayorga, A. M., Pacha-Jara, A. G., Valenzuela-Sánchez, G. P., Arteaga-Almeida, C. A., Bustillos-Ortiz, D. I., Bustillos-Ortiz, A. A., Robayo-Zurita, V. A., Hidalgo-Morales, K. P., Parreño-Freire, C. M., Carrasco-Pérez, V. M., Chiriboga-Guerrero, C. V., Núñez-Núñez, A. M., Eugenio-Zumbana, L. C., Mejía-Rubio, A. del R., Caiza-Vega, M. del R., Arcos-Montero, S. N., Moscoso-Córdova, G. V., Cedeño-Zamora, M. N., & Quitto-Navarrete, P. V. (2024). Abordaje Integral de la Obesidad. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.i.77>
- Thomas, J. G., Bond, D. S., Raynor, H. A., Papandonatos, G. D., & Wing, R. R. (2019). Comparison of smartphone-based behavioral obesity treatment with gold standard group treatment and control: a randomized trial. *Obesity*, 27(4), 572–580. <https://doi.org/10.1002/oby.22410>
- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ... & Legault, L. (2020). Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ*, 192(31), E875–E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1 Suppl), 222S–225S. <https://doi.org/10.1093/ajcn.82.1.222S>