



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

N°43

Julio 2016

www.um.es/eglobal/

DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria

Bariatric surgery: a thorny but satisfying experience

***Hoyos Duque, Teresa Nury **Salazar Maya, Ángela María**

*Enfermera. Magister en Educación y Desarrollo Humano. Grupo La Práctica de Enfermería en el Contexto Social. Profesora Asociada, Universidad de Antioquia. Medellín. E-mail: nury.hoyos@udea.edu.co **Doctora en Enfermería. Grupo La Práctica de Enfermería en el Contexto Social. Profesora Titular, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Palabras clave: Obesidad mórbida; cirugía bariátrica; investigación cualitativa; comportamiento.

Keywords: Morbid obesity; bariatric surgery; qualitative research; behavior.

RESUMEN

La obesidad constituye un problema de salud pública mundial. Quienes la padecen presentan mayores problemas de salud, por lo que muchos optan por la cirugía bariátrica como única solución.

Objetivo: Describir el significado de la experiencia de personas que se les hizo cirugía bariátrica en municipios del área Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín Colombia entre 2008 y 2012.

Método: Investigación cualitativa, aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia-Colombia, 23 participantes mayores de 18 años; el análisis se hizo con base en la teoría fundamentada.

Resultados: Para los participantes, el posoperatorio de cirugía bariátrica fue un proceso espinoso, complejo; alimentarse fue una tortura; los cambios físicos, emocionales y en su imagen corporal les produjeron ansiedad y dificultaron la aceptación de otros. Pero también adquirieron hábitos y comportamientos que mejoraron su calidad de vida al sentirse felices y satisfechos con sus cuerpos.

Conclusiones: La persona sometida a cirugía bariátrica se enfrenta a diversos problemas que requieren apoyo y acompañamiento del equipo de salud para superarlos; también adquiere conductas y comportamientos que aumentan la autoestima, la confianza en sí misma y la calidad de vida.

ABSTRACT

Obesity is a global public health problem. Those who suffer from it have tend to have more health problems, so many choose bariatric surgery as the only solution.

Purpose: To describe what the experience of people who underwent bariatric surgery meant in the metropolitan area of Valle de Aburrá, Medellín, Colombia from 2008 to 2012.

Method: Qualitative research approved by the Ethics Committee of the Nursing Faculty of the University of Antioquia-Colombia, 23 participants over 18 years old; the analysis was conducted based on grounded theory.

Results: Participants found the post-operative period to be a thorny and complex process; eating was a nightmare; changes in their body image and physical and emotional changes and caused anxiety in them and made it difficult for them to accept other changes. But they also acquired habits and behavioural patterns that improved their quality of life since they felt happy and satisfied with their bodies.

Conclusions: Patients subject to bariatric surgery face various problems that require support and assistance from the health team to overcome them; they also acquire conduct and behavioural patterns that increase their self-esteem, self-confidence and enhance their quality of life.

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, se inicia en la infancia y continúa en la adultez, consiste en un grado extremo de gordura que influye de forma directa y negativa en la salud del individuo; afecta no sólo al aspecto físico, sino al psíquico, social y laboral, incrementa los problemas médicos e incluso la mortalidad¹. Se habla de obesidad **mórbida**² cuando la persona tiene un índice de masa corporal (IMC) por encima de 40Kg/mt².

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su último informe, "The State of Food and Agriculture 2013", señala a México como el país con más obesos en el mundo, por lo menos 70% de los mexicanos adultos tiene sobrepeso, y 32.8% padece obesidad. En segundo lugar, Estados Unidos³ con 31.8%, es decir, más de 50 millones de estadounidenses son obesos. En Colombia la obesidad aumentó 25,9% en el último quinquenio; en el 2010, 62% de las mujeres y 39,8% de los hombres tenían obesidad abdominal⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud⁵ (OMS), para el año 2020 las dos terceras partes de la carga mundial de morbilidad serán atribuibles a enfermedades no transmisibles, la mayoría relacionada con la alta ingesta de calorías y el incremento de enfermedades crónicas, una de ellas la obesidad.

Las terapias médicas y nutricionales para el tratamiento de la obesidad no siempre producen pérdida de peso significativa y sostenida, por lo que la cirugía bariátrica se ha convertido en un método efectivo para su manejo⁶.

La cirugía bariátrica se deriva de las palabras griegas *Baros* que significa peso, y *latrein* tratamiento. Con este procedimiento se pretende reducir el 50% del peso y mantenerlo a lo largo del tiempo, mejorar la calidad de vida, la autoestima del paciente y disminuir los tratamientos farmacológicos. Existen diferentes técnicas quirúrgicas: 1. Restrictivas: Gastroplastia vertical anillada y la Banda ajustable; estas técnicas son sencillas y no crean malabsorción. Están indicadas en personas con IMC < 45 mt²/kg. 2. Derivativas o parcialmente absortivas como el By-pass gástrico. Estas actúan sobre el estómago y el intestino añadiendo un componente malabsortivo y están indicadas, sobre todo, en aquellos obesos que ingieren gran cantidad de alimentos azucarados. 3. Mixtas como la Derivación biliopancreática, recomendada para personas con obesidad extrema y 4. Gastrectomía tubular, *Sleeve gastrectomy*,

actualmente en auge por su sencillez y eficacia; en ésta se secciona el estómago de manera longitudinal sin tocar el intestino. Otras opciones de tratamiento son el balón intragástrico y el marcapasos gástrico⁷.

La disponibilidad de especialistas para hacer este tipo de cirugías ha ido en aumento, al igual que la demanda en los servicios de salud y el número de personas que se someten a estos procedimientos quirúrgicos.

