

Tirzepatida y la medicalización de la obesidad: una revisión crítica desde la perspectiva clínica, ética y sociocultural

Tirzepatide and the medicalization of obesity: A critical review from clinical, ethical, and sociocultural perspectives.

Alfonso Fajardo Rodríguez

Resumen

OBJETIVO: Analizar críticamente la evidencia clínica, las implicaciones éticas y las repercusiones socioculturales de la tirzepatida en el tratamiento de la obesidad y la prevención de diabetes tipo 2, con especial insistencia en el contexto mexicano.

METODOLOGÍA: Revisión narrativa de bibliografía científica, ensayos clínicos, reportes de salud pública, análisis sociológicos y documentos ético-profesionales publicados entre 2020 y 2025.

RESULTADOS: La tirzepatida demuestra superioridad en la reducción ponderal frente a otros análogos de los receptores del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Sin embargo, su uso emergente ha sido cooptado parcialmente por dinámicas de estetización farmacológica, particularmente promovidas a través de redes sociales. En México su acceso enfrenta serias limitaciones estructurales.

CONCLUSIONES: El tratamiento farmacológico de la obesidad no puede dissociarse de su contexto social. Es imperativo que el uso de tirzepatida sea clínicamente justificado éticamente sensible y críticamente contextualizado.

PALABRAS CLAVE: Tirzepatida; obesidad; GLP-1, medicalización; equidad en salud; México.

Abstract

OBJECTIVE: To critically analyze clinical evidence, ethical implications, and socio-cultural impacts of tirzepatide use in obesity treatment and type 2 diabetes prevention, with particular attention to the Mexican context.

METHODOLOGY: Narrative review of scientific literature, clinical trials, public health reports, sociological analyses, and ethical frameworks from 2020 to 2025.

RESULTS: Tirzepatide outperforms other glucagon-like peptide type 1 (GLP-1) receptor analogues in weight reduction. Nevertheless, its adoption is partially influenced by aesthetic-driven medicalization, particularly via social media promotion. Significant access barriers exist in Mexico, reflecting systemic inequities in healthcare delivery.

CONCLUSIONS: Pharmacological obesity management must be critically contextualized within ethical, clinical, and sociocultural frameworks. Physicians must ensure that tirzepatide is used responsibly, ethically, and with an emphasis on patient-centered care.

KEYWORDS: Tirzepatide; Obesity, GLP-1; Medicalization; Health equity; Gender; Mexico.

Jefe de la División de Medicina, Hospital Ángeles Metropolitano, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0001-9151-4677>

Recibido: mayo 2025

Aceptado: mayo 2025

Correspondencia

Alfonso Fajardo Rodríguez
faraja5405@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Fajardo-Rodríguez A. Tirzepatida y la medicalización de la obesidad: una revisión crítica desde la perspectiva clínica, ética y sociocultural. Med Int Méx 2025; 41 (7): 418-423.

ANTECEDENTES

La obesidad es una afección compleja y multifactorial que afecta a más de 650 millones de personas en el mundo y al 36% de la población mexicana adulta.¹ En las últimas décadas, los cambios en la dieta, el sedentarismo, la urbanización y el entorno obesogénico han contribuido a un incremento sostenido de esta afección.² A pesar de múltiples estrategias implementadas, los resultados en prevención y tratamiento han sido limitados. Frente a esta situación, los avances farmacológicos, especialmente los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1, han ofrecido una alternativa terapéutica eficaz.³

Hace poco la tirzepatida -un agonista dual de los receptores del péptido insulínico dependiente de glucosa (GIP) y del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1)- demostró resultados superiores en reducción de peso y control glucémico en personas con obesidad o con diabetes tipo 2.^{2,4}

No obstante, su adopción rápida, la intensidad de su promoción en medios digitales y su posicionamiento como método de transformación corporal han generado debates sobre su verdadero rol en el tratamiento de la obesidad.

Este artículo ofrece una revisión crítica de la tirzepatida no solo como agente farmacológico, sino como fenómeno clínico y sociocultural. Se analiza su eficacia comparada, su legitimidad terapéutica, las limitaciones de acceso en México, los dilemas éticos que plantea y su papel dentro de la medicalización contemporánea del cuerpo.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa crítica con enfoque clínico, ético y sociocultural. La pregunta central que guió el análisis fue: ¿Cuál es el papel actual de la tirzepatida en el tratamiento de la obesidad, y qué implicaciones clínicas, éticas y sociocul-

turales plantea su creciente uso en el contexto mexicano?

