



Cuando el hambre no era hambre:
comprender, vivir y recuperarse del trastorno por atracón



AESCULAP
ACADEMY®



DIRECTORIO

CONSEJO DIRECTIVO FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Lic. Juan Carlos Jimenez Rincón
Director General / Presidente

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
*Directora Ejecutiva de FAAM, Coordinadora de AA LATAM
y Vicepresidenta*

Ing. Guillermo Fernández Castillo
Director de MKT / Vicepresidente

C.P. Yazmín Ruiz López
Tesorera

Lic. Erika García Ramos Díaz Escobar
Secretaria

COMITÉ EDITORIAL HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
Directora General y Consejo Editorial

Lic. Elsa Itandeui Hernández Terán
Diseño y Maquetación

Lic. Alba Sandra Damián Ayala
Revisora editorial de texto

Lic. Circe Guadalupe Corona Meda
Difusión

Dr. Enrique Mendoza Carrera
Bioética y Humanidades

Mtra. Irian Itzel Mena López

Enf. María de Lourdes García Sánchez

Mtra. Mahumppti Colmenares Torres

Enf. Ernesto Aguilar Sánchez
Enfermería

Lic. Miguel Antonio Martí García

Ing. Marco Antonio García Barriga

Dispositivos Médicos

Ing. Marco Antonio García Barriga

Ing. Marco Antonio González Hidalgo

Administración y Educación

Dra. Lilia Cote

Seguridad del Paciente

Dr. José Félix Saavedra Ramírez

Salud

Dra. Guadalupe Yaratze Santiago Hernández

Anestesia

Dr. Francisco Rosero Villarreal

IA y Salud Pública

Lic. Marco Antonio Cuevas Campuzano

Cultura General y Miscelanea

Mtra. C. Verónica Ramos Terrazas

LATAM y Actividades

REVISTA

HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

No. 198 | Agosto 2026

CONTENIDO



CIRUGÍA

El cirujano y la invención de instrumentos quirúrgicos: una relación histórica e innovadora

P. 04

Dr. David Lasky Marcovich

El cirujano y la invención de instrumentos quirúrgicos recorre la evolución de la innovación quirúrgica y su impacto en la práctica médica y el cuidado de los pacientes.



MEDICINA

Alternativas terapéuticas actuales en obesidad: revisión narrativa basada en ADA 2026

P. 09

Dr. José Felix Saavedra Ramírez

Este artículo revisa los avances más recientes en el tratamiento de la obesidad, destacando opciones farmacológicas innovadoras y cirugía metabólica dentro de un enfoque integral y personalizado.



SALUD

Cuando el hambre no era hambre: comprender, vivir y recuperarse del trastorno por atracón

P.12

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña

El trastorno por atracón puede estar relacionado con factores emocionales que influyen en la conducta alimentaria. Cuando el hambre no era hambre aborda esta condición y destaca la importancia de la comprensión, el tratamiento especializado y la recuperación.



HUMANIDADES

Prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en mujeres en una institución de primer nivel de atención de la CDMX

P. 17

Mtra. Katya Thalía Jarquín Ríos

El periodo puerperal puede estar acompañado de cambios que impactan en el bienestar emocional de las madres. Este artículo analiza la prevalencia y los principales factores de riesgo de este trastorno, destacando la importancia del apoyo familiar y la detección temprana.



CULTURA
GENERAL

El sobrepeso en el arte

P. 20

Mtra. Leticia Lafón

La decisión de donar órganos va más allá del ámbito médico. Este artículo explora los factores culturales, sociales y bioéticos que influyen en la negativa familiar y reflexiona sobre la necesidad de fomentar una mayor cultura de donación.



ACTIVIDADES

Asociación Nacional de Enfermería Oncológica en México

P. 25

DCA. Yessenia Martínez Mariano

ANEON: un año fortaleciendo la enfermería oncológica resume los principales logros de la asociación en capacitación, liderazgo y colaboración para fortalecer el cuidado oncológico en México.

Próximos eventos

P. 29

EL CIRUJANO Y LA INVENCION DE INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS: UNA RELACIÓN HISTÓRICA E INNOVADORA

Innovar ha sido una constante en la historia de la cirugía. Este trabajo analiza las contribuciones de quienes transformaron la especialidad y ofrece una perspectiva contemporánea a partir de la experiencia del autor en el desarrollo de nuevos conceptos e instrumental quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

La cirugía moderna no puede entenderse únicamente como una disciplina técnica dedicada a la realización de procedimientos operatorios. Desde sus orígenes, la innovación ha sido parte esencial de su evolución, impulsando el desarrollo de instrumentos, dispositivos y conceptos quirúrgicos que han ampliado sus posibilidades y contribuido a mejorar la seguridad y los resultados para los pacientes.

Desde los primeros esfuerzos por controlar la hemorragia hasta la incorporación de plataformas robóticas, la historia de la cirugía ha sido, en esencia, la historia de la innovación. Cada avance ha surgido de la capacidad de los cirujanos para reconocer las limitaciones de su tiempo y transformarlas en soluciones capaces de mejorar la atención y los resultados clínicos.

A diferencia de otras disciplinas médicas, el acto quirúrgico requiere una interacción permanente entre el conocimiento anatómico, el juicio clínico, la destreza técnica y el dominio del instrumental especializado, características que han favorecido que numerosos cirujanos trasciendan su papel como operadores para convertirse también en inventores y desarrolladores de nuevas tecnologías. Así, el cirujano ha asumido un papel dual como usuario, adaptador y creador de herramientas e innovaciones que impulsan el avance de la práctica quirúrgica.

La historia demuestra que muchos de los avances que actualmente consideramos de rutina, surgieron inicialmente como respuestas a problemas concretos observados en la



práctica clínica. La necesidad de acceder a regiones anatómicas complejas, disminuir la morbilidad operatoria o mejorar la precisión técnica, ha impulsado a la constante búsqueda de soluciones innovadoras.

El propósito de este artículo es revisar algunos ejemplos representativos de innovación quirúrgica y destacar el papel histórico del cirujano como agente generador del cambio tecnológico y conceptual en cirugía.

CONTRIBUCIONES QUE REDEFINIERON LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

THEODOR BILLROTH (1829-1894)

Médico y cirujano alemán, reconocido como uno de los fundadores de la cirugía abdominal moderna. Sus aportaciones al tratamiento quirúrgico de las enfermedades gástricas demostraron que procedimientos hasta entonces considerados imposibles podían realizarse con éxito. Las técnicas de reconstrucción gastrointestinal que llevan su nombre continúan siendo referentes fundamentales y forman parte del vocabulario quirúrgico contemporáneo.^(1,2)



THEODOR BILLROTH (1829-1894)

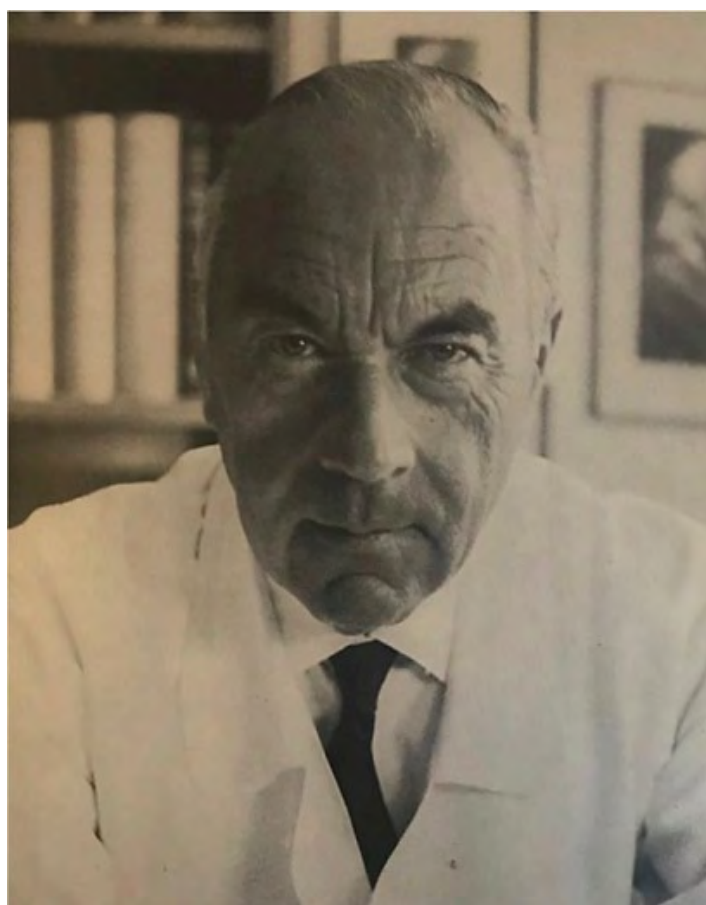
ALEXIS CARREL (1873-1944)



Cirujano, biólogo y escritor francés de gran influencia, **Alexis Carrel** fue galardonado con el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1912 por sus aportaciones pioneras a la sutura vascular y al trasplante de órganos.