Las investigaciones sobre obesidad y cirugía bariátrica se enfocan en aspectos relacionados con la imagen corporal, cambios psicológicos, ejercicio físico, factores psicosociales involucrados en la decisión de hacerse este procedimiento, calidad de vida y conductas alimentarias^{8,9,10,11,12}. La mayoría de estas intervenciones se realiza en países anglosajones; es poco lo que se conoce en nuestro medio sobre el proceso que viven las personas que se someten a esta cirugía.

La atención de estos pacientes depende de todo el equipo de salud, y enfermería, por la posición que ocupa, tiene un papel preponderante, ya que tiene mayor contacto con los pacientes y las familias durante este proceso.

Frente a estas inquietudes, nos propusimos hacer una investigación con el objetivo de describir el significado de la experiencia de personas que han sido operadas de cirugía bariátrica en algunos municipios del área Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín Colombia.

METODOLOGÍA

Este fue un estudio cualitativo a partir del paradigma interpretativo. Tanto la teoría como el análisis de los datos exigen interpretación basada en una indagación que se realiza de manera sistemática¹³. En este caso se indagó por el significado de la experiencia que vivieron personas que perdieron peso después de ser sometidas a la cirugía bariátrica.

Participaron 23 personas mayores de 18 años que llevaban entre seis y más meses de haberse sometido a cirugía bariátrica y que desearon participar en el estudio. Los primeros contactos fueron con personas conocidas por las investigadoras; luego, éstas fueron remitiendo a otros participantes con la misma experiencia, es decir, como lo expresa Taylor y Bodgan¹⁴, en “bola de nieve”.

La técnica para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada, la cual se hizo en el domicilio de los participantes, aunque a algunos se les hizo en los escenarios donde laboraban, con una duración entre 60 y 180 minutos; estas entrevistas fueron evolucionando en la medida en que los participantes aportaban sus experiencias frente al fenómeno vivido, hasta lograr la saturación teórica¹⁴.

Para el análisis se tuvieron en cuenta las herramientas de la teoría fundamentada¹⁵. En la codificación abierta, se hizo transcripción exacta de las entrevistas, se codificó línea por línea la información recolectada. Los datos se examinaron minuciosamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes, se usaron códigos en vivo que dieron origen a las categorías y subcategorías.

En la codificación axial se relacionaron cada una de las categorías y subcategorías emergentes, las cuales se validaron con los hallazgos, los participantes y la revisión bibliográfica.

Posteriormente, en la codificación selectiva se dio paso a la recomposición parcial de los datos y se seleccionaron las categorías que dieron respuesta al objetivo del estudio.

Consideraciones éticas

Las relaciones investigadores-participantes se basaron en el consentimiento libre, consciente, autónomo y reflexivo, éste fue firmado previo a la entrevista; se respetó el derecho a la intimidad al omitir información que pudiera afectar a los participantes y datos como nombres, lugares y fechas que permitieran identificarlos ^{13,16}.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en el Acta N° CEI-FE 2011-4 de 24 de junio de 2011, y según la resolución 8430 de 1993 se clasificó como de riesgo mínimo, ya que no implicó intervención o modificación alguna sobre la vida o las condiciones emocionales de los participantes ^{16,18}.

RESULTADOS

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes se observaron los siguientes: el promedio de edad fue de 37 años, teniendo el participante menor 18 años y el mayor 56 años, edad entre 18 y 35 años; Sexo: 9 hombres (39,1%) y 14 mujeres (60,8%); estado civil: solteros 8 (34,8%), casados 10 (43,5%) y divorciados 5 (21,7%); lugar de residencia, Medellín: 17 (73,9%), Bello: 3 (13,0%), la Estrella, Sabaneta e Itagüí cada uno con 1 participante (13,0%); estudios realizados: universitarios completos 7 (30,4%), posgrado 4 (17,4%), tecnológicos incompletos 1 (4,3%), otros 11(47.84%). En cuanto a la técnica quirúrgica que se usó: el by-pass gástrico 15 (65,2%), el sleeve 8 (34,8%); meses de operados: 6 meses el de menos, y 52 los que más tiempo llevaban, para un promedio de 27.43 meses.

Durante el análisis de la información surgieron varias categorías que describen el significado que los participantes le dieron al proceso que vivieron con la cirugía bariátrica. Estas fueron las más sobresalientes: conviviendo con la obesidad, lo más duro después de la cirugía, la alimentación todo un suceso, cambiando mi autoconcepto y grandiosas satisfacciones. A continuación se detalla cada una de ellas.

Conviviendo con la obesidad

Algunos participantes manifestaron que después de mucho tiempo de convivir con la obesidad empezaron a tener alteraciones fisiológicas, emocionales, sociales y hasta laborales. Estos son sus testimonios:

“(...) yo llevaba 4 o 5 años con problema de columna y en el último año estaba presentado problemas en las piernas, rodillas y tobillos(....) E6,

“(...) mi trabajo (ingeniero civil) como tiene que ver con la construcción, y generalmente las obras civiles son incómodas, no tienen ningún acceso de transporte hasta que la obra no se acabe, entonces, treparme a ciertas cosas, montarme a un andamio y revisar, eso yo ya no lo podía hacer(....)” E7.

Los gordos participantes se sentían rechazados socialmente, no les gustaba salir, se refugiaban en sus casas, sentían que los agredían y se burlaban de ellos. Otros en cambio, disfrazaban la tristeza con el bullicio y la alegría, querían ser el centro de atracción de las fiestas como estrategia para ser aceptados en la sociedad.