Se hizo una búsqueda exhaustiva en la base de datos PubMed, complementada con bibliografía gris (documentos técnicos, guías oficiales, reportes de salud pública y análisis institucionales), así como artículos de análisis sociomédico publicados entre enero de 2020 y abril de 2025.

Los términos de búsqueda incluyeron: tirzepatide, GLP-1, GIP, obesity treatment, medicalization, health equity, body image, social determinants, Mexico, ethics y sus equivalentes en español.

Criterios de inclusión: relevancia directa con la pregunta de revisión, evidencia clínica robusta (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas), perspectivas éticas, sociológicas o de políticas públicas aplicables al contexto latinoamericano, actualización reciente (al menos el 50% publicados entre 2022 y 2025).

RESULTADOS

De 48 documentos localizados, se seleccionaron 28 referencias que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tirzepatida: mecanismo de acción y eficacia clínica

La tirzepatida es una molécula sintética que actúa como agonista dual de los receptores del péptido insulínico dependiente de glucosa (GIP) y del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Esta acción combinada modula la secreción de insulina, reduce el apetito y promueve una disminución significativa del peso corporal en personas con obesidad o con diabetes tipo 2.²⁻⁶

Los estudios SURPASS y SURMOUNT demostraron que tirzepatida supera en eficacia a

otros análogos de GLP-1, como semaglutida, en control glucémico y en reducción de peso. En el estudio SURMOUNT-1 se observó una pérdida ponderal promedio, incluso, del 22.5% con dosis de 15 mg en pacientes con obesidad sin diabetes.⁶ Esta magnitud de reducción ponderal supera los estándares previamente establecidos para tratamientos farmacológicos no quirúrgicos.

La tasa de suspensión por efectos adversos fue, aproximadamente, del 10-15%, similar a la observada con otros agonistas GLP-1.^{2,4,5} Los estudios adicionales (SURMOUNT-2, SURPASS-5) confirmaron beneficios similares en poblaciones con diabetes tipo 2, aunque con una magnitud de pérdida ponderal ligeramente inferior.^{7,8}

La medicalización de la obesidad

La creciente prescripción de tirzepatida y otros fármacos similares debe entenderse dentro del fenómeno de medicalización de la obesidad, es decir, la transformación de una afección multifactorial compleja en un problema exclusivamente biomédico.^{9,10}

Este proceso está impulsado por un discurso que vincula salud con delgadez, patologiza el exceso de peso y transforma la obesidad en un campo rentable para la innovación farmacéutica.¹¹ A menudo se ignoran los determinantes sociales, económicos y culturales que condicionan el sobrepeso y la obesidad, especialmente en poblaciones vulnerables.^{12,13}

En el contexto mexicano, donde el sobrepeso y la obesidad afectan a más del 75% de la población adulta,¹ la medicalización puede invisibilizar soluciones estructurales más complejas. Además, se corre el riesgo de trasladar la responsabilidad del cambio a los individuos sin considerar las desigualdades que dificultan su acceso a una alimentación saludable y a condiciones de vida activas.

Dimensión ética del tratamiento farmacológico

La administración creciente de medicamentos como tirzepatida plantea dilemas bioéticos que van más allá de la eficacia clínica. Entre ellos destacan: ¿hasta qué punto es ético prescribir medicamentos costosos para una afección fuertemente determinada por el entorno? ¿Cómo evitar que se utilicen con fines estéticos en personas sin criterios clínicos de indicación?

Algunos autores han señalado el riesgo de promover un nuevo tipo de estigmatización médica: la que sustituye el juicio moral por una dependencia médica disfrazada de “autocuidado”.^{14,15} Esta narrativa, aunque menos culpabilizadora, sigue reforzando la noción de que el cuerpo debe ser modificado para cumplir con expectativas externas.

Es fundamental que la prescripción de tirzepatida se rija por principios de justicia distributiva, beneficencia clínica y no maleficencia simbólica.^{16,17,18} Esto implica considerar la necesidad médica del paciente y su contexto sociocultural, y evitar reforzar narrativas que puedan reproducir exclusión o discriminación.