Sus innovaciones revolucionaron la cirugía al hacer posibles anastomosis vasculares seguras y reproducibles, un avance que no solo impulsó el nacimiento de la cirugía vascular moderna, sino que también abrió el camino para el desarrollo futuro de los programas de trasplante de órganos.^(3,4)

RUDOLPH NISSEN (1896-1981)



Cirujano alemán con una destacada trayectoria internacional, dirigió servicios quirúrgicos en Turquía, Estados Unidos y Suiza. Su principal contribución fue el desarrollo de la funduplicatura que lleva su nombre, diseñada para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esta técnica se convirtió en un hito de la cirugía digestiva y, hasta la actualidad, permanece como uno de los procedimientos más utilizados y con mayor eficacia en el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico.⁽⁵⁾

SVEN-IVAR SELDINGER (1921-1998)

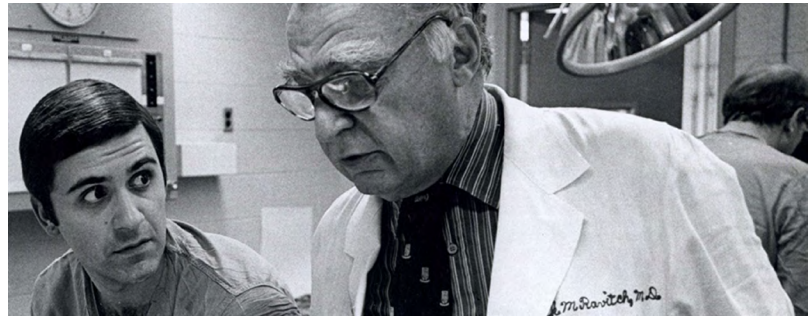


Radiólogo sueco que introdujo en 1953 una técnica revolucionaria de acceso vascular percutáneo basada en el uso secuencial de aguja, guía y catéter. Este método, conocido como técnica de Seldinger, permitió obtener un acceso seguro y reproducible a los vasos sanguíneos y a otros órganos huecos.

Su aportación marcó un antes y un después en la medicina moderna. Actualmente, millones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos emplean principios derivados de esta técnica, considerada un pilar de la radiología intervencionista y de múltiples especialidades quirúrgicas y cardiovasculares.⁽⁶⁾

MICHAEL RAVITCH (1917-1989)

Cirujano estadounidense de gran influencia en la cirugía pediátrica, destacó por el desarrollo de técnicas innovadoras, especialmente en el ámbito de la cirugía torácica infantil.

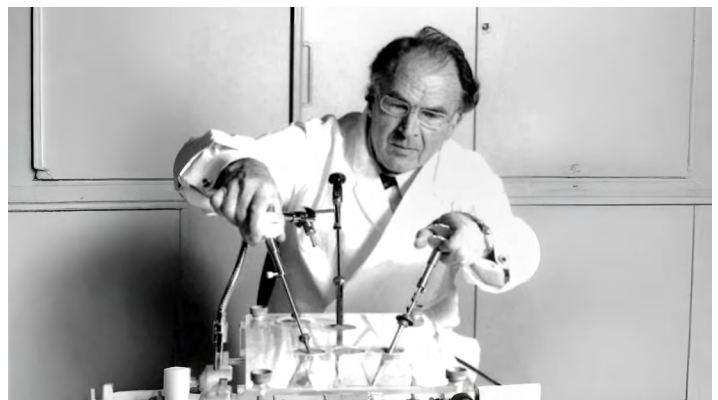


MICHAEL RAVITCH (1917-1989)

Su legado, sin embargo, trascendió el campo pediátrico al convertirse en una figura clave en la recuperación, modernización y expansión de tecnologías quirúrgicas innovadoras, en particular de las engrapadoras mecánicas modernas.

Impulsó la integración y evolución del instrumental de grapeo mecánico y favoreció su desarrollo industrial y su difusión a escala mundial. Estas contribuciones facilitaron la incorporación definitiva de las engrapadoras quirúrgicas a la práctica habitual de la cirugía moderna.⁽⁷⁾

KURT SEMM (1927-2003)



Ginecólogo alemán y una de las figuras más influyentes en el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, razón por la cual es considerado como el padre de la laparoscopia moderna. Además de su formación médica, poseía una notable vocación por la ingeniería, lo que le permitió diseñar y desarrollar diverso instrumental laparoscópico y promovió nuevas técnicas que ampliaron las posibilidades de este abordaje quirúrgico.

Su labor tuvo un impacto trascendental en la cirugía contemporánea, al impulsar la expansión mundial de la laparoscopia y sentar las bases de la cirugía mínimamente invasiva moderna en numerosas especialidades quirúrgicas.⁽⁸⁾



LA INNOVACIÓN EN LA CIRUGÍA CONTEMPORÁNEA

En la cirugía contemporánea, la innovación continúa surgiendo de la identificación de necesidades clínicas no resueltas y de la búsqueda constante de soluciones que permitan perfeccionar la práctica quirúrgica y mejorar la atención del paciente.

La incorporación de la cirugía laparoscópica representó un cambio de paradigma que trajo consigo importantes desafíos técnicos y la necesidad de desarrollar nuevo instrumental. En este contexto, la experiencia del autor en cirugía experimental y en el diseño de instrumentos y conceptos laparoscópicos constituye un ejemplo de cómo la innovación sigue siendo una consecuencia natural del ejercicio quirúrgico.

Entre estas aportaciones destacan el desarrollo de un trócar para segunda visión laparoscópica⁽⁹⁾, la propuesta de conceptos relacionados con los niveles de conversión en cirugía laparoscópica⁽¹¹⁾ y el diseño de dispositivos destinados al cierre seguro de los puertos quirúrgicos⁽¹⁰⁾. Estos ejemplos ilustran que el proceso innovador permanece como un componente esencial de la cirugía moderna, impulsando avances que responden a necesidades reales de la práctica clínica.

DISCUSIÓN

La perspectiva histórica evidencia que el progreso quirúrgico ha estado estrechamente ligado a la innovación. Aunque los ejemplos analizados corresponden a diferentes épocas y especialidades, todos comparten un elemento en común: la identificación de un problema clínico o técnico y el desarrollo de una solución capaz de mejorar la atención para los pacientes.

Muchas de las innovaciones que transformaron la cirugía no nacieron en grandes programas de investigación tecnológica, sino en el quirófano, como respuesta a los desafíos de la práctica clínica diaria. La observación crítica, la curiosidad intelectual y la capacidad de cuestionar los paradigmas establecidos han sido cualidades compartidas por numerosos cirujanos que marcaron el rumbo de la especialidad.

CONCLUSIONES

La historia de la cirugía demuestra que la innovación no constituye una actividad complementaria al ejercicio quirúrgico, sino una de sus expresiones más distintivas. Desde

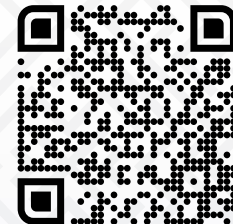
las reconstrucciones gastrointestinales de Billroth hasta el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, muchos de los avances que han transformado la especialidad surgieron cuando un cirujano identificó una limitación de la práctica clínica y encontró una solución para superarla.

La creatividad, la observación crítica y la capacidad de convertir los desafíos en oportunidades continúan siendo cualidades esenciales del cirujano moderno. Como ha ocurrido a lo largo de la historia, el futuro de la cirugía dependerá de profesionales capaces de integrar conocimiento científico, habilidad técnica e innovación para desarrollar las soluciones que exigirán los desafíos clínicos de las próximas generaciones.

Dr. David Lasky Marcovich
dlasky18@gmail.com

REFERENCIAS

1. Billroth T. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. Berlin; 1876
2. Rutledge RH. Theodor Billroth: a century later. Surgery 1995; 118:36-43
3. Carrel A. The Surgery of blood vessels. Johns Hopkins Hosp Rep. 1902; 10:1-31.
4. Carrel A. On the surgery of blood vessels and the transplantation of organs. Nobel Lecture. 1912.
5. Nissen R. A simple operation for control of reflux esophagitis. Schweiz Med Wochenschr. 1956;86:590-592
6. Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography. Acta Radiol. 1953;39:368-376.
7. Ravitch MM. The operative treatment of pectus excavatum. Ann Surg. 1949;129:429-444
8. Semm K. Endoscopic appendectomy. Endoscopy. 1983;15(2):59-64
9. Lasky D, Chousleb A, Hernández MC, Greenspun M, Benbassat M. Trócar para segunda visión laparoscópica. Técnica de Lasky, una nueva alternativa en cirugía. An Med Asoc Med Hosp ABC 1997;42(1):6-11.
10. Lasky D, Benbassat M. Trócar de Lasky para cierre de puertos en cirugía laparoscópica. An Med Asoc Med Hosp ABC 1998;43(1):10-14.
11. Lasky D, Melgoza O, Benbassat M. Niveles de conversión en cirugía laparoscópica. Redefiniendo la conversión y nuevas propuestas. Rev Asoc Mex Cir Endosc. 2003;4(2):66-74.