“(...) a uno le parece que todo el que está hablando, está hablando de ti (...), que todo el que se ríe se está riendo de uno... E3,

“(...) como que nadie me miraba y yo como que tenía no sé (----), llamar la atención, hacer algún chiste, o algo gracioso para que me miraran... E1.

Pero también, hubo algunos que se sentían conformes siendo obesos, eran felices y se consideraban aceptados por los otros:

“(...) No, a mí nunca me importó ser gordo, a mí me daba lo mismo, a mí el problema de apariencia física, no me importaba (.....) ”E7

Los participantes recurrieron a diversas estrategias para disminuir de peso: dietas bajas en calorías, autoproducción de emesis, ingesta de agua todo el día; algunos se acostaban más temprano para no sentir ganas de comer, otros compraban cuanta pastilla milagrosa aparecía en el mercado o, recurrían a la mesoterapia, a la acupuntura, a cirugías plásticas, a la lipoescultura, a los masajes, a la abdominoplastia; en fin, invertían mucho tiempo y dinero sin poder lograr el objetivo:

“...yo era esclava de las dietas, de aguantar hambre, de vomitar, de tomar agua todo el día y acostarme a las 7 de la noche para que no me diera hambre y no tener que comer (...)” E3,

“(...) porque yo me he hecho de todo, mesoterapias, liposculturas, abdominoplastia, de todas las dietas y medicamentos que me dicen y nada, no logro rebajar.” E11,

“(...) la verdad le digo al que quiera: un gordo o muy gordo, no adelgaza con voluntad o con dietas, no baja 40 kilos, no los baja, uno no tiene cómo bajar (...)” E11

Sin embargo, la presión social y familiar, la existencia de co-morbilidades, el recurrir a medidas heroicas para bajar de peso y no lograrlo, fueron el disparador para tomar la decisión de hacerse la cirugía bariátrica como última alternativa para disminuir de peso, como se aprecia en estos relatos:

“...con medicamentos sí llegas al peso ideal, pero una vez suspendes la medicación, el demonio volvió, el demonio solo se fue de vacaciones, por eso uno se decide por una cosa radical (...)” E12,

“(...) hay que ver que uno después de luchar más de quince años con todo tipo de dietas, con todo tipo de ejercicios, y no dan resultado, la cirugía es la última opción...” E4

Una vez tomada la decisión de realizarse la cirugía bariátrica, inician todo un proceso: las consultas con el cirujano, internista, psicólogo, nutricionista, anestesiólogo, los exámenes de laboratorios, se cumplen los requisitos y es entonces cuando el procedimiento tiene aprobación por la EPS; todo está listo para la cirugía:

“(...) Es todo un proceso para que le aprueben la cirugía, son demasiados exámenes, que el médico, que las radiografías, que las ecografías, que los exámenes de sangre, que el bariátrico, que el cirujano, que el médico general (-- --), como 8 médicos(--), ya ni me acuerdo(...)” E11

En el transoperatorio, según los participantes, todo ocurre sin contratiempos; luego, el posoperatorio, un proceso que significó para ellos un camino difícil, complejo, espinoso, pero con resultados muy satisfactorios.

Lo más duro después de la cirugía bariátrica

Después de la cirugía se presentaron situaciones molestas, entre ellas el dolor e incomodidad abdominal por uso de gas carbónico para insuflar la cavidad abdominal y visualizar con mayor facilidad los órganos, pues, en la mayoría de los casos, la cirugía bariátrica se realiza por vía laparoscópica. Así mismo, el dren que dejan en cavidad abdominal para evitar hematomas y facilitar el drenaje de líquido residual, la retención urinaria por medicamentos usados durante la anestesia, el estreñimiento y la emesis, son incomodidades frecuentes después de este procedimiento, como lo relatan algunos participantes:

“... La experiencia más dura, lo más difícil, las vomitadas, yo decía no pues que bueno; todo el mundo en la fiesta, y yo vomitando, enferma, aburrida (...)” E11,

“(...) me sentía muy aprisionada, porque eso lo amarra a uno, y le ponen gases para inflar, para inflar eso---los dolores de los brazos eran horribles(...)” E5

También, relataron complicaciones como diarreas, por irritación del colon, que los llevó a un desequilibrio hidroelectrolítico, hematemesis, melenas y anemias, por lo que requirieron tratamientos con multivitamínicos y suplementos alimentarios:

“(...) salí ese día y tuve una complicación muy grande porque tuve una diarrea...le ponen a uno un líquido de contraste durante la cirugía, un líquido azul o algo así, entonces eso me irritó el estómago, tuve una diarrea impresionante, que en tres horas me descompensé por completo y ya me estaba encalambrando (...) E8,

“(...) eso era una tortura cada ocho días, ponerme el hierro, eso no, yo no quisiera que a mí nadie me volviera a poner hierro(...)” E10

A medida que transcurrían los días en el posoperatorio, se presentaban otras situaciones difíciles de afrontar como las relacionadas con la alimentación, pues los acechaba “el demonio” de la ansiedad, la rabia con la comida y la lucha para vencer “ese demonio” y no recaer.

La alimentación todo un suceso

Los participantes narraron que el plan alimentario antes y después de la cirugía fue duro; por un lado, la dieta para preparar el tracto gastrointestinal para el acto operatorio y evitar los riesgos y complicaciones en el posoperatorio, así como la indicada después de la cirugía, que implicaba pasar paulatinamente de una alimentación líquida a una blanda, luego a sólida y al final, a una dieta normal:

“(...) a las otras dos semanas de operado, ya empecé a comer normal, ese proceso, entre la papilla y eso, si me dio más duro, porque yo comía muy rápido, (...) E6.