Contexto sociocultural: entorno obesogénico, imagen corporal y redes sociales

La obesidad no puede comprenderse únicamente como un problema individual o biológico. Su prevalencia creciente responde, en gran parte, a un entorno obesogénico que promueve el consumo de alimentos ultraprocesados, la vida sedentaria y la fragmentación de los vínculos sociales.¹⁹ En México, estas condiciones se han visto agravadas por la publicidad agresiva de productos hipercalóricos, la urbanización desordenada y la escasa regulación del mercado alimentario.²⁰

En paralelo, los discursos sociales respecto del cuerpo han favorecido modelos estéticos

inalcanzables, reforzados por medios de comunicación y plataformas digitales. La exposición constante a imágenes idealizadas y la asociación del “cuerpo delgado” con éxito, salud y belleza generan una presión psicológica significativa, particularmente en mujeres jóvenes.²¹ En este contexto, los fármacos como tirzepatida se exponen no solo como tratamientos médicos, sino como herramientas de conformidad corporal y pertenencia social.²²

La narrativa de “transformación personal” promovida por *influencers*, clínicas privadas y celebridades ha convertido a la tirzepatida en un objeto aspiracional, incluso entre personas sin indicación clínica formal. Esto plantea riesgos de uso indiscriminado, desinformación y desplazamiento del juicio médico en favor de expectativas estéticas.²³

En la experiencia cotidiana del médico internista en México, se observa una demanda creciente de estos tratamientos motivada más por referentes visuales y presiones sociales que por necesidades clínicas objetivas. Este fenómeno exige al clínico una doble competencia: por un lado, actualizarse acerca de la eficacia y seguridad de nuevos fármacos y, por otro, sostener una escucha empática y culturalmente informada que permita ejercer un juicio clínico más allá de la medicalización simplista de la diversidad corporal.²⁴

Resulta urgente incorporar marcos socioculturales y de salud pública en el tratamiento de la obesidad, no solo para prevenir el uso inadecuado de terapias farmacológicas, sino para dignificar la diversidad corporal y promover una salud más inclusiva.

Acceso y equidad en salud

El acceso a tirzepatida representa un desafío significativo en términos de equidad. En México, su costo mensual varía entre 4000 y 6000 pesos,

lo que lo convierte en un tratamiento inaccesible para la mayoría de la población sin seguridad social ampliada o seguro médico privado.²⁵

Esta barrera económica amplía la brecha entre quienes pueden adoptar las terapias más innovadoras y quienes deben conformarse con intervenciones menos eficaces o sin acceso alguno. La distribución inequitativa del acceso a medicamentos no es un fenómeno nuevo, pero, en el caso de la tirzepatida, resulta especialmente preocupante por su creciente demanda mediática y social, lo que puede exacerbar sentimientos de exclusión, fracaso personal o frustración.²⁶

Ni el IMSS ni el ISSSTE han incorporado aún la tirzepatida a su cuadro básico de medicamentos. Esta exclusión refleja una priorización comprensible basada en costo-beneficio poblacional, pero también deja sin alternativas a pacientes en quienes la obesidad representa un riesgo cardiovascular, metabólico y funcional tangible.²⁷

Desde la ética médica y la salud pública, se requiere una evaluación crítica de la asignación de recursos, pero también estrategias para garantizar que los avances terapéuticos no estén reservados a una élite. La equidad en salud no implica ofrecer lo mismo a todos, sino atender de forma justa las necesidades diferenciadas con el reconocimiento del contexto social y económico de cada paciente.²⁸

Consideraciones finales

La tirzepatida representa un avance terapéutico significativo en el tratamiento de la obesidad, con evidencia robusta de eficacia en reducción de peso y en prevención de diabetes tipo 2. No obstante, su irrupción en el campo clínico no puede analizarse al margen de los dilemas éticos, las dinámicas de medicalización y los determinantes socioculturales que condicionan su uso.

En México el contexto estructural de desigualdad, el entorno obesogénico y la creciente presión estética amplifican los riesgos de un uso acrítico o desproporcionado de este tratamiento. La accesibilidad limitada a tirzepatida refleja no solo una barrera económica, sino una fractura simbólica entre quienes pueden encarnar los modelos corporales valorados socialmente y quienes quedan al margen de esa promesa biomédica.

Para el médico internista, este escenario exige más que conocimiento farmacológico: requiere discernimiento ético, sensibilidad cultural y un enfoque clínico centrado en la dignidad del paciente. La prescripción de tirzepatida debe sustentarse en una valoración integral que contemple beneficios reales, contexto individual y alternativas viables, sin caer en una lógica de consumo farmacéutico impulsado por expectativas estéticas.