REGISTRO ÚNICO
EXCLUSIVO EN LÍNEA



FEMECOT

XXXV

**CONGRESO MEXICANO DE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
20 - 24 DE OCTUBRE 2026
Centro de Convenciones Expo Santa Fe, CDMX**



Sociedad Iberoamericana de
Patient Blood Management



ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS ACTUALES EN OBESIDAD: REVISIÓN NARRATIVA BASADA EN ADA 2026



INTRODUCCIÓN

La obesidad se reconoce como una enfermedad crónica compleja caracterizada por exceso o disfunción del tejido adiposo y determinada por factores biológicos, ambientales y psicosociales.¹⁻⁴ El IMC continúa siendo útil para tamizaje y clasificación, pero puede estimar de forma imprecisa la adiposidad y el riesgo cardiometabólico; por ello, ADA 2026 recomienda complementar la valoración con medidas antropométricas y la identificación de complicaciones cuando sea pertinente.^{2,3} En personas con DM2, obesidad e hiperglucemia se potencian mutuamente; además, algunos tratamientos hipoglucemiantes pueden favorecer aumento de peso. El control ponderal debe considerarse, por tanto, un objetivo terapéutico primario junto con el control glucémico.³

MÉTODOS

Se realizó una revisión centrada en los *Standards of Care in Diabetes 2026* y *Standards of Care in Overweight and Obesity 2026* de la *American Diabetes Association (ADA)*, complementada con ensayos clínicos de las principales terapias antiobesidad y evidencia cardiovascular. Se compararon magnitud de pérdida ponderal, beneficios metabólicos, seguridad, contraindicaciones y aplicabilidad clínica. No se realizó metaanálisis ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las intervenciones nutricionales, la actividad física y el apoyo conductual constituyen la base del tratamiento y

deben individualizarse y siempre deben estar presente en todas las etapas del tratamiento. Sin embargo, el modelo contemporáneo no exige agotar estas medidas antes de utilizar farmacoterapia o cirugía cuando la gravedad, las complicaciones o la magnitud de pérdida requerida justifican mayor intensidad.³⁻⁵ En DM2, una reducción de 5–7% del peso corporal mejora control glucémico y factores de riesgo cardiovascular; pérdidas sostenidas >10% suelen producir beneficios metabólicos adicionales.³

CIRUGÍA METABÓLICA

La cirugía metabólica continúa siendo la intervención de mayor eficacia ponderal y metabólica sostenida. ADA 2026 recomienda considerarla en personas con DM2 e IMC ≥ 30 kg/m² (≥ 27.5 kg/m² en personas asiático-americanas) que sean candidatos quirúrgicos apropiados.³ La pérdida de peso suele superar 20% y puede acompañarse de mejoría glucémica, calidad de vida y resultados a largo plazo. Requiere selección multidisciplinaria, valoración nutricional y seguimiento permanente.

DISCUSIÓN

Más allá de sus efectos sobre el peso corporal y el control glucémico, la obesidad se asocia con un amplio espectro de complicaciones cardiometabólicas y neuropsiquiátricas que deben considerarse al establecer los objetivos terapéuticos. El exceso de adiposidad visceral y ectópica favorece la resistencia a la insulina, la inflamación crónica de bajo grado, la disfunción endotelial, la dislipidemia y la hipertensión arterial, contribuyendo al desarrollo y progresión de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cardiovascular aterosclerótica, insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y enfermedad renal crónica. Estas condiciones interrelacionadas sustentan el concepto de síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM), en el cual la obesidad actúa como un importante factor de riesgo inicial y potencialmente modificable. Por lo tanto, el tratamiento de la obesidad no debe evaluarse exclusivamente por el porcentaje de pérdida de peso alcanzado, sino también por su capacidad para mejorar el control metabólico y reducir el riesgo cardiovascular, renal y hepático.

La obesidad también se asocia con importantes consecuencias neuropsiquiátricas. Se ha descrito una relación bidireccional entre obesidad y depresión, en la cual la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos y, a su vez, la depresión puede favorecer la ganancia de peso y el desarrollo o progresión de la obesidad. Entre los mecanismos propuestos se encuentran la inflamación sistémica y la neuroinflamación, la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, la resistencia a la insulina y a la leptina, las alteraciones en la señalización de las adipocinas y los cambios en el eje intestino-cerebro. Factores psicológicos y sociales, particularmente el estigma relacionado con el peso, la alteración de la imagen corporal, el aislamiento social y la disminución de la calidad de vida, pueden contribuir adicionalmente a esta asociación. Los síntomas de ansiedad también se han reportado con mayor frecuencia en personas con obesidad, aunque la dirección y magnitud de esta relación se encuentran menos claramente establecidas.

Asimismo, la obesidad, particularmente durante la mediana edad, se ha asociado con un mayor riesgo a largo plazo de deterioro cognitivo y demencia. Esta asociación podría estar parcialmente mediada por resistencia a la insulina, inflamación crónica, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial y otras alteraciones cardiometabólicas capaces de afectar negativamente la salud cerebral. Sin embargo, la relación entre peso corporal y demencia es compleja y debe interpretarse con cautela, debido a que la edad, los factores de riesgo vascular, el estado metabólico, la causalidad inversa y la pérdida de peso que puede preceder al diagnóstico clínico de demencia pueden modificar las asociaciones observadas.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar la obesidad como una enfermedad crónica sistémica y no únicamente como una alteración aislada del peso corporal. Las decisiones terapéuticas deben considerar no sólo la magnitud de la

pérdida de peso esperada, sino también la presencia y gravedad de las complicaciones cardiometabólicas, renales, hepáticas y neuropsiquiátricas. Este enfoque multidimensional resulta particularmente relevante al seleccionar intervenciones farmacológicas o cirugía metabólica, ya que el tratamiento óptimo debe orientarse a reducir la carga global de enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir las complicaciones asociadas con la obesidad, además de conseguir una reducción ponderal sostenida.

El tratamiento actual de la obesidad ha evolucionado desde un enfoque escalonado centrado casi exclusivamente en cambios de estilo de vida hacia un modelo de enfermedad crónica, en el que la intensidad terapéutica se adapta al riesgo y a las complicaciones. Tirzepatida mostró en el estudio SURMOUNT-2 pérdidas de 12.8% y 14.7% con 10 y 15 mg, respectivamente, frente a 3.2% con placebo en personas con obesidad/sobrepeso y DM²⁶. El estudio STEP 2, semaglutida 2.4 mg produjo una reducción media de 9.6% frente a 3.4% con placebo.⁷ Estas cifras no constituyen una comparación directa entre fármacos porque proceden de ensayos con poblaciones y diseños distintos.

La selección farmacológica debe integrar algo más que la pérdida ponderal. Semaglutida 2.4 mg dispone de evidencia de reducción de eventos cardiovasculares mayores en personas con sobrepeso u obesidad y enfermedad cardiovascular establecida sin diabetes (SELECT).⁸ Tirzepatida ofrece una elevada eficacia ponderal y glucémica y cuenta con indicaciones y evidencia adicionales que deben considerarse según el fenotipo clínico.^{6,15} La seguridad, salud reproductiva, comorbilidades gastrointestinales, riesgo cardiovascular, uso de opioides, costo, disponibilidad y continuidad terapéutica pueden modificar la elección. La cirugía metabólica no debe concebirse únicamente como último recurso cuando el perfil clínico justifica su consideración³, existen otras opciones terapéuticas las cuales son específicas para poblaciones especiales como hipotiroidismo.

CONCLUSIONES

La obesidad requiere tratamiento crónico, individualizado y libre de estigma. ADA 2026 refuerza una evaluación que trasciende el IMC y sitúa la reducción de peso como objetivo primario en personas con DM2 y obesidad. Las intervenciones conductuales permanecen como base terapéutica, pero la farmacoterapia y la cirugía deben incorporarse oportunamente según la magnitud de beneficio necesaria. Tirzepatida y





semaglutida han elevado sustancialmente la eficacia del tratamiento farmacológico, mientras la cirugía metabólica conserva la mayor eficacia ponderal sostenida. La decisión compartida debe equilibrar eficacia, resultados clínicos, seguridad, preferencias, acceso y sostenibilidad.