Además, comentaron que aprendieron a comer a punta de ensayo y error y a conocer los alimentos que no debían ingerir, así como disminuir aquellos que les producían molestias; a ser conscientes de que los primeros alimentos en su dieta son las proteínas, luego las verduras y por último los carbohidratos, reorganizar los horarios, comer despacio y masticar bien, como se aprecia en estos relatos:

“(...) le metí cosas que nunca comía que eran verduras, ensaladas, y lo disfruto,...” E23,

“(...) en el supermercado comienza uno a buscar cosas distintas, comienza a mirar las etiquetas en los alimentos, a ver las calorías, las proteínas en fin todo esto (...)” E21

Una de las sensaciones que tuvieron al ingerir alimentos fue el “atacón con la comida”, sensación dolorosa denominada “el síndrome del dumping” (22), que puede cursar con taquicardia, hipotensión, diaforesis, debilidad, sensación de calor, sofoco, e imposibilidad para la respiración. Este dolor fue catalogado por algunos participantes como tipo infarto, otros lo definieron como un cólico abdominal que se presentaba cuando ingerían alimentos como arroz, arepa, coliflor, morcilla o pan:

“(...) uno siente que le pasa muchas veces a uno, se queda la comida como acá [señaló el esófago] y ni baja del todo al estómago y ni se devuelve (...)” E3,

“(...) yo sentía que me iba a morir (---) cuando comía arepa, arroz se me atranca (...)” E8.

Entonces era cuando se presentaba **el demonio de la ansiedad**, una respuesta emocional a las molestias y angustias que les producía la alimentación; no disfrutaban de la comida, sentían rabia por no poder comer los alimentos que deseaban y en la cantidad que estaban acostumbrados antes de la cirugía; ellos esperaban que esas emociones desaparecieran después de la cirugía bariátrica.

Frente a esa situación los informantes recurrieron a diferentes alternativas para calmar el deseo y la ansiedad por comer como la lectura, el ejercicio físico e ir de compras, otros trabajaban todo el día en diferentes actividades domésticas para no pensar en ello.

Sin embargo, dijeron que para disipar este deseo y ansiedad requirieron fuerza de voluntad, convicción absoluta, autonomía, fortalecer la autoestima, disciplina y autocontrol, así como el apoyo y el acompañamiento permanente del equipo de salud, su familia y su pareja:

“(...) eso no es fuerza de voluntad, es obligación de voluntad, que es diferente...usted pasa por un proceso de convicción absoluta, autónoma (...)” E12,

“(...) entonces claro, eso lo trabaja a uno, si uno ha sido ansioso y maneja los problemas de la ansiedad con la comida, pues tiene que tener una persona que le esté colaborando, ayudando y le esté diciendo mire, ojo, que esté pendiente de uno (...)” E20.

Cambiando mi autoconcepto: físico y emocional

Cuando se entra en un proceso de pérdida progresiva de peso surgen cambios; el primero que aparece es el cambio físico como la pérdida de cabello, por una menor absorción de nutrientes; este fue uno de los aspectos más difíciles por los que pasaron después de la cirugía según expresan algunos participantes:

“(...) me daba miedo peinarme (---) yo no me peinaba si no cada 8 días (---) porque yo me peino con cepillo, eso queda así de pelo, entonces yo decía: ¡ay me voy a quedar calva; (...)” E2.

La pérdida de grasa se convirtió en un exceso de piel colgante en brazos, abdomen, piernas, proyectando una figura corporal demacrada, envejecida y diferente; el estar frente a un espejo y no reconocerse era como perder su identidad, ya no eran las mismas personas de antes. Estos cambios los llevaron a situaciones difíciles de afrontar como la depresión, la angustia, la frustración:

“(...) entonces uno al ver todos esos cambios lo van deprimiendo y angustiando a uno...” E8

“...cada que tenía que ir al baño entonces como que yo tenía que correrme esa piel (muestra el abdomen), abrirme así esa piel para poder entrar al baño como una persona normal, eso me angustiaba mucho. “. E3

Otra de las situaciones que angustiaba a los participantes fue la de mantener el peso ideal alcanzado, ellos sabían que para lograrlo debían comprometerse con una rutina diaria de ejercicio físico, una alimentación balanceada, asistir oportunamente a los controles y cumplir las recomendaciones del equipo de salud, es decir, cambiar los estilos de vida de antes por unos más saludables; así lo describieron:

“...Es que él (cirujano bariátrico) es súper estricto; mira, a mí me habían dicho que tenía que rebajar 35 kilos, y yo llegué a la revisión del año, en 18 meses tenía que rebajar 35 kilos y yo ya como en 10 meses los había rebajado, él me dijo que bajara otros 4 kilos,...” E11

Algunos manifestaron que la sociedad era cruel, toda vez que estando acostumbrada a verlos gordos, cuando su imagen corporal cambió lo interpretó como una enfermedad fatal, al punto de equiparlo con un cáncer, VIH o SIDA:

“(...) la sociedad cruel: y cuando tú pasas a perder peso la misma sociedad que te cuestionó por ser obeso, te está cuestionando ahora porque estas acabado, demacrado...” E12,

“(...) enfrentarme a la gente lo más difícil, es lo que yo te digo, es que nosotros los seres humanos somos muy paradójicos, hacemos sentir mal a la gente, entonces ahí todo el día decirle: es que no tengo cáncer, no tengo el sida, es que estoy rebajando(...)” E16.

Estas situaciones crearon en los participantes la necesidad de compañía y apoyo para ellos y su familia por parte de un equipo interdisciplinario en salud, no solo durante el tratamiento, sino por varios años, para que este proceso fuera menos difícil, y nunca en solitario.