En última instancia, el reto es no solo mejorar la oferta terapéutica, sino transformar el marco en que se define y trata la obesidad: un marco que no reduzca el cuerpo a un problema, ni la salud a un producto, sino que reconozca la diversidad corporal como parte de una atención médica ética, crítica e incluyente.

CONCLUSIONES

El tratamiento farmacológico de la obesidad no puede disociarse de su contexto social. Es imperativo que la administración de tirzepatida esté clínicamente justificada, éticamente sensible y críticamente contextualizada.

REFERENCIAS

1. Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce EC, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* 2022; 387 (3): 205-216. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206038>
3. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* 2021; 384 (11): 989-1002. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>
4. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, et al. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021; 9 (12): 895-906. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107519>
5. Rosenstock J, Wysham C, Frías JP, et al. Efficacy and safety of tirzepatide in type 2 diabetes: results from SURPASS-1. *Diabetes Care* 2021; 44 (11): 2702-2711. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01561-2>
6. Jastreboff AM, et al. Tirzepatide for obesity treatment and diabetes prevention. *N Engl J Med* 2024; 391 (20): 1885-1896. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2410819>
7. Frías JP, et al. Tirzepatide versus placebo in adults with type 2 diabetes and obesity (SURMOUNT-2). *Lancet* 2023; 401 (10388): 393-407. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01200-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01200-X)
8. Del Prato S, Kahn SE, Pavo I, et al. Tirzepatide versus insulin glargine in type 2 diabetes and increased cardiovascular risk (SURPASS-4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 2021; 398 (10295): 1811-1824. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02188-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02188-7)
9. Drucker DJ. Advances in oral and injectable incretin-based therapies for type 2 diabetes and obesity. *Lancet* 2022; 400 (10356): 322-336. <https://doi.org/10.2337/dc09-1499>
10. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
11. Klitzman R. Designing babies: How technology is changing the ways we create children. Oxford University Press; 2024.
12. González Montes S. Violencia obstétrica y medicalización del cuerpo femenino. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016; 67 (2): 124-131.
13. Campos Pons V. Género, cuerpo e identidad. *Estud Sociol* 2018; 36 (106): 23-45.
14. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 2010; 17 (5): 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
15. Srivastava G, Apovian CM. Obesity: Ethical dilemmas in management. *Curr Obes Rep* 2018; 7 (1): 26-31.
16. Kahan S. Practical strategies for engaging individuals with obesity in primary care. *Mayo Clin Proc* 2018; 93 (3): 351-359. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.006>
17. Klitzman R. How pharmaceutical marketing distorts ethical boundaries. *J Med Ethics* 2023; 49 (4): 235-240.
18. Consejo Mexicano de Medicina Interna. Principios éticos de la práctica médica. México: CMMI; 2023.
19. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, et al. Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. *Public*

- Health Nutr 2019; 22 (5): 936-941. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>.
20. Rivera-Dommarco JA, et al. El entorno alimentario en México: retos y oportunidades. *Salud Pública Méx* 2019; 61 (6): 665-673.
 21. Cwynar-Horta J. The commodification of the body positive movement on Instagram. *Stream* 2016; 8 (2): 36-56. <https://doi.org/10.21810/strm.v8i2.203>
 22. Martin-Wagar CA, et al. Body image and weight bias: Implications in the age of GLP-1 receptor agonists. *Obes Sci Pract* 2023; 9 (1): 32-41.
 23. Klitzman R. Pharmaceutical influences on social identity and consumer behavior. *J Clin Ethics* 2024; 35 (1): 10-18.
 24. Vargas-Meza RA, et al. Discursos médicos y determinantes sociales de la obesidad en México: más allá del peso corporal. *Salud Pública Méx* 2021; 63 (4): 475-482.
 25. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Listado de precios máximos al público de medicamentos. México; 2024.
 26. López-Cervantes M, Ruelas-González M. Acceso a medicamentos en México: entre la exclusión y la comercialización. *Gac Med Mex* 2022; 158 (6): 512-520.
 27. Córdova-Villalobos JA, et al. Revisión de políticas públicas y acceso a terapias innovadoras en obesidad y diabetes en México. *Salud Pública Méx* 2023; 65 (2): 123-131.
 28. Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.