Dr. Jose Félix Saavedra Ramírez
dr-saavedra@hotmail.com

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Updated 2025.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. Screening, Diagnosis, Evaluation, and Staging of Obesity in Adults: Standards of Care in Overweight and Obesity—2026. 2026. doi:10.2337/doci26-0003.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S166-S182. doi:10.2337/dc26-S008.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Obesity. Pharmacologic Treatment of Obesity in Adults: Standards of Care in Overweight and Obesity. 2026;1(1):5-36. doi:10.2337/doci25-0008.
5. American Diabetes Association. Section 8: Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes. 2026;1(3):513-515. doi:10.2337/doc26-a008.
6. Garvey WT, et al. Tirzepatide for obesity in people with type 2 diabetes (SURMOUNT-2). Lancet. 2023;402:613-626. doi:10.1016/S0140-6736(23)01200-X.
7. Davies M, et al. Semaglutide 2.4 mg in adults with overweight/obesity and type 2 diabetes (STEP 2). Lancet. 2021;397:971-984. doi:10.1016/S0140-6736(21)00213-0.
8. Lincoff AM, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. N Engl J Med. 2023;389:2221-2232. doi:10.1056/NEJMoa2307563.
9. Davies MJ, et al. SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;314:687-699. doi:10.1001/jama.2015.9676.
10. Gadde KM, et al. Phentermine plus topiramate (CONQUER). Lancet. 2011;377:1341-1352.
11. Hollander P, et al. Naltrexone/bupropion in overweight/obese patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2013;36:4022-4029.
12. Miles JM, et al. Orlistat in overweight and obese patients with type 2 diabetes treated with metformin. Diabetes Care. 2002;25:1123-1128.
13. U.S. FDA. ADIPEX-P (phentermine) prescribing information. 2024.
14. U.S. FDA. FDA Approves First Medication for Obstructive Sleep Apnea. 2024.

CUANDO EL HAMBRE NO ERA HAMBRE: COMPRENDER, VIVIR Y RECUPERARSE DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

Durante mucho tiempo, el trastorno por atracón permaneció en la sombra, confundido con malos hábitos o falta de autocontrol. Hoy sabemos que se trata de un trastorno de la conducta alimentaria con características propias que afecta profundamente la salud física y emocional. Comprenderlo es el primer paso para romper estigmas y abrir el camino hacia la recuperación.

Este artículo está dedicado a todas las personas que alguna vez se sintieron atrapadas entre el hambre física y el hambre emocional, y que siguen recorriendo, un día a la vez, el camino hacia una relación más sana con la comida y consigo mismas.

De todas las mujeres que integraban el círculo de terapia grupal, había una que llamaba especialmente mi atención. Era una chica encantadora, apenas una adolescente: de complexión menuda, mucho más delgada de lo habitual, vestía ropa deportiva y sandalias, y llevaba el cabello ligeramente despeinado. Sus grandes ojos cafés se posaban sobre mí con una intensidad difícil de ignorar; me observaba con una expresión de asombro que no lograba ocultar. Llevaba ya varios meses internada en la clínica.

Un día, sin apartar la mirada de mí, rompió el silencio. Sus labios se abrieron y dijo:

—Te ves tan bonita, tan elegante, tan exitosa. Con ese vestido gris y esas zapatillas de charol jamás pensaría que te sientes como un monstruo. Ojalá pudieras verte como yo te veo...

Aquellas palabras atravesaron años de defensas emocionales. En ese instante comprendí que existía una enorme distancia entre la imagen que tenía de mí misma y la que los demás percibían. Entendí que mi mente interpretaba la realidad de una forma distinta.

Hoy sé que ese fenómeno tiene una explicación científica. Los trastornos de la conducta alimentaria suelen acompañarse de distorsiones cognitivas: patrones de pensamiento que



alteran de manera sistemática la forma en que una persona se percibe a sí misma y al mundo que la rodea. Entre las más frecuentes se encuentran el pensamiento dicotómico —todo o nada—, la sobregeneralización, el perfeccionismo extremo, la descalificación de los propios logros y la focalización obsesiva en defectos físicos, muchas veces inexistentes o exagerados.

Una persona puede ser admirada, querida, competente y valiosa, y aun así sentirse insuficiente todos los días. Esa fue mi realidad. Durante mucho tiempo construí una vida aparentemente perfecta, sostenida por una rutina impecable, mientras intentaba sobrevivir en un mundo profundamente imperfecto.

Hay enfermedades que no se ven. No aparecen en una radiografía, no se detectan en una tomografía y, muchas veces, tampoco son evidentes para quienes nos rodean. Son dolores silenciosos, que se instalan en la mente y terminan encontrando refugio en lugares inesperados, como en la comida.



En las siguientes líneas abordaré los trastornos de la conducta alimentaria, con especial énfasis en el trastorno por atracón, una condición que durante muchos años permaneció invisibilizada y fue confundida con otros problemas relacionados con la alimentación y el peso corporal. Actualmente, se reconoce como un diagnóstico independiente, incorporado en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta compulsiva, en los que la persona consume cantidades inusualmente grandes de alimentos en un corto periodo de tiempo, acompañadas de una intensa sensación de pérdida de control. Durante un atracón puede ingerir, por ejemplo, una pizza familiar completa, una bolsa grande de papas fritas, medio litro de helado, varios chocolates y uno o dos refrescos. En los casos más graves, la desesperación puede llevarla incluso a comer alimentos del bote de basura o directamente del piso.

Los síntomas se manifiestan como una preocupación constante por la comida, el peso y la imagen corporal. La persona experimenta episodios en los que consume grandes cantidades de alimentos acompañados de una intensa sensación de pérdida de control, siente que no puede detenerse o no puede decidir cuánto comer.

Después de estos episodios es frecuente experimentar: culpa, vergüenza, frustración y el disgusto hacia sí mismo. Muchas veces existe la intención repetida de retomar el control mediante dietas o restricciones, pero estas suelen aumentar la ansiedad y favorecer nuevos episodios de atracón.

También es común que se presente junto con sobrepeso u obesidad, el malestar emocional va mucho más allá del peso corporal. Quienes lo padecen suelen vivir una lucha silenciosa marcada por la preocupación constante por la alimentación, la sensación de fracaso ante la pérdida de control y el desgaste emocional que genera un ciclo repetitivo de restricción, atracón y culpa. La presencia de estos síntomas de forma repetida durante varios meses amerita una valoración.

Asimismo, es importante reconocer las señales emocionales: ansiedad persistente, sensación de vacío, aislamiento social, pensamientos autocríticos frecuentes, desesperanza y una relación conflictiva con la comida.



Se estima que el trastorno por atracón afecta aproximadamente al 1.6 % de la población mundial. En México, su prevalencia podría situarse entre el 2 y el 5 % de la población. Es más frecuente en mujeres que en hombres y diversos estudios han encontrado una alta prevalencia entre personas que viven con obesidad. Sin embargo, más allá de las cifras, la experiencia clínica sugiere que muchas personas permanecen sin diagnóstico o sin atención especializada. Otras, aunque no cumplen todos los criterios clínicos, utilizan la comida como una forma de afrontar el estrés, la ansiedad, la tristeza o el vacío emocional, presentando características similares a este padecimiento.

El malestar que acompaña al trastorno por atracón es difícil de explicar para quien nunca lo ha experimentado. No es simplemente hambre. Tampoco es solo tristeza, ansiedad

o depresión. Es una sensación persistente de vacío e incomodidad emocional que parece acompañar a la persona a todas partes. Se siente en el pecho, pero también habita en la mente, se manifiesta como una constante impresión de que algo falta, algo duele o algo no está bien. Quienes viven con trastorno por atracón experimentan esa sensación con mucha frecuencia.

La ciencia ha demostrado que este trastorno se asocia con alteraciones en los circuitos cerebrales encargados de la recompensa, la regulación emocional y el control de los impulsos. Con el tiempo, el cerebro aprende que ciertos alimentos, especialmente aquellos ricos en azúcar, grasas o ambos, proporcionan un alivio momentáneo al sufrimiento emocional. No se trata de una coincidencia: al consumirlos se activan sistemas neuroquímicos relacionados con la liberación de dopamina y otros neurotransmisores vinculados al placer, la recompensa y la sensación de bienestar. Sin embargo, ese alivio es pasajero y, con frecuencia, da paso a la culpa, la vergüenza y el deseo de volver a comer, perpetuando así el ciclo del trastorno.

Por eso resulta tan difícil romper con ciertas conductas alimentarias. El problema nunca fue únicamente la comida, sino aquello que la comida intentaba silenciar o anestesiar. Con frecuencia, el trastorno por atracón se asocia a experiencias de rechazo, abandono, trauma psicológico, autoexigencia, perfeccionismo, baja autoestima, ansiedad o depresión. Aunque no todas las personas presentan los mismos factores de riesgo, existe un elemento en común: la comida termina convirtiéndose en una estrategia para regular emociones difíciles y aliviar, aunque solo sea de forma momentánea, el malestar emocional.