“...lo ideal sería que uno tuviera un equipo interdisciplinario que esté acompañando a la familia, que esté acompañando este proceso de alimentación, estas complicaciones y no solamente al principio, esto es un tema de mucho tiempo(...)” E8,

“(...) Mi familia, si, si mi mamá está muy pendiente de que coma esto, que esto te cae mal (...), entonces en ese sentido lo motivan a uno, ve te ves bien, mi mamá, mi nuera, toda la familia(....)” E10

Grandiosas satisfacciones

El cambio de obeso a delgado mejoró la autoestima de muchos de los informantes; las cosas que los hacía sentir acoirazados e inseguros eran cuestión del pasado; ahora son personas tranquilas y seguras:

“...se me acabaron los complejos, las inseguridades para ir al trabajo, para una exposición, para presentar una entrevista...” E3

Después de la cirugía **los padecimientos quedaron atrás**, no más pastillas, no más controles médicos, ni exámenes; los participantes se sentían satisfechos con su cuerpo, alegres, felices, con ganas de vivir, de salir adelante; su vida cambió de forma positiva, manifestaron tener bienestar y mejor calidad de vida. Descubrieron que la experiencia fue maravillosa, que no se arrepentían, y si tuvieran que repetirla lo harían a pesar de las adversidades; pues su expectativa de vida mejoró y ya podían disfrutar plenamente con su familia:

“(...) como a los tres meses me empezaron a quitar la droga y ya no quedé sino con una (...)” E9,

“...y de verlo a uno como tan bien, más alentado, porque le quedan unos añitos más, pues ya no se va a morir uno tan joven, y obviamente, el estado de ánimo que uno adquiere, es mucho más alegre...” E7,

“...yo nunca he sentido depresión, lo que hace que me operé yo sufro de felicidad, yo vivo feliz. E3.

DISCUSIÓN

Frente al proceso que viven las personas que se someten a cirugía bariátrica surgen varias realidades, una de ellas: viviendo con la obesidad, experiencia que para los participantes significó muchos padecimientos porque a pesar de haberse sometido a distintas alternativas para bajar de peso no lo lograron. Otra, porque lo anterior se tradujo en un disparador para hacerse la cirugía bariátrica que les representó diferentes molestias y complicaciones propias de este procedimiento: alimentarse fue para ellos una tortura, regresó el demonio de la ansiedad por comer más de la cuenta, sufrieron cambios físicos y emocionales producidos por la nueva imagen corporal, lo

que dificultó la aceptación de los otros. Todo esto los llevó a un cambio en la conducta y los obligó a optar por estilos de vida saludables en la alimentación, el ejercicio, el descanso y a cumplir con las prescripciones del equipo de salud que repercutieron en una mejor calidad de vida.

Para alcanzar la figura corporal anhelada los participantes debieron sufrir una transformación cognitiva, mental y física y adquirir un nuevo patrón de comportamiento. Sutton, et al¹⁹, afirman que para cambiar comportamientos existen varios elementos, el primero de ellos es un disparador que precipita el cambio y que no siempre es un suceso repentino, episódico, puede ocurrir de manera imperceptible durante un período de tiempo; en nuestra investigación el disparador que motivó a los participantes para hacerse la cirugía bariátrica fue la existencia de comorbilidades, la presión social y familiar.

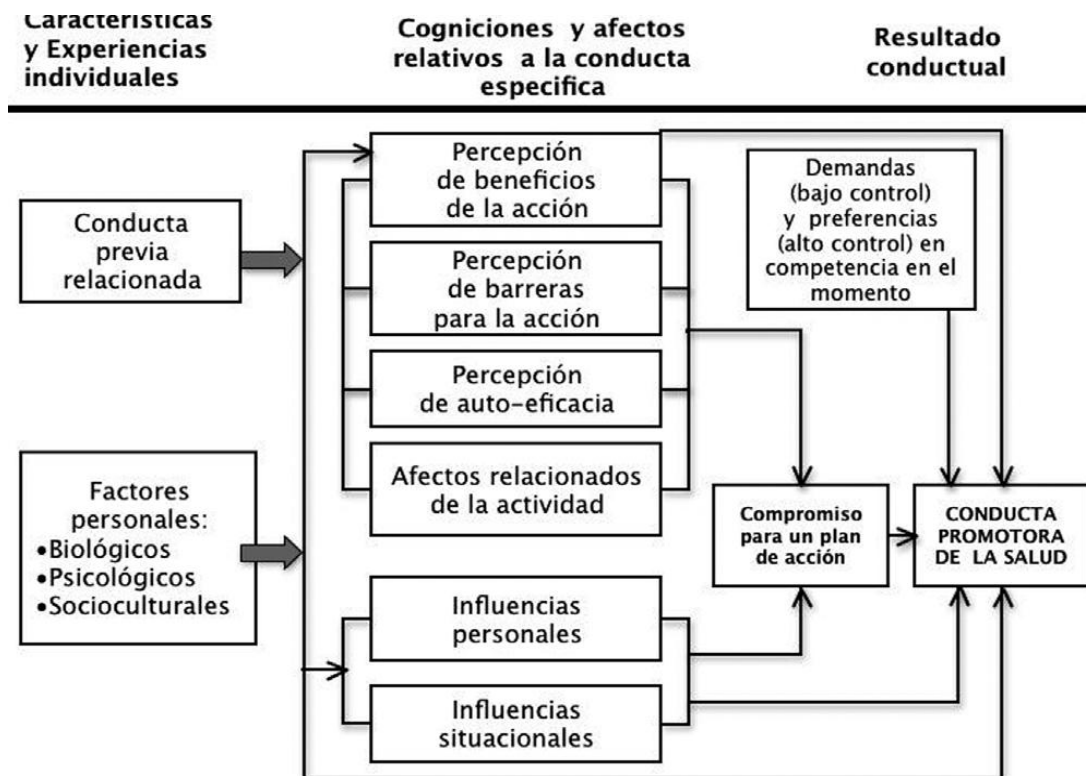
El segundo es la intención de cambiar el comportamiento. La teoría de la acción razonada y el modelo transteórico de cambio hacen hincapié en que el rendimiento individual de todo comportamiento está determinado por la intención de una persona para llevarlo a cabo. En la teoría del aprendizaje transformativo, Cranton sugiere "explorar opciones para nuevos comportamientos y construir competencias para los nuevos roles"²⁰. Esta etapa puede reconocerse en el candidato a cirugía bariátrica cuando explora los diferentes tipos de procedimientos, o cuando compara la cirugía bariátrica con otra alternativa para perder peso. A medida que la persona construye el conocimiento gana competencias para la toma de decisiones; en nuestro estudio los participantes investigaron e indagaron otras soluciones para bajar de peso, distintas a las ya realizadas, a través de diferentes medios como la internet, redes sociales, amigos que sufrieron una experiencia igual, consultas con especialistas y, además, consultaron en la legislación colombiana, cuáles eran los deberes y derechos de las personas obesas, todo esto los llevó a ver la cirugía bariátrica como una nueva opción y a tomar la decisión.