Recuerdo a **Ellen**, una mujer de aproximadamente 44 años, exitosa, madre de dos hijos, hermosa, rubia, de ojos verdes, parecía una actriz de televisión, con una figura ideal; ella padecía el trastorno. En una ocasión, en una visita a la clínica, me dijo con absoluta naturalidad: —*Puedo comerme una cartera completa de huevos revueltos.*

Tiempo después agregó algo que aún permanece conmigo: —*Siempre fui tan aprisa... hasta que un día me di cuenta de que*

no iba a ningún lado. Entonces me puse a llorar. Y ahora estoy aquí... internada en un lugar donde ni siquiera hay puertas en los baños... intentando aprender a respirar.

El cerebro aprende que ciertos alimentos proporcionan un alivio momentáneo al sufrimiento emocional.

Aquellas palabras no hablaban de comida, de peso ni de apariencia. Hablaban de algo mucho más profundo: de la experiencia de vivir durante años con la sensación de estar luchando por salir a la superficie mientras algo invisible te mantiene bajo el agua. De despertarse cada día cargando una angustia difícil de nombrar, de avanzar en la vida conteniendo el aliento, de sentir que cada logro, cada responsabilidad y cada

expectativa se acumulan sobre el pecho hasta volver difícil respirar.

Así, he conocido personas extraordinarias atrapadas en un profundo sufrimiento emocional mientras el mundo asumía que estaban perfectamente bien.

El tratamiento del trastorno por atracón requiere un enfoque integral y multidisciplinario. Además del acompañamiento de los seres queridos, suele involucrar la participación de profesionales de la salud, como nutriólogos, psicólogos, psiquiatras y, en algunos casos, terapeutas ocupacionales. Más que hablar de una cura definitiva, es más apropiado





hablar de un proceso de recuperación y aprendizaje continuo. Con el tratamiento adecuado, muchas personas desarrollan herramientas para comprender y regular el malestar emocional que suele estar en el origen del trastorno, reconstruyendo poco a poco una relación más saludable con la comida, con su cuerpo y consigo mismas.

El tratamiento para el trastorno por atracón debe adaptarse a las necesidades de cada persona. Actualmente, la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** es considerada el tratamiento psicológico de primera elección, ya que ayuda a identificar y modificar los pensamientos, emociones y conductas que mantienen el ciclo de atracón y culpa.

La **terapia interpersonal (TIP)** también ha demostrado una eficacia similar, especialmente cuando los atracones están relacionados con dificultades emocionales o conflictos en las relaciones personales. Por su parte, la **terapia dialéctica conductual (TDC)** y la **terapia de aceptación y compromiso (ACT)** han mostrado resultados prometedores al fortalecer la regulación emocional, la atención plena, la aceptación de emociones difíciles y el desarrollo de conductas alineadas con los valores personales.

La intervención nutricional especializada es fundamental para restablecer hábitos de alimentación regulares, disminuir las conductas restrictivas y mejorar la relación con la comida. En algunos casos, puede complementarse con tratamiento farmacológico. Entre los medicamentos más estudiados se encuentran algunos antidepresivos, el topiramato y, más recientemente, los agonistas del receptor GLP-1 (fármacos que imitan la acción de la hormona péptido similar al glucagón tipo 1).

Cuando existen antecedentes de trauma o experiencias adversas significativas, terapias como **EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares)** pueden ser de utilidad. En general, la combinación de apoyo psicológico, médico y nutricional ofrece los mejores resultados para lograr una recuperación sostenida y una mejor calidad de vida.

La actividad física también es una herramienta terapéutica valiosa, no como un castigo por comer ni como un mecanismo

de compensación, sino como una forma de fortalecer la salud física, emocional y metabólica. Con el tiempo descubrí que relacionar el ejercicio con las actividades de la vida cotidiana ayuda a resignificarlo y favorece la adherencia. Ya no hago ejercicio para cambiar mi cuerpo, sino para cargar mi mochila sin cansarme; hago sentadillas para poder agacharme con facilidad cuando algo cae al suelo o subir escaleras con mayor seguridad. El ejercicio deja de ser una obligación y se convierte en un aliado para vivir mejor.

Sin embargo, si tuviera que resumir todo lo aprendido a lo largo de este camino, diría que la recuperación comienza cuando termina la lucha contra uno mismo. Empieza con la aceptación, el respeto, la comprensión, la gratitud y la compasión hacia nuestro propio cuerpo; con reconocer que no es un enemigo al que hay que vencer, sino el único lugar que habitaremos durante toda la vida. Recuperarse también significa aprender el placer de habitar la propia piel.

Otra de las lecciones más importantes ha sido hacer las paces con el malestar. Comprendí que quizá nunca desaparezca por completo y que, de algún modo, siempre caminará a mi lado. Hay días en los que se hace más presente y otros en

los que apenas lo percibo. La diferencia es que ya no huyo de él ni permito que dirija mis decisiones. No voy a mentir: una parte de mí aún espera el milagro de despertar un día y descubrir que se ha ido para siempre. Pero también he aprendido que algunas heridas no necesitan desaparecer para dejar de doler. Basta con que dejen de gobernar nuestra vida.

Si usted está leyendo estas líneas y reconoce parte de su historia en ellas, quiero decirle algo importante: el trastorno por atracón tiene tratamiento, no basta con echarle ganas o esperar al lunes para iniciar la dieta, la clave es buscar ayuda profesional para cambiar el curso de una vida.

La recuperación rara vez es lineal. Existen recaídas, momentos difíciles y días de incertidumbre. Pero también existen tratamientos efectivos, profesionales comprometidos y personas que logran reconstruir una relación más saludable con la comida, con su cuerpo y consigo mismas.

*La recuperación
comienza cuando
termina la lucha contra
uno mismo.*

Sigo caminando, aprendiendo y acompañando a quienes necesitan comprensión, compañía, esperanza o consuelo. También sigo creyendo que, si Dios me trajo hasta aquí, no me dejará sola en el resto del camino, ni a mis pacientes tampoco.

Cada persona que acompaño deja una huella en mí. Ellos también me enseñan, me fortalecen y me recuerdan cada día por qué elegí esta profesión. Sus logros se sienten como propios; cada paso que dan hacia su recuperación renueva mi esperanza y me impulsa a seguir adelante, convencida de que siempre es posible volver a encontrarse con uno mismo.

Y quizá eso sea lo más importante que he aprendido después de todos estos años: vivir no consiste en esperar a que el dolor desaparezca por completo, sino en descubrir que, aun cuando existe, la vida puede seguir siendo profundamente hermosa. Por eso, elijo seguir viviendo con esperanza, con gratitud y con la confianza de que, incluso en medio de las dificultades, cada experiencia puede transformarse en algo que nos ayude a crecer y a sanar.

Gracias a Dios, a mi familia y amigos por quedarse y amarme a pesar de mí.

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
dra.acajigas@gmail.com

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing.
2. Casado, 2013 M.I. Casado. Obesidad y Trastorno por Atracón. Madrid, España: Grupo 5; 2013. [Links]
3. Raich, 2011 R.M. Raich. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2011. [Links]
4. Eva, Et Baile, José I.. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
5. Bloomgarden y Calogero, 2008 A. Bloomgarden, R.M. Calogero. A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. Eating Disorders. 2008; 16:418p
6. Fairburn, 1998 C. Fairburn. La superación de los atracones de comida. Cómo superar el control. Barcelona, España: Paidós; 1998.
7. Reas y Grilo, 2008 D.L. Reas, C.M. Grilo. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge eating disorder. Obesity. 2008; 16:2024p
8. Brown y Keel, 2012 T.A. Brown, K. Keel. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. Libertas Academica. 2012; 33p
9. Hilbert et al., 2015 A. Hilbert, T. Hildebrandt, W. Agras, D. Wilfley, G.T. Wilson. Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015; 83:649p
10. Kutlesic et al., 1998 V. Kutlesic, D.A. Williamson, D.H. Gleaves, J.M. Barbin, K.P. Murphy-Eberenz. The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. Psychological Assessment. 1998; 10:41p
11. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2017.
12. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry. 2007.
13. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. The Lancet. 2020.
14. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for eating disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2014.
15. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2017.
16. Fairburn CG. Overcoming Binge Eating. Guilford Press.
17. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Guilford Press.
18. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training. Eating Disorders. 2011.
19. World Health Organization. Obesity and overweight: Fact Sheets. Organización Mundial de la Salud.
20. Harvard Medical School. Nutrition Source: Emotional Eating and Weight Regulation.
21. National Institute of Mental Health. Eating Disorders: Overview and Current Evidence-Based Treatments.



PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES EN UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CDMX

INTRODUCCIÓN

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo grave, que puede afectar a una proporción significativa de madres⁽¹⁾, particularmente entre las dos y ocho semanas posteriores al parto⁽²⁾, sin embargo, puede darse hasta un año después del nacimiento del bebé. Este trastorno se caracteriza por síntomas como tristeza profunda, fatiga extrema, ansiedad, insomnio, sentimientos de culpabilidad o inutilidad, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades diarias, e incluso pensamientos de daño hacia uno mismo o el bebé.⁽³⁾

Actualmente, la depresión posparto es reconocida como un problema de salud pública⁽⁴⁾, que contribuye significativamente a la carga de enfermedad entre las mujeres de 15 a 49 años, el rango de edad reproductiva^(5,6). A nivel mundial, la incidencia de este trastorno se estima en 15%, lo que subraya su impacto global. En el caso de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos, estudios indican que hasta un 56% pueden experimentar síntomas de depresión posparto en los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé, lo que refleja una prevalencia elevada en esta población específica.⁽⁴⁾

Este problema de salud pública representa un desafío relevante, ya que coincide con una etapa clave en la que muchas mujeres participan activamente en el mercado laboral, generan ingresos y contribuyen económicamente tanto a sus familias como a la sociedad. En este periodo, las mujeres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo económico, al equilibrar sus responsabilidades reproductivas con su participación productiva.

Asimismo, la depresión posparto puede afectar significativamente el vínculo de la madre con su pareja y la dinámica familiar, generando tensiones, conflictos y, en algunos casos, rupturas de pareja. Estas alteraciones pueden favorecer el aislamiento social y contribuir al deterioro de la estabilidad emocional y económica del hogar⁽⁷⁾. Además, la depresión posparto puede limitar la capacidad de la madre para desempeñarse en el ámbito laboral, lo que se traduce en ausencias laborales o disminución de la productividad, generando pérdidas económicas tanto a nivel individual como social. De igual manera, los familiares o cuidadores pueden



verse afectados, ya que en muchos casos deben reducir su jornada laboral o incluso abandonar su empleo para brindar apoyo a la madre. En contextos de bajos ingresos, esta situación puede agravar la vulnerabilidad económica de las familias y contribuir a la perpetuación del ciclo de pobreza.

El proceso de dar a luz y cuidar a un ser humano es un acontecimiento único tanto biológico como socialmente. La teoría de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck⁽⁸⁾, proporciona un marco conceptual para comprender la experiencia de las mujeres que atraviesan este trastorno y fundamenta el abordaje desde la disciplina de Enfermería.

Desafortunadamente, la depresión posparto es una condición intangible, invisible, subestimada, desatendida, y lo más preocupante, a menudo no diagnosticada, debido a la falta de conocimiento. El estigma social desempeña un papel fundamental, ya que muchas mujeres dudan en buscar ayuda, lo que genera un problema no solo mental y social, sino también económico, que requiere mayor atención por parte de los profesionales de la salud en México.

La maternidad idealizada y capitalizada ha reducido y ocultado la depresión posparto, ya que las expectativas sociales y los estereotipos de ser una "buena madre" o de vivir una "felicidad plena" dificultan o incluso impiden el reconocimiento de esta realidad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal en 70 mujeres durante el periodo posparto, atendidas en una institución de primer nivel de atención de la Ciudad de México. Se utilizó la **Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)** para evaluar la presencia de depresión posparto y se analizaron variables sociodemográficas, obstétricas y psicosociales. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y todas otorgaron su consentimiento informado previo a su participación. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS, mediante estadísticas descriptivas e inferenciales. El estudio fue aprobado por el comité de ética correspondiente.

RESULTADOS

Se incluyeron 70 mujeres en periodo posparto. La prevalencia de depresión posparto fue del 46%. Los factores con mayor asociación fueron: ausencia de apoyo familiar (OR=10.3), no desear al recién nacido (OR=8.5), relación regular o mala con la pareja (OR=4.6) y relación regular o mala con la suegra

(OR=3.8). Estos hallazgos muestran la relevancia del entorno familiar y social en la salud mental durante el puerperio.

DISCUSIÓN

En este estudio se identificó una prevalencia de depresión posparto del 46% en mujeres atendidas en una institución de primer nivel de atención de la Ciudad de México, cifra superior a la reportada en otros estudios realizados en México y otros países, como los de Santiago-Sanabria et al.⁽⁷⁾ y Ambriz-López et al.⁽⁹⁾. Esta diferencia podría estar relacionada con las características sociodemográficas y psicosociales de la población estudiada.

Los principales factores asociados fueron la falta de apoyo familiar, el rechazo hacia el recién nacido y las relaciones conflictivas con la pareja o la suegra, resultados que coinciden con la evidencia científica, la cual reconoce al apoyo social y al entorno familiar como factores determinantes en el desarrollo de la depresión posparto.^(7,10) Aunque variables como el nivel educativo, el ingreso económico y la ocupación no mostraron asociaciones estadísticamente significativas, se observaron tendencias de mayor riesgo en mujeres con menor escolaridad e ingresos más bajos, en concordancia con lo reportado por Zhao y Zhang.⁽¹¹⁾ Asimismo, las madres de recién nacidas presentaron puntajes más elevados en la **Escala de Depresión Posparto de Edimburgo**, hallazgo similar al descrito por Ambriz-López et al.⁽⁹⁾, lo que sugiere la posible influencia de factores socioculturales.

Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la detección temprana de la depresión posparto mediante herramientas como la **Escala de Depresión Posparto de Edimburgo** en el primer nivel de atención, así como de implementar intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo familiar y social. Entre las limitaciones del estudio se encuentran el diseño transversal, el tamaño de la muestra y la inclusión de participantes de una sola institución, aspectos que limitan la generalización de los resultados, aunque los hallazgos aportan evidencia relevante para orientar estrategias de prevención y atención de la depresión posparto.

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión posparto del 46% encontrada en este estudio evidencia una importante problemática de salud mental, superior a la reportada en otros estudios nacionales e internacionales. Este hallazgo resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de tamizaje, detección y atención





en los servicios de salud materna, especialmente en el primer nivel de atención en México.

Los factores de riesgo identificados, como las relaciones conflictivas con la pareja o la suegra, la falta de apoyo familiar y el rechazo hacia el recién nacido, subrayan la importancia de abordar los componentes emocionales, familiares y sociales en su prevención y manejo. Estos resultados refuerzan el papel del personal de Enfermería en la detección e intervención oportuna.

Se recomienda desarrollar estudios con enfoque cualitativo que permitan profundizar en la comprensión de los factores asociados y de las experiencias de las mujeres con depresión posparto.

Mtra. Katya Thalía Jarquín Ríos
katty.jarquin@gmail.com

Dra. Sandra M. Sotomayor Sánchez
Mtra. Cynthia Ramírez Hernández
Dr. Tomás F. González Espinosa

REFERENCIAS

1. National Library of Medicine. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385660/#B1>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. ¿Qué es la depresión posparto?. Disponible en: <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-la-depresion-posparto>
3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Pág:105. Disponible: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
5. Salem MN, Thabet MN, Fouly H, Abbas AM. Factors affecting the occurrence of postpartum depression among puerperal women in Sohag city, Egypt, Proceedings in Obstetrics and Gynecology 2017; 7(1): 1-10 doi: <https://doi.org/10.17077/2154-4751.1328>
6. Barrera AZ, Nichols AD. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet based sample of Spanish-speaking perinatal women. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):148-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25988251/>
7. Qi, W., Zhao, F., Liu, Y. et al. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 21, 174 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>
8. Raile A, Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. España: Elsevier; 2011. p. 722-740.
9. Ambríz-López, Flores-Venegas SR, Soria-López JA, Guerrero-González G, Kawas-Morales A, Alvarez-Lozada LA. Postpartum depression during COVID-19 pandemic. Ginecol Obstet Mex [Internet]. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985>
10. Benvenuti P., Ferrara M., Niccolai C., Valoriani V., Cox J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. Journal of Affective Disorders, 53(2), 137-141.
11. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr. 2020 Oct;53:102353. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

EL SOBREPESO EN EL ARTE

La obesidad no es solo un tema de preocupación médica, también ha sido tema y motivo digno de plasmarse en el arte, con toda la cotidianidad de su existencia y también, de su belleza, dicho por varios artistas.

Las obras que lo demuestran son numerosas, aquí mencionaremos solo algunas, muy representativas para ilustrar este tema que nos ocupa hoy en Horizontes del Conocimiento.

FERNANDO BOTERO



Es el artista colombiano reconocido internacionalmente por sus personajes, objetos y naturalezas de formas redondas y voluptuosas. Él introdujo en su pintura, entre los años 1948-2023 este nuevo estilo que llamó BOTERISMO.

Botero rechazaba que los personajes de su estilo fueran simplificados con la etiqueta de "Gorditos" solo porque sus figuras robustas desafiaban los cánones de belleza tradicionales. Lo que él pretendía en sus obras era realzar y explorar la voluptuosidad, la sensualidad y la dilatación de la forma. Estaba convencido de que estas características de la forma eran un motivo de gozo y que contribuían a dar placer y no a fomentar el sobrepeso como algunos detractores opinaban. Alcanzó su estilo después de numerosos viajes y estudios, hasta encontrar "el volumen y la monumentalidad", esa tridimensionalidad que, dentro de un plano bidimensional, da la sensación de poder tocar las cosas que representan tener volumen y peso. Así convirtió la exageración de las formas -no la gordura- en su lenguaje artístico y sello personal.

REMBRANDT VAN RIJN



"Hombre corpulento envuelto en su capa". (Grabado en aguafuerte realizado entre los años 1628 y 1631).

Rembrandt no pintó personas con obesidad médica, sino que pintó cuerpos reales de la época usando un estilo naturalista. A menudo representó figuras corpulentas o robustas porque valoraba la humanidad y las texturas sobre los ideales de belleza. Rompió las reglas de su época del s. XVII. Y en lugar de dibujar cuerpos perfectos como los dioses griegos, dibujó a personas reales. Sus modelos tenían marcas de ropa, arrugas o gordura.

CHARLES MELLIN



Charles Mellin, también llamado Charles de Lorrain retrató a Alessandro del Borro. El cuadro se titula "Retrato de un caballero o El general toscano Alessandro del Borro".

Muestra una figura militar con gran corpulencia en primer plano de perfil. A sus pies tiene un estandarte de la famosa familia noble e histórica de Roma, la familia Barberini.

Se exhibe en la Gemäldegalerie de Berlín y es analizado frecuentemente en la historia del arte y de la obesidad. La pintura fue realizada en la técnica de óleo en el año de 1645 por el pintor barroco francés, cuando estaba activo en Roma,

Mellin fue alumno de Simón Vouet. Pero ejerció su carrera artística en Italia.

FRANCISCO DE GOYA



"¡Qué desgracia!" (Grabado de la serie Los caprichos 1792)

Este dibujo pertenece al cuaderno C, que forma parte de los álbumes privados considerados originales de Francisco de Goya. Presenta a un hombre gordo sentado en un sillón bajo. En este dibujo como en los otros que acompañan este cuaderno, no emplea un tono caricaturesco, sino que se inclina más bien, por la constatación de la realidad. muestra la realidad de su cuerpo y su sufrimiento con total respeto y piedad.

Goya fue conocido por su piedad hacia los personajes con problemas físicos, utiliza este dibujo para expresar su visión de la realidad sin idealización.

RAFAEL SANZIO



"Virgen de la silla" (Óleo 1513-1514).

Pintura al óleo sobre tabla, de forma redonda con unas dimensiones de 71cms de diámetro. Se conserva en la Galería Palatina del Palacio Pitti de Florencia, Italia. Elaborada entre los años 1513-1514. Se cree que el pintor renacentista italiano toma su inspiración de una bella campesina de la localidad romana de Velletri con su regordete bebé en los brazos.

PEDRO PABLO RUBENS

Es una famosa pintura al óleo sobre panel de roble del artista que muestra a un niño sosteniendo con delicadeza un ave. Muestra la gran habilidad del pintor para captar expresiones tiernas y dar vida y emoción a sus personajes. **Rubens** destacado pintor barroco de la escuela flamenca. Poseía una amplia formación humanista y tuvo siempre un profundo interés por la antigüedad clásica. Fue quizás la figura más importante del barroco flamenco.

RODO PADILLA

Famoso escultor y ceramista Jalisciense creador de la serie "Los Gorditos" que ha llevado a públicos de todo el mundo.



"El niño y el ave" (1616-1617). Rubens.

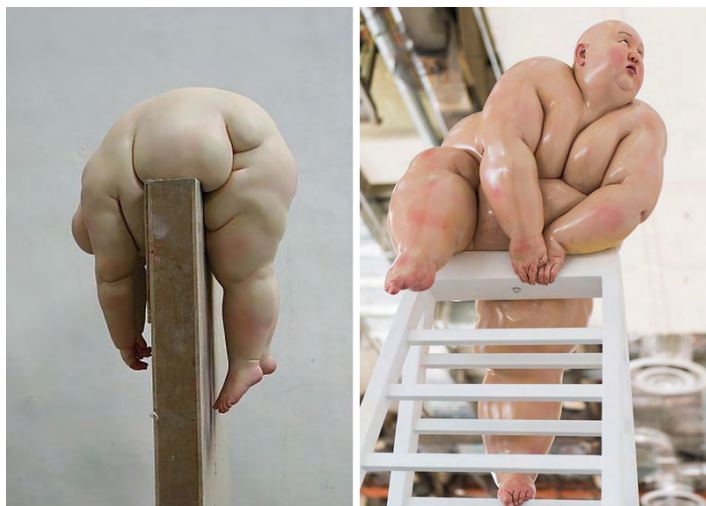
Con un estilo alegre y colorido representa la tradición de la cultura mexicana en sus personajes geométricos y voluminosos. Elaborada en cerámica de alta temperatura, su obra se distingue por una profunda conexión con la gente trabajadora, enaltece lo cotidiano de una manera divertida. Es un narrador de historias en barro. Transmite emociones y características que definen al mexicano: alegría, amabilidad, amor y trabajo duro.

Además de aprender los secretos del oficio que su padre le enseñó, se especializó en las artes de la cerámica en Japón, Argentina e Italia.



Los Gorditos

MU BOYAN



El artista chino contemporáneo **Mu Boyan** ha explorado la obesidad mediante esculturas hiperrealistas que muestran cuerpos voluminosos, invitando a reflexionar sobre la relación entre la salud, la alimentación y los estándares sociales de belleza en China. Su obra evidencia un cambio en la percepción del cuerpo, donde la obesidad deja de ser solo un tema médico y se convierte en un objeto de análisis cultural y social. Estas esculturas permiten cuestionar cómo la sociedad asocia la salud con la apariencia física y cómo se construyen estigmas alrededor del cuerpo obeso. Se le ha nombrado el Botero oriental.

BENJAMIN MARSHALL



Retrato de Daniel Lambert 1806

La figura de **Daniel Lambert** (1770-1809) se convirtió en algo más que una curiosidad de su tiempo. Fue un hombre que transformó lo extraordinario de su condición en un símbolo de fuerza, cultura y cortesía. En una época que a menudo se burlaba de las diferencias, **Lambert** eligió vivir con dignidad, convirtiéndose en un personaje único en la historia inglesa. Lejos de ser un espectáculo grotesco fue reconocido como un hombre educado, afable y sorprendentemente fuerte. Su corpulencia era un símbolo de autoridad serena. El artista Benjamín Marshall que usualmente pintaba caballos, deportes y animales, pintó a **Daniel Lambert** porque se convirtieron en grandes amigos tras la llegada de **Lambert** a Londres en 1806.

Mtra. Leticia Lafón
leticialafon@gmail.com

REFERENCIAS

1. Rembrandt Life & Work, Jakob Rosenberg. Editorial Phaidon Paperback
2. Fernando Botero: The search for a style" 1948-1963. Christian Padilla.
3. Donación Botero, Museo de Antioquía, Carlos Artyro Fernández. Villegas Editores
4. Philippe Malgouyres, Charles Mellin, un Lorrain entre Rome et Naples. 2007 Somogy Éditions d'Art.
5. Charles Yriarte. Goya, sa vie, son oeuvre, 1867, París. Imprimeur-Éditeur
6. Giovanni Pietro Bellori. Vite de'pittori,scultori et architetti moderni. Roma 1672.
7. Giorgio Vasari. Vidas de grandes artistas. Editorial Porrúa
8. Arturo Cuevas, México desconocido. R. P. Ceramista de Tlaquepaque
9. Cultura Inquieta. Plataforma de Arte Contemporáneo.
10. Dogson, Campbell. 1901 Marshall Benjamin. Ed. Lee Sidney. Londres



Construyendo Juntos el Futuro



Ayúdanos a seguir
construyendo un mejor
futuro para las niñas y niños.

¡DONA AHORA!



Yolia.org.mx procuracion@yolia.org.mx

55 3924 1876



ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN MÉXICO



ANEO

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA A.C.

En un momento donde el cáncer representa uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel global, la Enfermería oncológica se consolida como una pieza fundamental para transformar la atención de miles de pacientes y sus familias. Bajo esta premisa nació la **Asociación Nacional de Enfermería Oncológica A.C. (ANEO)** el 28 de marzo de 2025, con el firme propósito de fortalecer la educación, la capacitación y el liderazgo de las y los profesionales dedicados a este cuidado en el país.

A lo largo de este primer año de actividades, **ANEO** se ha convertido en el punto de encuentro clave para el gremio, logrando consolidar una red nacional de colaboración académica, científica y humana que hoy impacta a profesionales en más de 22 estados y 59 instituciones públicas y privadas.