El tercer elemento común, que precede al cambio, es el plan para transformar el comportamiento y que Mezirow califica como "la planificación de un curso de acción"²¹. En esta investigación, una vez que los participantes tomaron la decisión de operarse iniciaron un plan que implicó consultas con diferentes especialistas, exámenes, consentimiento informado, aprobación de la EPS, dietas previas a la cirugía hasta llegar el momento del procedimiento quirúrgico.

Luego, aparece la transformación de perspectiva que permite un cambio de mentalidad, y que según la teoría de Mezirow²², una vez que un individuo avanza hacia una nueva perspectiva de significado, no vuelve al pasado; razón por la que esta transformación ofrece un medio para conceptualizar el cambio de comportamiento que se sostiene en el largo plazo. Una vez realizada la cirugía bariátrica, las personas avanzaron hacia un nuevo cambio de conducta, a prácticas de estilos de vida saludables que los mantuviera e impidiera aumentar de peso; pero, como dice Jiménez²³, la recuperación es gradual, requiere la colaboración activa del paciente y su adherencia a un programa estricto de control y seguimiento a largo plazo, así como el apoyo, asesoramiento y acompañamiento continuo y permanente de profesionales de la salud, su familia y su pareja para lograr las metas propuestas. Pender con su Modelo de Promoción de la Salud²⁴ (MPS) expone los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud²⁵, presenta también, las características y las experiencias individuales, así como los

conocimientos y afectos que llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud; toda esta perspectiva la integra Pender en el siguiente esquema (fig.1).

Figura 1. Tomado de: modelo de promoción de la salud de Pender1996. en: CID PH, Merino JE, Stieповich JB21



Este modelo tiene varios componentes, uno de ellos, las “características y experiencias personales” que contempla varios conceptos: El primero se refiere a la “conducta previa relacionada” que pudiera tener efectos directos e indirectos en la idea de comprometerse con conductas de promoción de la salud que para las personas obesas es la presencia de comorbilidades, dificultades laborales y la presión social y familiar lo que las hacen pensar en un cambio, o en buscar una solución para mejorar su salud.

El segundo concepto describe “los factores personales” categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, que, de acuerdo con este enfoque, son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la metas que se tengan. Para nuestros participantes estos factores describen: un IMC > 35 Kg/m², la adultez, depresión, angustia, estigmatización y aislamiento social.

Otro de los componentes del modelo tiene que ver con “los conocimientos y afectos” (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta y comprenden 6 conceptos, el primero, corresponde a los “beneficios percibidos por la acción”, aquellos resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud: en este estudio corresponden a la aprobación de la cirugía por la EPS, la valoración y seguimiento por un equipo interdisciplinario de salud, la iniciación y mantenimiento de una dieta estricta antes de la cirugía, al apoyo, motivación y acompañamiento de su familia, su pareja y sus amigos.

El segundo se refiere a las “barreras percibidas para la acción”, o apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que puedan obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real. En nuestra investigación los participantes manifiestan que el cambio en la alimentación es duro y riguroso, se les presenta el demonio de la ansiedad como una respuesta emocional a las molestias y angustias que crea el hecho de cambiar paulatinamente de dietas, disminuir la cantidad y seleccionar los alimentos que van a consumir, que así como la sensación dolorosa al comer, no disfrutar de la comida y sentir rabia con ella, los cambios emocionales y en su imagen corporal son apreciaciones negativas que afectaron la conducta de algunos de los participantes.

El tercer concepto es la “auto eficacia percibida” que constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo, ya que representa la percepción de competencia de sí mismo para ejecutar cierta conducta, que a más alta, mayor la probabilidad del compromiso de acción. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado la disminución de las barreras para una conducta de salud específica. Los participantes del estudio ven los resultados positivos a medida que avanzan en el proceso: bajar de peso en un tiempo menor de lo esperado, sentarse a la mesa y comer igual, o menos cantidad de alimento que los demás miembros de su familia, disminuir progresivamente las co-morbilidades, rebajar o suspender los medicamentos y tener la aceptación de los otros. Situaciones estas, que los obligaron a comprometerse con el cambio de comportamiento, con estilos de vida saludables, a alcanzar el peso ideal y a una mejora en su bienestar físico, emocional, social y familiar.

El cuarto componente es el “afecto relacionado con el comportamiento”, emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; nuestros participantes al ver los resultados manifiestan satisfacción, felicidad, confianza en sí mismos, tranquilidad, por lo que su autoestima se eleva.

El quinto concepto habla de las “influencias interpersonales”. Es más probable que las personas se comprometan con conductas de promoción de la salud, cuando individuos importantes para ellos esperan esos cambios, e incluso, ofrecen ayuda o apoyo para lograrlos. Esto emerge en el estudio cuando los informantes manifiestan que tienen el apoyo y acompañamiento de su familia, de su pareja, de todo un equipo de salud; el proceso de cambio es más llevadero, menos angustiante, y obtienen ayudas incondicionales para alcanzar su objetivo.

El último concepto indica las “influencias situacionales en el entorno”, las cuales aumentan o disminuyen el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud; en este sentido, los resultados de este estudio son más nocivos que favorables, ya que, como lo expresan los participantes, el medio se vuelve adverso cuando, al disminuir de peso y su imagen corporal cambia, los otros los ven como personas enfermas, como si tuvieran enfermedades catastróficas. Por ello manifiestan que la sociedad es cruel. Sin embargo saben que los vestigios que deja la pérdida de peso, los cambios en su figura corporal, no son permanentes; con el ejercicio, disciplina y conductas saludables pueden superarlos; algunos hasta piensan que, de ser necesario, recurrirán a la cirugía plástica para la reconstrucción de su cuerpo.

Pero también se dan situaciones favorables: la gente, los amigos, la familia de varios de los participantes los agradan con expresiones de cariño:

“estás muy linda, estás muy cambiada, te ves más joven”E14,

manifestaciones que los animan y motivan a seguir adelante con el objetivo y plan propuesto.

Los componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, lo que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir, para la conducta promotora de la salud que los llevará a tener un peso ideal y la figura corporal deseada. En este compromiso pueden influir además, las “demandas y preferencias contrapuestas inmediatas”, las cuales no se manifiestan, ni perciben en los participantes de este estudio.

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales, los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan a las personas a participar o no en comportamientos de salud, que para el caso, lo que se vive cuando se es obeso, tomar la decisión de realizarse la cirugía bariátrica y todo lo que implica este procedimiento, las llevan a optar por estilos de vida más saludables como una alimentación sana, una rutina diaria de ejercicio físico y a cumplir con los controles del equipo de salud, garantizando una mejor calidad de vida con ausencia de comorbilidades, por lo que se sienten felices, seguras, suben la autoestima y obtienen un bienestar óptimo. También, sienten que cumplieron con ellas mismas, con su familia y con su pareja. En la respuesta conductual, donde se dan las preferencias personales aducen que por nada del mundo vuelven a aumentar de peso, que solo es cuestión de continuar con este nuevo patrón de comportamiento para mantenerse en el peso propuesto y alcanzado con sacrificio, con motivación y el apoyo de todos.

Los participantes manifiestan también que durante el posoperatorio presentaron molestias como dolor, emesis, desequilibrio hidroelectrolítico, anemia, entre otros. Según Karal y Kissileff²⁶, en este procedimiento el vómito persistente es habitual, y puede a su vez causar complicaciones a las que hay que sumar las deficiencias asociadas a las restricciones alimentarias. Similares complicaciones se presentaron en los participantes de este estudio, pero que, según ellos, se pueden evitar si se siguen las instrucciones dietéticas.

De otro lado, en todo el proceso y con el trasegar en el tiempo, el cuerpo pierde el exceso de grasa, pero queda la piel colgante, que muestra una imagen corporal envejecida, en decadencia. Jiménez²⁷ afirma que en este procedimiento son esperables secuelas como la aparición de arrugas, pliegues en abdomen, flacidez en brazos y muslos, efectos indeseables que en algunos casos son meramente estéticos, pero, en otros, pueden tener implicaciones en la calidad de vida o vida de relación. También, pueden preverse algunas consecuencias psicológicas como depresión, baja autoestima, sensación de complejo y dificultad para aceptar la nueva imagen, las cuales deberán atenderse con apoyo social e incluso terapéutico en casos graves^{9,28}. En nuestros participantes se observan sentimientos de temor y angustia, al punto de sentir que pierden su identidad, lo que para algunos implicó terapia psiquiátrica, en cierto momento del proceso, para poderlo superar

Las personas con trastorno de la imagen corporal manifiestan necesidad de perfección, de agrandar para ser aceptado, de presentar a los demás una apariencia física perfecta con la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones²⁹, en nuestra investigación las personas con obesidad mórbida y que recurrieron a la cirugía bariátrica y a la reconstrucción para lograr la imagen corporal

deseada, encuentran satisfacción, felicidad, superan los complejos, suben la autoestima cuando son aceptados en sociedad, la misma que en algún momento de sus vidas se tornó adversa porque se sentían excluidas, ridiculizadas, en fin, la situación mejoró para ellas, y sus familias.

CONCLUSIÓN

El paciente sometido a la cirugía bariátrica se enfrenta a problemas físicos, emocionales, sociales, culturales que requieren de apoyo y acompañamiento permanente del equipo de salud, para que el proceso no se convierta en una experiencia difícil y en solitario.

Sin embargo, una vez la persona baja de peso adquiere conductas y comportamientos que se traducen en grandes satisfacciones como el aumento de la autoestima, la confianza en sí mismo y mejor calidad de vida.