Como presidenta y fundadora de **ANEO**, destaco que la asociación surge de la necesidad de crear espacios donde la especialidad crezca bajo una visión integral, científica y profundamente humana:

"La Enfermería oncológica no solo administra tratamientos; acompaña procesos de vida, escucha el dolor, sostiene emocionalmente a las familias y se convierte en una guía permanente para el paciente. Por ello, nuestra misión es dignificar y fortalecer el papel de cada profesional en esta área".

COBERTURA E IMPACTO: UNA RED VIVA EN TODO EL PAÍS

Durante el primer año de gestión, **ANEO** operó con una visión estratégica que permitió promediar 4.5 actividades de alto impacto mensual, entre congresos, talleres y certificaciones. Un hito histórico de este periodo fue concretar el ingreso de México a la Sociedad Latinoamericana de Enfermería Oncológica, una prestigiosa organización internacional integrada por más de 20 países de la región.

La fuerza de la asociación radica en su representatividad. Gracias a una coordinación eficiente, se logró interactuar activamente con más de 55 puntos de contacto y 59 sedes hospitalarias, distribuidas estratégicamente de la siguiente manera:

- 13 sedes del **IMSS**: Con una participación destacada de los Centros Médicos Nacionales Siglo XXI y La Raza.
- 11 sedes del **ISSSTE**.
- 9 Hospitales Generales y Regionales.
- 7 centros privados y de infusión: Entre ellos COI, Onco Center y Alivia.

PRESENCIA GEOGRÁFICA Y COMUNIDAD

Actualmente, la asociación cuenta con afiliados en al menos 22 estados de la República. La mayor densidad se concentra en la Ciudad de México, seguida por estados clave como Puebla, Oaxaca y Veracruz. Asimismo, extiende su influencia en Baja California, Chiapas Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Querétaro Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán, y Nuevo León.

Este tejido humano se sostiene gracias a las coordinaciones quienes también fueron acreedores a reconocimientos por su entrega, compromiso y dedicación durante este año de trabajo.



COORDINACIONES Y UNA ASESORÍA POLÍTICA

- Coordinación Académica y de Formación: **ME. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz**
- Coordinadora de Investigación y desarrollo: **EEO. Janette Monserrat González Galindo**
- Coordinador de innovación y proyectos: **EEO. Gerardo Landis Antonio**
- Coordinadora de alianzas estratégica: **LE. Ivonne Alférez Mancera**
- Coordinación de Difusión y Comunicación: **EEO. María del Pilar Gallegos Tello**
- Coordinadora de Defensa y Promoción de Derechos: **EEO. Sandra Aremy Ruíz García**
- Asesora Política: **Dra. Paula Martínez Garduño**

ASESORES ACADÉMICOS

- **ME. María del Rosario Caballero Tinoco**
- **EEO. Carlos Alberto Maitret Miguel**
- **EEO. Lucia Robles Mendoza**
- **EEO. Jessica Yasmin Ramirez Soriano**
- **Dr. Jorge Adan Alegria Baños**

Así como Alianzas estratégicas en 22 reuniones de colaboración externa, 6 convenios con empresas y laboratorios, y 6 colaboraciones activas con sociedades médicas.

Y un Impacto digital que ya supera los 5,700 seguidores en sus canales oficiales de difusión (Aneo Asoc y ANEO)

PERFIL DE NUESTROS AFILIADOS: EXCELENCIA Y EQUILIBRIO

Los resultados de este primer periodo reflejan el compromiso de ANEO con la profesionalización continua. El crecimiento del tejido profesional destaca por las siguientes características:



- **Grado Académico:** La gran mayoría de los miembros cuenta con el título de Licenciatura en Enfermería, respaldado por Especialidades en Enfermería Oncológica, así como maestrías en administración de servicios de salud, docencia o investigación.
- **Distribución por Género:** Se mantiene una sólida representación del género femenino, enriquecida por una creciente participación de enfermeros varones. Los rangos de edad muestran un equilibrio perfecto entre la energía de las nuevas generaciones y la sabiduría de profesionales consolidados con décadas de trayectoria.

únicamente de la tecnología o de los fármacos innovadores, sino de la calidad humana de quienes acompañan al paciente en cada etapa de su enfermedad:

"El futuro del cuidado oncológico no se espera, se construye; y ANEO ya forma parte de ese proceso".

DCA. Yessenia Martinez Mariano
yessmartinez90@gmail.com

SENSIBILIDAD SOCIAL Y HUMANISMO

Fiel a nuestros principios, **ANEO** camina de la mano tanto del profesional como del paciente. A través de iniciativas sociopolíticas como el foro *"Cáncer de mama - Enfoques integrales y Avances en el Cuidado"*, la asociación ha construido puentes para que mujeres sobrevivientes compartan sus testimonios.

Asimismo, mantiene activos programas de donación en especie, facilitando herramientas esenciales para la seguridad del paciente, como los filtros de 0.2 micras requeridos para la administración segura de Paclitaxel o inmunoterapias.

HACIA EL FUTURO DEL CUIDADO ONCOLÓGICO

El crecimiento de **ANEO** no solo se mide en cifras, sino en la creación de una comunidad comprometida con la innovación y el liderazgo, Próximo Hito: Congreso de Enfermería Oncológica 2026

Para dar continuidad a este legado de éxito, la mesa directiva de **ANEO** hace el lanzamiento oficial del Congreso de Enfermería Oncológica: Integrando Ciencia, Liderazgo y Humanidad para la Calidad de Vida.

El magno evento académico tendrá lugar los días 25 y 26 de septiembre de 2026 en el Auditorio del Hospital San Ángel Inn Satélite (Naucalpan de Juárez, Estado de México) en un horario de 8:00 a 15:00 horas. El congreso contará con el respaldo institucional de universidades y centros especializados como el Centro Oncológico Internacional (COI) y la Universidad IUV. Para concluir, como presidenta de **ANEO** hago el recordatorio que el verdadero avance en la oncología no depende

AVANCES TECNOLÓGICOS EN CIRUGÍA DE RODILLA Y CADERA



XXXVI

CONGRESO MEXICANO DE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
20 - 24 DE OCTUBRE 2026
Centro de Convenciones Expo Santa Fe, CDMX



AESCULAP
ACADEMY®



FEMEEQ
HUMANISMO, CIENCIA Y CUIDADO SEGURO



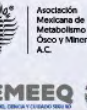
20 de Octubre 2026



09:00 a 13:00 horas



REGISTRO ÚNICO
EXCLUSIVO EN LÍNEA





CONGRESO DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA:

**Integrando Ciencia, Liderazgo y
Humanidad para la Calidad de Vida.**

"La ciencia salva, el cuidado transforma."



FECHA:
25 y 26
SEPTIEMBRE
2026



SEDE:
Sede: Auditorio del
Hospital San Ángel Inn
Satélite
Dirección: Circuito Centro
Comercial No.20, Ciudad Satélite,
Naucalpan de Juárez, EDOMEX.



DIRIGIDO A:
Dirigido a profesionales
comprometidos con el cuidado
integral del paciente oncológico.
HORARIO:
8:00 A 15:00 HRS.



Centro
Oncológico
Internacional



MAYORES INFORMES AL:

951 362 7348

SOCIOS

NO-SOCIOS

COSTOS: **50%** DESCUENTO

\$1,800.00

¡CAPACÍTATE CON NOSOTROS!

<http://academiaaesculap.eadbox.com>

CURSOS COMPLETOS ONLINE GRATUITOS

- Dolor de rebote
- Inteligencia artificial y cirugía
- Mesa de expertos: El reto que implica la prevención de las lesiones por presión
- Estrategia de analgesia para cirugía mayor de rodilla
- Importancia de una eficiente evaluación nutricional para una óptima intervención
- Inteligencia Artificial en cirugía
- La participación del representante médico en el quirófano
- Bloqueos de neuro eje de seguros "Uso del ultrasonido ACCURO®"
- Complicaciones en Hemodiálisis
- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer 2024
- Bioética y Conflictos en Seguridad del Paciente
- Analgesia perioperatoria en el paciente pediátrico sometido a cirugía de Tórax
- Día Internacional de la Enfermería

CURSOS ONLINE PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento saludable
- La importancia de una buena nutrición en el paciente con cáncer
- Cuidados de la familia y del recién nacido
- Nutrición y Ortopedia
- Fibrosis quística

CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente | \$3,500°MXN
- Curso Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio | \$1,500°MXN
- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente \$2,000°MXN
- Diplomado de Enfermería Perioperatoria y Seguridad del Paciente quirúrgico \$11,000°MXN (Incluye aval).

Informes e inscripciones:

info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

PRÓXIMOS EVENTOS

Cursos online y webinars
2026





enlaces.faam.live

Agradecemos a nuestros patrocinadores de Agosto 2026

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

CONNECT.EXCHANGE.ENABLE

www.horizontesdelconocimiento.com