Recomendaciones

Para la práctica: motivar a las personas con obesidad para que se integren a grupos o redes sociales en los que tengan la oportunidad de compartir experiencias e intereses particulares y afines con su problema, recibir asesoría para el cuidado y mantenimiento de prácticas saludables para el cuidado de su salud y evitar complicaciones cuando se sometan a procedimientos complejos como la cirugía bariátrica.

Crear programas y redes de apoyo que ayuden a prevenir la obesidad y a promocionar el cuidado de las personas obesas o con riesgo y que incluyan a su familia y al cuidador. Fomentar una cultura alimentaria saludable que ofrezca mejores oportunidades para todos los grupos poblaciones en los escenarios donde laboran, estudian y se recrean.

Para el equipo de salud: Teniendo en cuenta el papel fundamental del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes sometidos a cirugía bariátrica, es necesario que esté bien preparado para gestionar su cuidado tanto antes como luego de la cirugía, así como para diseñar intervenciones trascendentales que contribuyan a eliminar o a reducir este problema de salud pública, como la obesidad mórbida. Lo anterior involucra a todo el personal de salud, pues es su responsabilidad presentar programas y proyectos que motiven a la población para mantener estilos de vida favorables para el cuidado de su salud.

Para la Investigación: Consolidar redes de investigación local y nacional para desarrollar estrategias que aseguren la transferencia y la apropiación de los resultados de las problemáticas identificadas y sus posibles soluciones.

REFERENCIAS

1. López-Pardo M, de Torres Aured ML, Díaz J. Cuidados en pacientes intervenidos de cirugía Bariátrica. Rev Med Univ Navarra. 2006; 50(4):15-22.
2. Fernández LÁ, Álvarez M. Obesidad y cirugía bariátrica: implicaciones anestésicas. Nutr. Hosp. 2004; XIX (1) 34-44.
3. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), "The State of Food and Agriculture 2013". [internet]. [consultado marzo de

2014] Disponible en: <http://pijamasurf.com/2013/07/mexico-alcanza-el-primer-lugar-de-obesidad-en-el-mundo/>

4. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. [internet]. [consultado en marzo 2013]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Ministerial Europea sobre obesidad: 10 cosas que necesitas saber sobre la obesidad. [Internet]. [consultado en enero 2012]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>
6. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*. 2007; 128(5):7-48.
7. Brasco O, Corengia M. Cirugía bariátrica: técnicas quirúrgicas. *Cirugía Digestiva*, F. Galindo. 2009; II-272: 1-20. [internet]. [consultado en marzo 2014...]. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dsetentaydos.pdf>
8. Rand C, Macgregor A. Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J*. 1990; 83(12), 1390-1395.
9. Ruiz MA, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*. 2002; 14(3):577-582.
10. Mazure RA, Salgado G, Valencia A, Villarreal P, Cobo B, Peran S, *et al.* Ejercicio físico y cirugía bariátrica. *Nutr Hosp*. 2007; 22(4):397-401.
11. Doolen J, Miller S. Primary care management of patients following bariatric surgery. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2005; 17(11): 446-450.
12. MonteForte MJ, Turkelson CM. Bariatric surgery for morbid obesity. *Obes Surg*. 2002; 10(5): 391-401.
13. Strauss A, Corbin JN. Consideraciones básicas. En: *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia. Medellín. 2002. p. 9, 63-94, 134-136.
14. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. *La búsqueda de los significados*. España: Paidós. 1992. p. 100 -132.
15. Chenitz WC, Swanson JM. *From Practice to Grounded Theory*. Qualitative Research in Nursing. California: Addison-Wesley. 1986. p. 42.
16. Galeano MD. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. EAFIT. Medellín; 2004. p. 74-76.
17. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio. 1993.
18. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Abril 18, 1979. [internet]. [consultado en octubre 2012]. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
19. Sutton D, Raines DA. Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. *Bariatric Surg Pract Patient Care*. 2008; 3(4): 271-277.
20. Cranton P. *Understanding and Promoting Transformative Learning: A Guide for Educators of Adults*. San Francisco: Jossey-Bass; 1994.
21. Mezirow J. Perspective Transformation Adult Education. *Quarterly*. 1978; 28(2): 100-110.

22. Mezirow J. Transformadoras Dimensiones de la Educación de Adultos. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
23. Jiménez S. Control de la obesidad: vida después de la cirugía bariátrica. Fundación Valle del Lili. 2007; Carta de la salud, 129. [internet]. [consultado en mayo 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10906/4563>
24. Aristizábal GP, Blanco DM, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2011; 8(4): 16-23.
25. Fonseca J, De Oliveira VV, Barbosa MX. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de J. Pender. Acta Paul. Enferm. 2005; 18(3):235-240. [Internet]. [consultado enero 10 2009]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf
26. Kral JG, Kissileff R. Surgical approaches to the treatment of obesity. Ann Behav Med. 1987; 9: 15-19.
27. Jiménez S. Control de la obesidad: vida después de la cirugía bariátrica. Fundación Valle del Lili. 2007; Carta de la salud, 129. [internet]. [consultado en mayo 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10906/4563>
28. Rojas C, Brante M, Miranda E, Pérez R. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y auto concepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. Rev. Méd. Chile. 2011; 139(5): 571-578.
29. Taiariol MT. La imagen corporal del paciente bariátrico antes y después de la cirugía interpretada a través de la Prueba Proyectiva (D.P). Dibujo de una persona. Primera parte. Revista BMI. 2012; 2(3): 107-115 [internet]. [consultado en julio 2013]. Disponible en: <http://www.bmilatina.com/index.php/bmi/article/view/107>

Recibido: 13 de marzo 2015; Aceptado: 25 de abril 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia