



**Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología
Secretaría de Estudios de Posgrado**

Doctorado en Psicología
Cat. B CONEAU Res. N°1038/14
-Plan de Estudios 2012-

TESIS

Título

**Aspectos psicológicos involucrados en el proceso posquirúrgico de
pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica, en la ciudad de
Rosario, Argentina**

**Autora: Ps. Silvia Marcela Ghione
Directora: Dra. Patricia Aguirre**

Rosario: abril de 2019

INDICE

| | |
|---|-----|
| AGRADECIMIENTOS..... | 2 |
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCION..... | 4 |
| Capítulo I: Las obesidades..... | 9 |
| 1. 1. La comida no se usa solo para comer..... | 9 |
| 1. 2. Conceptualizaciones sobre la obesidad | 12 |
| 1. 3. La obesidad como preocupación política | 14 |
| 1. 4. La clasificación del cuerpo obeso | 20 |
| 1. 5. Epidemiología de la obesidad..... | 23 |
| 1. 6. Prevalencia de obesidad en la Argentina..... | 25 |
| 1. 7. Estrategias públicas para prevenir y afrontar la obesidad | 27 |
| 1. 8. La cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad | 29 |
| Capítulo II: Cartografía corporal en la cirugía bariátrica..... | 38 |
| 2. 1. La <i>imagen corporal</i> y la cirugía bariátrica..... | 40 |
| 2. 2. La <i>calidad de vida relacionada con la salud</i> y la cirugía bariátrica | 49 |
| 2. 3. Experiencia corporal y cirugía bariátrica | 62 |
| 2. 4. La hora del orgullo gordo, un nuevo movimiento social para los cuerpos obesos | 72 |
| 2.5 La perspectiva etnosociológica en cirugía bariátrica..... | 76 |
| Capítulo III: El cuerpo en su pasaje por una cirugía bariátrica..... | 81 |
| 3. 1. Sobre la selección de los participantes | 81 |
| 3.2. Sobre los instrumentos de recolección de la información | 86 |
| 3.3. Sobre el procesamiento y el análisis de la información | 86 |
| 3.4 Procedimiento y consideraciones éticas | 87 |
| 3.5 Modificaciones psicológicas relacionadas con la cirugía bariátrica..... | 88 |
| 3. 6. Registros de la experiencia corporal de pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica a partir de la percepción de la <i>imagen corporal</i> | 90 |
| 3. 6. 1. Acerca de la influencia de ideales o mandatos culturales y sociales como factores predisponentes para una <i>imagen corporal</i> negativa..... | 93 |
| 3. 6. 2. Acerca de las figuras significativas como factores predisponentes para una <i>imagen corporal</i> negativa..... | 95 |
| 3. 6. 3. Acerca de las características personales como factores predisponentes para una <i>imagen corporal</i> negativa | 98 |
| 3. 6. 4. Acerca del desarrollo físico y el <i>feedback</i> social como factores predisponentes para una <i>imagen corporal</i> negativa | 100 |
| 3. 7. Registros de la experiencia corporal de pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica, a partir de la percepción de la <i>calidad de vida relacionada con la salud</i> | 101 |
| 3. 7. 1. Componentes de la CVRS sobre la dimensión física | 102 |
| 3. 7. 2. Componentes de la CVRS sobre la dimensión psicológica | 106 |
| 3. 7. 3. Componentes de la CVRS sobre la dimensión sociológica | 108 |
| 3. 8. El impacto de la cirugía bariátrica en la experiencia corporal en los pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica | 111 |
| CONCLUSIONES..... | 123 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 133 |

AGRADECIMIENTOS

Con especial gratitud dedico esta investigación a todas aquellas personas que padecen obesidad, con la humilde esperanza de haber ofrecido alguna contribución que permita comprender y aliviar este sufrimiento.

Dra. Patricia Aguirre quiero agradecerle públicamente su asesoramiento profesional, experto y cálido; así como también por la cuota de humor aportada en el momento justo.

Dra. Elsa Emmanuele le agradezco el seguimiento y la supervisión personalizada que, desde su lugar de directora de la carrera, realiza con cada tesista.

Al Dr. Gustavo Matellicani junto a su equipo de profesionales por la atención, dedicación y compromiso en el abordaje interdisciplinario del paciente con obesidad.

Al Dr. Alfredo Ghione Pelayo por su acompañamiento desde el minuto cero y la contención para que una maraña de ideas y experiencias vayan cobrando la forma de un proyecto de tesis.

Al Ps. Oscar Bureau, mi maestro, agradecerle especialmente su ética y generosidad en la enseñanza de una escucha abierta hacia la multiplicidad y la potencia vibrátil de los cuerpos.

A mi compañero de travesía Juan Pablo y especialmente a Francisco e Ignacio por sus risas, paciencia y por ser mi cable a lo esencial y verdaderamente importante de mi mundo.

RESUMEN

La obesidad es una problemática que presenta un crecimiento exponencial – en las últimas décadas ha sido calificada como pandemia–, plantea problemas ecológicos, económicos y de salud poblacional, constituye en el quinto factor de riesgo de muerte en el mundo.

Para tratar los casos de obesidad extrema o personas que padecen patologías asociadas a ella, se prescribe la cirugía bariátrica. Sin embargo, se atribuye a la existencia de ciertos factores psicológicos la posible causa del fracaso en el mantenimiento del peso perdido tras esa operación.

La tesis indaga esos componentes psicológicos centrándose en la *imagen corporal*, la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *experiencia corporal*. Mediante los *relatos de vida* se puede conocer cómo funciona y se transforma esta categoría de situación, haciendo hincapié en los mecanismos, los procesos y la lógica de acción que los caracteriza.

Se aprecia que la trama que conforma esta problemática es compleja e incluye categorías no sólo psicológicas, sino también biológicas, sociales y políticas que están correlacionadas y que se manifiestan independientemente del descenso o no del peso. Por esta razón, a largo plazo, la cirugía bariátrica por sí sola resulta una herramienta insuficiente para el tratamiento de la obesidad.

INTRODUCCION

La presente tesis indaga sobre los aspectos psicológicos involucrados en el proceso posquirúrgico de pacientes con obesidad mórbida operados de cirugía bariátrica.

La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como una enfermedad que atañe a las problemáticas de salud comunitaria, se trata de una epidemia global, siendo el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud 2016)

En Argentina, las denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entre las cuales se incluye la obesidad, causan de forma directa o están relacionadas indirectamente con aproximadamente el 80 % de la mortalidad.

Frente a esta alarmante situación, se presentan diferentes alternativas de tratamiento para el control de la obesidad. Una opción es el abordaje del sobrepeso y la obesidad a través de los tratamientos terapéuticos más frecuentes, como podrían ser los planes dietarios o los programas basados en cambios en el estilo de vida. Sin embargo, se estima que, en un periodo que va de los dos a cinco años después del tratamiento, entre el 80 % y 95 % de los pacientes vuelve a su peso inicial o incluso lo supera, por lo que puede considerarse altísimo el porcentaje de fracasos (Hernández-González et al., 2012).

Por ello, la cirugía bariátrica es ofrecida por la comunidad médica hoy en día, como una opción superadora frente a estos tratamientos convencionales. Asimismo, es una indicación médica para aquellas personas que están por encima de los índices regulares de sobrepeso y sufren obesidad mórbida.

Las personas interesadas por acceder a esta intervención, deben ser evaluadas por un equipo interdisciplinario conformado por: médico clínico, cirujano, nutricionista y psicólogo; a fin de seleccionar si son aptas o no para realizarse este tratamiento, es decir, si los candidatos cumplen o no con los requisitos contemplados por los protocolos de las sociedades internacionales y nacionales en cirugía bariátrica.

La cirugía bariátrica es una intervención de tipo quirúrgica para el tratamiento de la obesidad. Se trata de un procedimiento que se prescribe en los casos de obesidad mórbida –es decir, una obesidad extrema–, o en personas que, debido a este padecimiento, presentan otras patologías asociadas, tales como diabetes, hipertensión y colesterol elevado.

Progresivamente, la persona debe asimilar y aceptar –lo cual no siempre ocurre sin tropiezos– su nueva apariencia: una figura de sí mismo que no necesariamente coincide con la imagen que había fantaseado en el momento en que se decidió por la cirugía bariátrica (Ruiz-Moreno., Berrocal-Montiel y Valero- Aguayo, 2002; Fernández-Ramírez et al., 2012; Lecaros-Bravo et al., 2015).

Por causa de esta cirugía se producirán diversos cambios, producto principalmente de la nueva anatomía digestiva y del abrupto descenso de peso, que impactarán en las diferentes áreas de la personalidad, lo cual justifica la prescripción de un seguimiento y un acompañamiento por parte de profesionales de salud mental. De hecho, esto es lo que aconsejan de forma consensuada las sociedades científicas tanto nacionales como internacionales abocadas al estudio y tratamiento de la cirugía bariátrica (Rubio et al., 2004; Ríos Martínez et al., 2010; Grupo de Psicólogos en Cirugía de Obesidad, 2011).

La cirugía bariátrica, es una práctica relativamente reciente en el mundo, como también en nuestro país. Cuenta con abundante material teórico que versa especialmente sobre los aspectos quirúrgicos y clínicos como también diferentes consideraciones a tener en cuenta previamente a la intervención bariátrica. Sin

embargo, en el plano específico de la salud mental hay muy poco material que brinde hipótesis o explicaciones respecto a lo que ocurre luego de la operación, es decir en el proceso posquirúrgico y menos aún que aporte información sobre lo que ocurre con los pacientes a largo plazo. (Sarwer y Dilks, 2011; Ames, et al., 2016)

La cirugía bariátrica no constituye una solución o cura definitiva para aquellos que padecen obesidad.

Muchos de los pacientes sometidos a esta intervención, con el transcurso del tiempo y a partir del año y medio o dos años, recuperan, gran parte del peso perdido; varios de ellos, además, presentan trastornos de la conducta alimentaria, depresión y, en algunos casos, se observa también un incremento de suicidios y accidentes, según Olgún, Carvajal y Fuentes (2014); Lecaros-Bravo, Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón y Moore-Infante, (2015); Ames, et.at. (2016).

Cabe destacar que el logro de los objetivos de esta cirugía no siempre depende de la técnica seleccionada, sino que, además, resultan de influencia fundamental las propias características de la persona sometida al tratamiento. De hecho, las modificaciones que puedan observarse en la calidad de vida de las personas luego de la cirugía bariátrica no siempre se correlacionan con la satisfacción del paciente (Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004; Sarwer y Dilks, 2011; Ames, et al., 2016).

Frente al fracaso en el cumplimiento de los objetivos planteados por la cirugía bariátrica la **causal psicológica** aparece como un intento de explicación (Ruiz Moreno et al., 2002; Gei Guarda, 2006; Cristóbal, 2013; Ames, et al., 2016)

Esta imputación presenta cierta ventaja vista desde la disciplina médica, ya que libera de responsabilidad al equipo médico quirúrgico; al mismo tiempo, deposita cierta mirada inquisidora hacia dos de los actores involucrados: por un lado, hacia los psicólogos, por su impericia en la selección adecuada de los candidatos; y por el otro lado, hacia los propios pacientes, a los cuales se los culpabiliza de un nuevo fracaso en el largo historial de tratamientos para la obesidad.

Por todo lo mencionado hasta ahora, esta investigación se propone responder el siguiente interrogante: ¿qué modificaciones psicológicas se producen en los pacientes con obesidad mórbida operados con cirugía bariátrica una vez transcurrido el periodo de un año y medio desde la intervención?

Para abordar este interrogante, será necesario hacer referencia a una serie de categorías: la *imagen corporal*, la calidad de vida en relación con la salud y los registros de la *experiencia corporal*. Estos componentes servirán de guía para esta investigación y a la vez permitirán circunscribir el universo de las *modificaciones psicológicas* en los puntos fundamentales para el desarrollo que aquí se plantea.

Con base en todo lo mencionado hasta ahora, podemos establecer los objetivos de la tesis.

Como objetivo general, esta tesis se plantea:

-Contribuir mediante la descripción de las modificaciones psicológicas que pueden presentarse en los pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica al tratamiento eficaz de esta problemática.

Los objetivos específicos propuestos son:

-Describir y analizar los registros de la *imagen corporal* en pacientes con obesidad mórbida a partir de un año y medio desde que se realizó la operación bariátrica.

-Describir y analizar los registros de la *calidad de vida relacionada con la salud* en pacientes con obesidad mórbida a partir de un año y medio desde que se realizó la operación bariátrica.

-Analizar el impacto de la cirugía bariátrica sobre la *experiencia corporal* en pacientes con obesidad mórbida a partir de un año y medio desde que se realizó la operación bariátrica.

En el camino bibliográfico recorrido hasta ahora, y según lo que se ha ido observando sobre lo que ocurre a nivel psicológico en los pacientes luego de la cirugía bariátrica, no se observa un campo uniforme. Si bien se advierten grandes acuerdos respecto de la mejora en la calidad de vida, también se desprenden líneas muy ricas –pero poco exploradas– en lo concerniente al impacto de la cirugía bariátrica a mediano y a largo plazo. Algunos de los indicadores que se han descrito aquí, como suicidios, trastornos de la conducta alimentaria, accidentes o secretismo, nos hablan de factores de mayor jerarquía, que requieren en muchos casos de estudios más adecuados para poder detectarlos, comprenderlos y prevenirlos.

Esto lleva a formular las siguientes preguntas: ¿cuál o cómo es el impacto de la cirugía bariátrica sobre la *imagen corporal* y la *calidad de vida relacionada con la salud* de los pacientes?, ¿qué ocurre con aquellos pacientes que no logran el descenso de peso esperado o aquellos que, lamentablemente, una vez transcurrido cierto periodo de tiempo posquirúrgico, recuperan el peso perdido?

Debe tenerse en cuenta que los pacientes con obesidad mórbida depositan en la cirugía bariátrica todas sus esperanzas y expectativas de control, o incluso de curación total de este padecimiento. De este modo, si se considera el rol que juegan las expectativas de los pacientes, es preciso preguntarse: ¿la imposibilidad de lograr el descenso de peso esperado y, por consiguiente, la no mejoría en la *imagen corporal* o en las relaciones interpersonales, explicaría el incremento de suicidios que reportan algunos de los autores mencionados?

Las publicaciones consignadas sobre esta problemática muestran un panorama híbrido, lo cual lleva a formular las siguientes hipótesis:

-La valoración de la *imagen corporal* influye en el proceso posquirúrgico de pacientes con obesidad mórbida operados de cirugía bariátrica.

-La *calidad de vida relacionada con la salud* de los pacientes obesos mórbidos se modifica tras la cirugía bariátrica.

-Los registros de la *experiencia corporal* son necesarios para la comprensión del proceso posquirúrgico de los pacientes con obesidad mórbida operados de cirugía bariátrica.

El intento de dar una respuesta a estas inquietudes lleva necesariamente a pensar en el cuerpo, así como en las relaciones que establecen y el modo en que se articulan los discursos de la medicina y la psicología. Es por este motivo que las categorías de cuerpo y de *experiencia corporal* cobran importancia y atraviesan el análisis propuesto en esta tesis.

La presente investigación, por consiguiente, parte de los registros de la *experiencia corporal* de los propios pacientes una vez transcurrido un año y medio desde el momento en que se realizó la intervención. Se analizan y describen las modificaciones que se producen en la *calidad de vida relacionada con la salud* (en adelante, CVRS) y en la *imagen corporal*. El hecho de tener en cuenta las modificaciones producidas en los ámbitos mencionados permite abarcar un rango de componentes que posibilitan un acercamiento adecuado a esta problemática.

Esta elección responde al hecho de que la calidad de vida y la *imagen corporal* se encuentran entre los aspectos más vulnerables en el paciente con obesidad mórbida que decide encarar una cirugía bariátrica.

Cabe aclarar que esta tesis no tiene el propósito de analizar desde la perspectiva de género los aspectos psicológicos involucrados en el proceso

posquirúrgico de los participantes, por esta razón se utiliza el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga de lectura y escritura que implica poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que se aboga la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

Para alcanzar los objetivos propuestos y sortear las discrepancias que algunos autores evidencian respecto de la aplicación de ciertas escalas o tests, se utiliza en la presente investigación el recurso metodológico acreditado como *relatos de vida*, Bertaux (2005). Esta herramienta se desprende de la adopción de una perspectiva etnosociológica. Consiste en un enfoque objetivista, ya que posibilita conocer cómo funciona y cómo se transforma un objeto social o categoría de situación, al mismo tiempo que hace hincapié en los mecanismos, los procesos y la lógica de acción que lo caracteriza.

En el **capítulo uno** se presenta el *acto alimentario humano* como un hecho que excede la satisfacción de las necesidades biológicas de cada persona para impregnarse de múltiples usos y costumbres y que llevan a afirmar que “la comida no se usa sólo para comer” puesto que además cumple con otras múltiples funciones como son las sociales y emocionales, por ejemplo.

Las decisiones que se toman respecto a la ingesta de alimentos, tampoco responden solamente a mecanismos biológicos, sino que también participan el contexto social y la industria alimentaria con sus estrategias de mercado. Esta “toma de decisiones” que no es del todo libre, termina impactando sobre el peso corporal.

Por lo tanto, la obesidad se piensa dentro de este entramado, puesto que, si bien clínicamente es fácil de identificar, no existe una definición única de esta entidad. Aun hoy, y desde el punto de vista nosográfico la medicina y la ciencia en general, continúan sin resolver varios interrogantes en torno a ella.

No se considera saludable o riesgosa por su sola existencia, pues la obesidad ha sido una condición ventajosa, un inconveniente o una enfermedad según el contexto sociocultural y el momento histórico en el que se ha presentado. (Montero, 2005)

En la actualidad, la obesidad se considera una epidemia global, transformándose en un motivo de preocupación político.

El fenómeno actual de la obesidad se asienta en una compleja red de fenómenos que integran la organización social de la comida, y que está basada en una economía de mercado que es “criminal e insostenible” (Petrini, 2018).

Esta red está conformada por políticas públicas, la producción industrial de alimentos, las estrategias de consumo y las prácticas culturales de los comensales.

Está demostrada la asociación entre el aumento de ventas en el mercado de los alimentos y bebidas ultraprocesados y la epidemia de obesidad en América Latina, al punto tal que hoy se habla de ambientes o sociedades “obesogénicas” (OPS, 2015).

A su vez, el sobrepeso y la obesidad tienen un impacto económico enorme, no sólo por los costos derivados de la atención sanitaria, sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas y las muertes prematuras evitables.

Estamos frente a una problemática que excede la capacidad de respuesta que podría ofrecer solamente y en forma aislada el sector de salud puesto que los intereses económicos se interponen con las propuestas sanitarias para frenar esta pandemia.

Este entramado permite también analizar el fenómeno de la obesidad y el accionar de la medicina, a la luz de los conceptos de Biopolítica, y también de lo Normal y Patológico según los aportes de Foucault (1986, 2000)

De este modo entran en consideración, las medidas que se utilizan para normativizar los cuerpos como el índice de Masa Corporal y los datos epidemiológicos acerca de la obesidad en el mundo y en la República Argentina.

Esto permite conocer el contexto en el que la Cirugía Bariátrica se propone y afianza como un tratamiento para la obesidad.

En el **segundo capítulo** se abre el campo de los aspectos psicológicos involucrados en la etapa posterior a la intervención quirúrgica. Bajo la convicción de que “el mapa no es el territorio que representa” (Korzybsky, 1958), se configura una cartografía conceptual desplegando las categorías de *imagen corporal*, *calidad de vida relacionada con la salud* y *experiencia corporal*, junto a la incorporación de las últimas publicaciones existentes sobre estos conceptos en el ámbito específico de la Cirugía Bariátrica.

El análisis más detallado sobre estos artículos permite ver cómo algunas de las conclusiones pueden ser manipuladas o simplificadas para favorecer el éxito de resultados en cirugía bariátrica, al emplear ciertas metodologías se encubre la complejidad del proceso posquirúrgico que experimentan estos pacientes.

En esta cartografía, las nociones de situación y proceso son claves para pensar la producción de subjetividad de las personas operadas, no se apela a un sujeto meramente mental o discursivo, descontextualizado- sino a aquel que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades y que se producen en el *entre* con otros. En este capítulo también se fundamenta por qué la perspectiva etnosociológica (Bertaux, 2005) brinda una herramienta idónea para alcanzar los objetivos.

Asimismo, se detalla el criterio de selección de los participantes, las técnicas e instrumentos de recolección, así como los modos en que la información fue procesada y analizada.

En el **tercer capítulo**, el foco se centra en el análisis de los relatos de vida de los participantes, recuperando las diferentes vivencias acerca de lo que implica subjetivamente el pasaje por una cirugía bariátrica, teniendo en cuenta también, la dimensión temporal, ya que los entrevistados hacía varios años que estaban operados.

El panorama que inicialmente se nos presentó, fue que no todos los participantes habían logrado descender de peso y /o mantenerlo, de hecho, algunos habían engordado de forma considerable y no estaban haciendo nada para adelgazar.

Por consiguiente y teniendo en cuenta esa primera discrepancia respecto a los resultados en el descenso o no de peso, se procedió a analizar en profundidad, los registros de la *imagen corporal*, la CVRS, y el modo en que la cirugía bariátrica impactó e impacta en la *experiencia corporal* de los participantes.

Finalmente, se presentan las conclusiones.

Capítulo I: Las obesidades

1. 1. La comida no se usa solo para comer

Afirmo que quien pretenda componer acertadamente un escrito sobre dieta humana debe, antes que nada, reconocer y discernir la naturaleza del hombre en general.

(Hipócrates, *Sobre Dieta*, 400 a.C.)

Es un dato interesante el hecho que la obesidad se haya transformado en el fenómeno sanitario más estudiado de todos los tiempos, superando el cáncer o las enfermedades infecciosas que tienen una larga historia en las preocupaciones médicas y sociales. Tal vez por eso la producción científica sobre obesidad se presenta desde enfoques diferentes y de manera heterogénea.

El análisis del acto alimentario como vía de entrada a la temática de la obesidad muestra precisamente la confluencia disciplinar que comprende.

Este acto puede pensarse a partir de saberes propios de la medicina, la psicología, la antropología, entre otras. La alimentación en los seres humanos cumple una función biológica y psicológica vital; a la vez que cumple una función social esencial.

Hay múltiples señales orgánicas que regulan el momento de iniciar la ingestión de alimentos. Se trata de señales principalmente digestivas de vaciamiento gástrico e intestinal (mecánicas u hormonales), a las cuales se suman las señales sensoriales visuales, olfativas, gustativas, táctiles y también metabólicas. Estas señales son integradas básicamente a nivel de centros hipotalámicos con la participación de péptidos y neurotransmisores.

Sin embargo, la manera de alimentarse en los seres humanos, así como sus gustos –preferencias o rechazos– hacia determinados tipos de alimentos, están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en la temprana edad. En general, el niño o niña incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de su comunidad antes de los 5 años (Osorio et al., 2002; Cofré et al., 2017).

Freud (1895), en el Proyecto de psicología, explica cómo el organismo humano al inicio, por causa de su inmadurez, es incapaz de llevar a cabo las acciones necesarias o específicas para lograr calmar las tensiones producidas por un estímulo endógeno, como podría ser, por ejemplo, el hambre; al comienzo, el organismo humano necesitará de un auxilio ajeno, alguien que realice las acciones necesarias para cancelar dicho estímulo “constituyendo entonces una vivencia de satisfacción, que tiene las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones del individuo” (p. 363).

Ese alimento –que es ofrecido por la madre, el padre o un cuidador– para calmar la tensión endógena se acompaña de otros componentes, como de caricias, contacto, calor, tensión; esto hace que se cree un vínculo indisoluble entre alimento y afecto, el cual tendrá resonancia a lo largo de toda la vida (Carreño Mendoza, 2016).

Fischler (1995) sintetiza muy bien este entramado de acciones al decir que los seres humanos comemos nutrientes y sentidos. El acto de alimentarse en los individuos cumple dos funciones, ambas muy importantes: la primera es una función biológica, de índole vital, la segunda es una función social, pero que también resulta esencial.

Para Aguirre, Peña y Bacallao (2000) el acto de comer en el ser humano es el resultado de la interacción de diversos factores condicionantes: a) factores biológicos,

que responden a las necesidades y capacidades del organismo; b) factores ecológicos-demográficos, que son aquellos que refieren a la cantidad y la calidad de los alimentos que se pueden producir; c) factores tecnológico económicos, aquellos que refieren a los circuitos de producción y distribución de los alimentos; d) factores sociopolíticos, aquellos que condicionan el acceso a los alimentos según clases, sectores o grupos sociales; e) y factores culturales, aquellos sistemas de representaciones sociales que determinan con quién, cómo y qué se debe comer según sectores, edades, géneros.

Cada sociedad establece un sistema de normas culturales para la clasificación y combinación de los alimentos, que delimitan y permiten discernir, en un tiempo y cultura determinadas, aquello que es considerado comida de aquello que no lo es. Estos parámetros culturales fijan quién puede comer qué tipo de alimentos, la manera “correcta” de hacerlo, también establecen horarios y el modo en que pueden combinarse los alimentos (Aguirre, 2010).

Por lo tanto, si se tienen en cuenta estos elementos, puede comprenderse cómo la dimensión social de la alimentación debe analizarse de forma conjunta con la dimensión subjetiva. Es decir, se debe considerar que el individuo interioriza, en la práctica cotidiana, lo sociocultural en función de su desarrollo, de su historia, de su sociedad y de su tiempo.

El pasaje desde una alimentación láctea en el primer año de vida al esquema de alimentación propio de cada hogar es un reflejo de la amplitud de alimentos de consumo humano y de sus modos de preparación. De una alimentación láctea que no difiere mucho en las distintas culturas durante el primer año de vida se pasa a una variedad de dietas determinadas de acuerdo a la cultura a la que pertenece el grupo familiar. De esta forma, sea cual sea la cultura de pertenencia, la mayoría de los alimentos –así como los modos de consumirlos– de un adulto ya han sido incorporados en la primera infancia (Osorio et al., 2002). Asimismo, hay que tener en cuenta otro componente importante de incorporación de nuevas prácticas alimentarias: la industria de alimentos. La publicidad que genera la industria alimenticia influye actualmente de forma creciente en el establecimiento de nuevas formas de alimentación.

Los cambios que se han producido a lo largo del tiempo respecto a los patrones alimentarios se conocen como *transiciones alimentarias*. Por lo general, estas transiciones van acompañadas de una evolución en los conocimientos científicos y técnicos sobre la alimentación y la nutrición, así como del implemento de políticas de nutrición por parte del estado, y, por último, por la influencia de los factores socioculturales que determinan cuáles son las conductas alimentarias (Ministerio de Salud, 2016).

A diferencia de las transiciones alimentarias, los cambios en el tiempo corto - que son los que operan en la vida cotidiana de los sujetos- responden a la dinámica del mercado (con su lógica de la ganancia y la publicidad asociada que crea “modas”, tergiversa investigaciones y utiliza conceptos científicos para vender sus productos), el estado (con sus políticas de regulación ya sean económicas o sanitarias) y las estrategias (como prácticas y representaciones de los consumidores) que reelaboran estos procesos.

El Ministerio de Salud de Argentina publicó en el mes de febrero de 2016 un boletín titulado: *Obesidad: determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública*; en esta publicación, que cita a Baas et al. (1979), se refuerza el planteamiento que sostienen numerosos autores en la actualidad –como los mencionados en este trabajo–, respecto al hecho de que la comida no se usa solamente para comer. A

continuación, se citan los 20 usos de los alimentos que aparecen detallados en el boletín:

- Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
- Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
- Demostrar la naturaleza, profundidad y extensión de las relaciones sociales.
- Proporcionar un enclave de actividades comunitarias.
- Expresar amor y cariño.
- Expresar individualidad.
- Proclamar la distinción de un grupo.
- Demostrar la pertenencia a un grupo.
- Hacer frente al stress psicológico o emocional.
- Señalar un status social.
- Proveer recompensas y castigos.
- Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
- Manifestar y ejercer poder político y económico.
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
- Manifestar experiencias emocionales.
- Manifestar piedad o devoción.
- Simbolizar seguridad.
- Expresar sentimientos morales.

(Fuente: Baas et al., 1979, citado en Ministerio de Salud, 2016)

Por lo tanto, la alimentación excede las necesidades biológicas de cada persona, y las decisiones que se toman respecto a la ingesta de alimentos impactan, entre otras cosas, en el peso corporal.

La regulación de la ingesta alimentaria incide en el control del peso corporal por medio de señales provenientes de las reservas corporales, especialmente de energía (grasa y leptina). En condiciones de salud, se va logrando la mantención del peso corporal, con fluctuaciones estrechas o, cuando se trata de un niño, con un aumento estable y controlado (Osorio et al., 2002).

Otro elemento que tiene una participación muy importante en la regulación del apetito y de la saciedad es el sentido del gusto. Los gustos básicos en el ser humano son el dulce y el amargo, posteriormente, se desarrollan los gustos ácido y salado, con la participación del contexto social.

En la actualidad también se reconoce el sabor *Umami* o “sabroso” que surge de las investigaciones con el glutamato y que estimula la palatibilidad. La estrategia de la industria alimentaria opera sobre estos hechos, y estimula y exagera las preferencias gustativas para favorecer la ingesta de sus productos (Osorio et al., 2002).

En la actualidad, hay un marcado incremento del consumo de alimentos producidos y procesados mecánicamente, conservados para facilitar su comercialización a mediana y a gran escala, efecto del creciente desarrollo del sistema alimentario “posindustrial”. Estas transformaciones económicas – aunque también sociales y demográficas– ocurridas en los últimos treinta años han incidido en la modificación de los parámetros alimentarios. Como consecuencia de esta transformación, también se han incrementado las patologías relacionadas con la alimentación: obesidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer (Ministerio de Salud, 2016).

1. 2. Conceptualizaciones sobre la obesidad

La obesidad, como nosografía, presenta un número de interrogantes para la medicina y la ciencia en general. Si bien es fácil de identificar clínicamente, no existe una definición única de obesidad –es decir, no hay un acuerdo sobre el tema–, sino que hay definiciones múltiples. Esta variedad de definiciones se corresponde con la existencia de diversas teorías acerca de las causas que originan la obesidad; estas son: las teorías genéticas, energéticas, neuroquímicas, endócrinas y, finalmente, psicológicas (Vázquez-Velásquez y López, 2001).

Como señala Braguinsky (2005) se trata de una condición que es, al mismo tiempo, epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, con múltiples comorbilidades, la cual, además, se encuentra culturalmente estigmatizada. La obesidad puede definirse como el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud de la persona. Para este autor, es factible hacer dos grandes clasificaciones con respecto a la obesidad: la forma predominantemente médica y la forma predominantemente cultural.

La obesidad puede ser considerada una condición, un síndrome o una enfermedad. Es posible afirmar que se trata de una *condición* precisamente porque no siempre se evidencian signos de enfermedad, sino que consiste más bien en un factor de riesgo de otras afecciones, como hipertensión, diabetes, etc. También se puede afirmar que se trata de un *síndrome*, si se tienen en cuenta la variedad de sus manifestaciones, y el grado de riesgo de otras patologías, con un rasgo básico común: el exceso de tejido adiposo. El carácter poligénico que tiene hace que el exceso adiposo reúna dentro de sí a cuadros diferentes. Por último, la obesidad también puede pensarse como una *enfermedad*, ya que cada vez se reconocen con mayor precisión sus elevados riesgos, con la presencia de alteraciones metabólicas, repercusión cardiovascular, neumológica y metabólica, como en los casos de diabetes o dislipidemias (Braguinsky, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se considera, además, que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (Organización Mundial de la Salud, 2016). Este desequilibrio energético lleva a la acumulación excesiva de grasa corporal.

La obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace aproximadamente 10.000 años, cuando el advenimiento de la agricultura y, luego, de la Revolución Industrial la convirtieron en la primera enfermedad de la civilización. No puede ser considerada ni saludable ni riesgosa por su sola existencia, sino que estos factores estarán presentes en función del medio en el cual el obeso debe desenvolverse. La obesidad ha sido una condición ventajosa, un inconveniente o una enfermedad según el contexto sociocultural y el momento histórico en el que esta se ha presentado (Montero, 2005 p. 21).

El genetista James V. Neel, en el año 1962, formuló la hipótesis de lo que llamó el genotipo ahorrador (*Thrifty gen*). Este planteamiento trajo aparejada la observación de que aquellos individuos que lograban guardar más reservas energéticas en su organismo se encontraban en mejores condiciones para sobrevivir durante periodos de escasez de alimentos.

Lo anterior avala la afirmación según la cual las enfermedades metabólicas crónicas actuales, tales como la obesidad, la aterosclerosis y la diabetes, están relacionadas con alelos que forman parte del genotipo normal de la humanidad. Como

explica Leonard, (2003): “Somos víctimas de nuestro propio éxito evolutivo, hemos adquirido una dieta muy calórica, mientras minimizábamos la cantidad de energía que gastábamos diariamente” (p. 56).

De hecho, la estatuilla humana más antigua es la Venus de Willendorf (25.000 años A. C.), semejante a otras venus europeas, que datan de un periodo que va entre el 27.000 y el 19.000 A. C. Todas estas estatuillas presentan características corporales de obesidad, lo cual sugiere alguna forma de organización que permitiría el almacenamiento de alimentos (o de *estrategias* para poder sobrealimentar a algunos de sus miembros) de acuerdo a las referencias que cita Montero (2005) tomando las investigaciones de Brown & Bentley Condit en “Cultura, Evolución y Obesidad”.



Figura 1 : La Venus de Willendorf es una venus paleolítica datada entre 28.000 y 25.000 a. C. Fue hallada en 1908, durante las excavaciones dirigidas por los arqueólogos Josef Szombathy, Hugo Obermaier y Josef Bayer en un yacimiento paleolítico cerca de Willendorf (Austria), a la orilla del Danubio. Actualmente se conserva en el Museo de Historia Natural de Viena, Austria. Recuperada de: <http://www.nhm-wien.ac.at/en>

Hoy en día, la realidad y el contexto no son los de aquellos antepasados que esculpieron las venus de la imagen, sino que la humanidad está presenciando un aumento en la disponibilidad de fuentes calóricas. Actualmente, la provisión de alimentos –y, con ello, la provisión de nutrientes–, está asegurada; no puede decirse lo mismo de la distribución, pero esto es material para otro análisis. La cuestión crucial está en que esta oferta alimenticia es ingerida por una estructura biológica humana que, genéticamente, no ha cambiado.

En los seres humanos, el peso corporal puede mantenerse dentro de límites estrechos, pese a la importante variabilidad en la ingesta de alimentos o en el consumo energético. La estabilidad en los almacenes corporales de energía sugiere la existencia de un sistema homeostático encargado del control del peso corporal, el cual incluye un conjunto de mecanismos fisiológicos destinados a mantener el equilibrio entre la ingesta y el gasto energéticos durante un periodo determinado. Solamente en los casos en los que se vence la capacidad reguladora del balance energético se producirá obesidad o pérdida de peso (Vásquez Machado y Ulate Montero, 2010).

El sistema que controla el balance entre la ingesta de alimentos y el gasto energético posee, principalmente, dos componentes: uno que actúa en el corto plazo y otro que actúa en el largo plazo. En el corto plazo, el sistema se encarga de regular el apetito, por lo que interviene en el inicio y en la finalización de las comidas, y responde, fundamentalmente, a hormonas gastrointestinales o a señales de saciedad que se acumulan durante la alimentación y contribuyen a finalizar la ingesta de

alimentos. En el largo plazo, los factores de adiposidad, como la leptina y la insulina, son señales que se liberan en proporción a los depósitos energéticos del organismo. Por “gasto energético”, se hace referencia a los mecanismos que inciden tanto en el área muscular (movilidad voluntaria e involuntaria) como al gasto metabólico global y el destino de los alimentos (*partitionig* para reponer tejidos lesionados, por ejemplo) o guardar como reserva o quemar como combustible. La función que tienen estos factores es la regulación del balance energético por periodos prolongados, por lo que son los encargados de la estabilidad del peso corporal (Vásquez Machado y Ulate Montero, 2010).

Sin embargo, estos aportes resultan insuficientes para conceptualizar y comprender la obesidad, pues se trata de un fenómeno que encarna un problema más global, que la sucinta visión que puede ofrecer el discurso de la medicina.

Por ello, actualmente, muchos especialistas adoptan la categoría de **obesidades**, como un modo más adecuado de considerar el entramado psicológico, biológico y socio ambiental que complejiza pero a la vez posibilita indudablemente su mejor entendimiento y abordaje, y es la razón por la que aquí confluyen múltiples disciplinas como: la medicina clínica, la psicología, la nutrición, la medicina endocrinológica, cardiológica, quirúrgica, entre otras (Gimeno, 2011, Martos Moreno y Argente, 2011).

1. 3. La obesidad como preocupación política

El hecho de que la obesidad se haya convertido en una epidemia global o pandemia, implica un verdadero motivo de preocupación para las naciones, según la Organización Mundial de la Salud.

Hace algún tiempo el sobrepeso y la obesidad eran considerados problemas propios de los países de ingresos altos. Sin embargo, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.

En una nota descriptiva, la Organización Mundial de la Salud (2011) explica que en el mundo se ha producido:

un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero que son pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de las formas de trabajo que imperan en la actualidad, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) generó una reunión con los jefes de estados de los 194 países miembros en septiembre de 2011. En la misma se aprobó una declaración donde los países firmantes se comprometieron a incrementar los esfuerzos e impulsar políticas y acciones intersectoriales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Por su parte, en octubre del 2014, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia con el propósito de frenar el avance de la obesidad en los niños y los adolescentes de la Región.

Pero ¿cuál es la relación entre la obesidad y las prácticas políticas? Según las afirmaciones del sociólogo Petrini (6 de octubre de 2016), “**Comer es poder**. El alimento y la política han estado eternamente unidos, desde los tiempos de los

faraones y Nerón. La política alimentaria ha sido siempre el elemento fundamental de poder, que consiste esencialmente en controlar el vientre de las personas. Tenemos que aprender a votar con el tenedor”.

En el mundo se producen alimentos más que suficientes para todos, sin embargo, 815 millones de personas padecen hambre y a ello se suman las distintas formas de malnutrición que representan un motivo de preocupación en todo el mundo. La desnutrición, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles asociadas coexisten ahora en muchas regiones, países e incluso en los hogares. El sobrepeso en niños menores de cinco años se está convirtiendo en un problema creciente en la mayor parte de las regiones -40.6 millones, el 6% de la población de referencia-, y la obesidad en adultos sigue incrementándose en todas ellas -640,9 millones, 12,8% de la población de referencia.

Es decir que, según el informe de la FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2017) “coexisten, por tanto, distintas formas de malnutrición en países que experimentan al mismo tiempo elevadas tasas de desnutrición infantil y de obesidad en adultos” (p.3).

Este panorama, a simple vista paradójico, se plantea como la misma situación –dos caras de la misma moneda–, ya que ambas problemáticas son producto de concebir la comida como una mercancía y nada más. Para Petrini (2018), la alimentación mundial actual, está basada en una economía de mercado que es criminal e insostenible.

Las acciones que se desplegaron para paliar la crisis de empobrecimiento alimentario y nutricional –tanto por parte del estado y del mercado, como de los hogares, a través de las estrategias de consumo– han dado vuelta el sentido de la abundancia y la carencia de antaño, y han inaugurado una nueva modalidad del hambre: lo que puede llamarse la obesidad de la escasez.

Para la doctora en Antropología Patricia Aguirre (2010), parece ser que los ricos son flacos, pues tienen acceso a dietas *light*, restringidas en calorías, pero ricas en proteínas, vitaminas y minerales; es decir, se nutren con alimentos de buena calidad.

Los pobres, en cambio, deben contentarse con hidratos de carbono, azúcares y grasas, en un combo que busca obtener volumen y sabor a bajo costo, pero que los coloca en una situación crítica desde el punto de vista nutricional; los pobres ya no son los flacos hambrientos, sino los gordos desnutridos.

Por todo ello, no es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, una misma comunidad y un mismo hogar (Organización Mundial de la Salud, 2014) Según el planteo de Aguirre (2007):

Nuestro cuerpo paleolítico es común a la especie, lo que modela las formas sobre las condiciones del genoma es el acceso diferencial a los alimentos que condena a los pobres a comer hidratos, azúcares y grasas, (alimentos baratos), mientras el consumo de carnes, lácteos y frutas -es decir de proteínas de calidad y micronutrientes esenciales – son todos alimentos caros que solo están permitidos a los que pueden pagarlos. (p. 15)

Desde otro enfoque y con una mirada socio-económica y centrada en la lógica del capitalismo lleva a pensar que en la obesidad se da una especie de paradoja. Por un lado, el obeso no se ajusta a la cultura de la delgadez, la cual impone cuerpos flacos precisamente como el máximo valor estético; pero por el otro lado, el obeso sí entra en las reglas que estimulan el consumo desenfrenado de alimentos, al considerar los alimentos como cualquier otra mercancía.

Este complejo panorama de cuerpos obesos y/o cuerpos delgados, se inscribe en una red de fenómenos que integran la organización social de la comida. En esta red, se encuentran también: las políticas públicas, la producción industrial de alimentos, la seguridad alimentaria, las estrategias de consumo y las prácticas culturales de los comensales. La obesidad, por lo tanto, no es sino un poro en esta rugosa malla de prácticas sociales en relación con la comida.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, -recuérdese que el sobrepeso y la obesidad se consideran dentro de ellas-, tienen un impacto económico enorme, no sólo por los costos derivados de la atención médica sino también debido a la pérdida de productividad de las personas afectadas, ya que un cuarto de las muertes por estas causas ocurre en personas menores de 60 años. Asimismo, se prevé que la carga económica actual de las enfermedades crónicas no transmisibles, se incrementará considerablemente. Por ejemplo, se estima a nivel mundial que la pérdida de producción acumulada en las próximas dos décadas debida a la enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, diabetes y trastornos de la salud mental será de US\$ 47 billones de dólares -el 75% del PIB mundial en 2010. (OPS, 2015)

Por lo tanto, estamos frente a una problemática que excede la capacidad de respuesta que podría ofrecer solamente el sector de salud.

Las políticas públicas, las recomendaciones y las acciones relativas a la nutrición y la salud se han basado convencionalmente en determinados nutrientes (por ejemplo, sodio y grasas saturadas) o en determinados tipos de alimentos (por ejemplo, frutas y verduras y carnes rojas). Estos enfoques para abordar y clasificar los distintos tipos de alimentación son inadecuados y engañosos puesto que se basan en una visión estrecha de la nutrición, en la cual los alimentos se conciben como la mera suma de sus nutrientes, y pasan por alto el papel del procesamiento industrial moderno de los alimentos y su impacto sobre la alimentación.

El procesamiento industrial de los alimentos representa en la actualidad el principal determinante de lo que se ha convertido en el sistema alimentario mundial, al transformar los alimentos en mercancías, lo que hoy en día afecta en particular a los países de ingresos medianos y bajos.

Durante la última década, según el informe de la OPS (Ibídem), hay una asociación entre el aumento de ventas en el mercado de los alimentos y bebidas ultraprocesados y la epidemia de obesidad en América Latina, por lo tanto, las soluciones para esta epidemia de alimentación poco saludable pueden y deben encontrarse en políticas públicas sólidas.

A partir de la industrialización, en particular en la segunda mitad del siglo pasado, el procesamiento de alimentos se ha desarrollado a gran velocidad y se ha transformado profundamente, gracias a la ciencia de los alimentos y otros tipos de tecnología. Dicha transformación obliga a un examen riguroso del efecto que tienen todas las formas de procesamiento de alimentos sobre los sistemas y suministros de alimentos; los hábitos y patrones de alimentación; y la nutrición, la salud y el bienestar.

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernos. La mayoría de estos productos contienen pocos alimentos enteros o ninguno. Vienen listos para consumirse o para calentar y, por lo tanto, requieren poca o ninguna preparación culinaria.

Algunas sustancias empleadas para elaborar los productos ultraprocesados, como grasas, aceites, almidones y azúcar, derivan directamente de alimentos. Otras

se obtienen mediante el procesamiento adicional de ciertos componentes alimentarios, como la hidrogenación de los aceites (que genera grasas trans -muchas-tóxicas), la hidrólisis de las proteínas y la “purificación” de los almidones.

Los ingredientes en la mayor parte de los productos ultraprocesados son aditivos (aglutinantes, cohesionantes, colorantes, edulcorantes, emulsificantes, espesantes, espumantes, estabilizadores, “mejoradores” sensoriales como aromatizantes y saborizantes, conservadores y solventes). A los productos ultraprocesados a menudo se les da mayor volumen con aire o agua. Se les puede agregar micronutrientes sintéticos para “fortificarlos”.

Estos alimentos son problemáticos para la salud por distintas razones: tienen una calidad nutricional muy mala y, por lo común, son extremadamente sabrosos, a veces hasta casi adictivos; imitan los alimentos y se los ve erróneamente como saludables; fomentan el consumo de snacks; se anuncian y comercializan de manera agresiva; y son cultural, social, económica y ambientalmente destructivos.

Los productos ultraprocesados están hechos para saciar antojos; a menudo son exageradamente sabrosos, generadores de hábito y, a veces, llegan a ser casi adictivos. Ciertas características (sabores, propiedades, etc.) incorporadas a este tipo de productos mediante la ciencia de los alimentos y otras tecnologías pueden distorsionar los mecanismos del aparato digestivo y del cerebro que envían la señal de saciedad y controlan el apetito; como resultado, el consumo de tales productos puede interferir con la capacidad de controlar los hábitos alimentarios, lo que lleva a un consumo excesivo y por ende al riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad. (*Ibíd*)

Cabe aclarar que estos productos, no son “alimentos modificados”, sino que sus formulaciones a menudo emplean tecnologías que procuran imitar la apariencia, forma y cualidades sensoriales de los alimentos. Por ello, pueden ser moldeados en formas similares a las de ciertos alimentos, o contener aditivos cosméticos y de otro tipo que imitan las cualidades sensoriales de los alimentos, a menudo de manera intensificada.

Además, los fabricantes suelen crear una falsa impresión de que los productos ultraprocesados son saludables al incluir imágenes de alimentos naturales en el etiquetado, empaquetado y material promocional, o bien anunciar que agregan vitaminas sintéticas, minerales y otros compuestos, lo que les permite implicar o declarar propiedades saludables.

Los productos ultraprocesados por lo común son productos de marca de empresas multinacionales y otras corporaciones, que compran o producen los ingredientes industriales necesarios a un costo muy bajo y operan economías de escala. Están creados para ser sumamente lucrativos. Las empresas más grandes destinan enormes presupuestos anuales (hasta de varios miles de millones de dólares) para su publicidad y promoción, lo que incluye anuncios cruzados entre sus propias marcas, para hacer sus productos atractivos y a menudo glamorosos. Sus estrategias de mercadotecnia muchas veces recurren a ideas, lenguaje e imágenes sumamente seductores y excitantes, se basan en técnicas que incorporan los conocimientos de vanguardia sobre motivación del comportamiento según el psicoanálisis, el estudio de imágenes cerebrales y las ciencias del consumidor socavando el deseo y la capacidad de elegir por opciones más saludables, y son particularmente eficaces cuando se dirigen a los niños, los adolescentes y otros grupos vulnerables. (*Ibíd*)

Los principios básicos de una alimentación saludable, tienen que ver con una alimentación basada en comidas hechas con alimentos sin procesar o mínimamente

procesados, de buena calidad nutricional, y preparadas con ingredientes culinarios, de esta manera es posible alcanzar una incidencia relativamente baja de enfermedades, así como con buena salud y bienestar.

Para la OPS, existen factores sociales, económicos, ambientales y de otros tipos que influyen sobre muchos comportamientos, incluidos los hábitos alimentarios. Una persona con un nivel educativo alto, empleada, informada y con poder adquisitivo amplio tiene una gama mucho mayor de opciones alimentarias que alguien desempleado, con un bajo nivel educativo e ingresos escasos. Los investigadores y las organizaciones que ponen demasiado énfasis en la responsabilidad personal hacia la salud pasan por alto lo anterior cuando declaran o implican que las personas son libres para elegir alimentos saludables y gozar de una alimentación saludable.

Por este motivo, el Plan de acción de la OPS para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, aprobado por los Estados Miembros a finales del 2014, declaró que: el precio, la mercadotecnia, la disponibilidad y la asequibilidad determinan las preferencias alimentarias de la persona, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios. A su vez, las políticas y los reglamentos relativos al comercio y a la actividad agropecuaria establecidos previamente influyen en estos factores. Por consiguiente, las recomendaciones del plan de acción comprenden la aplicación de reglamentos diseñados específicamente para abordar los factores que contribuyen a la obesidad, como los ambientes obesogénicos. En la formulación futura de políticas públicas deben identificarse y especificarse dichos factores, y también analizarse y abordarse sus repercusiones.

Sin embargo, el informe de la OPS titulado: Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas (2015) denuncia que:

La penetración de los productos ultraprocesados en el sur mundial es consecuencia de las políticas públicas prevalecientes, tanto en lo político como en lo económico, que desde los años ochenta han promovido el flujo internacional de capitales y comercio, la entrada extranjera en los mercados nacionales y la desregulación de los mercados. Tales políticas han permitido el rápido ascenso de las empresas multinacionales que fabrican, distribuyen, abastecen y venden al menudeo. Cuando los gobiernos nacionales adoptan políticas de desregulación de mercados y medidas fiscales que favorecen a las grandes industrias alimentarias, la producción, las ventas y el consumo de productos ultraprocesados tienden a aumentar. (p.38)

Se puede observar cómo intereses económicos se interponen con las propuestas sanitarias para frenar el avance de la obesidad. De hecho, los principales fabricantes transnacionales de productos alimentarios son empresas gigantes, con ventas comparables al producto nacional bruto de algunos países medianos. Las corporaciones transnacionales gastan sumas enormes y cada vez mayores en publicidad y mercadotecnia para sus productos. Por ejemplo, según el informe de la OPS (*Ibídem*) el costo de la publicidad de cierta empresa líder de comida rápida aumentó de US\$768,6 millones en 2011 a US\$808,9 millones en 2013, y la principal empresa de bebidas gaseosas incrementó su gasto mundial para publicidad y mercadotecnia de US\$1 mil millones en 1993 a US\$2,6 mil millones en 2006.

Estas mega empresas, por el flujo económico que manejan, logran reducir los costos de los materiales, desarrollar nuevas tecnologías, y distribuir y comercializar más eficazmente que las operaciones más pequeñas, tendiendo a convertirse en oligopolios.

Por esta razón, debe ser prioridad máxima, el compromiso e inversión de los gobiernos nacionales para la creación, el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas alimentarios nacionales y locales que protejan la salud pública en América Latina. Esto es justamente lo que ya se acordó y se manifestó en el Plan de Acción de la OPS. Se requiere de un liderazgo fuerte y decidido de los gobiernos, respaldado por los ciudadanos —en su calidad de votantes y padres de familia— y las organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales a todos los niveles (nacional, estatal y municipal).

Cabe aclarar que la categoría de obesidad no ha sido en todas las épocas un motivo de preocupación para el Estado.

Surge por consiguiente la pregunta: ¿desde qué momento la obesidad se transformó en una preocupación política?, ¿Fue con el advenimiento de la industrialización alimentaria que la obesidad comenzó a ser un problema político?

De hecho, como mencionamos anteriormente, algunos autores como Montero (2005) y Aguirre (2007) observan que esta inquietud por los “cuerpos gordos” cobra relieve recién a partir de la Revolución Industrial.

Etimológicamente, la palabra “obeso” proviene del latín: *obedere*. Está conformada por las raíces *ob* —“sobre” o “que abarca todo”— y *edere* —“comer”—, es decir, “alguien que come en exceso”. Por lo tanto, ya en la etimología de la palabra puede apreciarse una carga visible de transgresión normativa, aclaran De Domingo Bartolomé y López Guzmán (2014).

Foucault (2000) señala que en los inicios de la Revolución Industrial —a fines del siglo XVII y durante el siglo XVIII— es posible observar la aparición de ciertas técnicas disciplinarias por medio de las cuales los *cuerpos individuales* comenzaron a estar bajo la supervisión del Estado. El propósito de estas técnicas disciplinarias sobre los cuerpos es aumentar su productividad: los cuerpos deben volverse útiles por medio de, por ejemplo, el adiestramiento. Esto es lo que Foucault ha dado en llamar *anatomopolítica*.

Posteriormente, durante la segunda mitad del siglo XVIII, Foucault sitúa la aparición de una nueva tecnología —lo cual no implica la desaparición de la anterior— destinada a la *multiplicidad de los hombres*. De este modo, los hombres son considerados como una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, tales como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etc. Este segundo ejercicio del poder no es individualizador, sino masificador; es decir, no se dirige al hombre-cuerpo, sino al hombre-especie; con esto, se hace referencia a la llamada *biopolítica* (Foucault, 2000).

Foucault explica que a partir de ese momento la medicina cobra un rol crucial en el control de la higiene pública, comienzan a preocupar de un modo especial, no tanto las enfermedades mortales, como los padecimientos que conllevan la sustracción de fuerzas o la disminución del tiempo de trabajo, inquieta tanto por lo que deja de producirse, como por los cuidados y el costo que pueden requerir las personas enfermas.

En concordancia con ello, hoy en día, el deterioro de la capacidad productiva y las muertes jóvenes de quienes presentan obesidad, son los principales argumentos que se esgrimen para la ejecución de políticas públicas que combatan esta pandemia.

Foucault, en uno de los ensayos publicados en *La vida de los hombres infames* (1996), analiza la medicina desde el punto de vista del funcionamiento social. Dicho análisis no comprende exclusivamente al profesional de la medicina, sino también a las formas que adopta la práctica médica y a los objetos que pueden ser medicalizados:

Cada cultura define de una forma propia el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscita su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. (p.13)

Por medio de la disciplina se puede enseñar a los sujetos a que sean útiles, por lo que la disciplina busca fiscalizar y controlar el cuerpo a través de la conducta. Desde este punto de vista, la persona nombrada popularmente como gorda debe cambiar sus hábitos, controlarse con el fin de volverse más ágil y productiva, ya que la utilidad del cuerpo es una imposición social, pero en el improbable caso de que sea un sujeto productivo, deberá evitar que su trastorno lo lleve a contraer otras enfermedades como la diabetes e hipertensión.

Desde esta perspectiva, a las personas obesas, se les procura disciplinar indicándoles todo tipo de dietas o regímenes: esta obediencia se medirá en términos de éxito o fracaso, del logro o no del descenso de peso, es decir, al obeso se lo juzga según haya podido o no cumplir con la dieta.

¿Pero a quién o a qué deben obedecer los cuerpos?

Como podemos ver, analizando la problemática de la obediencia resulta difícil de determinar, si se tiene en cuenta que además las personas obesas están insertas en un sistema que alentará y premiará el consumo de alimentos obesogénicos a través de las ingeniosas y efectivas estrategias comerciales y publicitarias que imparten las colosales industrias alimentarias.

Si se considera que estos cuerpos tienen una biología y/o genética que los predispone al sobrepeso y obesidad, también hay que tener en cuenta que su alimentación está condicionada y a merced del consumo de sustancias que son hipercalóricas y que además se han diseñado para ser adictivas.

Entonces, siguiendo los aportes de la biopolítica, ¿Cómo controlar o normativizar los cuerpos? Foucault (1996) señala que el poder, para gestionar la vida de las personas, necesita mecanismos permanentes y reguladores. Por lo tanto, más que desplegar prohibiciones y represiones, necesita clasificar, medir, jerarquizar y excluir, y tiene como parámetro la norma, es decir, busca establecer estrategias de normalización. La norma puede aplicarse tanto a un cuerpo que se quiere disciplinar como a una población que se quiere regularizar.

1. 4. La clasificación del cuerpo obeso

Uno de los dispositivos utilizados para la clasificación de los cuerpos es el llamado índice de masa corporal (en adelante, IMC), aunque se trata de un sistema bastante cuestionado. El IMC no mide la salud global, ni la calidad de vida de las personas, sino que se limita al análisis de dos variables: el peso y la altura. Según los datos que se inserten en estas dos variables, los sujetos se ubicarán de un lado u otro de la tabla, y serán catalogados, por lo tanto, como obesos o no; es decir, se los clasificará según si están dentro de los parámetros de la normalidad o si son *anormales*.

El matemático y estadístico Adolphe Quetelet, en el siglo XIX, observó que el peso relativo del hombre medio era proporcional al cuadrado de la altura. La relación entre el peso corporal medido en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura medida en metros pasó a denominarse Índice de Quetelet, el cual es conocido en la actualidad como índice de masa corporal. El IMC es el parámetro más utilizado en el mundo en nuestros días, principalmente en investigaciones o estudios

epidemiológicos (Zubiaga Toro et al., 2014). Se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Un IMC igual o superior a 30 indica que hay obesidad. Asimismo, cuando este parámetro es elevado, implica la existencia de riesgo de ciertas enfermedades no transmisibles, ya que la obesidad es un importante factor de riesgo de enfermedades como:

- enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular),
- diabetes,
- trastornos del aparato locomotor (osteoartritis principalmente).
- algunos cánceres (endometrio, mama y colon).

En la siguiente tabla se puede observar la clasificación realizada por la OMS del estado nutricional según el IMC:

Tabla 1

Clasificación de la OMS del estado nutricional según el IMC.

| Clasificación | IMC (kg/m ²) | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| | Valores principales | Valores adicionales |
| <u>Bajo peso</u> | <18,50 | <18,50 |
| Delgadez severa | <16,00 | <16,00 |
| Delgadez moderada | 16,00 - 16,99 | 16,00 - 16,99 |
| Delgadez leve | 17,00 - 18,49 | 17,00 - 18,49 |
| <u>Normal</u> | 18,5 - 24,99 | 18,5 - 22,99 |
| | | 23,00 - 24,99 |
| <u>Sobrepeso</u> | ≥25,00 | ≥25,00 |
| Pre obeso | 25,00 - 29,99 | 25,00 - 27,49 |
| | | 27,50 - 29,99 |
| <u>Obesidad</u> | ≥30,00 | ≥30,00 |
| Obesidad clase I | 30,00 - 34,99 | 30,00 - 32,49 |
| | | 32,50 - 34,99 |
| Obesidad clase II | 35,00 - 39,99 | 35,00 - 37,49 |
| | | 37,50 - 39,99 |
| Obesidad clase III | ≥40,00 | ≥40,00 |

Nota. Fuente: BMI classification, de la Organización Mundial de la Salud. Extraído de: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html el 19/7/2018.

La Organización Mundial de la Salud advierte que el cálculo del IMC debe ser considerado a título indicativo, puesto que no discrimina el peso asociado a adiposidad. Asimismo, existe creciente evidencia de que las relaciones entre el IMC, el porcentaje de grasa corporal y la distribución de grasa corporal difieren entre algunos grupos étnicos.

Por otra parte, el aumento del IMC en *rugbi*ers, luchadores y otros atletas que aumentan su masa muscular y no la grasa, así como el mantenimiento del IMC en adultos que disminuyen su masa magra pero que aumentan su grasa, logran demostrar que el IMC no está relacionado solamente con la adiposidad, sino con todos

los componentes de la composición corporal. De este modo, tanto si se trata de estos ejemplos como de las claras diferencias que tienen las estructuras corporales de las diferentes etnias, parece que la probabilidad de errores de diagnóstico y epidemiológicos teniendo en cuenta solo el índice de Quetelet es concreta y existe (Braguinsky, 2005).

Así como el IMC puede indicar sobrepeso en ciertos atletas que cuentan con mucha masa muscular y poca adiposidad, algunos autores también consideran que el IMC subestima a personas que en realidad son obesas o que presentan comorbilidades derivadas del exceso de grasa corporal (Krakauer & Krakauer, 2012; Zubiaga Toro et al., 2014). Definir la obesidad a partir de un IMC ≥ 30 es, por lo tanto, arbitrario sin lugar a dudas, y la comunidad científica es consciente de esto. Sin embargo, han consensuado puntos de corte a fin de realizar estudios comparativos y evaluar las intervenciones que se toman respecto a este complejo problema global (Fuchs, 2005).

En general, los especialistas recomiendan que, para evaluar la calidad de los resultados de la cirugía bariátrica, la pérdida de peso debe medirse a través de las nuevas herramientas existentes. La utilización de estas nuevas herramientas debería minimizar el sesgo que supone emplear el IMC (Sabench Pereferrer y Sánchez Santos, 2017)

Uno de los hechos sobre los que el IMC no puede dar cuenta es que el exceso de tejido adiposo puede distribuirse de forma uniforme o puede concentrarse especialmente en determinadas regiones del cuerpo. Por esta razón, los expertos sugieren que, además de tener en cuenta el IMC, es preciso utilizar otro indicador que mida la circunferencia abdominal, por lo que otro indicador utilizado es el llamado perímetro de cintura. Cuando el exceso de grasa corporal se acumula principalmente en la cavidad abdominal, recibe la clasificación de obesidad abdominal o central. Este tipo de obesidad se presenta como un factor de riesgo independiente en la aparición de enfermedades relacionadas con la obesidad.

Las medidas mencionadas –el IMC y el perímetro de cintura– son las más utilizadas actualmente en estudios de poblaciones. Este hecho se debe a que aún no se ha consensuado una clasificación que tenga mejor aplicabilidad para las distintas personas existentes (Fuchs, 2005).

A pesar de la búsqueda de precisión y rigurosidad de la ciencia, la sociedad adopta otros parámetros para clasificar los cuerpos, sus tamaños y su forma, lo cual responde generalmente a estándares estéticos más que a razones productivas, vitales o de supervivencia.

Las sociedades occidentales exaltan e idolatran los cuerpos que se encuentran por debajo del peso estandarizado como normal, al mismo tiempo que condenan los cuerpos que se hallan por encima del peso estándar.

Esta exigencia absoluta de belleza y delgadez repercute principalmente en la *imagen corporal* y en la calidad de vida relacionada con la salud, tal como se analizará en los capítulos subsiguientes.

En nuestros días, el cuerpo se ha convertido en objeto de optimización estética y técnico sanitaria; actualmente, la praxis ortopédica de antaño cede a las intervenciones estéticas. Asimismo, estas exigencias corporales están subsumidas a la lógica del mercado y los distintos elementos involucrados en la estética corporal se vuelven medibles; es decir, se convierten en recursos económicos que se pueden aumentar, comercializar y explotar, según los intereses de los agentes implicados (Byung-Chul Han, 2014). Desde este enfoque, “El cuerpo se encuentra hoy en crisis. No solo se desintegra en partes corporales pornográficas, sino también en series de

datos digitales. La fe en la mensurabilidad y cuantificabilidad de la vida domina la época digital en su conjunto” (Byung-Chul Han, 2015, p. 27).

1. 5. Epidemiología de la obesidad

La obesidad, como se explicó anteriormente, es un padecimiento que atañe a las problemáticas de salud colectiva. Si se tiene en cuenta la visión de la epidemiología, puede observarse que la obesidad es una temática relativamente joven.

La primera vez que esta temática estuvo en la agenda médica fue en el año 1970, en Londres, donde se realizó el primer congreso para tratar la obesidad como enfermedad.

Recién en la década siguiente, la Organización Mundial de la Salud convocó a expertos académicos para afrontar oficialmente el problema de la obesidad, y se creó la IOTF (*International Obesity Taks Force*) a fin de concientizar y accionar sobre esta problemática (Fuchs, 2015)

Pese a las diversas e ininterrumpidas campañas para encarar sanitariamente la enfermedad, la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado de manera alarmante en casi todo el mundo. Por lo tanto, actualmente sigue siendo una “epidemia global” tal como lo advirtiera la Organización Mundial de la Salud ya en el año 1997. En algunos de los documentos elaborados por esta organización incluso se la define como “globesidad” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según las opiniones de los organismos internacionales y de las comunidades científicas, la problemática del sobrepeso y la obesidad está reemplazando los problemas más tradicionales, como la desnutrición y las enfermedades infecciosas. Los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud, en su nota descriptiva N° 311 del año 2015, son, de hecho, alarmantes:

- Desde 1980, la obesidad se ha duplicado en todo el mundo.
- En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.
- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En 2014, el 39 % de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso (un 38 % de los hombres y un 40 % de las mujeres), y el 13 % (un 11 % de los hombres y un 15 % de las mujeres) eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal; es decir aquellas que se encuentran por debajo de lo que se considera un peso saludable.

Los países que cuentan tanto con ingresos medianos como bajos, están actualmente afrontando una "doble carga" de morbilidad. Por un lado, estos países continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición; por el otros, están al mismo tiempo experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos. Por todo lo mencionado aquí, se ven los motivos por los que no es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, en una misma comunidad, incluso en un mismo hogar (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Por primera vez en la historia de la humanidad, el número de personas obesas ha superado el número de personas desnutridas. Las conclusiones de un reciente estudio dirigido por el Imperial College de Londres y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Con el objetivo de que los diferentes estados comprendan la verdadera naturaleza de los desafíos de salud de su país y puedan evaluar los cambios en el transcurso del tiempo, se creó el *Global Burden of Disease* (GBD). Se trata un grupo de profesionales independientes que investiga la carga y los efectos globales de las enfermedades. La idea de fondo es que al conocerse en cada región las causas y los efectos de ciertas enfermedades, estas podrían prevenirse o tratarse más adecuadamente.

Con la finalidad de generar información respecto a las consecuencias de estos padecimientos, se analizó la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo de 25 años (de 1980 a 2015) en 195 países. El foco estaba puesto en la influencia del sobrepeso y la obesidad sobre desenlaces como muerte y discapacidad; asimismo, se buscó reunir información respecto las tendencias del IMC en el contexto del desarrollo socioeconómico mundial.

Las estimaciones del estudio muestran que en 2015 existían alrededor de 107 millones de niños y 603 millones de adultos con obesidad en el mundo. La prevalencia general de obesidad se calculó en un porcentaje de 12 % para adultos y de 5 % para niños. Otro de los datos que pudo extraerse fue que la prevalencia de obesidad era más alta en mujeres adultas que en hombres adultos, cuando, por otro lado, no se observaron diferencias entre los géneros en la infancia. El pico de obesidad en las mujeres se observó entre los 60 y 64 años; en los hombres, se observó entre los 50 y 54 años

La tendencia en la prevalencia de obesidad ha ido en alza en los adultos para ambos géneros entre 1980 y 2015, lo mismo se puede observar en los niños. Es importante destacar que, por un lado, esta tendencia constante en el aumento de la obesidad se observó en todos los estratos socioeconómicos. Por otra parte, se observó una variación según el estrato socioeconómico en la velocidad del crecimiento: la velocidad en el crecimiento de la obesidad fue mayor en países con índice socioeconómico medio-bajo, entre 1980 y el 2015.

En lo que respecta a la obesidad infantil, la prevalencia de obesidad en niños fue mayor en los países con índice socioeconómico alto. Sin embargo, también hubo un crecimiento de obesidad infantil en países con índice socioeconómico bajo, esta última fue del 20 %.

El estudio también arrojó datos importantes en cuanto a la mortalidad en relación con la obesidad. Se calculó que un índice de masa corporal alto ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) había contribuido a 7,1 % de las muertes de cualquier causa en el mundo; entre estas causas, ocuparon los primeros lugares los problemas cardiovasculares y la diabetes. Las muertes cardiovasculares fueron las más importantes con relación al índice de masa corporal alto: estas muertes representaron casi un 44 % de las muertes asociadas a dicho índice de masa corporal. La diabetes fue la segunda causa más importante de muerte asociada a un índice de masa corporal alto, ya que el número de muertes por diabetes fue considerablemente más significativo en el grupo de pacientes con obesidad.

Además de estas dos condiciones fundamentales en relación con la obesidad, también se obtuvo evidencia para establecer una causalidad en el aumento del índice

de masa corporal en relación con la aparición de neoplasias. Estas neoplasias pueden ser de diversa índole: de esófago, de colon, de recto, de hígado, de vesícula biliar, de páncreas, de mama, de útero, de ovario, o estar relacionadas con enfermedades como tiroides o leucemia.

En líneas generales y con lo comentado hasta aquí, es posible afirmar que desde 1990 hasta el 2015 se observó un aumento en la tasa de muerte y discapacidad relacionada a un índice de masa corporal alto. Este estudio, por lo tanto, confirma que el sobrepeso y la obesidad continúan creciendo de manera alarmante en todos los estratos de edades, géneros y niveles socioeconómicos.

Al mismo tiempo, se observa en este estudio que el contexto social y económico no parece explicar el incremento del índice de masa corporal, ya que la prevalencia ha ido aumentando en todos los países.

Ante este fenómeno, una posible explicación es que el desarrollo mundial ha provocado cambios en los patrones de alimentación y de actividad física de las personas, ya que el resultado es una mayor ganancia energética, pero con menor gasto. Uno de los mensajes importantes del estudio es que, las medidas que se toman para combatir y hacer frente a este padecimiento deben consistir necesariamente en una estrategia global y no solo de los esfuerzos individuales de cada país (The Global Burden of Disease, 2015; Obesity Collaborators, 2017).

1. 6. Prevalencia de obesidad en la Argentina

La epidemia de obesidad es un fenómeno mundial del que la Argentina no está exenta. Algunas cifras pueden contribuir a ilustrar la situación en nuestro país: cuatro de cada diez adultos tiene sobrepeso y dos de cada diez, obesidad.

Este problema de salud se encuentra en claro aumento, tanto en adultos como en etapas más precoces de la vida.

En la Argentina, en el 2013, se llevó a cabo la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Estas enfermedades están conformadas por patologías de tipo cardiovasculares o respiratorias, y otras como diabetes o cáncer. El objetivo de la encuesta fue monitorear la evolución de estas patologías y describir su distribución en subgrupos. No fue, sin embargo, la primera encuesta de estas características, sino que tuvo precedentes en la encuesta llevada a cabo en el año 2005, y luego nuevamente en el año 2009. Entre los factores de riesgo que se tienen en cuenta a la hora de monitorear estas patologías y de clasificar los subgrupos, se incluye la obesidad, el sobrepeso, el tabaco, el consumo de alcohol y el sedentarismo, entre otros.

Más de la mitad de la población (57,9 %) presentó exceso de peso (obesidad y sobrepeso). Con estas cifras, se corrobora un aumento significativo de la obesidad, ya que en el 2009 el valor había sido de 53,5 % y en el 2005 de 49,1 %. Este porcentaje se compone de un 37,1 % de personas con sobrepeso y de un 20,8 % de personas con obesidad. Los valores fueron mayores entre los varones (43,3 %) que entre las mujeres (31,3 %). También fueron superiores entre la población de mayor edad que en el grupo de población más joven: las cifras alcanzaron un máximo de 42,6 % en el grupo de 65 años y más y llegaron a un 25,4 % en el grupo de 18 a 24 años.

La prevalencia de obesidad, por su parte, fue del 20,8 % en la 3.^a edición de la ENFR en el año 2013. Esto implicó un aumento del 15,6 % con respecto a la edición de 2009 (prevalencia de 18,0 %) y del 42,5 % en relación con la edición 2005 (prevalencia de 14,6 %). También resulta un dato significativo que la población que declaró tener un nivel educativo de “hasta primario incompleto” presentó una

prevalencia mayor de obesidad (28,1 %) que el grupo con “secundario completo y más” (17,0 %). No se evidenciaron diferencias entre los distintos quintiles de ingreso por unidad consumidora.

En lo que respecta específicamente a la alimentación, los hábitos y las costumbres a la hora de ingerir alimentos, así como a los tipos de alimentos ingeridos, también se notaron desmejoras en el transcurso de los años. El 25,4 % de los encuestados declaró que agregaba sal a las comidas siempre. Esta cifra es algo superior a la de la primera encuesta: en el 2005 lo hacía el 23,1 %. Asimismo, la prevalencia del consumo diario de verduras descendió del 40 % en 2005 a 37,6 %, en el 2009. En ese mismo año solo el 4,8 % de la población consumía al menos cinco porciones de frutas y verduras diarias. El promedio de la población fue una ingesta de dos porciones diarias, cuando las recomendaciones indican que deberían ser al menos cinco. (Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

Al mismo tiempo que se produjeron, en los últimos años, desmejoras en los hábitos alimentarios de la población de Argentina, también se observó que el consumo de frutas y verduras decrecía en tanto era menor la edad de las personas. Asimismo, en la región Patagonia –aunque fue baja en todo el país–, se observó que el consumo de frutas y verduras decrecía en la medida en que había menores ingresos y menor nivel educativo.

En adición al aumento de la alimentación poco saludable, entre el 2005 y el 2009 se observó un incremento significativo de la inactividad física. A su vez, y probablemente como consecuencia, se incrementaron la obesidad, la diabetes y el colesterol elevado (Ferrante et al., 2011).

El desarrollo periódico de esta encuesta, ha permitido observar que, a lo largo de las últimas décadas, se fue desarrollando una transición nutricional, caracterizada por una dieta con gran densidad energética y un aumentado consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, azúcares y sodio. Otro factor relevante, y que también sigue la tendencia mundial, es el alto consumo de productos ultra procesados como las bebidas azucaradas, los snacks y las comidas rápidas.

En suma, todo esto predispone a la aparición de factores de riesgo y enfermedades como la hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, algunos cánceres, osteoporosis, sobrepeso y obesidad

No existen, tanto en Argentina como en el resto del mundo, fuentes de datos primarios sólidas para estimar la mortalidad por obesidad. Esto se debe principalmente al hecho de que la obesidad es una causa de muerte distal, lo cual hace que sea difícil que se identifique en los instrumentos de recolección a la hora de su certificación (Ministerio de Salud, 2016). A pesar de ello, mediante estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, es posible calcular que cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas en el mundo como consecuencia del exceso de peso.

A partir de estos datos –y siguiendo el razonamiento del Ministerio de Salud de la Nación–, podemos sacar algunas conclusiones. Si la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad se hubieran mantenido en los valores observados en el 2005, en el año 2013 se hubiesen evitado el 5,5 % de las muertes ocurridas en personas adultas en Argentina, lo cual implica cerca de 18.000 fallecimientos (Ministerio de Salud, 2016). En la Argentina, esto se refleja en una elevada tasa de muertes prematuras, principalmente debidas a causas cardiovasculares (48 %), pero también a otras patologías, como el cáncer (14 %). Estos datos, al mismo tiempo, dan cuenta del fuerte impacto que tienen el sobrepeso y la obesidad en la esfera económica; este impacto

no solo puede notarse en los costos de atención sanitaria, sino también en las mermas que se ocasionan en el sector productivo.

Se estima, según un estudio publicado en el año 2010, que en Argentina las muertes atribuibles al sobrepeso y a la obesidad fueron 14.776. Según esta información, es posible afirmar que el sobrepeso y la obesidad en Argentina llevaron ese año a una pérdida de 596.704 años de vida saludable. Asimismo – y en relación con las mermas que ocasiona el sobrepeso en el sector productivo–, se calculó el costo total que tuvieron en el país las muertes prematuras: AR\$ 190,5 millones, y el 70 % de estas muertes prematuras pueden ser atribuidas al sobrepeso (Elgart et al., 2010).

1. 7. Estrategias públicas para prevenir y afrontar la obesidad

La Organización Mundial de la Salud considera que el sobrepeso y la obesidad son prevenibles, como también lo son, consecuentemente, el resto de las enfermedades no transmisibles asociadas. Por este motivo, brinda ciertas recomendaciones que inciden tanto en el plano de lo singular como en el plano de lo social, y que también afectan a las industrias alimenticias.

En el plano individual, aconseja:

- limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares;
- aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

En la esfera social es importante:

- lograr un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, para dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba;
- lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos.

Respecto a la industria alimentaria, recalca la función importante que este sector posee en la promoción de una alimentación saludable y debería comprometerse a:

- reducir el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados;
- asegurar que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos;
- poner en práctica una comercialización responsable, y
- asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

La estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud es exhortar a todas las partes interesadas a adoptar medidas tanto a nivel mundial, regional y local, con el propósito de mejorar los regímenes de alimentación y la actividad física entre la población.

La idea que subyace a este plan de acción es que debería contribuir a avanzar en las nueve metas mundiales relacionadas con las enfermedades no transmisibles que se esperan cumplir para el 2025.

Entre las metas que proponen, cabe mencionar una reducción relativa de un 25 % en la mortalidad prematura que se debe a las enfermedades no transmisibles,

así como la contención de los índices mundiales de obesidad en los índices correspondientes al 2010 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Para cumplir estas metas, el ministerio de salud de la República Argentina, estima que son necesarias acciones multisectoriales de gran escala, ya que solo tareas de este tipo, de gran magnitud, podrán frenar la tendencia actual.

Las estrategias poblacionales propuestas y que están siendo puestas en marcha en algunos países, con mayor o menor grado de evidencia, son:

- la regulación del precio mediante impuestos y subsidios,
- el etiquetado y las advertencias sanitarias,
- la regulación de la promoción (publicidad, patrocinio y obsequios) dirigida a niños y a adolescentes,
- mejoras en el entorno alimentario escolar y laboral,
- mejoras en el entorno alimentario local en relación con la posibilidad de acceso de algunos alimentos,
- cambios en los componentes de los productos procesados y bebidas (menor proporción de sal, azúcar y grasas saturadas),
- campañas de comunicación o educación, y
- políticas económicas dirigidas al sector agrícola, entre otras (Ministerio de Salud, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala el entorno actual como un factor causante de sobrepeso y obesidad.

Se destaca la importancia fundamental de la alimentación, así como de las políticas relativas al comercio y la actividad agropecuaria, para determinar la calidad de los suministros de alimentos y, en consecuencia, de los patrones de alimentación. Sus recomendaciones comprenden políticas fiscales y otros incentivos para una mayor producción y consumo de alimentos saludables; la regulación de la comercialización y mercadotecnia de los alimentos no saludables; un mejor etiquetado de los productos ultraprocesados; y una mejora de los alimentos, así como un aumento de la actividad física, en los establecimientos escolares.

Estas recomendaciones con las que teóricamente coincide el Ministerio de Salud de la República Argentina, se apoyan en algunas políticas públicas ya adoptadas en América Latina, como el impuesto establecido en México a las bebidas azucaradas y las golosinas de alto contenido calórico; la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a los niños en varios países; y las directrices alimentarias de Brasil basadas en alimentos y comidas tradicionales. (Ministerio de Salud, 2015)

Sin embargo, en la práctica, al año 2018, ocurre casi lo contrario, el año pasado el gobierno nacional eliminó la suba en impuesto a las bebidas azucaradas (Franco, 2017)

Hay que tener presente que en el plan de acción de la OPS (2015), también se subraya la necesidad de más intervenciones gubernamentales para establecer, lograr y reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad. Por ejemplo, está bien demostrada la eficacia de factores como el precio, la disponibilidad y otros controles regulatorios sobre el consumo del tabaco. Sin embargo, algunos intentos recientes de aplicar regulaciones obligatorias para mejorar el suministro de alimentos se han visto obstaculizados por la desinformación y las publicaciones científicas tendenciosas, además de la presión de los intereses comerciales.

Para la OPS (*Ibidem*) en América Latina hace falta más información sobre la fabricación, la venta y el consumo de productos ultraprocesados en cada país en particular, que pueda compararse a nivel internacional. Así, los gobiernos podrán entonces formular, acordar, adoptar y vigilar las políticas y los programas para

fomentar pautas alimentarias saludables cuya calidad esté respaldada firmemente por la evidencia y que, además, sean relevantes para el contexto local.

Estas medidas aún se implementan muy débilmente en la República Argentina, incluso parecería que el acento está puesto en la búsqueda de una toma de conciencia individual, más que en acciones globales que incluyen varios sectores de la población.

A través del decreto N°330 del año 2017, se fijó el *Día nacional de lucha contra la obesidad* para el tercer miércoles del mes de octubre con el objetivo de sensibilizar a la población sobre la problemática de esta enfermedad. La creación de esta fecha busca instalar la problemática en la agenda pública y sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención y el control. (Ministerio de Salud, 2017)

Algunos países reconocen la cirugía bariátrica como una opción adecuada para el tratamiento de la obesidad mórbida. Actualmente, Argentina se muestra en concordancia con la tendencia mundial, ya que el número de cirugías que aquí se realizan –como en el resto del mundo– va en aumento. Si bien no hay datos oficiales, se estima que se practican aproximadamente 5.000 cirugías bariátricas por año. Esta cifra aproximada se obtiene del hecho de que los especialistas hacen en promedio entre 25 y 30 cirugías de este tipo por mes. En estas cirugías suelen aplicarse dos técnicas quirúrgicas que son conocidas como: el bypass gástrico en Y de Roux y la gastrectomía tubular vertical en manga.

La edad promedio de los pacientes que acceden a las cirugías bariátricas oscila entre los 40 y los 50 años. Asimismo, se observa una diferencia considerable en relación con el sexo de los pacientes que se realizan estas intervenciones: un 70 % es de sexo femenino, mientras que un 30 % es de sexo masculino (Román, 2015).

1. 8. La cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad

La cirugía bariátrica no es más que una de las medidas terapéuticas que se orientan hacia el tratamiento de la obesidad. Su finalidad es mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes, controlar las enfermedades asociadas y disminuir el riesgo de futuras complicaciones, mediante una pérdida de peso adecuada y mantenida.

La medicina reconoce que los mecanismos responsables del mantenimiento del sobrepeso y obesidad, se encuentran no sólo en el complejo funcionamiento metabólico, o neuroendocrino, sino también en el comportamiento del sujeto.

Por lo tanto, es necesario que la persona afectada realice cambios en los hábitos alimenticios, pero en caso de que ello no sea efectivo o suficiente; una opción posible, consiste en actuar fisiológicamente sobre los mecanismos responsables de las sensaciones de hambre y saciedad de forma tal que el sujeto, finalmente, coma menos; esta es la razón que convierte a la cirugía bariátrica en una herramienta concreta y efectiva, pese a que no dirige su accionar a la génesis del problema.

En Argentina, en concordancia con el resto del mundo, se utilizan principalmente dos técnicas quirúrgicas: una conocida como **banda gástrica laparoscópica**, también conocida como gastrectomía vertical de manga, la cual induce la pérdida de peso al reducir el tamaño o la capacidad gástrica, y con esto limita drásticamente la ingesta de alimentos ; el otro procedimiento se llama **bypass gástrico Roux-en-Y** y consiste en una técnica mixta que, además de restringir la capacidad gástrica, interrumpe la absorción de los nutrientes y alimentos ingeridos; por su parte ambas técnicas eliminan el techo gástrico reduciendo la producción de *Ghrelin* (hormona que estimula ciertas neuronas hipotalámicas provocando un aumento del apetito).

Estas operaciones consiguen pérdidas de peso considerables, de aproximadamente un 25 % a un 30 % del peso corporal inicial entre los primeros 12 meses después de la cirugía. Si se consideran los primeros 24 meses, la pérdida de peso puede llegar incluso a un 35 % del peso corporal inicial.

El acto de comer en estos pacientes estará regulado por la restricción de las porciones y por la saciedad temprana que impone la nueva anatomía, además la falta de Ghrelina reduciría el apetito. Las personas que han sido intervenidas deberán, disminuir el tamaño de los bocados, bajar el ritmo y velocidad de la masticación, y les será necesario parar de comer tan pronto hayan alcanzado una sensación de saciedad, en caso de no hacerlo, experimentan fuertes dolores en la boca del estómago, y algunos incluso vomitarán.

Asimismo, los pacientes operados deben aprender a administrar las ingestas de líquidos y sólidos, ya que, con el nuevo volumen del estómago, habrá capacidad tan solo para una u otra sustancia, no van a poder consumir líquidos y sólidos de forma simultánea, sino que deberán alternar entre uno u otro: comer primero lo sólido, por ejemplo, y, solo luego de cierto tiempo, ingerir líquidos.

Así, la metodología restrictiva podría considerarse, en palabras de Kral y Kissileff (1987), citado por Ruiz Moreno et al. (2002) como una “cirugía de conducta”.

El principio de acción de las cirugías de tipo restrictivo consiste, fundamentalmente, en producir una obstrucción física de la ingesta una vez la comida llega al estómago o bien en una distensión supra fisiológica de la bolsa gástrica cuando las cantidades de alimento son superiores a su capacidad de almacenaje.

Muchos pacientes, una vez que han superado la etapa de descenso de peso acelerada tras la cirugía –lo cual suele darse durante el primer año después de la operación– se enfrentan nuevamente con una realidad: la de tener que controlar voluntariamente la cantidad de alimento que ingieren

Cabe la pregunta ¿Cómo y cuándo surgió la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad?

Si bien la técnica quirúrgica bariátrica comenzó esencialmente a mediados del siglo XX, recién a finales del XIX se produjeron más firmemente los primeros pasos experimentales a partir de la observación de una significativa bajada de peso en pacientes con enfermedades malignas o vasculares a los cuales se les había resecado el intestino delgado.

Estos mecanismos de hipo absorción y de restricción gástrica –sola o combinada– que se practicaron en el pasado han llegado a la actualidad como principios quirúrgicos inalterables, aunque actualmente lo que se busca es una disminución no solo de la ingesta, sino también del peso (González González et al., 2008).

El período investigativo en cirugía bariátrica con los objetivos que se persiguen en la actualidad ocurrió básicamente entre los años 1954 y 1970. Desde 1970 a 1983 estos procedimientos fueron cuestionados, criticados y, en algunos casos, desechados. A partir de 1983 y hasta 1990 la cirugía bariátrica fue una práctica controversial, pero tolerada. En el año 1991, bajo el auspicio de National Institutes of Health (NIH) se generó un consenso en cuanto a la cirugía digestiva en pacientes con obesidad mórbida.

Desde ese año y hasta el 2001, la cirugía bariátrica entró en un período de aceptación, tanto en los pacientes como en la comunidad médica. Esta aceptación fue creciente con la implementación de la técnica quirúrgica laparoscópica, con el apoyo farmacéutico y con la adopción de la cirugía bariátrica en la mayoría de los hospitales

docentes o universitarios, ya que hasta 1995 estas cirugías únicamente se realizaban en centros privados (Fobi, 2010).

Al recuperar la historia de la cirugía bariátrica en la Argentina, se destaca como un hecho importante la promulgación de la ley N° 26.396, en el año 2008, que ampara a los enfermos de obesidad por medio de una exhortación a las obras sociales y a las políticas públicas a brindarles asistencia sanitaria. Esta legislación, implicó, el reconocimiento de la obesidad como un trastorno alimentario y también como un problema concerniente a la salud pública; a la vez, incorporó al programa médico obligatorio las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de pacientes con obesidad, incluyendo la **cirugía bariátrica**.

El Comité de Cirugía Video endoscópica y Min invasiva de la Asociación Argentina de Cirugía elaboró y publicó las *Guías para una cirugía bariátrica segura* (2009). Esas guías son producto del trabajo interdisciplinario y del consenso entre psicólogos y cirujanos bariátricos. Allí se especifican claramente las indicaciones generales para la cirugía bariátrica, entre las que se incluyen los criterios de selección de los pacientes:

- presentar un índice de masa corporal (IMC) $\geq 35 \text{Kg/m}^2$ con la presencia de comorbilidades, como:
- diabetes,
- hipertensión arterial,
- dislipemias,
- apneas del sueño.

Asimismo, en estas guías se especifican cuáles son los objetivos fundamentales que se persiguen con la realización de una cirugía bariátrica. Son los siguientes:

- que el paciente descienda el 50 % del exceso de peso y logre mantenerlo a largo plazo,
- curar o mejorar las enfermedades asociadas, y
- mejorar la calidad y expectativa de vida (AAC, 2009).

Cabe aclarar que, al mes de junio de 2018, la AAC no ha publicado modificaciones respecto de estos objetivos.

Respecto al seguimiento terapéutico durante el período posoperatorio, el Grupo de Psicólogos en Cirugía de la Obesidad (GPCO, 2011) elaboró un documento de forma consensuada donde se enfatiza sobre la necesidad de que el paciente reciba un seguimiento psicológico durante, como mínimo un año posterior a la cirugía. Esta indicación concuerda con las publicaciones de diferentes sociedades científicas, nacionales e internacionales abocadas al estudio y tratamiento de la cirugía bariátrica (Rubio et al., 2004; Ríos-Martínez et al., 2010; Grupo de Psicólogos en Cirugía de Obesidad, 2011)

Este seguimiento se hace necesario debido a los cambios que los pacientes experimentan y la adaptación que deben enfrentar durante este periodo, producto del impacto de la nueva anatomía digestiva y del rápido descenso de peso.

Asimismo, como efecto del marcado adelgazamiento, se observan cambios en el órgano de la piel. Los cambios más notorios probablemente sean los colgajos y pliegues, que aparecen generalmente en la zona del abdomen –el llamado *delantal*–, pero los colgajos también pueden aparecer entre las piernas y los brazos. Esto requiere en muchas ocasiones de la intervención de un cirujano plástico, ya que la piel sobrante en demasía genera problemas dérmicos como celulitis y micosis, trastornos circulatorios, dificulta seriamente la motilidad, y repercute negativamente sobre la *imagen corporal*. Sin embargo, en muchas ocasiones, las demandas de cirugías

plásticas van más allá de lo necesario, ya que los pacientes buscan un ideal corporal socialmente establecido que es inalcanzable según la constitución física de estos sujetos (Domingues do Nascimento et al., 2013).

Sumado a ello, algunos pacientes posteriormente a la cirugía, manifiestan ciertas complicaciones secundarias, tales como: alteraciones nutricionales y metabólicas, anemia, caída del pelo, falla hepática, formación de cálculos biliares, úlceras y hernias incisionales, entre otras (Lecaros-Bravo et al., 2015).

La mayoría de los fundamentos de la labor clínica que se realiza con estos pacientes se han consensuado sobre la base de las publicaciones extranjeras, así como a partir de intercambios experiencias personales entre profesionales de distintas disciplinas que se llevan a cabo en diferentes congresos y jornadas especializadas.

Sin embargo, lamentablemente, aún no hay investigaciones locales que permitan desentrañar los componentes psicológicos implicados en el proceso posquirúrgico de la cirugía bariátrica, como tampoco la relación de ellos con los resultados en cirugía bariátrica.

Ocurre que esta técnica quirúrgica es una práctica relativamente reciente en Argentina y en el mundo.

En lo que respecta a la condición psicológica de los pacientes, el National Institutes of Health (NIH) en 1991 sugirió que se efectúen evaluaciones psicológicas pre quirúrgicas. La iniciativa se tomó tras relevar una alta tasa de psicopatologías presentes entre los candidatos a la cirugía bariátrica, es decir entre la población con obesidad extrema. Esta recomendación fue adoptada por las diferentes sociedades científicas y actualmente es en Argentina un requerimiento obligatorio de acuerdo al último consenso en cirugía de obesidad (Asociación Argentina de Cirugía, 2009; Sarwer y Dilks, 2011).

El enfoque de estas evaluaciones previas es a menudo la detección de psicopatologías, por lo que no difiere de las usuales evaluaciones de salud mental.

Sin embargo, generalmente también incluye una evaluación de los factores de comportamiento que pueden haber contribuido al desarrollo de la obesidad extrema, así como una evaluación de los recursos subjetivos para enfrentar los cambios necesarios, de modo que se vea si es posible lograr un resultado óptimo posoperatorio.

Según las *Guías para una cirugía bariátrica segura* de la Asociación Argentina de Cirugía (2009) se contraindica la cirugía en los casos en los que se detectan patologías psiquiátricas inestables, recidivantes y sin tratamientos. Del mismo modo, resulta una contraindicación absoluta la toxicomanía (alcohol, drogas psicoactivas) en fase activa o no controlada y está prohibida en la infancia por interferir con el crecimiento.

Asimismo, en las entrevistas previas también se obtiene información sobre la edad de inicio de la obesidad, así como la historia o antecedentes de la obesidad en la familia extendida. Esto se hace porque los pacientes que han padecido obesidad desde la infancia o que tienen una historia de obesidad a lo largo de distintas generaciones familiares probablemente tienen una predisposición biológica genética a la obesidad.

Además de una evaluación psicológica y de las indagaciones sobre posibles antecedentes genéticos de obesidad, también se revisan los esfuerzos previos que han hecho los pacientes para perder peso. De este modo, se les pregunta si han intentado perder peso en el pasado y se examinan los hábitos alimenticios de los pacientes con el fin de detectar los comportamientos problemáticos específicos que deben modificarse antes de la cirugía. Respecto a esto, cabe aclarar que, si bien estos

aspectos son examinados por nutricionistas, la visión del profesional de la salud mental resulta útil (Sarwer y Dilks, 2011).

Se indaga, además, sobre la posible presencia de trastornos alimentarios, especialmente trastornos que lleven a atracones de comida o indicios del llamado comedor nocturno. Asimismo, se presta especial atención a la presencia de los trastornos que contraindican la cirugía, como los que se han señalado anteriormente. Se evalúan también el estado de ánimo y la ansiedad, así como la presencia de trastornos del pensamiento, tales como la esquizofrenia y el trastorno disociado de la identidad; ambos pueden aparecer, aunque raramente, entre los candidatos a la cirugía.

En Estados Unidos, según algunos estudios sobre el tema, se estima que hasta el 40 % de los pacientes que se presentan para realizarse una cirugía bariátrica realizan o participan en algún tipo de tratamiento de salud mental. Además, del total de los pacientes que desean someterse a esta intervención, aproximadamente el 50 % ha concurrido alguna vez a un tratamiento de salud mental (Friedman et al., 2007; Sarwer et al., 2004, citado en Sarwer y Dilks, 2011).

El documento de Consenso Argentino en Psicología Bariátrica aconseja a los profesionales de salud mental realizar e implementar los tratamientos que fueran necesarios para favorecer cambios en la conducta alimentaria y producir modificaciones en los hábitos de los pacientes (Andres et al., 2011).

Por el contrario, los especialistas norteamericanos recomiendan al equipo bariátrico no asumir ni abarcar tratamientos de salud mental de los posibles candidatos que no cumplan los requisitos psiquiátricos, sino admitir únicamente a aquellos pacientes que ya se encuentran estables y que presentan las condiciones apropiadas para someterse a la cirugía bariátrica (Sarwer y Dilks, 2011).

El GPCO, por su parte, propone también en las primeras entrevistas instrumentar los medios necesarios para informar al paciente y asegurar su comprensión respecto de la cirugía y de sus consecuencias, lo cual promueve la idea de que la cirugía está dentro de un proceso de cambio y tratamiento, y no consiste en una intervención independiente de otros factores.

Las mejoras significativas en la salud se producen dentro de los tres meses después de la operación, particularmente se reporta una mejora o remisión de la diabetes mellitus de tipo 2. Otras condiciones de salud que se resuelven o que mejoran significativamente después de la cirugía bariátrica son la apnea obstructiva del sueño, la hipertensión, la dislipidemia y la esteatosis hepática. Estas modificaciones resultan en reducciones significativas de la mortalidad durante un periodo que va de 7 a 10 años después de la operación.

El tratamiento no quirúrgico para perder peso, a simple vista presenta importantes desventajas: si bien el paciente es el principal protagonista y posee un rol activo, requiere de mucho tiempo y de un esfuerzo sostenido, para ir transformando la dieta en un régimen y luego incorporar los cambios a la rutina diaria. Este tratamiento además suele ser frustrante porque las curvas en el descenso de peso no se correlacionan tan linealmente con las ingestas, así, por ejemplo, una persona puede una semana seguir perfectamente las indicaciones nutricionales y no por ello tiene asegurado descender algún gramo en la balanza. En cambio, la cirugía bariátrica es mucho más rápida y se asocia a la ilusión tecnológica y mecanicista del modelo médico, el sujeto es más pasivo y pone sus esperanzas afuera de sí, en poco tiempo, generalmente los pacientes comienzan a descender alrededor de 1, 500 kg por semana, mientras que por el método convencional esos valores a veces no lo obtienen ni en un mes.

Álvarez (2009) señala que la cirugía bariátrica es un tratamiento superior a los utilizados convencionalmente para bajar de peso; cita un estudio que parece ser categórico: se estudiaron dos grupos de pacientes obesos, a la mitad de estos se les realizó la cirugía y a la otra mitad se les dio otro tipo de tratamiento médico para combatir la obesidad. Al analizar los resultados en los pacientes luego de un periodo de diez años, se observó una diferencia altamente significativa, ya que hubo en el grupo de los no operados mayor morbilidad y mayor mortalidad. Asimismo, este segundo grupo incurrió en gastos de tratamiento que fueron superiores a los gastos del grupo de enfermos operados.

La cirugía bariátrica también se ha asociado con mejoras en el estado de ánimo, la *imagen corporal*, la autoeficacia y la calidad de vida (Ames et al., 2016).

Esto explica según Álvarez, porqué la cirugía bariátrica ha logrado un sorprendente desarrollo y perfeccionamiento constante en los últimos 25 años, especialmente en comparación con otras técnicas quirúrgicas (Álvarez, 2009).

Sim embargo, no todo es color de rosa. Mediante este procedimiento, por ejemplo, los beneficios psicosociales informados en algunas publicaciones pueden limitarse a los primeros años posoperatorios, pues recordemos que el impacto que tiene la cirugía bariátrica en el funcionamiento psicológico de los pacientes a largo plazo es en gran parte desconocido (Sarwer y Dilks, 2011).

Actualmente, no se conoce bien la causa de algunos de sus efectos, por ejemplo, no hay una razón clara acerca de por qué algunos pacientes no corrigen las comorbilidades a pesar de haber bajado de peso; así como tampoco se conoce –y esto es quizás lo más desconcertante– por qué ciertos pacientes sí corrigen esas mismas comorbilidades.

Si bien hay diversas teorías al respecto, no hay una sola teoría que, fuera de toda duda, explique por qué ocurren estos cambios en algunos casos y en otros no. (Álvarez, 2009)

Tampoco se encuentra una explicación unánime acerca de por qué algunos pacientes recuperan un significativo porcentaje del peso perdido pese a tener acortado el intestino y achicado el estómago.

Es importante considerar que, para algunos autores, el logro de los objetivos de esta cirugía no siempre depende de la técnica quirúrgica empleada, sino que, además, resultan de influencia fundamental las propias características del paciente; fundamentando una vez más la importancia realizar una correcta selección de los candidatos y un adecuado seguimiento posquirúrgico. De hecho, las modificaciones que puedan observarse en la calidad de vida de las personas luego de la cirugía bariátrica no siempre se correlacionan con la satisfacción del paciente (Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004; Ames et al., 2016).

Hay publicaciones que insisten en la importancia de guiar a los pacientes hacia la comprensión de que la cirugía bariátrica es más una herramienta que la cura definitiva para luchar contra la enfermedad crónica de la obesidad.

De hecho, algunos estudios estiman que el 5 - 50% de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica requerirán cirugía de revisión (Cristóbal-Poch, et al., 2013), es decir que deberán someterse a una nueva intervención para solucionar problemas derivados de la cirugía primaria, lo que particularmente se indica para aquellos casos en los que el paciente no pierde el peso esperado o incluso recupera parte o todo el peso perdido.

Esta es la razón por la que recomiendan trabajar con los candidatos para construir expectativas realistas respecto de las mejoras en las comorbilidades médicas, la calidad de vida, la *imagen corporal* y las relaciones sociales después de

la cirugía bariátrica, procurando una mejor adherencia y cumplimiento con el tratamiento (Ames et al., 2016). Incluso, estos autores aconsejan a los profesionales en cirugía bariátrica navegar en un delicado equilibrio entre guiar a los pacientes hacia una comprensión precisa de los resultados del tratamiento sin que ello implique disminuir el entusiasmo por la posibilidad de mejorar la calidad de vida después de la pérdida de peso.

Hay que considerar también, que la cirugía bariátrica por sí sola tampoco podrá solucionar algunas de las complicaciones psicológicas - ampliamente asociadas a la obesidad - como pueden ser la insatisfacción con la imagen, la estigmatización social y el malestar emocional que esta conlleva, dado que generalmente no basta solamente con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico. (Ruiz et al., 2002).

Respecto a las expectativas de los pacientes, se observa que algunos candidatos sobreestiman la cantidad de peso que efectivamente perderán tras la intervención a la vez que subestiman la resolución o la mejoría en las comorbilidades médicas como la diabetes o la hipertensión, entre otras. Algunos imaginan que los problemas desaparecerán absolutamente y que, además, esto ocurrirá de forma inmediata (Ames et al., 2016).

La falta de satisfacción con los resultados posquirúrgicos esperados responde, para algunos autores, a una pobre información brindada en el momento previo a la cirugía, lo cual influye negativamente en el mantenimiento de comportamientos saludables a largo plazo. Por ejemplo, hay pacientes que comentan que se encuentran decepcionados por la pérdida de peso obtenida, pese a haber alcanzado un descenso del 20-25 % del peso inicial. Estos valores, en realidad, o teóricamente se encuentran dentro de la expectativa razonable de pérdida de peso en el periodo de un año después de la cirugía con la técnica de manga gástrica; e incluso es considerado un mantenimiento exitoso 10 años después del bypass gástrico con Y de Roux (Ames et al., 2016).

Al mismo tiempo, si el criterio de éxito, para el equipo de salud, solo se mide por el porcentaje de descenso de peso, es comprensible que existan discrepancias con la valoración que formulan algunos pacientes para quienes la cirugía bariátrica no resultó una solución plena, se encuentran defraudados inclusive pese a haber mejorado las comorbilidades. Ocurre que muchas personas operadas, aun descendiendo un 25% del peso inicial presentarán sobrepeso u obesidad y por consiguiente padecerán todas las consecuencias físicas y psicosociales que ello conlleva.

Por ejemplo, para los pacientes con un IMC pre quirúrgico inferior a 50 kg/m², un IMC posquirúrgico de 28 a 35 kg/m² es razonable. Del mismo modo, para los pacientes con un IMC de más de 50 kg/m², un IMC posquirúrgico de 40 kg/m² o menos podría ser considerado un resultado exitoso (Ames et al., 2016).

González González et al., (2008) considera que la cirugía bariátrica es “una solución imperfecta para una enfermedad incurable, la obesidad mórbida” (p.188).

Esta imperfección parece ser más evidente cuando se realizan estudios a largo plazo, Papapietro (2012) aclara que “los estudios con seguimiento de largo plazo muestran que un porcentaje importante de pacientes operados regana peso, lo que se observa más frecuentemente entre el tercer y sexto año posoperatorio” (p. 83).

Para este autor, son los aspectos psicológicos los principales factores de riesgo en la recuperación del peso constituyendo la razón por la que algunos pacientes vuelven a engordar.

Ocurre también que, a largo plazo, el paciente deberá tomar las riendas de su tratamiento. Justo cuando tal vez creía que ya se había solucionado mágicamente su problema, paulatinamente advierte que la boca de su estómago es más bien elástica y puede, por ende, volver a cargar mayores cantidades de comida por lo que dependerá de él no pasarse.

Bauchowitz y Gonder-Frederick (2007) observan que una quinta parte de los pacientes operados de Cirugía Bariátrica no ven en sus cuerpos el resultado deseado o que habían imaginado. Algunos problemas de comportamiento o psicológicos, como la falta de cumplimiento con la dieta posoperatoria y la ingesta en exceso de alimentos, inciden, evidentemente, sobre el peso posoperatorio.

Estos autores además advierten sobre la presencia de “transferencia de adicción”, un concepto adicional que recientemente ha comenzado a recibir atención dentro de la literatura sobre la cirugía bariátrica. La transferencia de adicción hace referencia a una hipótesis según la cual, en estos pacientes, el comportamiento compulsivo que tenían hacia los alimentos se ve reemplazado por otro, que resulta tan apremiante como aquel, por ejemplo, la ludopatía (*Ibidem*)

Rosenthal (2011) examinó los registros de 12.277 pacientes sometidos a cirugía por su obesidad entre 1980 y 2006. El análisis que realizó reveló que los pacientes con obesidad tenían más riesgo de hospitalización por depresión y otros trastornos en el estado de ánimo, tanto antes como después de la cirugía, en comparación con los pacientes de la población general. La explicación para estas alteraciones se encuentra, al parecer, en los efectos restrictivos de la cirugía bariátrica. Para el autor, los sujetos con obesidad pueden utilizar el acto de comer como forma de automedicación; funciona, de este modo, como un modo de tratar la angustia emocional, de la misma manera que otras personas podrían, por ejemplo, utilizar el alcohol. Al privarlos de este mecanismo, los pacientes podrían desarrollar uno similar, pero con otra sustancia.

Estos datos guardan relación con otros estudios que llaman la atención sobre las complicaciones psicológicas que tienen estos pacientes. Hay publicaciones, por ejemplo, que alertan sobre una mayor incidencia de accidentes y suicidios en pacientes operados de bypass gástrico luego del séptimo año de la intervención (Wadden et al., 2007; Leiva et al., 2009; Sarwer y Dilks, 2011).

Sin embargo, y en contraposición, también existen numerosos estudios que afirman rotundamente la eficacia de la cirugía bariátrica.

La mayoría de estas investigaciones, fueron realizadas con el sistema de evaluación de resultados y beneficios en cirugía bariátrica, conocido como *Bariatric Analysis of Reporting Outcome System* (en adelante, BAROS).

Es importante tener en cuenta el momento del período posquirúrgico en que se administra el test BAROS, por ejemplo, existe una fase que se llama *luna de miel*, que generalmente experimenta el paciente dentro de los primeros seis meses (Ríos Martínez et al., 2010). En ella, los pacientes están en pleno período de descenso de peso, perciben que controlan la cantidad de comida que ingieren –lo cual se debe a los mecanismos propios de la cirugía–, e incluso experimentan saciedad. De forma paralela a estas modificaciones –o como consecuencia de ellas– en este periodo generalmente mejora la autoestima y la *imagen corporal* de los pacientes; se logran también mejoras en la calidad de vida, ya que los pacientes van experimentando nuevos movimientos, perciben que tienen mayor agilidad, y ya no se agitan tanto con el esfuerzo físico como les ocurría antes de la operación.

Por todos estos cambios, durante el primer semestre las personas operadas tienen la falsa percepción de que han logrado una solución mágica al padecimiento

que habían sufrido durante tantos años. Una vez transcurrido este lapso de tiempo, sin embargo, se enfrentan con otra realidad: deben empezar a controlar voluntariamente lo que ingieren y comienzan a sentir nuevamente el aumento del apetito. Asimismo, generalmente sobreviene un freno en la velocidad del descenso de peso, lo que produce muchas veces miedo de volver a engordar y, de hecho, algunos pacientes comienzan a recuperar peso.

Un estudio realizado con otra metodología, empleando el análisis del testimonio y del lenguaje no verbal efectuados en el contexto de entrevistas en profundidad, a un grupo de pacientes mujeres que habían sido operadas de cirugía bariátrica, muestra claramente que las pacientes –incluso después de meses de la cirugía– siguen viviendo el sobrepeso como una carga, y el tratamiento de la obesidad continúa siendo para ellas una lucha diaria (Liete y Zuleica, 2011)

Si se tiene en cuenta todo lo planteado hasta el momento, es lícito hacerse la siguiente pregunta: **¿cómo se justifica la cirugía bariátrica si aún no puede considerarse como cura para la obesidad ni tampoco una técnica efectiva para todos los casos?**

Si consideramos el hecho de que esta cirugía consiste en una intervención quirúrgica sobre una anatomía “sana”, y no sobre la “raíz” del desarrollo y el mantenimiento de la obesidad: ¿podría entonces, considerarse a la cirugía bariátrica como un ejemplo de *iatrogenia positiva*? Foucault (1996) explica la iatrogenia positiva como:

Los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de una sustancia, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión. (p. 46)

Sin embargo, pese a estos cuestionamientos, hoy por hoy la cirugía bariátrica parece ser una herramienta válida para tratar el padecimiento de muchos pacientes cuya obesidad los marginaba de la sociedad, ocasionaba enfermedades lastimosas y mortales, y acortaba sus vidas.

En relación con estos dilemas, quien fuera el presidente de la Federación Internacional de Cirugía Bariátrica (IFSO) esgrime el siguiente intento de explicación:

En todos los campos de la ciencia hay episodios luminosos que transforman nuestro mundo y lo hacen mejor, pero hay también momentos sombríos, que nos muestran que el ser humano tiene aún mucho por recorrer para lograr su desarrollo pleno y cabal. En cirugía de la obesidad esto también es cierto; luces y sombras han marcado el desarrollo de nuestra disciplina, que vale la pena revisar atentamente (Álvarez, 2009).

Capítulo II: Cartografía corporal en la cirugía bariátrica

El cuerpo: superficie de inscripción de los acontecimientos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del yo (al que trata de prestar la quimera de una unidad sustancial); volumen en perpetuo desmoronamiento. (Foucault, p.32, 2008a).

“El mapa no es el territorio que representa” afirmaba Korzybsky (1958). El conocimiento que se piensa como objetivo, especialmente en las ciencias sociales, hace referencia a un recorte de la realidad, y, por lo tanto, nunca llegará a ser completo ni totalmente preciso.

Rolnik, (1989) en la obra titulado *Cartografía Sentimental: Transformaciones Contemporáneas del deseo*, explica que el mapa es una representación de un todo de forma estática; mientras que una *cartografía* es un diseño que acompaña y que se confecciona al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje. La teoría, según esta autora, es siempre una cartografía y, para diseñarla, el investigador/cartógrafo se debe nutrir de las más variadas fuentes. Por ello, resulta de suma importancia que esté atento a las estrategias del deseo en cualquier fenómeno de la existencia humana que se proponga estudiar, lo cual va desde los movimientos sociales a las mutaciones de la sensibilidad colectiva, hasta los fantasmas inconscientes y los cuadros clínicos de los diferentes individuos, grupos o masas, según lo que se disponga a investigar.

El cartógrafo, para su labor, no solo utiliza la razón, utiliza también – simultáneamente– su cuerpo vibrátil, ya que lo que él quiere es aprehender el movimiento que surge de la tensión entre el flujo de intensidades, la representación y el plano de organización. Al mismo tiempo, desea aprehender esas intensidades que aportan sentido a las representaciones, puesto que para el cartógrafo el desafío es la creación de sentidos.

Estas advertencias y consejos para abordar de otro modo lo que se quiere entender puede asociarse también con lo que Fernández (2006) describe como un cierto agotamiento de las filosofías del sujeto. Lo que hicieron las filosofías del sujeto fue colocar al hombre como objeto de estudio, y configuraron una particular mixtura de conceptos que hoy ya se encuentra en una fuerte elucidación crítica. Se sigue aquí a Fernández (2008):

Es a partir de los aportes de diferentes autores que puede hoy pensarse esta división u ordenamiento de la realidad en sujeto y objeto, esta escisión sujeto-mundo, es decir la soledad «ontológica» del sujeto, no como un «ya dado» sino producto de la construcción histórica de la episteme moderna de las sociedades occidentales. (p. 256)

A partir de este fragmento, por lo tanto, es posible pensar que hacerle cabida a la producción histórica y no sólo a la producción esencial funda, en un mismo movimiento, al hombre, al sujeto y a la representación.

Desde esta perspectiva, la lógica de esta investigación no consiste en identificar igualdades como repeticiones, tampoco separar o clasificar diferencias. No se trata de entender las diferencias como lo negativo de lo idéntico, sino que, como Fernández (2006), se plantea un *hacer diferencias*; no de alteridad, sino de intensidades, y en este hacer diferencias se van produciendo multiplicidades.

La propuesta es acuñar el concepto de *multiplicidades* para pensar en términos de producción de subjetividad y no de sujeto. Con este desplazamiento del objeto no se trata de negar las identidades ni las totalizaciones, sino más bien de pensar las

totalizaciones que no subsuman las partes (Deleuze y Guattari 1980, citado en Fernández 2006).

La multiplicidad no consiste en una mera adición de partes; lo que define la multiplicidad es el “Y”: aquello que ocurre entre los elementos o entre conjuntos. Lo que interesa son los modos de conexión y desconexión que se establecen. La idea que conlleva el término multiplicidad, como sustantivo, deja por fuera la oposición entre lo uno y lo múltiple y crea condiciones de posibilidad para un pensamiento que escape a la dialéctica. Deleuze y Guattari explican las teorías de las multiplicidades y consideran que, entre otras cosas, las multiplicidades desbordan la distinción que se ha establecido entre consciente e inconsciente, la distinción entre la naturaleza y la historia, o entre el cuerpo y el alma. Son, en este sentido, un intento de superar los binarismos (Brennan, 2015).

Para recapitular, desde esta perspectiva, la noción de producción de subjetividad no está pensada como un sinónimo de la noción de sujeto psíquico. La producción de subjetividad no remite a un sujeto meramente mental o discursivo, sino que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades, que se producen en el *entre* con otros. Consiste, por lo tanto, en un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales.

El sustantivo *producción* deriva de un verbo: *producir*. Este hecho –para nada menor– de que el término contenga un significado que remite a una acción resulta fundamental, ya que implica pensar la noción de lo subjetivo y de las corporalidades como un proceso, no como algo ya dado o determinado. La dimensión subjetiva, por lo tanto, se produce, no es el resultado acabado de una producción. Con el uso de este término se impone el desafío de pensar la articulación entre los modos sociales de sujeción y su resto no sujetado; en las palabras de Ana María Fernández (2006): “se trata de pensar una *dimensión subjetiva que se produce en acto*, que produce sus potencias en su accionar, es decir pensar básicamente en un *campo de inmanencia* y no trascendental, *singular* y no universal” (p. 101).

Deleuze (2007) se refiere a la pura inmanencia como UNA VIDA y nada más, la inmanencia no es inmanencia de ninguna otra cosa que de sí misma: “Una vida es la inmanencia de la inmanencia, la inmanencia absoluta: es potencia, beatitud plena” (p. 37). Para explicar esta afirmación, Deleuze se vale de un fragmento del capítulo III de la novela *Nuestro común amigo*, de Charles Dickens:

Un rufián despreciado por todos se encuentra en agonía, las personas que lo cuidan muestran cierto esmero y amor por el menor signo vital del moribundo, se esmeran por salvarlo. Pero a medida que retorna a la vida sus cuidadores se vuelven más fríos, y él recupera su grosería y maldad. “Entre su vida y su muerte hay un momento que no es más que el de una vida que juega con la muerte”. (citado en Deleuze, 2007, p. 38)

A partir de esta cita, Deleuze reflexiona sobre el hecho de que no hay que limitar una vida al simple momento en que la vida individual afronta la muerte universal. Más bien, una vida está en todos lados.

Esta forma para pensar la inmanencia, junto con la relación entre la vida y una vida, avala la conceptualización acerca de las producciones de subjetividad en la población que tratamos en este trabajo. Se sigue, por lo tanto, el siguiente planteo de Fernández: “No se trata aquí de definir qué es la subjetividad, sino de pensar cómo se instituyen las dimensiones subjetivas en las situaciones colectivas que indagamos” (2006 p. 101).

Terminar con la idea de trascendencia implica pensar las subjetividades producidas en acto, lo cual da lugar para trabajar desde un criterio de situación, ya que esto hace visible, más que la unidad de un evento colectivo, la existencia de heterogeneidades compuestas por infinitos elementos variables. La propuesta de este trabajo, por lo tanto, es hacer el cuerpo con diferentes teorías; es decir, componer una cartografía conceptual para luego adentrarse en la problemática de aquellas personas operadas de cirugía bariátrica. Esto se hará a partir de tres categorías a modo de mojones: la *imagen corporal*, la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *experiencia corporal*.

2. 1. La *imagen corporal* y la cirugía bariátrica

Nada es más misterioso, para el hombre, que el espesor de su propio cuerpo. Le Bretón (2008, p.7).

El concepto de *imagen corporal* tiene un amplio desarrollo en la historia de la psicología. En el presente trabajo, se partirá del aporte de un reconocido autor argentino contemporáneo especializado en obesidad y en trastornos alimentarios: el doctor Zúkerfeld (1996).

Este autor, que retoma a Doltó (1997), define a la *imagen corporal* como la representación tanto consciente como inconsciente del propio cuerpo que se realiza a partir del registro que se da en tres niveles: el registro de la forma, el registro del contenido y el registro del significado. Aquí es fundamental tener en claro que, si bien la *imagen corporal* está basada en el propio cuerpo, esta no es en absoluto sinónimo de, ni se corresponde con, el cuerpo.

La *imagen corporal* está íntimamente ligada a la autoimagen, la autoestima y al sentimiento de sí o la identidad. Según Zúkerfeld (1996), las actitudes frente a la *imagen corporal* se encuentran fuertemente influenciadas por el aprendizaje y el medio sociocultural; en estos ámbitos, el límite entre las costumbres, las modas y la psicopatología es difuso. Esta interrelación podría explicar la razón por la que el peso y la satisfacción corporal no guardan una relación lineal.

Los tres niveles de registros hacen referencia a lo siguiente: el registro de la **forma**, en primer lugar, se corresponde con todo aquello que atañe a las representaciones que son asequibles por medio de los sentidos, es decir, la postura, el movimiento y la superficie del cuerpo; el registro del **contenido**, en segundo lugar, incluye las sensaciones que no pueden ser percibidas más que por el propio sujeto en su interioridad, estas se corresponden con las señales propioceptivas y cenestésicas, por ejemplo, las sensaciones relativas a las series hambre/saciedad o dolor/no dolor; por último, el registro del **significado** incluye representaciones del plano inconsciente que constituyen la singularidad del deseo, adquieren expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

A su vez, Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), citando a Cash y Pruzinsky (1990) y a Thompson (1990), distinguen los siguientes factores:

- **Aspectos perceptivos:** refieren a la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- **Aspectos cognitivos-afectivos:** consisten en actitudes, sentimientos, pensamientos o valoraciones que despierta el cuerpo. Estos pueden

relacionarse con el tamaño, el peso, la forma o alguna de sus partes. Desde el punto de vista emocional, la *imagen corporal* incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

- **Aspectos conductuales:** se trata de las conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Algunas de estas pueden ser: la exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, el camuflaje, etc.

Los componentes que conforman el concepto de *imagen corporal* posibilitan una mayor comprensión acerca de por qué la apariencia física no es un sinónimo de éste concepto.

De hecho, existen personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza que pueden sentirse perfectamente bien con su *imagen corporal*; inversamente, hay personas cuyo cuerpo está valorado socialmente de forma positiva, pero que, a pesar de ello, pueden experimentar una profunda insatisfacción respecto al cuerpo.

La sociedad actual tiene la delgadez y la perfección corporal como ideales estéticos; sin embargo, este ideal estético trasciende su propio dominio y se convierte también en sinónimo de felicidad, de prosperidad o de éxito.

La dimensión social tiene relevancia en la construcción de la *imagen corporal*, puesto que no es lo mismo ver que mirar.

La acción de ver está vinculada a la función sensorial de la visión, mientras que la mirada integra todos los componentes de la subjetividad de la existencia y por ello torna comprensible la expresión: “Lo esencial es invisible a los ojos”.

La mirada se construye en el encuentro con el otro y a la vez esa mirada construye lo propio, pues las miradas cimentan la subjetividad, impactan en la vida de las personas desde las primeras experiencias infantiles y lo irán condicionando por el resto de la vida.

Existe en la actualidad un culto a los cuerpos estilizados; una mirada social que idolatra y venera la delgadez, esto implica que hay una imposición social por estar en forma y obtener el cuerpo deseado, lo cual se busca con mucha más vehemencia que simplemente un buen estado de salud física.

Este hecho lleva a que los individuos se vuelquen a soluciones rápidas y efectivas para modificar el cuerpo, a menudo a través de medicamentos o cirugías, ya que, en un contexto como el que acabamos de describir, las personas obesas son el *anti símbolo* de los ideales sociales.

Hay un discurso popular respecto a la obesidad, conformado por una mezcla de argumentos médicos y estéticos, y que reúne bajo la categoría de *gordo* a todas aquellas personas que sobrepasan cierto índice de masa corporal (Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero, 2012). La palabra *gordo*, cuando está funcionando como adjetivo, tiene connotaciones ambiguas en castellano, ya que cubre un espectro de matices que va desde lo positivo a lo negativo. Generalmente, se lo emplea para dar cuenta de aquello que tiene que ver con lo excesivo, lo que sale de lo común o excede los límites de lo acostumbrado. Un caso diferente, según Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero (*Ibidem*), resulta cuando se emplea la voz *gordo* como sustantivo, ya que en estos casos el adjetivo es asumido como la característica distintiva principal de la persona; es decir, al llamar gorda a una persona, esta es reinterpretada en su totalidad y pasa a ser vista solo a través de su apariencia física, por lo que se confunde una característica –una parte, podría decirse– con lo que la persona es, esto es, como totalidad.

Esta expresión, según Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero (2012), ha impregnado la malla social a tal punto que se podría pensar que el término *obesidad* o la expresión *personas obesas* en realidad no son más que un modo políticamente correcto de incluir y justificar el tratamiento hacia la gordura dentro del campo médico de la enfermedad.

Asimismo, estos autores observan el uso de varias metáforas y de otras figuras retóricas que califican la obesidad en campos semánticos que despiertan actitudes de rechazo o prevención. Algunas de ellas son: “la obesidad es una enfermedad”, “la obesidad es una pandemia”, “las personas obesas son discapacitadas”, “son una amenaza para la sociedad”. Mencionan, además, que la obesidad se encuentra en el catálogo de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, y se incluye en este catálogo con el argumento de que constituye un *factor de riesgo*. (*Ibíd.*)

Desde este enfoque, por lo tanto, se comprende la asociación popular que se hace de la persona obesa, como alguien gordo, discapacitado y que representa una amenaza o un riesgo.

Este hecho puede relacionarse con el análisis sobre metáforas que realizan Lakoff y Johnson en *Metáforas de la vida cotidiana* (1995). Para estos autores, la metáfora no consiste solo en una figura retórica, sino que se trata de un recurso que impregna la vida cotidiana. Por lo tanto, el uso de una metáfora como las que se mencionaron en el párrafo anterior no sería, para Lakoff y Johnson, un mero hecho de lenguaje, sino que las metáforas lingüísticas simplemente reflejan el modo en que conceptualizamos los hechos y las cosas de la vida cotidiana; es decir: nuestro sistema conceptual es de naturaleza metafórica porque el pensamiento está estructurado metafóricamente.

Es oportuno tener en cuenta que, también la subjetividad es reflejo de las concepciones que conforman el cristal con el que se mira y comprende el mundo en el que se opera e interactúa.

Podemos pensar que tanto la metáfora como la *imagen corporal* permiten condensar múltiples sentidos que no se ajustan exactamente a una figura – imagen.

Para Ricoeur (2000), hay metáfora porque se percibe, a través de una nueva pertinencia semántica –y, de algún modo, por debajo de ella–, la resistencia de las palabras en su uso habitual y, por consiguiente, también su incompatibilidad en el nivel de la interpretación literal de la frase. Esta oposición entre la nueva pertinencia de la interpretación metafórica y la impertinencia de la interpretación literal caracteriza a los enunciados metafóricos entre todos los usos del lenguaje en el nivel de la frase. De esta manera, el discurso aporta al lenguaje aspectos, cualidades y valores de la realidad que no tienen acceso al lenguaje directamente descriptivo. Ciertas cosas solo pueden decirse gracias al juego complejo entre el enunciado metafórico y la transgresión regulada de los significados usuales de nuestras palabras (Ricoeur, 2000).

Estas afirmaciones, por lo tanto, permiten reflexionar acerca del vínculo estrecho y complejo que existe entre términos como: gordo, enfermo, junto con expresiones como *chancho* o *cerdo*, que el lenguaje popular utiliza para referirse a las personas que presentan obesidad.

Para Rubinelli (2014) lo que resulta verdaderamente interesante es la metáfora como una forma de conocimiento, como algo que permite añadir –ya sea significados, matices o referencias– y no como un instrumento para sustituir un elemento por otro.

La metáfora aparece dentro de un tejido cultural existente, la semejanza y diferencia de las propiedades expresadas (...) se establecen (...) desde redes de interpretantes; la producción de la metáfora y su interpretación da lugar a la reestructuración de dicho

universo en nuevas semejanzas y diferencias. (Rubinelli, 2014, p.4)

Al considerar las metáforas que popularmente se emplean para nombrar a las personas que presentan obesidad se hace evidente la estigmatización de la que son víctimas, se los ha cargado de numerosos prejuicios carentes de fundamentos, acarreando duras consecuencias como: la discriminación por parte de la sociedad, seguida de aislamiento, depresión, y una fuerte insatisfacción corporal o baja autoestima.

Ocurre muchas veces que los pacientes que optan por la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad no siempre consiguen desprenderse de estos prejuicios, como tampoco librarse de sus dañinos efectos. Hay que tener en cuenta que, la insatisfacción corporal o disconformidad, sostenida en el tiempo, tiene consecuencias emocionales, pudiendo ser emergente de sentimientos generalizados de descontento y frustración, que consiguen enmascarar tristeza, rabia y miedos, afectos más profundos ligados también a carencias afectivas primarias.

Si la insatisfacción corporal, por ejemplo, ha formado parte de la vida de una persona durante un cierto periodo de tiempo y eso ha tenido consecuencias emocionales –más o menos notorias–es probable que éstas no desaparezcan cuando su cuerpo se modifique.

Por lo tanto, las personas que buscan la cirugía bariátrica como tratamiento para mejorar su cuerpo no necesariamente y/o automáticamente alcanzarán la satisfacción con su figura corporal pero no sólo por causa de su larga historia de disconformidad corporal sino también, porque pueden percibir que a una parte de la sociedad actual - que ostenta o pregona los valores de la perseverancia, esfuerzo y trabajo – le resulta incomprensible el hecho de elegir la cirugía bariátrica como una opción para adelgazar, puesto que, para estos sectores, resulta una elección facilista, piensan que las personas obesas han escogido el camino fácil, en vez de modelar el carácter, cerrar la boca y dejar de comer.

De Domingo Bartolomé y López Guzmán (2014) revelan al respecto que, en este campo, son frecuentes las recriminaciones hacia las personas con obesidad en razón de sus aspectos morales. A menudo se los increpa por la falta de voluntad y ausencia de disciplina en sus conductas alimentarias.

Está documentado (Fernández Ramírez y Baleriola – Escudero, 2012) que los campos semánticos en los que se articula el discurso de la obesidad tienen que ver con la pereza, el sedentarismo enfermizo y la incapacidad de hacer esfuerzos por cambiar, además de la glotonería, el descontrol en la alimentación y la irresponsabilidad de abandonarse a su desidia. Los cuerpos obesos, además, en ocasiones se ven relacionados a la anormalidad, a la rareza, a la fealdad e incluso a la monstruosidad; también, tal como hemos planteado aquí, a la enfermedad.

Por todos estos factores, el mensaje de responsabilidad personal cumple un papel clave en la estigmatización. Esta es la razón por la que muchos pacientes no comentan a sus allegados que se van a realizar esta intervención, sino que se realizan la cirugía bariátrica en secreto. Actuar de este modo implica que, además de todos los factores por los que el procedimiento pre y posquirúrgico tiene un fuerte impacto psicológico, estas personas deberán cargar con el peso de la clandestinidad. Hay publicaciones que indican que este tipo de comportamiento, sumado a la falta de una red social de contención y de apoyo, conlleva consecuencias negativas, las cuales se observan en el proceso posquirúrgico de los pacientes bariátricos (Sutton et al., 2009).

Es tal el rechazo social de la obesidad que incluso hay publicaciones que hablan de discursos *antiobesidad*. Este tipo de discurso se ha naturalizado en la

sociedad hasta tal punto que las propias personas obesas parecen haberlo asumido como válido.

El rechazo explícito hacia la obesidad corresponde con la observación de varios artículos sobre comportamientos discriminatorios contra estas personas. Los estudios sobre el estigma relacionado con el peso son antiguos y consistentes en sus resultados desde hace décadas, según informan Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero (2012). Estos autores detectaron que las personas obesas son evaluadas como voraces, enfermas de exceso de apetito, incapaces de controlarse y de realizar sencillos esfuerzos; son vistas como perezosas y, además, costosas por vía doble: por un lado, porque implican un gasto para el sistema sanitario; por el otro, porque son inútiles para el ámbito laboral, entre otras cosas. Asimismo, muchas de estas consideraciones están supuestamente avaladas por la comunidad científica, lo cual agrava aún más el cuadro de la situación.

Este rechazo a nivel social hace que muchas personas quieren operarse de cirugía bariátrica con la esperanza de alcanzar un cuerpo aceptado socialmente. En este sentido, las personas que sufren obesidad se sitúan en una posición de desvalimiento frente a la sociedad, se las representa como personas necesitadas de ayuda o como irresponsables que se han labrado su propio mal (Fernández-Ramírez et al., 2012).

La vulnerabilidad de las personas estigmatizadas por causa de la obesidad se agrava al estar naturalizada por los propios actores, según Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero, 2012:

Las propias personas obesas han interiorizado y aceptan un discurso que las estigmatiza, las señala con el dedo ante todos y les pide un reconocimiento público de su pecado, de su ofensa para la estética, la salud y las arcas públicas. Las pruebas de esta aceptación y del estigma de la obesidad son abundantes, y los argumentos utilizados para justificarla, peregrinos y cargados de retórica legitimista y agresiva. (p. 316)

Esta cuestión también es abordada por Montt, Koppmann y Rodríguez (2005), quienes mencionan un estudio donde se entrevistó a pacientes que habían sido operados de cirugía bariátrica y que habían mantenido exitosamente una pérdida de peso por al menos tres años. A estos pacientes se les pidió que eligieran entre la obesidad mórbida y una serie de otras patologías: el resultado fue que ningún paciente optó por la obesidad mórbida sobre patologías como sordera, dislexia, diabetes, acné severo o serios problemas al corazón, y solo el 10 % de los entrevistados eligió la obesidad mórbida sobre la ceguera. Según los autores, esto da cuenta de la consideración de la obesidad como una clara desventaja personal, que se traduce en intenso malestar psíquico.

Baile y González (2011) revisaron las publicaciones realizadas entre los años 2007 y 2010 que hacían referencia a la comorbilidad psicopatológica y a la obesidad, observaron que existen ciertas alteraciones psicológicas que parecen ser más comunes en las personas obesas, tales como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias. Sin embargo, no ha sido posible establecer una vinculación de tipo causa-efecto entre los aspectos psicológicos y la obesidad; por consiguiente, tampoco se ha precisado la relación entre obesidad y alguna psicopatología específica. Por lo tanto, hasta ahora se desconoce si las alteraciones psicológicas detectadas son causa o consecuencia de este trastorno.

Los estudios que relacionan personalidad con obesidad mórbida no han encontrado asociación con un estilo de personalidad específico. De hecho, algunos

de estos estudios señalan perfiles muy diversos con gran heterogeneidad, según refieren Rojas, Brante, Miranda y Pérez-Luco (2011).

Se observan portadores de obesidad mórbida o de obesidad de larga data en quienes no es posible advertir una patología mental claramente definida. Del mismo modo, se encuentran también pacientes que tienen una obesidad moderada –o incluso con peso clínicamente normal–, pero que padecen severas distorsiones en la *imagen corporal* y trastornos alimentarios formales (Montt et al., 2005).

Estas publicaciones coinciden con lo planteado ya hace varios años por diversos autores como Stunkard y Wadden (1992), y Thompsom y Stacey (1998), ambos citados en Faccini (2002); estos autores sostienen que las personas obesas, en términos generales, no difieren en cuanto a los síntomas psicológicos, a las psicopatologías y a la personalidad de otras personas; sin embargo, sí encuentran una diferencia significativa en la *imagen corporal*. Las personas con obesidad tienen más distorsión en cuanto al tamaño corporal, se sienten más insatisfechas y preocupadas con su apariencia física y tienden a evitar situaciones sociales por su aspecto.

Esta cuestión, si bien solamente corresponde a una de las variables examinadas, tiene un peso fundamental en la psiquis de las personas, particularmente en nuestro tiempo. *El individuo es su aspecto*, dice Vigarello (2011) - autor de *Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura-* afirma que, a principios del siglo XXI el núcleo de la identidad personal reside en el cuerpo.

La *imagen corporal* está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima, al sentimiento de sí y a la construcción de la identidad. Al mismo tiempo, los sentimientos en torno a la *imagen corporal* se encuentran fuertemente influenciados por el aprendizaje y el medio socio cultural, donde el límite entre las costumbres, las modas y la psicopatología es difuso.

Salaberria et al. (2007) publicaron un trabajo donde realizan una exhaustiva revisión del concepto de *imagen corporal* y de sus componentes principales. En este trabajo, explican que la presencia de una *imagen corporal* negativa desempeña un papel central en los trastornos de alimentación. Para ello, las autoras detallan en su publicación los factores implicados en la formación de una *imagen corporal* negativa. Reconocen:

1. Los ideales o mandatos estéticos corporales que las diferentes sociedades y culturas instauran y que inciden sobre la apariencia, la autoestima, y la competencia personal. (Como se ha desarrollado en el capítulo I, se sabe que la sociedad occidental de la actualidad asocia lo bello con lo que es bueno o exitoso; esta asociación promulga una veneración por la delgadez, al mismo tiempo que provoca una estigmatización de las personas con obesidad.)

2. Las figuras significativas, como son los padres o las amistades, actúan moldeando el auto concepto. Si estos referentes muestran una excesiva preocupación por un ideal corporal y estético, valoran la personalidad en función de esas representaciones, y añaden, además, continuas verbalizaciones negativas sobre la gordura, críticas o burlas, hacen que el niño/a aprenda y adopte esas actitudes y exigencias con el propio cuerpo. Si tiene sobrepeso u obesidad, quedan expuestos a una situación de vulnerabilidad casi constante.

3. Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar esos sentimientos; si no lo logra, muchas veces se produce una frustración, lo cual aumenta aún más el circuito negativo.

4. Desarrollo físico y *feedback* social: los cambios de la pubertad, modificaciones del índice de masa corporal o el peso y las características del organismo pueden ser factores de vulnerabilidad, donde el juicio del entorno o las reacciones frente a esas modificaciones se tornan decisivas.

5. Otros factores: la obesidad infantil, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, las experiencias dolorosas con el cuerpo, entre otras, pueden tornar a las personas más vulnerables respecto al aspecto físico y las vuelven más pendientes de su apariencia física. Todos estos factores dan lugar a la construcción y reorganización de la *imagen corporal* incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

Salaberria et al. (2007) en su publicación distinguen ciertos factores que intervienen en el mantenimiento de una *imagen corporal* negativa. Uno de ellos es el *suceso activante*, que puede consistir en la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio en la apariencia, u otros. Se trata de acontecimientos de diferente índole, pero que tienen en común el hecho de que activan el esquema de la *imagen corporal* de tipo negativo y que producen malestar.

La disforia y el malestar conducen, a su vez, a la práctica de conductas de evitación, a rituales, a comparaciones y a exámenes respecto al propio cuerpo que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas. Estas conductas y pensamientos, al mismo tiempo, realimentan el malestar, haciendo que un factor influya sobre el otro generando un círculo vicioso.

Por todo esto, el entramado de componentes que intervienen en el análisis de la *imagen corporal* muestra tal complejidad que, torna deficitaria una evaluación diagnóstica que tome en cuenta solamente aspectos valorativos respecto a la figura del cuerpo entendida como una cáscara, máscara o armazón.

La estigmatización y discriminación que sufren las personas obesas fue comprobada en diferentes ámbitos: laboral, familiar, educativo, entre otros. Este hecho agrega un sufrimiento adicional al padecimiento de base (De Domingo Bartolomé y López Guzmán, 2014). Al mismo tiempo, como ya se ha mencionado, la visión social hacia esta enfermedad incorpora juicios morales acerca de las circunstancias en las que se ha producido o mantenido esta enfermedad y, por supuesto, esto se extiende hacia quienes la padecen.

Se han descrito estereotipos negativos sobre las personas con obesidad que han llevado a prejuizarlos estas percepciones incluso han dado lugar a burlas e ironías hacia las personas con exceso de peso; de esto, además, no están exentos los medios de comunicación, sino que también son partícipes. Para estos autores, el trato social, las valoraciones y el comportamiento en general de la sociedad hacia la obesidad no solo hace que muchas personas obesas tengan baja autoestima, sino que incluso puede conducir al sujeto a conductas extremas de mayor ingesta alimentaria o de búsqueda de la delgadez a cualquier costo, aunque de ello se deriven consecuencias nefastas para la salud.

Un estudio específico sobre la *imagen corporal* realizado en Brasil en el año 2010 a mujeres operadas con cirugía bariátrica señala que las pacientes habían comenzado a experimentar sentimientos de satisfacción y autoestima positiva, sentimientos que no habían experimentado hasta la fecha. Los resultados de la investigación mostraron que la cirugía bariátrica devuelve al cuerpo del sujeto su función principal, es decir, la función de interactuar y de comunicarse con el mundo que les rodea, lo cual posibilita la reintegración de su identidad corporal (Rodríguez

de Castro, Silva Carvalho, Ferreira Nolasco y Ferreira Caputo, 2010). Cabe aclarar que la población seleccionada estaba comprendida por mujeres que habían logrado alcanzar un descenso de peso exitoso y que habían marcado en la selección de la población estudiada una clara tendencia o intencionalidad respecto a los resultados.

Otros estudios demuestran mejoras en la *imagen corporal* y en el funcionamiento social luego de la cirugía bariátrica. Asimismo, las mejoras en estos aspectos suelen aparecer asociadas a una pérdida de peso exitosa (Wadden et al., 2007).

Sin embargo, a pesar de las muchas veces impresionantes mejoras físicas y psicológicas observadas en la mayoría de los pacientes con cirugía bariátrica, parece haber una pequeña –pero significativa– minoría de pacientes que experimentan complicaciones conductuales o psicológicas luego de haberse realizado la cirugía bariátrica. Estas complicaciones incluyen un amplio espectro que va desde la depresión e incluso el suicidio, a los hábitos alimenticios desordenados, la insatisfacción con la *imagen corporal*, la disfunción sexual o las discordias maritales, y el abuso de sustancias. Se suma también el problema de pérdida de peso subóptima y la recuperación de peso (Sarwer y Dilks, 2011).

La pérdida de peso representa un cambio importante para el propio paciente y también para su entorno. Este cambio no siempre es asimilado adecuadamente; muchas veces, por ejemplo, se vive como una amenaza para la pareja, quienes llegan en algunos casos a boicotear el tratamiento de su compañera o compañero como una forma de evitar que su partenaire se vea atractiva o atractivo, o temen que llegue a serle infiel. Muchas personas operadas, reportan, por consiguiente, la aparición de celos en su relación amorosa. Sumado a ello, en algunos casos surge la envidia por parte de la pareja cuando observa que el otro obtiene éxito en su baja de peso.

Además de estos factores psicológicos mencionados, Olguín, Carvajal y Fuentes (2014) explican que los pacientes que descienden de peso muy rápidamente durante los primeros meses generan como consecuencia colgajos en la piel, lo cual produce anomalías en la silueta corporal. Este excedente de piel acarrea complicaciones, ya que en muchas personas dificulta la ejecución de movimientos cotidianos. Cuando ese sobrante de piel se encuentra principalmente en la región del abdomen se lo llama *delantal*, y su existencia, en numerosos casos, impide que los pacientes mantengan relaciones sexuales en forma placentera. La solución a este inconveniente suele ser la realización de una dermolipectomía u otro tipo de intervención quirúrgica estética –reparadora.

Asimismo, muchos de estos pacientes refieren malestar e insatisfacción con la nueva *imagen corporal*, lo cual se reporta hasta en el 70 % de los pacientes; algunos de ellos, incluso, se sienten peor que cuando eran obesos. Esta nueva *imagen corporal* no solo tiene repercusiones estéticas, sino que también representa un obstáculo a nivel funcional, ya que muchas veces produce dificultades para realizar actividad física y problemas con la higiene personal, además de inconvenientes en la vida social y sexual como se menciona en el párrafo anterior.

En este contexto, muchos de los pacientes operados de cirugía bariátrica –y que han perdido un peso considerable– desean someterse a cirugías plásticas para eliminar el exceso de piel. Entre ellas, las más solicitadas son: reducción de cintura/abdomen (62,2 %), extremidades superiores (37,6 %), pecho/mama (28,3 %) y glúteos (35,6 %). Los autores mencionados citan los trabajos de Cortés et al. (2013), quienes realizaron un seguimiento de dos años luego de la cirugía bariátrica a ocho mujeres con obesidad mórbida. Siete de ellas se sentían insatisfechas con el peso actual, lo que probablemente corresponde a que la expectativa de la imagen ideal

previa a la operación no coincidía con la imagen lograda. Al parecer, lo que más valoraron estas participantes luego de la cirugía fue la capacidad de movimiento, lo cual hacía que se sintieran más vitales, les permitía ir a más lugares y salir con más personas.

En relación con la insatisfacción, resultan muy llamativos algunos estudios que advierten la presencia de suicidios en los pacientes operados de cirugía bariátrica. Se puede citar, por ejemplo, un estudio realizado en el año 2007, en Pennsylvania, en el cual se encontró que la tasa de suicidio después de la cirugía bariátrica podría ser por lo menos cinco veces mayor que la de la población general. Alexander (2008), que toma como referencia este estudio, sugiere la importancia fundamental de considerar la depresión en los pacientes de este tipo durante el período posoperatorio. El autor expresa que hay cierta vulnerabilidad potencial que debería ser abordada, aunque también menciona que todavía no se conocen todos los hechos relacionados con este hallazgo.

En la misma dirección, Sarwer y Dilks (2011) documentaron una mayor tasa de suicidio en individuos que habían sido sometidos a cirugía bariátrica. Varios de los estudios de esta índole también encontraron un elevado riesgo de muertes accidentales, como las muertes en accidentes automovilísticos o después de una sobredosis, que en realidad podrían haber sido suicidios "enmascarados". Estos hallazgos destacan el papel importante que tiene la evaluación psicológica preoperatoria de los pacientes, así como la disponibilidad de profesionales de salud mental en el posoperatorio.

Olguín et al. (2014) consideran que pese al hecho de que la pérdida de peso debería ayudar al mejoramiento de la vida social del paciente, pueden surgir importantes dificultades para adaptarse al nuevo entorno. Estos autores, de forma similar a los autores ya citados, reportan un aumento de la tasa de suicidios y del uso problemático de alcohol entre los pacientes; del mismo modo, observaron también distorsiones en la *imagen corporal* de los pacientes y la aparición de conflictos conyugales.

Los autores explican que algunos de estos pacientes experimentan sentimientos de desilusión en el periodo posterior a la cirugía. El origen de la desilusión se encuentra –o, al menos, esta es su propuesta– en las expectativas irreales y la falsa creencia de que la cirugía es la solución a todos sus problemas. Esta desilusión tiene fuertes repercusiones en los pacientes, ya que debe considerarse que muchos de ellos llegan a la consulta médica después de múltiples fracasos en otros tratamientos para la obesidad, por lo que ven la cirugía bariátrica como su última oportunidad para bajar de peso, lo cual hace que depositen en ella todas sus esperanzas.

Recientemente, otra publicación también relaciona positivamente el aumento de riesgo de auto daño y riesgo de suicidio posteriormente a una cirugía bariátrica, según Rojas Núñez (2016). Cabe aclarar que sus explicaciones difieren de las que se han mencionado hasta aquí. Para la autora, este aumento del riesgo puede ser causado por trastornos psiquiátricos que ya estaban presentes en estas personas en una instancia previa a la cirugía; se podría tratar de trastornos relacionados con la obesidad, que aparecen exacerbados por el estrés que representa el compromiso de realizar cambios en la dieta, en el estilo de vida y en los resultados quirúrgicos. Asimismo, existen cambios neurohormonales y farmacocinéticos que ocurren en el periodo posterior a la intervención; este tipo de cambios, según la autora, podrían ser causantes de volver más susceptible al paciente a trastornos del estado de ánimo e intoxicaciones.

Para Rojas Núñez (2016), el grado de obesidad según el índice de masa corporal (IMC) es proporcional al riesgo de suicidio y a la tasa de mortalidad. Existe, por lo tanto, una relación positiva entre el riesgo de suicidio y las personas con obesidad, específicamente, personas que tienen un IMC ≥ 30 kg/m²; este riesgo es aún más alto en pacientes con IMC mayor a 35 kg/m².

Para resumir, numerosos estudios han demostrado una asociación clara entre la obesidad y comorbilidades como la hipertensión arterial, la incidencia de diabetes y el aumento de mortalidad por cualquier causa, así como su influencia negativa sobre la valoración de la *imagen corporal*; sin embargo, hasta el momento es muy poco lo que se sabe sobre la relación y consecuencias de éste último factor durante el período posquirúrgico bariátrico.

Estas observaciones, por lo tanto, sustentan el argumento de que la valoración de la salud mental preoperatoria en pacientes que serán sometidos a una cirugía bariátrica es de suma importancia. Al mismo tiempo, también justifican la necesidad de un seguimiento posoperatorio exhaustivo, de forma tal que sea posible intervenir precozmente y acompañar los cambios y vicisitudes en la *imagen corporal* de los pacientes.

2. 2. La calidad de vida relacionada con la salud y la cirugía bariátrica

En 1945, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedad.

Esta definición permitió el auge y desarrollo del concepto de *calidad de vida*, asociado al bienestar, cuyo uso posterior fue banalizado principalmente por los campos de la comunicación y el consumo.

El concepto de calidad de vida fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar). Se usó indistintamente para nombrar diferentes aspectos de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico, adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. Podemos apreciar que, aunque pueda llegar a tener un ajuste adecuado en determinadas circunstancias no deja de tener un riesgo ideológico. “En su esencia parece un asunto lingüístico, cultural y fenomenológico acaso perteneciente al mundo de la filosofía y que como constructo hipotético desafía su manejo científico” (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza ,2010, p. 170)

En este panorama, Kaplan y Bush (1982) propusieron el término *calidad de vida relacionada con la salud* (en adelante, CVRS) para distinguir el amplio concepto de calidad de vida de aquellos aspectos de la calidad de vida que son específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios. Al mismo tiempo, se propusieron distintos modelos teóricos de CVRS.

CVRS se lo considera como el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas.

La diferencia entre ambos conceptos es relativamente sutil. La expresión *calidad de vida* hace énfasis en los aspectos psicosociales, ya sean estos cuantitativos o cualitativos, del bienestar social (*welfare*) y del bienestar subjetivo general (*wellbeing*); y, en la CVRS el énfasis está puesto en la evaluación por parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y

sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad o accidente (Vinaccia Alpi y Quiceno, 2012).

Con el término CVRS se dejan fuera otros aspectos no relacionados tan estrechamente con la salud como los culturales, políticos o sociales a los que se los denomina *calidad de vida no relacionada con la salud*

El uso del concepto CVRS se inició con la confluencia de dos líneas de investigación: una de la rama médica sobre la medición del estado funcional y otra de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental.

Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010) estiman que, gracias a la actitud activa de los pacientes, -y al incremento de *consumismo* de los servicios sanitarios, que se asoció con la posibilidad de efectuar reclamos sobre los de derechos de los pacientes-consumidores-, y gracias también a los progresos metodológicos de la psicometría y a la combinación de medidas de la función física y del bienestar psíquico, nació la moderna investigación clínica de la CVRS.

Mientras que para Urzúa (2010), el concepto de CVRS llegó al campo de la salud con la concepción de que el bienestar de los pacientes es un punto muy importante para ser considerado, tanto en lo que refiere a su tratamiento como en el sustento de vida; por esa razón, esta expresión se refiere al impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente acerca de su bienestar.

Son indiscutibles los avances respecto al diagnóstico y a la implementación de la tecnología en el tratamiento de las enfermedades; este hecho ha representado un salto cualitativo en el logro de la supervivencia frente a ciertas enfermedades que antes eran mortales y que, actualmente, con los nuevos avances científicos pueden tener un tratamiento.

Pese a ello, en los últimos años se ha observado que, a la par de los logros tecnológicos, existe un deterioro en la calidad relacional entre el equipo de salud y el paciente; este vínculo, junto con el diálogo entre las partes que trae aparejado, fue antaño un soporte social muy importante para el paciente, al mismo tiempo que representaba una fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud (Schwartzmann, 2003). Se estima incluso, que esa relación médico- paciente, equipo de salud- paciente, tiene una capacidad terapéutica que puede intervenir positivamente en el éxito de un tratamiento o explicar su fracaso. Parece ser que, en muchas ocasiones se ha dejado de lado la visión holística respecto al cuidado de la salud.

La función de la medicina no debe ser únicamente la de proporcionar muchos años de vida, sino que, ante todo, debe aportar una mejora en la calidad de los años vividos, en tal sentido resulta cardinal tener presente la definición de salud que propone la OMS, recordemos que no solo consiste en tratar de combatir una enfermedad, sino que también implica promover el bienestar de las personas.

Por consiguiente, actualmente se acepta que, además de prolongar los años de vida y de aliviar los síntomas de las enfermedades, un objetivo principal de las intervenciones de salud es conseguir una mejoría en la CVRS.

Respecto a las enfermedades crónicas, tales como la obesidad, el objetivo es muchas veces atenuar o eliminar los síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes. Por esta razón, los resultados o la eficacia de los tratamientos no pueden evaluarse adecuadamente con las medidas clásicas de los resultados en medicina, tales como la mortalidad, la morbilidad o la expectativa de vida.

Al mismo tiempo, el modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influenciado por el estado de ánimo, por los mecanismos de afrontamiento de las diversas situaciones y por el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida, y la calidad de vida relacionada con su salud.

Al referirse al concepto de CVRS, Urzúa (2010) señala:

A pesar de que aún no existe consenso en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información derivada de su estudio ha llegado ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. (p. 359)

El concepto de CVRS comenzó a incluirse en el Index Medicus en el año 1966. Su historia en el ámbito de la investigación clínica es, por lo tanto, relativamente breve, por lo que cuenta con la necesidad de mantener un sólido marco conceptual, una mejor especificación de sus dimensiones y una mejor interpretación del sentido y significado del concepto a partir de los resultados obtenidos por distintas investigaciones (Bernstein, 2010).

En la actualidad, se intenta dejar de lado el debate dicotómico entre lo *objetivo* –donde se consideran válidas solo las observaciones del equipo médico– versus lo *subjetivo* –donde se consideran los datos provenientes del paciente. Dejar de lado esta dicotomía implica revalorizar los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente, los cuales condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida (Schwartzmann, 2003).

Bernstein (2010) remarca las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida:

1. La dimensión física: es la percepción del estado físico o de la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento.
2. La dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, que puede ser el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima o la incertidumbre del futuro. Esta dimensión también incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, tales como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
3. La dimensión sociológica: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y de los roles sociales en la vida, tales como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médica/paciente y el desempeño laboral.

Delimitar estas dimensiones no implica desconocer que –lejos de tratarse de elementos aislados– se interrelacionan, ya que esto constituye una premisa básica para la conceptualización, el estudio y la evaluación de la calidad de vida y su dimensión subjetiva.

Para examinar la CVRS resulta de suma importancia aclarar conceptualmente cada uno de los términos que este concepto involucra, dado que existe una sorprendente falta de consistencia en sus significados y en su modo de utilización.

La OMS ha propuesto una Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - conocida como CIF- basándose en una perspectiva biopsicosocial, aporta un marco conceptual para una mejor comprensión de la salud.

Esta clasificación se basa en dos principios con importantes implicaciones en la conceptualización y estructuración de los servicios sanitarios, a saber: 1) *universalidad* (funcionamiento/discapacidad son inherentes a la condición humana, comunes a todos), y 2) *continuidad* (la ecuación funcionamiento/discapacidad es un continuum: persiste a lo largo de toda la vida)

La salud es vista como un continuum que partiendo de una visión corpórea de la salud pasa por una experiencia general de salud (el funcionamiento) y alcanza la experiencia humana global; por lo tanto, la salud además de la normalidad fisiológica posibilita la realización de las funciones y de los proyectos vitales, contribuyendo a conformar la sensación de *bienestar*.

Teniendo en cuenta este marco referencial, existen tres componentes de esencial importancia:

- A) Las *funciones corporales y estructuras corporales*: indican las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, así como la ausencia o alteración de los mismos se conciben como *diferencias* en funciones y estructuras.
- B) La *actividad*, se refiere a la ejecución individual de tareas y las *limitaciones* de la actividad son las dificultades que tiene el individuo para realizar tales actividades.
- C) Participación: señala el desenvolvimiento de las situaciones sociales y las *restricciones* de la participación, son los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento

Por ejemplo, un paciente con obesidad, puede tener alteradas sus funciones corporales cardiológicas, ello le impide el desempeño de actividad física o ejercicio físico, así como atarse los cordones de las zapatillas; pero además experimenta dificultades para desenvolverse en situaciones sociales; entrar sentado en la butaca de los cines, o en el transporte de pasajeros, le cuesta conseguir trabajo, y manifiesta una baja autoestima.

Como se puede apreciar, los tres componentes están integrados bajo los términos *funcionamiento y discapacidad* y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. Por lo tanto, el término *funcionamiento*, comprende la función, la actividad y la participación, es decir que indica aspectos positivos esa interacción. Por el contrario, *discapacidad* es el término genérico que incluye deficiencias, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (en condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010).

Asimismo, en este marco, hay que definir los *Dominios de la Salud*, referidos a los dominios intrínsecos a la persona, entendida como una entidad fisiológica, como por ejemplo las funciones mentales, o la movilidad. Los *Dominios relacionados con la Salud*, que son extrínsecos, si bien están estrechamente relacionados con los anteriores, resultan necesarios para la descripción de la experiencia de salud vivida, por ejemplo, el trabajo, las actividades sociales. Y por último están los *Dominios no relacionados con la salud*, se trata de aquellos bienes vitales como la autonomía y la integridad que pueden compartirse por la mayoría de las personas independientemente de su origen, raza o religión y que representan un ideal de vida de validez intrínseca y universal.

El conjunto total de estos dominios es lo que se entiende como bienestar objetivo y es el concepto más amplio de todos los relativos a la salud.

El concepto *Calidad de Vida* representa la percepción de cómo vive el individuo su salud globalmente; es decir, en todo el conjunto de dominios de la salud, relacionados con la salud y no relacionados con ella. Mientras que CVRS es la percepción individual de cómo se vive la salud reducida a los dominios de la salud y los relacionados con ella. En otras palabras, “se podría decir que la CVRS es a la calidad de vida lo que Funcionamiento es a Bienestar” (*Ibíd.*, p. 189)

Si bien, la CIF, ayuda a catalogar y clasificar toda la información relativa a la salud de las personas empleando un lenguaje unificado, para el presente trabajo, sólo utilizaremos el aporte del marco conceptual, dejando de lado la tarea de codificación puesto que escapa a nuestros objetivos.

Por consiguiente y recapitulando, la CVRS puede ser concebida como una noción multidimensional, que incluye las percepciones subjetivas respecto al bienestar emocional, físico y social. Asimismo, tiene en cuenta la reacción de un individuo frente a su propio estado de salud o enfermedad (Velásquez-Zambrano, Miranda-Fontalvo, Pulgar-Emiliani, Araujo-Zarate y Salazar-Mestre, 2014).

Considerar las propias percepciones que tiene el paciente sobre su salud o enfermedad, prueban el hecho de que el estudio del bienestar humano es un tema complejo en el que intervienen múltiples dimensiones. Probablemente, esta sea la causa –o una de las causas– que hacen que el estudio del bienestar humano sea un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no logran un consenso.

Para Schwartzmann (2003), lo esencial en el concepto de CVRS está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, del lugar en el que han vivido, de su contexto cultural actual y de los avatares de su historia personal. Por lo tanto, todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta para definir la *calidad de vida relacionada con la salud* de las personas.

Evaluar la CVRS es importante porque permite:

- conocer el impacto de la enfermedad o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y a la vez complementario del orgánico;
- un mejor conocimiento del enfermo, de su evolución y de su adaptación a la enfermedad;
- conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos;
- ampliar el conocimiento sobre la evolución de la enfermedad;
- potenciar la comunicación médica/paciente;
- ayudar en la toma de decisiones médicas;
- facilitar la rehabilitación de los pacientes (Bernstein, 2010);
- predecir el riesgo y la mortalidad a largo plazo (Velásquez-Zambrano et al., 2014).

El Grupo WHOQOL (siglas en inglés que corresponden a *The World Health Organization Quality of Life*) estableció una serie de ítems en relación con las medidas de *calidad de vida relacionada con la salud*, los cuales fueron aceptados y consensuados por diversos grupos de investigadores. Según el planteo de este grupo, las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: deben recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: deben relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa.

Estas variables generalmente marcan diferencias importantes en los aspectos que se valora (Grupo WHOQOL, 1995).

Analizar la CVRS tiene un particular interés en el escenario de las enfermedades en las que se ha conseguido una supervivencia prolongada. También resulta de gran relevancia en aquellas enfermedades que además producen un impacto global sobre la vida de los pacientes y que combinan aspectos positivos y negativos.

Está ampliamente documentado el detrimento en los niveles de la calidad de vida que se observa en las personas obesas, siendo un factor de tal significancia que muchos de los pacientes declaran que es justamente por la gravedad de esas alteraciones que optan por la intervención bariátrica.

Para Schwartzmann (2003), es fundamental que los instrumentos de evaluación de la CVRS sean relevantes culturalmente. Esto significa que se les debe preguntar a los pacientes sobre las cosas que realmente les importan, y esto implica elaborar preguntas que no son universalmente válidas, sino adecuadas a un lugar determinado y a un momento histórico dado.

Asimismo, la mayoría de los expertos en evaluación de CVRS recomiendan la utilización de instrumentos específicos para cada enfermedad. Estos instrumentos específicos, sin embargo, estarían acompañados de la administración de algún instrumento genérico.

En el ámbito de la cirugía bariátrica, Oria y Moorehead, en el año 1998, diseñaron el sistema BAROS para evaluar de manera específica la eficacia de la cirugía bariátrica. En el año 2003, actualizaron este mismo sistema (Moorehead, Ardelt-Gattinger, Lechner, & Oria, 2003).

El sistema BAROS consiste en examinar el porcentaje de pérdida de peso y la medición de la mejora en las comorbilidades; asimismo, incluye un cuestionario de calidad de vida que pondera las siguientes áreas: autoestima, física, social, laboral y sexual. El paciente debe responder cada uno de estos ítems eligiendo entre cinco opciones preestablecidas.

Varios estudios de CVRS a mediano y a largo plazo en cirugía bariátrica que emplearon el sistema de medición BAROS revelaron que tras un año de cirugía los pacientes mostraban progresos en numerosos ámbitos. Se detectó que mejoraban la autoestima, la actividad física, social y laboral, la actividad sexual y el comportamiento en relación con la comida. (Ocón-Bretón et al., 2005; Leiva, et al., 2009; Harakeh et al., 2010).

Estos resultados son también muy similares a los de una investigación llevada a cabo en Argentina. En el Hospital Churruca de la ciudad Autónoma de Buenos Aires, se realizó un estudio con 80 pacientes en el que se empleó este cuestionario. La conclusión a la que llegaron los investigadores es que la cirugía bariátrica mejora la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con obesidad mórbida (Caeiro et al., 2010).

A pesar de la coincidencia que arrojan estas publicaciones hay ciertas disputas acerca de la fiabilidad del sistema BAROS. Algunos autores, como Larrad y Sánchez-Cabezudo (2004), consideran que, pese a la gran aceptación que ha tenido en la comunidad médica, el sistema BAROS adolece de contener demasiadas valoraciones subjetivas e ignorar otros parámetros, algunos fundamentales, como todos aquellos relacionados con la esfera nutricional y gastroenterológica, por lo que la revisión de este sistema se hace necesaria.

Este argumento, además, puede explicar y se completa con otra cuestión fundamental: la supuesta especificidad del sistema BAROS para evaluar resultados

en cirugía bariátrica no es tal puesto que los datos que arroja podrían deberse al descenso de peso mediante técnicas no quirúrgicas, sumado a que los resultados varían de acuerdo al período posquirúrgico en que se lo administre.

La gran pérdida de peso producida por la cirugía bariátrica se asocia con mejoras significativas de las comorbilidades relacionadas con el peso, tales como la diabetes de tipo 2, la hipertensión y la dislipidemia (Wadden et al, 2007). Al mismo tiempo, se observan mejoras luego de la cirugía bariátrica en las capacidades funcionales y en la movilidad, las cuales repercuten positivamente en la función laboral, por ejemplo. Otro estudio más reciente, efectuado mediante la aplicación de escalas, también concluyó que la cirugía bariátrica mejoraba la CVRS en personas obesas (Velásquez-Zambrano et al., 2014).

Lecaros Bravo et al. (2015) analizaron la percepción que tiene el propio paciente en relación con el resultado de la cirugía bariátrica. Para la realización de este análisis, consideraron tanto a los pacientes que habían logrado bajar de peso como a los que no. En este sentido, los resultados fueron algo sorprendentes, ya que encontraron que tanto un grupo como el otro evaluaban de manera positiva la cirugía bariátrica.

El score BAROS, en ambas versiones se utilizan en la práctica, no sólo lo demuestra el trabajo que mencionamos realizado en el Hospital Churruca de la ciudad de Buenos Aires, sino también ha sido utilizado en el Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

A continuación, la Figura N°2, exhibe el cuestionario de Calidad de Vida del score BAROS, en la versión publicada en el año 1988.

Se puede apreciar que la posibilidad de respuesta que ofrece el sistema BAROS, es demasiado básica y, al mismo tiempo, las condiciona.

En primer lugar, bajo la consigna: - *“Please print form: Make a check to show how your life has changed after your weight loss”* (en idioma español: Haga un control para saber cómo ha cambiado su vida después de su pérdida de peso. Por favor, indique en el formulario.), se parte del presupuesto de que la persona ha logrado cierto descenso de peso, lo cual no siempre ocurre.

Las consignas en idioma español son:

1. con respecto a mi autoestima, después de la cirugía, me siento.
2. con respecto a mi disposición a las actividades físicas, me siento.
3. con respecto a mi capacidad para relacionarme socialmente, me siento
4. con respecto a mi disposición al trabajo, me siento
5. con respecto a mi interés en el sexo, me siento

Sobre las respuestas que la persona debe marcar, es decir, en las que se debe sentir incluido, son iguales para las cinco áreas que explora; en idioma español son: Mucho peor, Peor, Igual, Mejor, Mucho mejor.






Asimismo, según nuestro criterio, utiliza gráficos extremistas y peyorativos, lo cual también tiene influencia y puede condicionar las respuestas. Esto se ve claramente, por ejemplo, en los gráficos del punto 2 o 4, en lo que respecta a la disposición hacia el trabajo o la actividad física.

En general, los diseños se parecen más a los *emojis* o emoticones de un teléfono celular que a la descripción de situaciones reales de la vida cotidiana de los pacientes operados de cirugía bariátrica.






Al mismo tiempo, los dibujos utilizados sostienen –y, por lo tanto, refuerzan– ciertos estereotipos respecto a aquellas personas que no logran descender de peso, como, por ejemplo, que son capaces de quedarse dormidos en sus ámbitos de trabajo, como deja entrever la imagen del cuarto dominio.

Please print form: Make a check to show how your life has changed after your weight loss.






1. Regarding my self-esteem, after surgery, I feel:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Much worse | Worse | The Same | Better | Much Better |
| -1,0 | -0,5 | 0 | +0,5 | +1,0 |






2. Regarding my disposition to physical activities, I feel:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Much worse | Worse | The Same | Better | Much Better |
| -0,5 | -0,25 | 0 | +0,25 | +0,5 |






3. Regarding my ability to relate socially, I feel:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Much worse | Worse | The Same | Better | Much Better |
| -0,5 | -0,25 | 0 | +0,25 | +0,5 |

4. Regarding my disposition to work, I feel:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Much worse | Worse | The Same | Better | Much Better |
| -0,5 | -0,25 | 0 | +0,25 | +0,5 |

5. Regarding my interest in sex, I feel:

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Much worse | Worse | The Same | Better | Much Better |
| -0,5 | -0,25 | 0 | +0,25 | +0,5 |

Note: the subtotal for the Quality of Life parameter ranges from -3.0 to +3.0.


FIGURE 1 – Quality of life questionnaire (MOOREHEAD-ARDELT¹³)


Figura 2. The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire Bariatric Analysis of Reporting Outcome System (1988).

MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS

Please make a check in the box provided to show your answer.


1. Usually I Feel...






Very Badly About Myself Very Good About Myself


2. I Enjoy Physical Activities...






Not At All Very Much


3. I Have Satisfactory Social Contacts...






None Very Many


4. I Am Able to Work...






Not At All Very Much


5. The Pleasure I get Out Of Sex Is...






Not At All Very Much

6. The Way I Approach Food Is...





I Live to Eat I Eat to Live

Melodie K. Moorehead, Ph. D., Bariatric Surgery-Clinical Psychologist, 1201 E. Broward Blvd., Ft. Lauderdale, FL 33301.
 Elizabeth Ardel, Ph. D., Institute für Psychologie, Universität Salzburg.
 MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
 SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS
 Copyright 1997 M.K. MOOREHEAD, Ph.D. (954) 524-5244

Figura 3: The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II Bariatric Analysis of Reporting Outcome System (2003). Extraído de: <http://www.drmoorehead.com>

La versión del año 2003, simplifica aún más las representaciones y agrega un ítem relacionado a la comida. Las opciones de respuesta varían según lo que se indaga. Así en idioma español, tenemos:

1. por lo general me siento...

El rango de respuesta va desde: Muy mal conmigo mismo - Muy bien conmigo mismo.

2. Yo disfruto de la actividad física...

El rango de respuesta va desde: No del todo – Mucho

3. Yo tengo un satisfactorio contacto social...

El rango de respuesta va desde: Ninguno - muchísimo.

4. Me siento capaz de trabajar o para trabajar...

El rango de respuesta va desde: No del todo – Mucho

5. El placer que obtengo del sexo es...

El rango de respuesta va desde: No totalmente – Mucho

6. La forma en que me acerco a la comida es:

El rango de respuesta va desde: Yo vivo para comer-yo como para vivir

Resulta interesante el punto número 6 que indaga la relación con la comida, pues la persona tiene como opciones implícitas “comerse el mundo” o “pararse sobre el mundo”, aspectos muy extremistas que cosifican un aspecto tan sensible para estos pacientes; es decir que, las personas que logran descender de peso están o estarán en la cima del mundo, reproduciendo la idea de la delgadez como ideal y modelo de éxito, mientras que en el otro extremo directamente no hay ninguna figura humana, los obesos están fuera del mundo que comen, están *out*.

Puede apreciarse, además, que el cuestionario de calidad de vida de BAROS no tiene en cuenta los aspectos relacionados con los síntomas gastroenterológicos y nutricionales, por lo que se estima necesaria su revisión.

Algunos pacientes como consecuencia de la cirugía, presentan -a corto o a largo plazo- náuseas, vómitos, dificultades en la evacuación intestinal, intolerancia a algunos alimentos, como por ejemplo las carnes, y mala absorción de nutrientes, por mencionar solo algunos de los efectos indeseados, es decir que, un cuestionario especializado en CVRS en cirugía bariátrica debería contemplar esos efectos.

En relación con este hecho, Larrad y Sánchez-Cabezudo (2004), señalan que en ocasiones el grado de satisfacción del paciente no se correlaciona con las modificaciones producidas en la calidad de vida, y esto ocurre especialmente cuando existen graves restricciones en la ingesta.

Algunos estudios que examinan los resultados una vez transcurridos los cinco años de la cirugía mediante el sistema BAROS arrojaron resultados que variaron sustancialmente de aquellos realizados a corto plazo bajo la misma metodología, lo cual tal vez se explique por el aumento de peso que sufren ciertos pacientes luego del periodo de pérdida de peso inicial. (*Ibidem*)

A largo plazo, las mejoras en la actividad física, social, laboral, sexual y en el comportamiento con la comida habían disminuido con respecto a los valores anteriores (que habían sido medidos al año de la intervención); sin embargo, estos valores seguían siendo mayores que los obtenidos previamente a la cirugía. (Alcaraz García et al., 2015).

Además de los problemas mencionados con este sistema, también debe tenerse en cuenta que los resultados de BAROS al no mostrar ninguna especificidad del ámbito de la cirugía bariátrica, podría aplicarse a cualquier tratamiento que tuviera como objetivo alcanzar el descenso de peso.

Por todo ello, un análisis serio de la problemática no debería tener en cuenta solamente el componente *descenso de peso* y mucho menos equiparar la pérdida de peso a un buen nivel de Calidad de Vida o de CVRS, como si estos factores fueran sinónimos.

Esta consideración se hace necesaria porque, por ejemplo, no podría reconocerse como exitosa o plenamente beneficiosa, una cirugía que genere la pérdida de peso deseada a expensas de la intolerancia a una gran cantidad de alimentos, o a la presencia de vómitos o constipación crónica.

Respecto a este asunto, comentan Olguín et al. (2014):

Si bien la pérdida de peso debería ayudar al mejoramiento de la vida social del paciente, pueden surgir importantes dificultades para adaptarse al nuevo entorno. Se ha visto un aumento de la tasa de suicidios y del uso problemático de alcohol, disminución precoz del trastorno por atracones con aparición posterior de conductas compensatorias, distorsión de la imagen corporal y aparición de conflictos conyugales. (p. 441)

Una completa valoración de la CVRS tiene que considerar que hay además de los mencionados, otros efectos secundarios indeseados propios de la cirugía bariátrica, como son: anemia, pérdida de piezas dentales, alopecia, flaccidez de la piel y de las uñas, falla hepática, formación de cálculos biliares, úlceras y hernias, entre otros efectos posibles (Alcaraz García et al., 2015).

Los cambios estructurales que produce la cirugía bariátrica en el circuito digestivo, producirán náuseas o dolores cuando el individuo ingiere cantidades de alimento superiores a las toleradas por el nuevo reservorio gástrico, el paciente una vez operado, debe comer pequeñas cantidades de alimento y, además, masticar muy bien la comida para no experimentar este tipo de consecuencias.

Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que estos efectos secundarios no consisten en un inconveniente menor para las personas, los cuadros de vómitos que reportan algunos pacientes, por ejemplo, pueden causar complicaciones físicas de distinta naturaleza (Ruiz Moreno et al., 2002). Además, Gei Guarda (2006), explica que la pérdida de peso extrema puede conducir a la depresión y a otros tipos de psicopatologías, incluso, reporta el efecto psicológico de la *pérdida de comida* que experimentan algunos pacientes y ello explicaría cierta somatización con síntomas de náuseas y vómitos.

También se pueden sumar complicaciones producidas por déficits alimentarios, por este motivo, se indica a los pacientes complementar de por vida la dieta con un suplemento multivitamínico, un suplemento de calcio, vitamina B12, 1000 mcg IM, cada 6 meses (Gei Guarda, 2006). Este tipo de suplementos se hacen necesarios porque en muchos pacientes se observa un déficit de hierro y anemia ferropénica, producido en la cirugía por la eliminación de parte del estómago responsable del factor intrínseco de Castle, imprescindible para absorber el hierro. Esta problemática puede afectar hasta el 50 % de los casos y deteriora de manera importante la calidad de vida del paciente (Jericó et al., 2016).

Por otra parte, como mencionamos en el apartado anterior, el gran descenso de peso que alcanzan algunos pacientes repercute también en el órgano de la piel, generando lo que se conoce como colgajos.

Cuando la piel se estira demasiado –lo que ocurre en estos casos como consecuencia de un incremento de peso–, la estructura interna de la dermis, que contiene colágeno y elastina, cede y se rompe, y con ello pierde elasticidad y fuerza. Si bien el descenso de peso ocasiona una pérdida de grasa en las células adiposas, la piel, al estar ya dañada, no puede retraerse.

Los colgajos de la piel no solo son un factor antiestético, además están asociados a diversos problemas de salud, tales como infecciones y dolores de espalda. Los colgajos representan un obstáculo para la locomoción o la ejecución de movimientos simples de la vida cotidiana, además de un verdadero estorbo para la

práctica de deportes, se trata de varios kilos de piel que ya no cumplen la función de sostén. Asimismo, pueden aparecer infecciones en la piel causadas por hongos, virus o bacterias; normalmente aparecen debido a la dificultad que presentan los pliegues a la hora de mantenerse higienizados y secos en todas las zonas.

La mayoría de los pacientes, cuando los colgajos interfieren con el normal desempeño de las funciones, se operan con un cirujano plástico que les retira esa piel sobrante; sin embargo, esto no significa que la presencia de los colgajos no resulte un inconveniente, más bien todo lo contrario; además, muchas veces, el hecho de poder acceder a una operación de contorno corporal implica importantes luchas con las obras sociales. Estas instituciones, a su vez, a menudo ponen trabas en la realización de este tipo de intervenciones con el argumento de que se trata de operaciones cosméticas o estéticas.

Ames et al. (2016) revelan que un área de gran preocupación para los pacientes en el posoperatorio es la existencia de piel suelta y colgando después de la pérdida de peso masiva.

El exceso de piel se asocia con disminuciones en el funcionamiento físico, la *imagen corporal* y la autoestima. En esta publicación se hace referencia a un cierto número de pacientes que informaron que no habrían elegido someterse a la cirugía bariátrica si hubieran sabido los efectos negativos del exceso de piel.

Las percepciones tan marcadamente negativas sobre los colgajos o el exceso de piel que tienen los pacientes, son un hecho fundamental a tener en cuenta; recordemos que la satisfacción o no con los resultados de la cirugía bariátrica por parte de los usuarios es un factor que no se puede desconocer a la hora de evaluar la CVRS.

Álvarez (2009) menciona que siempre hay pacientes que no están satisfechos con el resultado, o bien porque tienen poca pérdida de peso o porque la pérdida es excesiva, con desnutrición, anemia y otras deficiencias, o bien porque no alcanzaron la figura corporal que esperaban previamente.

En definitiva, los resultados esperados por la medicina no siempre coinciden con los deseados y/o esperados por los pacientes.

Una revisión sistemática reciente de la literatura sobre esta temática, examinó la efectividad de la cirugía bariátrica en la calidad de vida psicosocial hasta seis años después de la cirugía (Jumbe, Bartlett, Jumbe y Meyrick, 2016, citado en Ames et al. 2016); los resultados revelaron que las mejoras a largo plazo en la calidad de vida – en particular, aquellas referidas a aspectos psicosociales, como la depresión y la insatisfacción con la *imagen corporal*– no acompañaron las mejoras en la salud física producidas tras una pérdida de peso masiva.

Ames, et al., (2016) aconsejan dialogar claramente con los pacientes previamente a la cirugía y comentarles todos estos elementos derivados de la misma. Es fundamental explicarles que, si bien muchos aspectos relacionados con el peso y la calidad de vida mejorarán, otros dominios de la calidad de vida no se podrán reparar después de la cirugía bariátrica, de modo que la decisión del paciente de optar, a pesar de este hecho, por la cirugía bariátrica sea una decisión informada, y, al mismo tiempo, este pueda ajustar sus expectativas a los hechos que se le exponen.

A pesar de estos efectos indeseados, tampoco se pueden desconocer los beneficios que conlleva la pérdida de peso. Entre ellos podemos citar, a modo de ejemplo, la recuperación de las funciones corporales y la autonomía para realizar tareas cotidianas, tales como higienizarse, trabajar, jugar con los hijos o nietos, mejorar la actividad sexual, entre otras. Para Rodríguez de Castro et al. (2010), estos beneficios a su vez inciden sobre la satisfacción y autoestima positiva de los pacientes.

Otros beneficios asociados a la pérdida de peso son las mejorías en las comorbilidades, como, por ejemplo, la diabetes de tipo 2, la hipertensión y la dislipidemia. Por ello, según la opinión de Wadden et al. (2007), los pacientes operados con cirugía bariátrica describen significativamente menos alteraciones en la CVRS posoperatoriamente que los individuos que cuentan con un nivel de obesidad similar y que han optado por planes dietarios más convencionales.

Asimismo, también debe considerarse el hecho no trivial de que el importante descenso de peso que se logra durante el primer año posquirúrgico y las mejoras en la CVRS que ello conlleva, podrían ser un buen estímulo y motivación para que el paciente logre y afiance nuevos hábitos. Esos cambios, a través de los tratamientos convencionales muchas veces no se consiguen –o, al menos, se consiguen de forma más gradual–, ya que es muy difícil alcanzar un descenso de peso considerable y muchas veces solo ocurre como resultado de un largo y arduo proceso de cambios de hábitos y disciplina personal, siendo la razón por la cual muchos pacientes se frustran y abandonan los planes dietarios volcando todas sus esperanzas en la cirugía bariátrica.

Sin embargo, como contrapartida, también se observa que a medida que aumenta el número de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, aumentan los casos que requieren cirugía de revisión para solucionar cuestiones como el regain de peso u otras complicaciones.

La conexión entre la bolsa gástrica y el intestino delgado (el llamado *pouch* o estoma) puede dilatarse en los años posteriores a la cirugía. Los efectos derivados de esa dilatación son una reducción de la saciedad y el hecho consecuente de que el paciente vuelva a sentir hambre aumentando las probabilidades de que regane peso.

La cirugía de revisión, es una intervención destinada a solucionar inconvenientes derivados de la cirugía bariátrica propiamente dicha, como ser aquellos casos en los que el paciente no pierde el peso esperado o incluso recupera parte o todo el peso perdido

Esta nueva cirugía tiene como objetivo reducir el volumen y el diámetro de la estoma para recuperar la saciedad posprandial. Con esta intervención se realizan suturas y pliegues en la bolsa gástrica de modo que su tamaño y diámetro se vean reducidos.

Esta técnica quirúrgica representa un verdadero reto para el cirujano bariátrico y requiere una preparación pre quirúrgica adecuada; en primer lugar, porque se trata de una intervención muy exigente en cuanto al aspecto técnico; pero también por el hecho de que las complicaciones son más frecuentes y presenta una elevada tasa de morbimortalidad.

Asimismo, la justificación de esta cirugía de revisión representa un conflicto a la hora de determinar el motivo del fallo de la primera cirugía, ¿a quién responsabilizar? Se abre un amplio panorama de actores que pueden estar implicados en esta respuesta, por ejemplo: al cirujano, al paciente, psicólogo que no seleccionó adecuadamente al candidato o no supo acompañar posteriormente al paciente, o a todos ellos.

En relación a esto, es interesante e ilustrativa la reflexión que realizan Cristóbal Poch et al. (2013)

Valorar si la técnica quirúrgica ha fallado al paciente, o ha sido el paciente el que ha fallado a la técnica, son aspectos esenciales; antes de valorar una posible cirugía de revisión. Hay pacientes que desgraciadamente no responderán al tratamiento. Por mucho que el cirujano se esfuerce, el paciente no va a cambiar sus hábitos y no

obtendrá la pérdida de peso, ni la resolución de comorbilidades que esperamos. (p. 86)

Estas declaraciones permiten demostrar no solo el hecho de que la cirugía bariátrica no es una cura infalible para la obesidad, sino también que consiste en un tratamiento para la obesidad cuyo éxito en la mayoría de los casos –o en gran parte de los casos– es atribuido fundamentalmente a los cambios de hábitos que logre el paciente.

Teniendo en cuenta que la cirugía para la obesidad no es una cura infalible y que conlleva varios efectos indeseados, como, por ejemplo: colgajos en la piel, náuseas, vómitos, constipación, deficiencia de nutrientes, etc.; y que esto se presenta aun cuando la cirugía se considera exitosa desde el punto de vista del discurso médico, es que creemos necesario evaluar en profundidad el grado de satisfacción que tienen los pacientes, es decir la CVRS, desde la perspectiva de los propios usuarios.

2. 3. *Experiencia corporal y cirugía bariátrica*

Traté de disciplinarme para no salirme del tema, pero me di cuenta de que no podía fijar los cuerpos como simples objetos del pensamiento. Los cuerpos no sólo tienden a indicar un mundo que está más allá de ellos mismos; ese movimiento que supera sus propios límites, un movimiento fronterizo en sí mismo, parece ser imprescindible para establecer lo que los cuerpos "son".
(Butler, 2002, p.11)

El hecho de pensar la materia corporal como algo opuesto al alma hizo que el cuerpo se viera como un impedimento para las realizaciones más elevadas, durante siglos, el cuerpo fue considerado un aspecto secundario de la personalidad y un impedimento para el desarrollo espiritual y supremo del ser humano.

Este modelo fue establecido por Platón (trad. 1992, 1983) y tuvo un gran impacto en Occidente y en nuestra cultura, a tal punto que hasta el día de hoy nos cuesta aceptarnos como seres carnales (De Castro, García y Rodríguez, 2006; Turpín, 2015)

Sumado a ello, las lógicas que han reforzado la falsa ilusión de la mente separada del cuerpo encuentran en las ideas de Descartes (1637) su principal fundamento.

No obstante, en el tiempo presente, este dualismo comienza a ser criticado por diferentes disciplinas y autores. En estas propuestas contemporáneas, lejos de reproducir una lógica binaria o dualista, piensan las categorías de cuerpo-mente o sujeto-objeto como pares correlacionados, interrelacionados y no como entidades independientes.

Por otro lado, también es fundamental tener en cuenta que la cuestión de la corporalidad se ha estudiado durante mucho tiempo desde un punto de vista exclusivamente biológico. Esto implicó que la materia corporal no se pensara como un cuerpo vívido, como un lugar donde y desde el cual se ubica y comprende la existencia.

La visión conservadora –que puede llamarse anatomista o dualista– del cuerpo tiene la aspiración de ser objetiva y de explicar de manera lógica y causal los procesos que tienen lugar en el cuerpo. De este modo, se piensa en un cuerpo material *desencarnado*, en el que no tienen ningún tipo de influencia los estados subjetivos o las vivencias que acompañan los procesos biológicos (De Castro et al., 2006).

Por todo ello, se plantea la noción superadora de *experiencia corporal*, la cual propone dejar de lado reduccionismos orgánicos o mentales. De este modo, el hombre puede ser abordado en su totalidad, sin fragmentarlo en la ficción dualista de cuerpo y mente.

Si seguimos esta línea conceptual, Del Mármol y Sáenz (2011) señalan que:

La consideración e integración del cuerpo como locus de conocimiento a través de la experiencia, posibilita la superación no sólo del dualismo cartesiano, sino también de la dicotomía sujeto/objeto y para el caso de las ciencias sociales la dicotomía sujeto investigador/sujeto-objeto de investigación, generando nuevas formas de hacer ciencia, más vinculadas a lo experiencial, a lo afectivo y que se propongan ser más horizontales". (p. 8)

Hablar del cuerpo desde esta configuración implica, por un lado, la traducción al lenguaje verbal de algo que pertenece al orden de la *experiencia corporal*; cuando, de hecho, la *experiencia corporal* no puede ser capturada en su totalidad por el lenguaje. Por el otro lado –y por más que resulte paradójico–, el lenguaje forma parte de esta *experiencia corporal*, lo cual implica la imposibilidad de una traducción completa entre el orden corporal y el orden del lenguaje. El pasaje de un plano de la experiencia al otro exige siempre una transformación que trae aparejadas tanto pérdidas como ganancias. “Sin embargo, este trabajo de traducción –tomando prestadas las palabras de Derrida– es tan imposible como imprescindible” (Najmanovich, 2012, p. 3).

El cuerpo, tal como es pensado en este trabajo, es un lugar, un discurso y un objeto de control. Molina Valencia (2012) explica esta propuesta sin rodeos: el cuerpo es mucho más que el caparazón de una identidad psicológica o la percha en la cual se cuelgan los accesorios de la época.

El modo en que el cuerpo habita el mundo es la expresión de algo más que la personalidad de un sujeto identitario, psicológico o biológico y, en apariencia, singular. Es de gran importancia tener en cuenta que el cuerpo también está influenciado por los regímenes que aplican en una cultura determinada, tales como las políticas generales de una sociedad.

Es decir, las políticas siempre se inscriben en el cuerpo, por lo que es posible conocer el sistema normativo a través de los cuerpos como lugares en los que se evidencian tales políticas. Molina Valencia (2012) explica que el cuerpo contiene el lenguaje del testimonio, puesto que “Los indicios en el cuerpo son un lenguaje que no tiene palabras, pero sí significados que claman por ser traducidos para el acervo de la memoria” (p. 3).

Por otra parte, Foucault (1986) en *Historia de la sexualidad* ofrece una idea de experiencia en relación a la sexualidad, que podemos aplicar para pensar las prácticas y los discursos en torno al cuerpo que interpelamos, allí explica: “entendemos por experiencia la correlación, dentro de una cultura, entre campos del saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad” (p.8)

El trabajo de Foucault (*Ibídem*) acerca de este modo de entender la experiencia y la sexualidad nos permiten pensar y analizar la *corporalidad* teniendo en cuenta tres ejes: la formación de saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa corporalidad.

Por consiguiente, si se tiene en cuenta la complejidad de los distintos elementos que conforman el concepto de *experiencia corporal* es posible indagar en cuestiones que hasta ahora quedaban por fuera en el tema de este trabajo, nos

referimos particularmente, al análisis de la *imagen corporal* y de la CVRS de los pacientes operados de cirugía bariátrica.

La trama que conforma la *experiencia corporal*, está atravesada por un plano discursivo que opera en el dominio del lenguaje –tanto de forma explícita como implícita– y el plano de corporal propiamente dicho-con sus intensidades y afectaciones que opera todo el tiempo sobre el primero. Según Fernández (2006), se trata de una lógica diferente a la de la representación y la multiplicidad, se refiere a un modo de producción de subjetividad a partir de los cuerpos afectados:

Los cuerpos, sus afectaciones e intensidades, parecen haberse constituido desde las primeras demarcaciones disciplinarias de las ciencias humanas, en los impensados del lenguaje. Se habrían producido dos operatorias en un mismo movimiento: los cuerpos fueron pensados como totalidades y, a su vez, este cuerpo–organismo al ser pensado como sistema biológico quedó escindido del alma, del pensamiento, del lenguaje. Así los cuerpos fueron posicionados como uno de los más fuertes impensados del pensamiento y el lenguaje. (Bremman, 2016)

A partir de estas propuestas teóricas, es posible proponer uno de los argumentos que se sostienen en este trabajo: el “desconocimiento o el descuido” por abordar el cuerpo como una materia en la que se intersectan estos elementos –es decir, como una complejidad– es la razón por la cual el problema de la obesidad no ha podido ser explicado ni tratado cabalmente.

Se aplicaron las comillas a los términos “*desconocimiento y descuido*” puesto que habría que analizar las líneas de poder que atraviesan los discursos legitimados como verdaderos para conocer si se ajustan a la realidad de lo que sucede en este campo o hay una manipulación ex profeso de esta complejidad corporal para silenciar cierto malestar en torno a la cirugía bariátrica.

Por lo tanto, respecto a esta tarea histórica de elucidación acerca de lo verdadero, Foucault (1986) expone:

Una historia que no sería aquella de lo que puede haber de cierto en los conocimientos, sino un análisis de los “juegos de verdad”, de los juegos de falso y verdadero a través de los cuales el ser se constituye históricamente como experiencia, es decir como poderse y deberse ser pensado. ¿A través de qué juegos de verdad se da el hombre a pensar su ser propio cuando se percibe como loco, cuando se contempla como enfermo, cuando se reflexiona como ser vivo, como ser hablante y como ser de trabajo, cuando se juzga y se castiga en calidad de criminal? (P.10)

La medicina representa un saber que está socialmente legitimado –el saber *oficial*, se podría decir– sobre el cuerpo y la obesidad. Esta última, al ser concebida como una enfermedad, quedó capturada en el dominio disciplinar de la medicina, la cual se adjudica el saber respecto de ella y de los cuerpos que la encarnan.

Para Le Bretón (2008), el saber biomédico constituye la representación oficial que se propone del cuerpo humano en la actualidad. Se trata de un saber que considera el concepto de cuerpo como distinto del de hombre. En este sentido, se diferencia de los saberes sobre el cuerpo que se encuentran en las tradiciones más populares, las cuales se basan más en un saber-hacer o en saberes-ser que dibujan cierta imagen de cuerpo, ya que los conocimientos tradicionales no aíslan el cuerpo del universo en que se encuentra.

El hombre moderno occidental concibe el cuerpo como algo diferente de él, lo posee meramente como un objeto muy especial. Este hecho implica que la unidad hombre y su arraigo corporal está rota, y al mismo tiempo se establece una relación de propiedad, de allí la expresión de que el hombre *posee* un cuerpo. El cuerpo moderno implica la ruptura del ser humano con los otros –consiste, en este sentido,

en una estructura social individualista–, la ruptura con el cosmos y también consigo mismo.

La modernidad propuso una concepción de cuerpo que se equipara en muchos aspectos a una *máquina maravillosa*; el cerebro, por ejemplo, es considerado como una suerte de computadora del hombre. Este hecho, en realidad, deja de lado un dato elemental que se propone desde la antropología: no es el cerebro el que piensa sino el hombre (Le Bretón, 2008). Esta representación mecanicista y fragmentada del cuerpo forma parte de la vida cotidiana de los servicios médicos, con lo cual se transforma el cuerpo en un rompecabezas.

Según el pensamiento de Le Bretón (2008), la medicina apostó al cuerpo pensando que era posible curar la enfermedad, la cual era percibida como extraña, en lugar de curar al enfermo como unidad integral. La medicina –fundamentalmente la medicina occidental–, es la medicina del cuerpo, no la del hombre. Esto prueba que la concepción que tiene la medicina del cuerpo es histórica y contextual, y no, como algunos podrían sostener, universalmente válida.

Así, es posible hablar en la actualidad de la *liberación del cuerpo*: este enunciado, típicamente dualista, olvida que la condición humana es corporal, que el hombre es indiscernible del cuerpo, el cual le otorga espesor y sensibilidad a su *ser en el mundo*.

En las sociedades occidentales, el cuerpo es el signo del individuo, el lugar de su diferencia, de su distinción. Sin embargo, de forma paradójica, el hombre se encuentra al mismo tiempo dissociado de él a causa de la herencia dualista que se mencionó anteriormente.

La expresión de *ser en el mundo* remite filosóficamente al modo de entender el ser (*Dasein*) desde la perspectiva existencialista (Heidegger, 2009). Desde esta perspectiva se piensa el ser como un ser en situación, en un tiempo presente continuo, un ser siendo, cuya aprehensión solo es posible en situación y por medio de la vivencia y de la experiencia, más que por exámenes de laboratorio al estilo de la medicina clásica.

La pregunta acerca de la *experiencia corporal* de los pacientes operados de cirugía bariátrica implica, si tenemos en cuenta todo lo mencionado, una concepción no dualista ni mecanicista de entender al cuerpo. El solo hecho de considerar las percepciones corporales de los pacientes, por lo tanto, es un modo de adentrarse en la problemática de la obesidad sin perder de vista la dimensión antropológica, histórica, social, política y cultural que la atraviesa y conforma.

De hecho, es fundamental relevar que las consideraciones respecto a la gordura y, por consiguiente, al cuerpo de la obesidad, también han ido variando según los tiempos y las culturas. Antiguamente, describe Vigarello (2011), la gordura significaba plenitud, encarnaba la abundancia. Un cuerpo opulento representaba por sí mismo una buena condición social, era símbolo de riqueza y de salud al mismo tiempo, en un contexto donde la pobreza, el hambre y la precariedad eran una constante generalizada. Los siglos centrales de la Edad Media promovieron la acumulación de alimentos a la categoría de ideal; la salud, en este contexto, suponía la panza llena, el vigor procedía de la densidad de la carne.

Sin embargo, estos ideales de gordura coexistían con otras gorduras en el universo medieval, las cuales eran consideradas como una enfermedad. Este es el caso de la gordura que presentaba laxitudes líquidas, la hidropesía, o lo que hoy en día es conocido como linfodemas; también era catalogada como enfermedad la gordura que llegaba a lo que se pensaba como un extremo, lo *muy gordo*, lo cual al mismo tiempo implicaba dificultades prácticas para realizar actividades cotidianas, por

ejemplo, por causa del peso excesivo, algunos no podían montar a caballo (Vigarello, 2011).

Hacia fines de la Edad Media, la gordura dejó de contar con amplia aprobación y empezaron a aparecer presiones provenientes de los clérigos, quienes predicaban el control y la contención frente al pecado de la gula y la pereza. También comenzó a circular un discurso entre los médicos en relación con el hecho de que existía cierto peligro de la gordura; al mismo tiempo, en esos años en las cortes medievales, comenzó a cultivarse el ideal de estilización de la figura corporal.

Con la llegada de la modernidad, la mirada de la sociedad en general se centró más en el individuo y en el yo, y con esto el gordo se convirtió en una amenaza tanto estética como vital según los nuevos sistemas de valores. Las críticas modernas se detienen principalmente en las torpezas, en las eficacias, en aquellas cosas que la persona gorda no hace o no puede hacer. “El gordo se convierte en el ser de las ineptitudes, en el de las flojeras, en el de las inercias” (Vigarello, 2011, p. 10). La gordura es definitivamente concebida en este periodo como el corolario de actitudes individuales, de los rasgos de personalidad y de las decisiones sobre los hábitos, incluso de modos de pensar.

El cuerpo de la llamada *obesidad mórbida*, desde el surgimiento de la modernidad y hasta nuestros días, es un cuerpo juzgado y estigmatizado. Es un cuerpo que muestra en su materialidad un conjunto de valores, actitudes y decisiones de la persona, un cuerpo portador de conductas consideradas reprobables para el grupo social en el que pertenece. Al mismo tiempo, lo que ocurre con estos cuerpos es que su volumen corporal ocupa un lugar privilegiado en la caracterización de las personas e invisibiliza otras dimensiones de la existencia.

Es tan grande y pesada la carga social sobre esta problemática, que Bertrán Vilá y Sánchez Uriarte (2009) equiparan la obesidad contemporánea con la lepra medieval. Ambas enfermedades, según esta propuesta, dan clara cuenta de la estigmatización social causada por las manifestaciones corporales de una enfermedad que no puede ocultarse.

Algunas investigaciones alertan incluso sobre una mayor incidencia de accidentes y suicidios en pacientes operados de *bypass* gástrico luego del séptimo año de la intervención (Leiva et al., 2009, Ames, et al., 2016).

El impacto social en los pacientes bariátricos ha sido abordado por Sutton et al. (2009), quienes estudiaron el comportamiento de secretismo o no divulgación de personas que se someten a cirugías bariátricas. Este modo de proceder parece responder a una larga historia de estigmatización y discriminación a nivel social de la que son víctimas la mayoría de las personas obesas y que traen aparejadas consecuencias negativas en el proceso posquirúrgico, ya que su existencia implica que los pacientes no cuenten con una red social de contención y apoyo. Además de este hecho, Sutton et al. (2009) observaron que muchas personas del entorno de las personas con obesidad consideraban que la cirugía bariátrica era una opción facilista por parte de los pacientes –un modo rápido y sin esfuerzo para perder peso–, y por esta razón no resultaban acompañantes adecuados durante el proceso de recuperación.

La idea de que hay una *lucha* contra el peso –que, además, debe librarse– no es una prescripción contemporánea, sino que comprende una histórica y afinada precisión del juicio sobre las curvas corporales y su modificación. Según Vigarello (2011), durante mucho tiempo se buscó la contención de la carne, de allí el uso del corsé, el cinturón de sujeción, las ligaduras de toda clase. Esto implica una idea subyacente de que las formas del cuerpo debían obedecer a las manipulaciones

materiales; se piensa aquí en un cuerpo maleable, sobre el que se puede intervenir, un cuerpo pasible de ser sometido a las más mínimas correcciones.



Figura 4. Fotografía de una joven victoriana con corsé, se puede apreciar la intervención física y mecánica sobre el cuerpo con el propósito de afinar la cintura. Fuente: “El corsé no sólo moda vintage” 11 de diciembre de 2017 en <https://arteentodo.com>

Resulta llamativo que este combate contra la gordura tenga algunas *formas* coincidentes con la evolución de las técnicas quirúrgicas de la cirugía bariátrica. Pensamos aquí en las primeras intervenciones, las cuales se conocieron con el nombre de *cinturón gástrico* o *banda gástrica*. Estas prácticas consistían en colocar un anillo de silicona en el estómago que se ajustaba gradualmente con el objetivo de restringir el ingreso de alimentos. Otras técnicas posteriores también buscaron achicar el estómago y acortar el intestino, siempre con el objetivo de controlar de algún modo el volumen o el efecto de las ingestas.

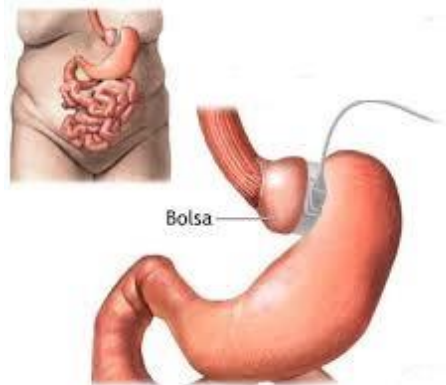


Figura 5. Representación sobre la técnica Manga gástrica, cuyo objetivo es restringir y disminuir la ingesta de alimentos. En este procedimiento, se coloca una banda hueca hecha de un material especial alrededor del estómago cerca de su extremo superior, que puede apretarse o aflojarse según criterios médicos. Fuente: www.clinicadam.com

Al seguir la línea histórica propuesta por Vigarello (2011) se puede observar que, tanto durante el siglo XIX como en el XX, los tratamientos para adelgazar fracasaban. Este hecho hacía que apareciera un nuevo motivo de estigmatización para los gordos, ya que luego de las intervenciones se demostraba la impotencia por pretender cambiarlos, aparece la acusación social sobre el obeso, ya no de rústico o ignorante, ni siquiera de glotón, sino de carecer de autocontrol, de un debilitado poder sobre sí mismo. El hecho de mantener un cuerpo enfermo y feo cuando todo demuestra que deberían cambiar –y que, además, está en su poder hacerlo–, contribuye a la acusación de *anormales*.

La categoría de anormales, como explica Foucault (1996), no señala simplemente una fase de incertidumbre o un episodio un tanto desafortunado de la historia de la psicopatología, sino que constituye un fenómeno que está relacionado con un conjunto de instituciones de control, con mecanismos de vigilancia y con la distribución de un orden social. En este contexto, aquellos que escapan a la normatividad, aquellos a quienes no se puede adiestrar, aquellos que fracasan en el cumplimiento de las dietas son incorregibles, en tanto no alcanzan los estándares de la normalidad de su época.

Ahora bien, todas estas materias mencionadas deben ser tenidas en cuenta para analizar los datos del tema que se va a tratar aquí; en particular, para abordar la cuestión del fracaso de los tratamientos, tal como se propone a continuación. En nuestros días, es sabido que a partir de los dos y cinco años, entre el 80 % y el 95 % de los pacientes obesos que recibieron tratamientos terapéuticos como planes dietarios o programas basados en cambios en el estilo de vida, vuelven a su peso inicial o incluso lo superan (Awad et al., 1993; Hernández González et al., 2012). Pese a tener pleno conocimiento de estos índices de fracaso, los médicos y nutricionistas siguen prescribiendo todo tipo de regímenes o planes para adelgazar. Eso se convierte en problema cuando los pacientes no logran el descenso de peso o no logran mantener el peso perdido, ya que en esa instancia se responsabiliza a los mismos pacientes del fracaso, lo cual les genera una gran culpabilidad. Respecto a esto, Flichtentrei (2018) explica que:

Ningún fenómeno que adquiriera las dimensiones que hoy tiene la obesidad puede ser el producto de la responsabilidad individual sino la consecuencia de una cultura que lo promueve. Estamos obesos porque vivimos en una sociedad obesogénica. No se debe ni a nuestra debilidad de carácter, ni a nuestra falta de voluntad, ni a nuestra pereza o gula. Es absurdo pensar de ese modo. Es un recurso estigmatizante que desplaza hacia quienes padecen el problema la responsabilidad de quienes lo generan. (p. 1)

La medicina es una disciplina científica y, como tal, forma parte de la cultura, no de la naturaleza. No pocas veces, la medicina contribuye a creer que son los individuos –y no el mundo en el que viven– la causa del problema, y, por lo tanto, son también ellos los únicos responsables de su solución. Un ejemplo de este hecho es la teoría del balance energético, que propone que engordamos porque comemos más y nos movemos menos; esta teoría sirve porque describe la situación, pero no ofrece ningún tipo de explicación sobre lo que sucede. Flichtentrei (2018), por otro lado, sí propone una explicación: la obesidad es el modo mediante el cual nuestra biología se *adapta* a un ambiente que ha puesto el consumo como criterio ordenador de la vida y

que ha subordinado la salud y una milenaria cultura alimentaria a los intereses del mercado.

Durante siglos, se ha hecho hincapié en que la obesidad era producto de un *estilo de vida*, que se relacionaba con la pereza, el sedentarismo y el hedonismo. Se ha desconocido el hecho fundamental de que son las *condiciones de vida* las que determinan el modo en que las personas actúan, los parámetros a partir de los cuales se configuran los estilos de vida posibles. De hecho, se conocen muy bien los mecanismos psicofisiológicos vinculados con la satisfacción de las necesidades biológicas, tales como el circuito hambre-saciedad. Aunque también se sabe que esos mecanismos son manipulados irresponsablemente por la industria alimentaria, la cual busca el beneficio económico por sobre de cualquier otra cosa, y diseña para ello productos comestibles obesogénicos, es decir, ricos en energía, grasas o azúcares y pobres en nutrientes.

Una de las opciones para combatir los intereses de la industria alimenticia es el control del estado sobre los productos que se comercializan. Sin embargo, nuestro estado prácticamente no ejerce control sobre las grandes empresas de alimentos y bebidas, y tampoco ejerce demasiado control sobre la publicidad de sus productos. Debido a esto, toda intención del estado de abordar la problemática de la obesidad es subsumida en el ejercicio de control sobre los cuerpos individuales; en particular, se propone la cirugía bariátrica como una de las herramientas para frenar esta pandemia.

Respecto a esto, Foucault (1996) afirma que

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica: la medicina es una estrategia biopolítica (p. 56)

De este modo, si se sigue el pensamiento de Foucault, la cirugía para tratar la obesidad puede pensarse como un instrumento del anátomopoder, puesto que actúa y procura disciplinar el cuerpo individual procurando volverlo dócil y útil.

Pese a ser una técnica que dirige su accionar exclusivamente al aparato digestivo, López Pérez (2007) considera que la cirugía bariátrica es en realidad una cirugía de la conducta, y afirma que el accionar médico y la medicalización, a partir de este tipo de intervenciones, extienden sus fronteras tomando todas las esferas posibles de la existencia. Ghione Pelayo, médico endocrinólogo, alerta sobre la comparación que es factible hacer entre este tipo de prácticas y las antiguas lobotomías, a menos que se asuma una postura responsable respecto de la intervención, de sus efectos y de sus consecuencias (A. Ghione Pelayo, comunicación personal, 14 de noviembre de 2012).

Se observa en las personas que tienen interés en realizarse una cirugía bariátrica el hecho de que ponen en ella todo tipo de expectativas. Estas expectativas no solo están vinculadas con el peso o las comorbilidades, sino que los pacientes se aferran a esta opción buscando una tabla de salvación frente a un padecimiento que excede ampliamente la dimensión biológica. Muchos candidatos, por ejemplo, expresan que ven en la cirugía la esperanza de lograr encontrar la felicidad para sus vidas.

Este hecho, como ya hemos comentado en el capítulo anterior, no está libre de peligro. Son tan altas las expectativas que ponen los pacientes en la intervención bariátrica y es tal el impacto que estas pueden tener a mediano y largo plazo, que se hace necesario intervenir a este respecto. En el año 2016 fue publicado un artículo donde se remarca la responsabilidad que tienen los proveedores por informar y

trabajar de un modo realista aquello que los pacientes verdaderamente pueden esperar con este tipo de cirugías Ames et al. (2016).

Los pacientes que buscan este tipo de intervenciones quieren realmente transformar su cuerpo en algo que se adapte mejor a ciertos criterios estéticos y concepciones de estilos de vida. Esto puede relacionarse con la descripción de Foucault (1986) de lo que llama “las artes de la existencia”. Con esta expresión hace alusión a un conjunto de prácticas voluntarias o “técnicas de sí” por las que los hombres se fijan reglas de conducta y buscan transformarse a sí mismos, modificarse en su ser singular. En definitiva, con este conjunto de técnicas los hombres buscan hacer de su vida una obra que presenta ciertos valores estéticos y responde a ciertos criterios de estilo.

Respecto a los valores estéticos, López Pérez (2007) observó que la motivación de la mayoría de las personas obesas para tomar la decisión de realizar la cirugía bariátrica estaba influida por criterios estéticos. La mayoría de estas personas tenían una valoración de su *imagen corporal* muy distante de la imagen estandarizada socioculturalmente.

Si se tiene en cuenta que los pacientes buscan esos cambios como una de las “técnicas de sí”, se evidencia una doble condición que se inscribe en el cuerpo. Por un lado, éste sería soporte de individualidad, por el otro, y según Vigarello (2011), el cuerpo es portador de experiencias sociales, en él influyen y se hacen visibles las normas culturales.

Si bien mencionamos más arriba la falta de intervención estatal en los propósitos de la industria alimentaria y caracterizamos el rol del estado en su ejercicio de control sobre los cuerpos individuales, es importante recordar que no es solo el gobierno de un estado o nación el portador del poder; no es este el responsable absoluto de las políticas sobre los cuerpos. Los agentes de políticas son todos los actores capaces de incidir, de alguna forma, en el régimen de significados que condicionan el estar y actuar del cuerpo en el mundo. Se trata de prácticas que se ejercen cotidianamente (Molina Valencia, 2005).

Cada sociedad esboza, en el interior de su cosmovisión, un saber singular sobre el cuerpo: sus constituyentes, sus usos, sus correspondencias. Al hacerlo, le otorga sentido y un valor al cuerpo, como afirma Le Breton: “Las concepciones de cuerpo son tributarias de las concepciones de persona” (2008, p. 8).

La medicina aporta un criterio despersonalizado de la enfermedad, deja de lado el sujeto y su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia y con la muerte, y considera únicamente aquello que forma parte del mecanismo corporal, de la maquinaria biológica. El saber de la medicina, sin embargo, también posee contradicciones, pero estas, en general, no son percibidas por los sujetos que buscan tan solo la eficacia terapéutica.

Lo corporal no es sinónimo de lo somático, pero tampoco de lo biológico, ni de abordajes psicosomáticos. Es fundamental tener en cuenta para este tipo de trabajo que el cuerpo físico no existe independientemente del afectivo, sino que estas distinciones son abstracciones operativas (Najmanovich, 2009).

El acto alimentario humano da cuenta de este entramado, ya que es sabido que no solo comemos para crecer y reponer la energía gastada en la vida cotidiana, es decir, no solo comemos para sobrevivir. Una característica del acto de comer humano es que el evento alimentario es colectivo y complementario, ya que éste se realiza en sociedad: somos comensales. Por lo tanto, el acto de comer entra en el juego de las representaciones compartidas y, como todo evento social, es producto de y produce relaciones sociales.

Al mismo tiempo, eso que llamamos comida también es una construcción social. El acto alimentario une indisolublemente naturaleza y cultura, se unen nutrientes y sentidos. Aguirre (2009) distingue tres representaciones del cuerpo que funcionan como principio de inclusión de tres tipos de alimentos, los cuales se organizan en tipos de *comensalidad*:

1. Cuerpos fuertes - alimentos rendidores - comensalidad colectiva, comida de olla, en los sectores de ingresos bajos.
2. Cuerpos lindos - alimentos ricos - comensalidad familiar en los sectores de ingresos medios, empobrecidos o no.
3. Cuerpos sanos - alimentos light - comensalidad individual en los sectores de ingresos altos.

El ideal corporal guía el principio de incorporación de los alimentos y, a la vez, este se construye en la dinámica de los efectos que tiene esa incorporación. Por ejemplo, si el ideal está en la fuerza, los alimentos seleccionados deben ser igualmente *fuertes*; se designan así cierto grupo de alimentos que se conocen popularmente también como *rendidores*: las carnes rojas, las féculas, los vinos, los picantes. La idea de fuerza rige toda la incorporación fisiológica y psicológica. El volumen de la comida adquiere en este tipo de comensalidad una dimensión fundamental. Los platos deben estar llenos (aunque muchas veces gran parte de la porción sea jugo); asimismo, debe terminarse toda la comida servida y los platos tienen que quedar limpios, lo cual funciona como un signo de aceptación para la cocinera, para la comida y para la situación (Aguirre, 2009). Un tema similar aparece en Aguirre (2010), en donde se cita a Fischler (1995): “los humanos somos los únicos que comemos nutrientes y sentidos”.

Estos aportes de la antropología y de las ciencias sociales demuestran, una vez más, la importancia de entender el cuerpo como una construcción sociocultural. En este sentido, la corporalidad es un elemento constitutivo de los sujetos (Del Mármol y Sáenz, 2011).

Según explica Sastre Cifuentes (2010) es en el cuerpo donde el sujeto integra sus múltiples experiencias y manifestaciones. Es también en él que se sintetizan, en una relación de interdependencia, sus diferentes dimensiones: la dimensión biológica, cognoscitiva, motriz, emocional, relacional y comunicacional, ética, estética y trascendente.

Recuperar la *experiencia corporal* de las personas intervenidas por la cirugía bariátrica ha permitido a Hoyos Duque y Salazar Maya (2016) calificar esta cirugía como “una vivencia espinosa pero satisfactoria”. Fue posible llegar a esta conclusión luego de estudiar a 23 participantes con la característica común de que pasaron por un proceso posoperatorio de cirugía bariátrica que les resultó complejo. Para estos pacientes, alimentarse fue experimentado como una tortura; los cambios físicos, emocionales y en su *imagen corporal* les produjeron ansiedad, al mismo tiempo que dificultaron la aceptación de otros; al mismo tiempo, también adquirieron hábitos y comportamientos que mejoraron su calidad de vida, lo que les permitió sentirse felices y satisfechos con sus cuerpos.

El empleo de descripciones tales como “vivencia espinosa” o “alimentarse como tortura” son cuestiones que escapan a lo que pueden considerarse datos objetivables desde el punto de vista positivista, ya que no es posible mensurarlos a través de, por ejemplo, el sistema de medición BAROS; sin embargo, no por este motivo pierden su validez para intentar comprender lo que queremos conocer.

Esto da cuenta de un dilema no resuelto a la hora de abordar las nociones de corporalidad y de *experiencia corporal*, que consiste en cómo entender el cuerpo y la

experiencia de la corporeidad sin despojarlo de su materialidad. Es decir, se hace necesario reconocer su corporeidad real, la materia empírica que se encuentra por fuera del discurso, pero que, solo puede ser comprendida e interpretada mediante el discurso (Rodríguez, 2009).

Por consiguiente, la noción de *experiencia corporal* abre el panorama de análisis a las transformaciones que vivencian los pacientes en el proceso posquirúrgico. En este sentido, se debe considerar también la huella que deja este acto quirúrgico sobre un cuerpo que ha cargado el peso social de la obesidad, un cuerpo que se ha pensado como *enfermo* y que ha buscado en la cirugía un tratamiento o cura para este padecimiento.

Según Vidal Sandoval (2016), la cirugía bariátrica puede ser entendida como una técnica de transformación de los cuerpos. Esta intervención representa para los pacientes una ruptura biográfica que da inicio a un proceso de construcción de un cuerpo saludable y, de esta forma, permite una reconstrucción de la identidad. A través de una investigación cualitativa con una perspectiva antropológica, el autor recupera de las narrativas de los participantes el hecho de que la cirugía asume múltiples sentidos. Éstos están representados, por un lado, por la “cura” de las enfermedades asociadas a la obesidad; por el otro lado, por un renacimiento a partir de la construcción de un cuerpo nuevo y de una nueva identidad con impacto en la autoestima y en las interacciones sociales.

Esta observación habilita la siguiente pregunta: ¿cómo se piensan, sienten y nombran estos nuevos cuerpos, estos cuerpos que han sido transformados, intervenidos, que han devenido, solo en los casos que presentan los mejores resultados, en cuerpos tan solo menos obesos, sin llegar la mayoría de ellos a ser considerados flacos o “normales”? Paralelamente a esta pregunta, también aparece la inquietud por los cuerpos que han sido intervenidos pero que no lograron una transformación respecto al descenso de peso, personas que se encuentran nuevamente con la frustración y la reasunción de la categoría social de gordos con sus nocivas consecuencias. En definitiva, para estos cuerpos que no alcanzaron el éxito en términos de los resultados esperables de la cirugía bariátrica, cabe la afirmación de Vigarello:

La historia de la gordura es, en primer lugar, la historia de una condena y de sus transformaciones, determinadas por dimensiones culturales y prejuicios sociales. Pero también es la historia de las dificultades concretas del obeso: una desgracia que indudablemente agrava la imposición de nuevas normas y la creciente atención al sufrimiento psicológico. Y, por último, es la historia de un cuerpo cuya diferencia rechaza la sociedad pero que la voluntad no siempre es capaz de modificar. (2011, p. 3)

Sin embargo, en los últimos años parecería vislumbrarse cierto cambio o alivio para la condena social de la gordura. Ya no es una noticia sorprendente ni es una información solo para eruditos la demostración del fracaso en las propuestas terapéuticas convencionales para controlar el exceso de peso. Este hecho trajo aparejado el cuestionamiento de ciertas cosas que se pensaban como verdaderas respecto a los cuerpos obesos y tal vez sea uno de los motivos que ha dado lugar a lo que podría considerarse como un nuevo movimiento social.

2. 4. La hora del orgullo gordo, un nuevo movimiento social para los cuerpos obesos

Desde finales de los años 60, activistas en el mundo angloparlante –muchos de ellos feministas, lesbianas radicales, trans y *queer*– han denunciado la estigmatización de las personas gordas y la complicidad de la industria de la dieta con esta estigmatización, la cual está muchas veces legitimada por el saber/poder médico que difunde la obesidad como un peligro social per se. Muchos grupos también han recuperado la potencia de la palabra gorda/gordo para autonombrarse: esta es una forma de mutar el insulto en otra cosa, de transformarlo en un modo de resistencia, como lo han hecho otras minorías, como las tortas y maricas, los *queer*, los *cripple* (personas con discapacidad), entre otras.

Ha sido la historia de estas personas lo que ha contribuido a desarrollar aquellos aspectos omitidos en la Historia: la experiencia de los sujetos, las representaciones, los significados, los deseos, las emociones, la corporalidad, consideraciones que pertenecen al mundo subjetivo y que adquieren sentido explicativo en tanto construcciones sociales (Rodríguez, 2009).

El discurso enraizado en estas experiencias es portador de una fuerza política emancipadora y fuente de inspiración para la acción política. La noción de experiencia desde esta mirada no solo supone un aporte al conocimiento para comprender y explicar el mundo, sino que conlleva una propuesta política de nuevos estilos de comportamiento, capaces de transformar las condiciones en que vivimos.

El activismo de la gordura, según Jennifer Lee, no resuelve necesariamente la compleja relación que los individuos tienen con sus cuerpos, pero ha contribuido a crear una comunidad y una narrativa alternativa en una sociedad bombardeada con la idea de que la obesidad es una epidemia y con el odio a la carne desbordada (Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo, 2017). Con los aportes de Touraine (1987), podemos contornear el concepto de nuevos movimientos sociales y entenderlo como acciones colectivas coordinadas, constantes y organizadas que responden a propósitos comunes y que tienen como base la identidad social y la solidaridad (Robertazzi, 2017). Estos movimientos consisten en nuevas formas de expresión política que son capaces de cuestionar la gestión de conflictos típica de la modernidad en la que el Estado ocupa un lugar central y la sociedad civil uno secundario.

Moscovici (1979) plantea un modelo genético en el que los sistemas sociales no son absolutos, sino que resultan de la confrontación y de la negociación entre los diferentes agentes sociales. Entre estos hay una relación de reciprocidad, lo cual asegura a cada agente un potencial de acción sobre el sistema (Mugny, 1981). Las normas que catalogan las respuestas en marginales o normales no son entidades autónomas, sino el resultado de negociaciones coyunturales entre individuos y grupos. En este panorama, la marginación pierde su carácter negativo y se convierte en adaptativa cuando es innovadora, puesto que la supervivencia del sistema social reside en sus transformaciones (Mugny, 1981).

Para dar cuenta de estos sectores sociales, Moscovici (1979) alude a la noción de *minorías activas*. Este concepto da a entender que, lejos de actuar como grupos marginados, se afirman como una alternativa que defiende otra norma y otro sistema social. Barriga (1981), desde un punto de vista similar, plantea que vivimos en una época en la que el resurgir de las minorías activas está logrando anular la mala conciencia que tiene el *marginal*, al considerarse a sí mismo con potencialidad de alternativa social.

Ahora bien, entre los distintos grupos que se identifican con estos movimientos sociales, la alternativa social al discurso hegemónico del culto por la delgadez como sinónimo de éxito, belleza y salud la encarnan los activistas de un movimiento

denominado Orgullo Gordo. Alandete (2009) comenta sobre este tema en un artículo publicado en la sección "Sociedad" de la edición digital del periódico *El País*:

Los gordos están hartos. Durante décadas, esa palabra, "gordo", ha sido un insulto. Sin embargo, en los últimos años, un grupo creciente de escritores, intelectuales, médicos y científicos ha reivindicado como suyo el *orgullo gordo*. Se han reunido en Internet y en simposios universitarios, han creado páginas *web* y han tomado parte en estudios científicos. Ahora le dicen al mundo que sí, que están gordos. Y que no pasa nada. Que se puede ser gordo y feliz. (párr.1)

En el caso particular de Argentina, hay una agrupación de las llamadas de *Fat-activismo* conocida como Orgullo Gordo, que surgió en el año 2012. Una de sus integrantes fue operada de cirugía bariátrica. Actualmente, esta agrupación cuenta con una página de Facebook que tiene más de 20.127 suscriptores. De allí se extrae la siguiente cita:

Nuestra misión es desnaturalizar la gordofobia. El orgullo gordo no es solo un término composicional meramente. De lo que estamos orgullosos es de que en una sociedad que nos odia profundamente, nos levantamos todos los días y tratamos de vivir lo mejor posible, de ser felices, a pesar del odio. Lo de la salud es simplemente un discurso más como que "los gays se van a ir al infierno" o cualquier otro discurso de odio. Lo que muestran las investigaciones actuales es que la salud no depende del peso sino del estilo de vida: si vos comés sano (Alimentos no procesados. Esto no incluye a los productos llamados light, que deben evitarse por su alto contenido químico) y haces ejercicio vas a estar sana y eso se va a reflejar en tus biométricas (colesterol, insulina en sangre, presión arterial, triglicéridos, etc.) pero eso no implica perder peso. La única forma en que no te guste estar gorda/gordo es si asimilaste el discurso de dominación que indica que "estar gordo/gorda está mal" y es un caso de lo que Pierre Bourdieu denomina "violencia simbólica".(Orgullo Gordo <https://www.facebook.com/OrgulloGordo/> , s.f.)

A partir de la propuesta aquí consignada podemos pensar que esta agrupación representa un reto a la sociedad, ya que presenta una nueva perspectiva para comprender e intervenir en el problema de la obesidad.

El movimiento de Orgullo Gordo pretende romper ciertas reglas de juego y expresa un conflicto que altera los códigos culturales dominantes. Según Melucci (1995), como la acción de estos movimientos sociales es en sí misma un mensaje dirigido a la sociedad, consiste en la oferta de formas simbólicas y en modelos de relación. Esta acción pone en cuestionamiento la racionalidad instrumental que guía los aparatos de representación y de decisión, lo cual contribuye de este modo en mantener abierto el debate sobre los fines. Estos movimientos ocupan un espacio intermedio de la vida social, en la cual se entrelazan necesidades individuales y estímulos de innovación política.

Los activistas del Orgullo Gordo buscan hacer oír sus relatos alternativos en una sociedad que idealiza y que pone en escena los cuerpos perfectos, los cuerpos ideales y los estilizados, en consonancia con los modelos estéticos que proponen la moda, el fitness y los remedios médicos milagrosos. Frente a estos modelos que instauran los discursos hegemónicos de la sociedad actual, las personas obesas son una suerte de *anti símbolo* de los ideales sociales, son una imagen pública de lo que la sociedad no quiere ser (Braziel y LeBesco, 2001, citado por Ramírez, Arias, Escudero y Jiménez, 2012).

Como se mencionó anteriormente, los llamados "gordos" no encajan. Boaventura de Sousa Santos (2001) explica que la novedad más grande de los nuevos movimientos sociales reside en que constituyen tanto una crítica de la regulación

social capitalista como una crítica de la emancipación social socialista, tal como fue definida por el marxismo. Al identificar nuevas formas de opresión que sobrepasan las relaciones de producción –formas que ni siquiera son específicas de ellas–, abogan por un nuevo paradigma social: un paradigma que esté menos basado en la riqueza y en el bienestar material, y más atento a la cultura y a la calidad de vida. De este modo, los nuevos movimientos sociales denuncian los excesos de regulación de la modernidad. “Se trata de formas de opresión que no alcanzan específicamente a una clase social y sí a grupos sociales y transclasistas o incluso a la sociedad en su todo” (de Sousa Santos, 2001, p. 178).

Asimismo, y desde una perspectiva micropolítica, el conocimiento hegemónico y exclusivo del saber corporal en manos de los expertos y especialistas académicos ha llevado a la represión de un cuerpo-que-sabe constituyendo, para Rolnik (2013, 2015) la mayor violencia del emprendimiento colonial. Dicha operación se sitúa en la médula de la cultura moderna occidental, que se instaura con la colonización y que aún hoy en día nos estructura. En tal sentido, el conocimiento de la academia puede ser totalmente “tóxico” puesto que llena agujeros para no dejar respirar al momento de inestabilidad, que ocurre cuando la pulsación a la que nos lleva un nuevo problema vital convoca el deseo de actuar para recobrar un equilibrio diferente, haciendo lugar a la producción de diferencia, para que actúe el deseo, no el sujeto y de esta manera se evita reducir la subjetividad al sujeto.

El *Fat-activismo* o activismo *fat* es una tendencia que reivindica la gordura, denuncia el estigma social y difunde una imagen optimista de los cuerpos, está conformado por diferentes grupos, de hecho, la propuesta del grupo **Orgullo Gordo** es una expresión de ello. Del mismo modo, bajo el lema **Salud para cualquier talla** (*Health at any size*), hay un grupo de personas que promueve un estilo de vida saludable en el que se come “intuitivamente”, pero sin enfocarse en el peso y aceptando el talle de cada uno.

Esta iniciativa llegó tan lejos que en Inglaterra eligieron proclamar el 6 de mayo como el día internacional sin dietas, con el objetivo de luchar contra la industria de los productos dietéticos. Sus partidarios afirman que es preciso cuidar la salud, pero denuncian que se suele asociar las enfermedades a partir del peso y no a partir de índices más relevantes, tales como los niveles reales de colesterol o de tejido adiposo, que también pueden presentar las personas delgadas.

Estos reclamos coinciden con lo que observan algunos autores acerca de las características de los *nuevos movimientos sociales*, puesto que representan la afirmación de la subjetividad frente a la ciudadanía, aunque no se desligue del Estado completamente. Asimismo, muchos de estos grupos reclaman al Estado, por ejemplo, que asegure y exija a las fábricas textiles y a las diversas marcas de ropa una producción que contemple todos los talles.

Según lo que expone Boaventura de Sousa Santos (2001), la emancipación por la que luchan no es política, sino ante todo personal, social y cultural. Los protagonistas de estas luchas no son representantes de las clases sociales, sino de grupos sociales. Las formas de opresión y de exclusión contra las cuales luchan no pueden, en general, ser abolidas con la mera concesión de derechos –como, por ejemplo, la implementación de la Ley N° 26.396–, sino que exigen una reconversión global de los procesos de socialización y de evolución cultural, que a su vez se trata de transformaciones concretas e inmediatas.

Por ello y en concordancia plena con De Domingo Bartolomé y López Guzmán (2014) los agentes de salud, desde el espacio legitimado que ocupan, deben bregar

por hacer justicia social sobre las personas que padecen esta problemática. Entre otras cosas, esto implica priorizar la lucha contra la estigmatización de la obesidad.

2.5 La perspectiva etnosociológica en cirugía bariátrica

Gran parte de los estudios sobre los aspectos psicológicos que se observan luego de la intervención bariátrica han reproducido la lógica propia del discurso médico. En muchos casos, por ejemplo, han empleado metodologías cuantitativas, lo cual ha hecho que no se consideren gran parte de los procesos que acontecen en la *experiencia corporal* de los pacientes y que también forman parte de la CVRS y de la *imagen corporal*.

En esta investigación, sin embargo, no se hará un estudio de tipo cuantitativo, sino cualitativo, ya que se sostiene que solamente el análisis cualitativo podrá dar cuenta de la complejidad del fenómeno a tratar y de los muchos factores que intervienen. Ahora bien, dentro del estudio de tipo cualitativo se puede distinguir un área denominada *investigación narrativa*. El énfasis en una investigación de este tipo recae en lo experiencial, ya que abarca distintos modos de obtener y de analizar relatos referidos a experiencias personales, en su dimensión temporal (Campos, Biot, Armenia, Centellas y Antelo, s. f.).

El tipo de estudio que aquí se va a realizar emplea la técnica “relatos de vida”, una técnica derivada de la perspectiva etnosociológica desarrollada por Bertaux (2005). Este recurso permite sortear las discrepancias que, como se menciona en los capítulos precedentes, algunos autores evidencian respecto de la aplicación de ciertas escalas o tests que dejan de lado aspectos importantes para la evaluación de los resultados.

Al mismo tiempo, la utilización de los relatos de vida tiene la ventaja de que permite examinar el lapso de tiempo posquirúrgico que se planteó en los objetivos de este trabajo. Este enfoque posibilita conocer cómo funciona y cómo se transforma un objeto social o una categoría de situación, al mismo tiempo que hace hincapié en los mecanismos, en los procesos y en la lógica de acción que lo caracterizan. En palabras del creador de esta técnica: “El relato de vida, en cuanto testimonio de la experiencia vivida, aporta entre otras la dimensión diacrónica, que es también la dimensión de la articulación concreta de ‘factores’ y de mecanismos muy diversos” (Bertaux, 2005, p. 23).

Hellin Gil, Navas López y Pujante Alarcón (2012) emplearon los relatos de vida para estudiar un grupo de pacientes diagnosticados con obesidad mórbida, los cuales habían sido incluidos en programas para cirugía bariátrica. Según los autores, esta modalidad de investigación resultó adecuada para abordar, conocer y obtener una perspectiva holística del fenómeno estudiado:

Las encuestas de calidad de vida deben complementarse con técnicas antropológicas adecuadas, como es el caso de las historias de vida, donde las percepciones subjetivas son recogidas a través de la perspectiva *emic*, evitando así la cuantificación de emociones que evitan la consideración de aspectos individuales, socioculturales o diferencias entre pacientes que una simple encuesta no puede apreciar. La investigación cualitativa permitió buscar la profundidad del entendimiento más que la exactitud con objeto de describir las cualidades del fenómeno estudiado bajo una mirada inductiva y holística, avanzando en la visión cuantitativa. (Hellin Gil et al., 2012, p.13.)

Cabe aclarar que la expresión “relato de vida” se introdujo hacia el año 1976 en remplazo de otra forma: las “historias de vida”. Este cambio terminológico no es ni

azaroso ni caprichoso, sino que permitió una mejor distinción entre la historia vivida por una persona y el relato que esta persona podía y decidía contar de esa historia, a petición de un investigador y en un determinado momento de su historia personal (Bertaux, 2005).

Al solicitar a un narrador que nos relate su vida, o parte de ella, no solo se le está pidiendo a esa persona que ofrezca datos relacionados con el tema que se está investigando. Los autores Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) proponen que solicitar un relato de vida trae aparejada una petición implícita: la de tomar una posición frente a lo que se cuenta.

Bertaux (2005) describe tres funciones que desempeñan los relatos de vida en una investigación de tipo etnosociológica: la primera es la función de exploración, puesto que estos relatos permiten abrir un terreno; la segunda es la función explicativa o analítica, por último, la tercera es la función expresiva. Según White y Epston (1993), las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia. No se trata, por lo tanto, de relaciones preexistentes al discurso que conforma los relatos, sino que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones.

Desde este enfoque, la narrativa se convierte en un modo privilegiado de construir conocimiento. Los relatos son una forma particular de reconstrucción de la experiencia: mediante un proceso reflexivo, se da significado a lo sucedido o a lo vivido (Ricoeur, 2000).

Ricoeur reconoce, por lo tanto, la importancia del estudio del discurso y, al mismo tiempo, insiste en la necesidad de regresar a las raíces de la tradición filosófica para explicar este hecho:

Ricoeur introduce el concepto de discurso como dialéctica del acontecimiento y el sentido: el acontecimiento es la experiencia entendida como expresión, pero es también el intercambio intersubjetivo en sí, y la comunicación con el receptor. Lo que se comunica en el acontecimiento del habla no es la experiencia del hablante como ésta fue experimentada, sino su sentido. La experiencia vivida permanece en forma privada, pero su significación, su sentido, se hace público a través del discurso. (Monges Nicolau, en Ricoeur, 1998, p. 1)

La fenomenología de E. Husserl (1984, 1985) plantea la importancia de la noción de experiencia para el conocimiento. Este valor fundamental está dado porque es precisamente en el contacto vivencial con el objeto –un contacto despojado de prejuicios y de ideas previas– donde se hace posible conocer, comprender un fenómeno.

Esta forma de acercamiento al objeto de estudio va de la mano con una forma de concebir al sujeto que tiene que ver con el concepto de *Dasein*: término alemán que combina las palabras “ser” (sein) y “ahí” (da), y que puede traducirse como “existencia”. No se plantea, por lo tanto, un concepto de ser fijo en el tiempo, sino la posibilidad de ser en una circunstancia determinada. De este modo, la experiencia se crea y recrea en el sujeto que narra una historia; pero esta experiencia, al mismo tiempo, trasciende la narración, ya que la palabra no puede jamás capturar la plenitud que implica la experiencia del acto vivenciado. Entre vivir y narrar existe siempre una separación, por pequeña que sea: “La vida se vive, la historia se cuenta” (Ricoeur, 2000, p. 5).

A este hecho, sin embargo, habría que agregarle otra complejidad: Ricoeur (2000) plantea la hipótesis según la cual el vínculo de la historia con el relato no puede romperse sin que la historia pierda su especificidad en las ciencias humanas. Esta hipótesis implica que, para este autor, es un error oponer historia y relato, ya que es

necesario considerar el carácter de inteligibilidad que la trama confiere al relato. Por lo tanto, además del componente que se puede llamar episódico del relato, no hay que perder de vista el carácter configurado, ya que este constituye la base de su inteligibilidad.

Directa o indirectamente, la historia es la historia de los hombres, que son los portadores, los agentes y las víctimas del poder, de las instituciones, de las funciones y de las estructuras en las que se insertan. En última instancia, por lo tanto, la historia no puede separarse por completo del relato porque no puede separarse de la acción que implica agentes, fines, circunstancias, interacciones y consecuencias, tanto queridas como no queridas. Ahora bien, esto tampoco implica olvidar que la trama es la unidad narrativa de base que integra estos ingredientes heterogéneos en una totalidad inteligible (Ricoeur, 2000).

Según todo lo mencionado sobre el abordaje de la problemática que nos concierne, a partir de los relatos de vida se puede afirmar que **darle una voz** a esta comunidad de pacientes, en lugar de pretender encasillarlos en la lógica estandarizada de los tests, tiene algunas ventajas. En primer lugar, permite considerar los diferentes elementos que componen la trama, pero también da lugar a un hecho fundamental: la generación de un diálogo.

El hecho de que tal diálogo sea posible es compatible con la noción de investigación que se sostiene aquí. Lejos de pensar la investigación como una praxis aislada, pulcra, aséptica, en este trabajo se plantea situada en su contexto social, del cual surge y al cual retorna:

(...) La investigación es una práctica orientada, en tanto no solo tiene la exigencia de conocer y comprender la realidad en que se inserta, sino que pretende impactar en los distintos ámbitos sociales, al poner temas en la agenda pública, al brindar nuevas miradas a fenómenos ya estudiados. En este sentido, consabido es el carácter emancipador de las prácticas biográficas (Pineau & Le Grand, 1993), al contribuir a dar palabra a ciertos actores sociales y sus temáticas particulares. (Cornejo et al., 2008, p. 38)

Entendida así, la investigación no consiste simplemente en informarse acerca del otro, sino que implica un diálogo a partir del cual es posible generar la posibilidad de transformación, de un hacer constitutivo (Rubinelli, 2014, p.8). Sin lugar a dudas, solo a partir de la instancia de diálogo se podrán aportar respuestas a los problemas de salud diferentes de las que se venían planteando hasta ahora. Estas nuevas respuestas serán probablemente más efectivas, ya que se desprenden de sus propias raíces, de su propia categoría de situación.

La posibilidad de generar un diálogo hace que desaparezca la relación “clásica” entre observador y observado, y plantea la posibilidad de una convivencia –o, en términos fenomenológicos, de un *convivenciar*. En circunstancias como estas, el observado propone su racionalidad enredada en su propia razón de ser, en su propio proyecto vital y cultural (Kusch, 1976, p. 137).

Desde esta perspectiva, los participantes tradicionalmente involucrados en una investigación y sus relaciones, esto es, el investigador-observador-sujeto frente al investigado-observado-objeto, aquí son inexistentes. Contrariamente, la relación entre los participantes de la investigación se vuelve una relación de sujeto a sujeto. Esto no implica que ambos actores tengan el mismo hábitat, sino que, como afirma Kusch (1976), comparten un paisaje, habitan un paisaje.

Como ya se ha mencionado anteriormente en esta tesis, aquí cobra una importancia fundamental la noción de *experiencia corporal*. La lectura de Roig (2002), en particular, nos invita a hacer un paralelismo conceptual: este autor propone un

“rescate de la corporeidad”, pero lo hace a través de la comparación con la relación entre significante y significado.

Roig observa que la contraposición entre significado y significante, las dos partes constitutivas del signo lingüístico, ha tenido un valor equivalente a la contraposición entre el alma y el cuerpo. Según este autor, es factible decir que, metafóricamente, el significante puede pensarse como el cuerpo del signo, del mismo modo que –en una relación que tiene mucho de la tradición platónica– el significado puede pensarse en paralelismo con el alma (Roig, 2002). A partir de esta relación metafórica, el cuerpo –el significante–, no es algo que recibe sentido, sino que es, por el contrario, algo que genera sentido, lo cual coincide con la postura que se sostiene en esta investigación, aunque desde otro campo de estudio.

Además de esta, Roig propone otra metáfora que nos resulta sumamente útil en esta tesis para reflexionar a partir de ella:

(...) luego de un inmenso periplo de siglos, desde aquella lejana medicina hipocrática en la que se exigía una "lectura de cuerpo" desde una técnica médica a la que se denominó precisamente *semeiotiké*, la semiología o semiótica contemporánea viene a reanudar la cuestión de la "corporeidad" como el punto de arranque que nos permite insertarnos en ese "lugar recurrente" que es el cuerpo, al que podemos regresar una y mil veces como el puente de lanzamiento hacia un mundo casi infinito de sentidos. (2002, p. 27)

Si se tiene en cuenta este planteo, la narración no es solo una reconstrucción de los hechos y las experiencias vividas, sino una producción que crea un sentido de *lo que es verdad* (Campos et al., s.f.). Sin embargo, para que una investigación de este tipo tenga credibilidad, y sea factible de ser utilizada en un trabajo como el que aquí se propone, son necesarias tres fuentes de evidencia: “la corroboración estructural (datos recurrentes de diversas fuentes), validación consensual (entre diversos informantes e investigadores) y adecuación referencial (un lector es capaz de localizar en su tema las cualidades a las que se dirige el investigador)” (Campos et al., s.f., p. 11).

Además de contar con estas tres fuentes de evidencia, la investigación biográfico-narrativa se compone de cuatro elementos. Debe contar con un narrador, un intérprete (el investigador), con textos (que constituyen el material narrativo) y con lectores (aquellos que van a leer las versiones publicadas de la investigación narrativa), según lo que propone Campos et al. (s.f.).

A partir de estos cuatro elementos, por lo tanto, es posible la investigación, pero esta debe contar además con lo que provea la tarea propiamente dicha, es decir, el diálogo que se va a generar entre tres voces: la voz del narrador, el marco teórico –el cual provee los conceptos e instrumentos para la interpretación– y la reflexión e interpretación propia que se va a desarrollar en el proceso de extracción de conclusiones de todo el material. Por todo ello, Campos et al. (s.f.,) hablan de la experiencia de “vivir la historia”, lo cual implica la narrativa del investigador y la narrativa del sujeto investigado –o de los sujetos investigados– que concluyen en una construcción narrativa compartida.

En este tiempo de investigaciones, la validez y la confiabilidad vienen dadas por la propia credibilidad y coherencia interna de las historias. Específicamente, la validez viene dada por el grado de saturación entre los distintos relatos (Campos et al., s.f.).

Como se señala en los capítulos anteriores, la obesidad es considerada en nuestros días como una enfermedad crónica. Este hecho permite incluirla dentro de

lo que Bertaux (2005) llama “categoría de situación”, lo cual la convierte en un objeto social favorable y factible de ser abordado desde el enfoque etnosociológico.

Esto es posible porque las personas que comparten una misma categoría de situación conforman un mundo social, en la medida en que es la situación misma la que origina presiones y lógicas de acción.

Asimismo, el recurso elegido para la investigación –los relatos de vida– demuestra ser para un caso como el que se estudia ahí particularmente eficaz. Esto se debe a que esta forma de recoger los datos empíricos se ajusta perfectamente al hecho de que se trata de trayectorias, de experiencias de vida.

La utilización de los relatos de vida permite captar mediante qué mecanismos y a través de qué procesos ciertos individuos han terminado por encontrarse en una situación determinada, y, al mismo tiempo, permite observar el modo en que dichos individuos tratan de acomodarse a esa situación (Bertaux, 2005).

Capítulo III: El cuerpo en su pasaje por una cirugía bariátrica

3.1. Sobre la selección de los participantes

En primer lugar, es pertinente mencionar que, en el momento de seleccionar a los participantes, aquello que se prioriza en una muestra de este tipo –es decir, de tipo cualitativa– es la profundidad del conocimiento del objeto de estudio. Al mismo tiempo, cabe mencionar que la muestra de participantes seleccionados permite obtener resultados dentro de los límites de la representatividad socio estructural. Este hecho es fundamental, ya que, en palabras de Mejía, “la representatividad posibilita a la muestra cualitativa reproducir las características principales del universo, es decir es un reflejo del universo, de tal modo que estudie, describa y explique el objeto de estudio” (2000, p. 167).

La muestra cualitativa, por lo tanto, busca la heterogeneidad estructural del objeto de estudio, es decir, la diversidad de matices que comprenden la naturaleza de las relaciones sociales. Operativamente, esta heterogeneidad de esta población puede clasificarse en tres ejes, los cuales se relevan aquí siguiendo el planteamiento de Valles (1999):

Nivel socioeconómico que capta aquellas formas de estratificación que reflejan los diferentes agregados -clases sociales, sectores de ingresos agregados socio-ocupacionales, segmentos etarios, grupos de género etc., que conforman la sociedad actual.

Para cumplimentar con este eje y el siguiente, esta tesis está conformada por participantes operados en diferentes ámbitos de la salud privada y pública de la ciudad de Rosario.

Se entrevistó a un total de 14 personas cuyas edades oscilan entre 29 y 60 años.

Respecto al desarrollo ocupacional - laboral: 5 se desempeñan como empleados o empleadas administrativos; 2 trabajaban como empleadas domésticas, 1 empresario, 2 son comerciantes, 1 docente, 1 profesional independiente y 2 amas de casa.

Se consideraron a los participantes independientemente de su evolución clínica, es decir, la muestra incluyó tanto a las personas que descendieron y mantuvieron un peso saludable, como a aquellos que no lograron mantener un peso saludable o incluso lo aumentaron.

Nivel espacial: Todos los participantes son nacidos en la Argentina salvo una participante oriunda de un país limítrofe. Todos los entrevistados viven en la provincia de Santa Fe.

Nivel temporal: Se seleccionó a aquellas personas que ya llevaban como mínimo dos años y medio de realizada la cirugía bariátrica y hasta 9 años posteriores.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de los participantes.

El tamaño de la selección estuvo definido por el punto de saturación, que se alcanzó cuando los nuevos informantes repetían los contenidos de conocimientos aportados por los anteriores entrevistados, sin dejar de tener presente la heterogeneidad y profundidad propias de los trabajos cualitativos. (Bertaux, 2005) Se presenta a continuación una tabla con el número de los participantes y las características relevantes indicadas:

Tabla 2 Datos generales de los participantes y respecto a la cirugía.

| Participante Número | Código | Edad [años] (al momento de la entrevista) | Año de la Cirugía Bariátrica | Peso [kg] (al momento de la operación) | Peso [kg] (al momento de la entrevista) | Tipo de efector | Tiempo desde la Cirugía | Tipo de Cirugía | Ocupación |
|------------------------|--------|--|------------------------------------|---|--|--------------------|----------------------------|-----------------|-------------|
| 1 | P1 | 32 | 2011 | 120 | 65 | Privado | 7 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 2 | P2 | 51 | 2012 | 231 | 95 | Público | 6 | Sleeve Gástrico | Empleado |
| 3 | P3 | 43 | 2009 | 148 | 98 | Privado | 9 | Sleeve Gástrico | Empresario |
| 4 | P5 | 29 | 2013 | 143 | 83 | Público | 5 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 5 | P10 | 38 | 2009 | 150 | 113 | Privado | 9 | Sleeve Gástrico | Docente |
| 6 | P11 | 52 | 2010 | 113 | 92 | Privado | 8 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 7 | P12 | 29 | 2013 | 120 | 76 | Privado | 5 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 8 | P13 | 55 | 2014 | 149 | 92 | Privado | 4 | Sleeve Gástrico | Profesional |
| 9 | P14 | 60 | 2011 | 139 | 71 | Público | 7 | Sleeve Gástrico | Ama de casa |
| 10 | P15 | 53 | 2011 | 153 | 75 | Público | 7 | Sleeve Gástrico | Ama de casa |
| 11 | P4 | 38 | 2009 | 164 | 142 | Privado | 9 | Sleeve Gástrico | Comerciante |
| 12 | P6 | 52 | 2013 | 134 | 82 | Público | 5 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 13 | P7 | 43 | 2012 | 153 | 78 | Público | 6 | Sleeve Gástrico | Empleada |
| 14 | P8 | 44 | 2011 | 137 | 110 | Privado | 7 | Sleeve Gástrico | Comerciante |

En este apartado en particular se utilizará el artículo femenino y masculino con el propósito describir sucintamente a los participantes que han colaborado en este estudio y ofrecer datos principalmente respecto a la situación clínica que presentaron al momento de consultar por la cirugía y al momento de la entrevista.

1) Código P1: Refiere problemas de sobrepeso desde la infancia. Se operó a mediados del año 2011. Presentaba resistencia a la insulina y no respondía adecuadamente a la Metformina (medicación). El tipo de cirugía practicado fue Sleeve Gástrico, bajó 55 kilos, y pese a fluctuaciones menores se mantiene en peso.

2) Código P2: operado en el año 2012. Estuvo más de un año en preparación. Presentaba hÍper obesidad, pesaba 231 kg al momento de realizar la consulta para la cirugía. Tuvo que bajar varios kilos antes de operarse para reducir los riesgos quirúrgicos especialmente en lo referido a la salud cardiovascular. Este participante se encontraba

prácticamente postrado y obviamente sin poder trabajar. Al momento de la entrevista pesaba 95 kilogramos y sin comorbilidades.

3) Código P3.: El participante presentaba elevados valores de colesterol en sangre, por lo que su motivación para operarse era mejorar su salud, la grasa presentaba una localización principalmente abdominal que le impedía también realizar movimientos y actividades. La operación, Sleeve gástrico, fue realizada en el año 2009 cuando pesaba 148 kg, y al momento de la entrevista pesaba 98 kg, y con niveles de colesterol dentro de los parámetros normales.

4) Código P5: Operada a mediados del año 2013, luego de un año y 4 meses de preparación. Fue derivada por su médica clínica, pesaba 143 kg. Sus principales problemas de salud eran la dificultad en la movilidad física, al punto de no poder atarse los cordones ni vestirse completamente sola y estaba medicada por gastritis. El tipo de operación realizada fue Sleeve gástrico. Actualmente realiza actividad física casi todos los días y refiere sentir mucha satisfacción cuando puede comprarse la ropa que le gusta.

5) Código P10: Fue operada en el año 2009, con la técnica Sleeve gástrico, luego de un par de meses desde que inició la primera consulta. Refiere historia de obesidad desde los 5 años; la familia se manifestaba muy preocupada y angustiada por su estado de salud, al momento de la cirugía pesaba 150kg. Luego de la cirugía llegó a bajar 60 kg, pero al poco tiempo comenzó a subir de peso nuevamente. Por diferentes episodios posteriores a la cirugía bariátrica comenzó a cuestionar la obesidad como entidad nosológica, y a denunciar la fuerte estigmatización social de la que son víctimas las personas que presentan sobrepeso o gordura. Actualmente pesa 113 kilos, refiere que logró bajar de peso gracias a practicar una alimentación más intuitiva y realizar ejercicio físico.

6) Código P11: Fue operada en el año 2010 con la técnica Sleeve Gástrico, pesaba 113 kg. Estuvo aproximadamente 3 meses en preparación. Había logrado mantenerse en 81 kg, pero, refiere que con la menopausia recuperó 10 kg que no logra estabilizar. Su historia de obesidad data desde la infancia, refiere que ha sufrido la exposición social por causa de su obesidad y también problemas con la movilidad por presentar fuertes dolores en miembros inferiores. Actualmente realiza actividad física y control sobre sus ingestas para procurar no aumentar más de peso e incluso quisiera bajar más.

7) Código P12: Operada de Sleeve Gástrico en el año 2013. Preparación: 4 meses. Fue derivada al consultorio de cirugía para la obesidad por su médica endocrinóloga. La participante presentaba hipotiroidismo y diabetes. La endocrinóloga le explicó que, si no lograba bajar de peso, así como estaba antes de la cirugía, con 120 kg y sus comorbilidades desestabilizadas, iba a tener grandes probabilidades de perder embarazos en caso de que quisiera tener hijos. Con la cirugía bajó 76 kilogramos y tiene un hijo. Si bien mejoraron sus parámetros de hipotiroidismo, la diabetes luego del primer embarazo empeoró, actualmente utiliza una bomba de insulina, dado las importantes fluctuaciones que presenta a lo largo del día (se trata de un aparato electrónico que introduce pequeñas cantidades de insulina en su cuerpo todo el día gracias a un mecanismo para la infusión de insulina. Puede ayudar a gestionar mejor la necesidad de ajustar la dosis de insulina, en especial después de las comidas y durante la noche, y así contribuye a lograr un mejor control de la glucosa). Pese a desear tener otro hijo, la médica ginecóloga le contraindicó otro embarazo por causa de su diabetes.

8) Código P13: hombre, 55 años. Fue operado en el año 2014, con la técnica Sleeve Gástrico. El participante presentaba elevados niveles de colesterol en sangre, insulina resistencia y apnea obstructiva del sueño. Mientras se estaba realizando la evaluación pre quirúrgica sufrió un infarto, razón por la cual debió postergar la intervención, tuvo casi un año de preparación pre quirúrgica. Al momento de la cirugía pesaba 149 kg y cuando se realizó la entrevista en el año 2018 pesaba 92 kg y buen estado de salud en general. Realiza actividad física semanal y controles clínicos y nutricionales periódicos.

9) Código P14: Operada en el año 2011, con la técnica Sleeve Gástrico. Estuvo 4 años en preparación pre quirúrgica porque había dejado el tratamiento y luego retomó. Pesaba 130 kg actualmente se mantiene en 71 kg. Fue derivada para tratamiento quirúrgico porque se sentía muy agitada y con serias dificultades para caminar. Antes no trabajaba, actualmente refiere que trabaja y que tiene mejor estado anímico.

10) Código P 15: Fue operada en el año 2011, bajo la técnica Sleeve Gástrico. Mantuvo un año aproximadamente de preparación pre quirúrgica. Al momento de la cirugía pesaba 153 kg, actualmente pesa 75 kg. Fue derivada por la médica clínica luego de que la operaron de vesícula. Antes la participante estaba prácticamente postrada, actualmente se moviliza sola y trabaja. Refiere que le molestan los colgajos, pero no tanto en comparación con lo que sufrió por su obesidad.

11) Código P4: Operado de cirugía bariátrica con la técnica Sleeve, luego de 2 meses de preparación pre quirúrgica. Fue derivado al consultorio de cirugía para la obesidad por el médico endocrinólogo dado que presentaba problemas de insulina resistencia, várices y colesterol alterado. Pesaba 164 kg llegó a bajar a 118 kg, pero luego los aumentó, al momento de la entrevista presentaba 142 kg. Refiere que no pudo mantener el peso porque le costaba salir con el grupo de amigos, ir a los boliches y no consumir alcohol, estaba muy desorganizado. Además, la cirugía nunca le hizo un verdadero tope, razón por la cual el cirujano le explicó que la cirugía bariátrica había fallado y le indicó una cirugía de revisión, pero el participante no accedió. Pese a ello este participante, recomienda la cirugía. La semana de la entrevista había iniciado un tratamiento con una nutricionista para procurar bajar de peso.

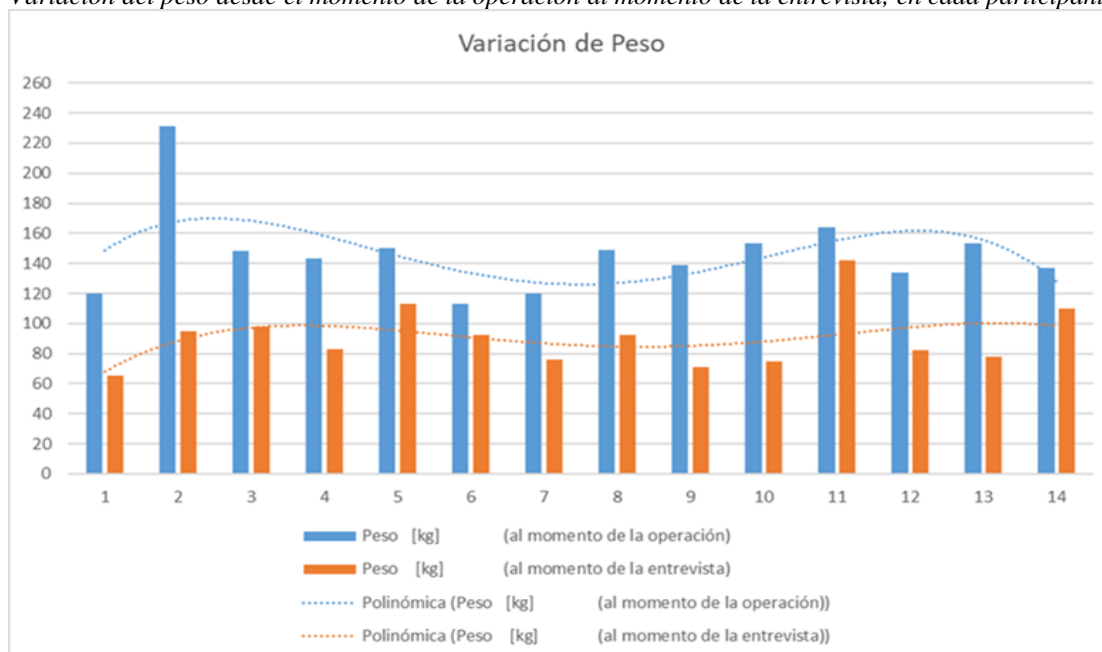
12) Código P6: Operada a mediados del año 2013, con la técnica Sleeve gástrico, comenzó en el tratamiento con 134 kg, se operó con 105 kg y actualmente pesa 82 kg, había bajado más de peso, pero comenzó a engordar cuando enviudó un año antes de la presente entrevista. Estuvo 1 año y 9 meses de preparación. Fue derivada al tratamiento quirúrgico, porque presentaba Glomerulonefritis -inflamación de los pequeños filtros de los riñones- razón por la cual si no bajaba de peso probablemente terminaría en tratamiento con diálisis.

13) Código P7: Operada con la técnica Sleeve gástrico, en el año 2012, luego de un año y meses de preparación. Inició el tratamiento con 153 kg y al momento de la cirugía bariátrica había bajado 40 kg, actualmente pesa 78 kg, pero no tiene estabilizado el peso, refiere que aumentó y que debería bajar por lo menos 10 kilos más. Su obesidad le impedía trabajar y moverse. Asiste a los controles periódicamente. Le gustaría que se asistiera a los pacientes operados más allá del año posquirúrgico.

14) Código P8: Operada en el año 2011 con la técnica Sleeve gástrico, pesaba 137 kg, actualmente refiere pesar 110kg. Había logrado descender 40 kg, pero refiere que se relajó y paulatinamente comenzó a comer más. Actualmente se siente muy angustiada y deprimida, según sus propias palabras por no poder bajar de peso. Se había operado los colgajos, pero actualmente cree que, por el aumento de peso, la piel no le da más.

Gráfico 1

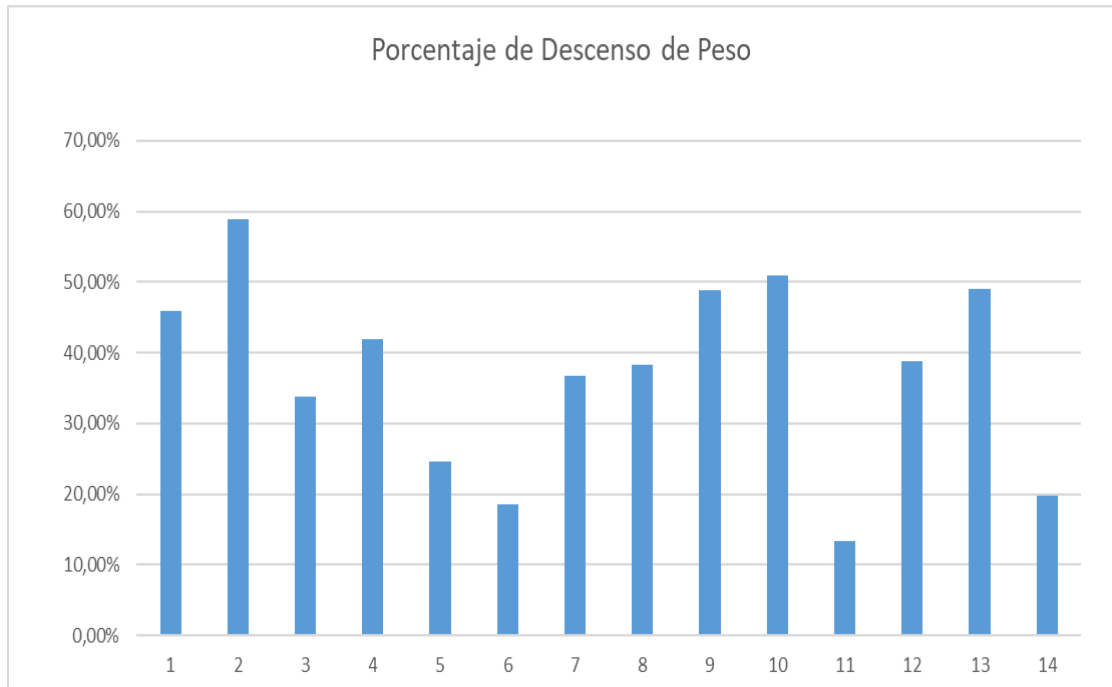
Variación del peso desde el momento de la operación al momento de la entrevista, en cada participante.



Puede apreciarse en el histograma precedente la heterogeneidad de la pérdida porcentual de peso entre los participantes considerando el peso corporal de los participantes en el momento en que fueron operados versus el peso corporal al momento de la entrevista. En todos los casos se constata cierto descenso de peso, sin embargo, esa disminución no respondió de igual manera en cada individuo.

Gráfico 2:

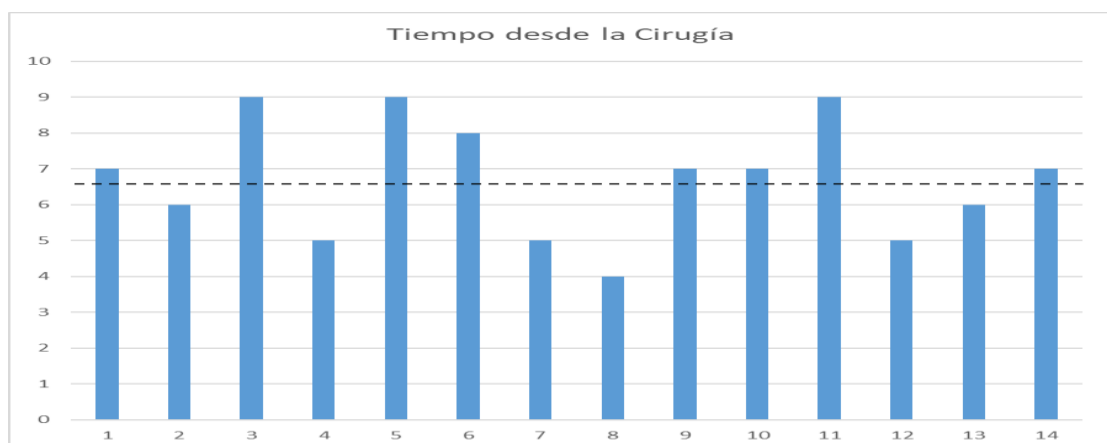
Porcentaje de descenso de peso desde la cirugía al momento de la entrevista en cada participante.



Al momento de la entrevista, el porcentaje de descenso de peso tras la cirugía bariátrica resultó heterogéneo entre todos los participantes, variando entre un 15% y un 60%. Hay que tener en cuenta que, desde el punto de vista de la medicina, un descenso del 20-25 % del peso inicial se encuentran dentro de la expectativa razonable de pérdida de peso en el periodo de un año después de la cirugía bariátrica e incluso es considerado un mantenimiento exitoso luego de 10 años (Ames et al., 2016).

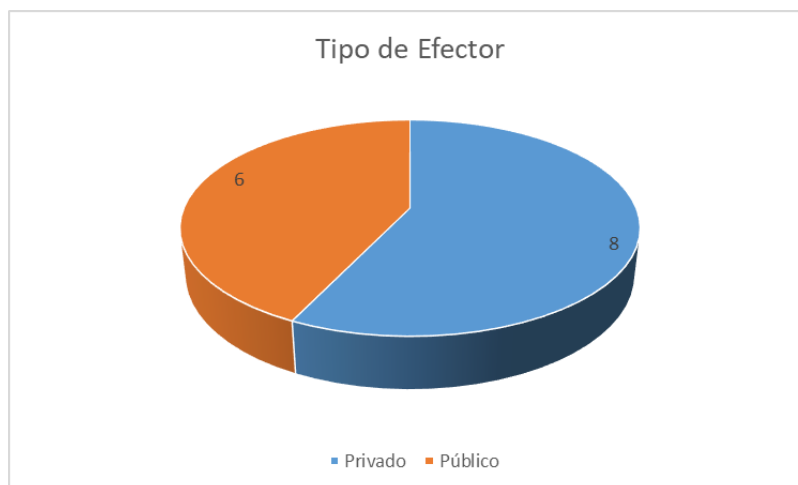
Gráfico 3

Tiempo transcurrido desde la cirugía al momento de la entrevista en cada participante.



Se observa que el tiempo transcurrido desde la cirugía bariátrica al momento de la entrevista oscila entre 4 años y 9 años, alcanzando un promedio de 6 años y 7 meses.

Gráfico 4
Participantes según el tipo de efector



3.2. Sobre los instrumentos de recolección de la información

Se realizaron entrevistas individuales, en profundidad y semiestructuradas, teniendo en cuenta los objetivos específicos se formularon preguntas directrices. El orden y la formulación de esas preguntas variaron en cada entrevista.

En todas las entrevistas se recopiló información sobre la fecha y tipo de cirugía, el peso al momento de la cirugía y el peso actual; la auto valoración de la *imagen corporal* previa y posterior a la intervención, la relación con el propio cuerpo, los cambios que se produjeron con la cirugía, percepciones respecto a la *calidad de vida relacionada con la salud*; y las transformaciones en la experiencia del propio cuerpo después de la cirugía.

Los ejes en los que se centró la entrevista fueron: los registros de la *experiencia corporal*, los registros de la experiencia corporal a partir de la *imagen corporal* y la *calidad de vida relacionada con la salud* y por último el impacto de la cirugía bariátrica en lo corporal en los participantes.

Las entrevistas duraron entre 40 y 60 minutos, y todas fueron grabadas, luego se analizaron los relatos de cada uno de los participantes, determinando de esta forma distintas categorías comunes a través del análisis del contenido.

3.3. Sobre el procesamiento y el análisis de la información

El análisis de la información obtenida a lo largo de las entrevistas se realizó tanto por medio del análisis del contenido como del discurso. Asimismo, se llevó a cabo un análisis comparativo de los relatos que ofrecieron cada uno de los participantes.

Bertaux (2005) plantea que una de las primeras tareas a realizar es la de buscar el orden diacrónico de los acontecimientos. Hacer este ejercicio es una forma de buscar la comprensión del contexto en el que se producen los acontecimientos. Al mismo tiempo, el orden temporal constituye un preámbulo indispensable para captar

posibles cadenas de causalidad, necesarias para la comprensión de los mecanismos sociales a estudiar.

Asimismo, el análisis de las entrevistas busca explicitar las informaciones y los significados pertinentes que en ella se encuentran. Este tipo de informaciones generalmente no aparecen en una primera lectura, sino que se pueden ir formulando a partir de varias lecturas, las cuales *revelan* nuevos contenidos semánticos. Según la propuesta de Bertaux (2005), este fenómeno se halla en el centro del método hermenéutico.

Sin embargo, este autor prefiere emplear el término *análisis comprensivo* – concepto utilizado por Dilthey y luego por Weber– en lugar de la expresión *análisis hermenéutico*, puesto que este último se liga a la tradición de descifrar textos sagrados Bertaux (2005).

La elección de esta forma de trabajo es significativa, ya que se estima que resulta coherente con el interés de la investigación en tanto cuenta con dos importantes ventajas: por un lado, permite que se despliegue el discurso del participante, por el otro, no se limita a la textualidad que se propone en este discurso, sino que reflexiona, además, sobre las condiciones en las que dicha enunciación puede sostenerse, lo cual hace que sea realmente posible “leer los discursos para leer la realidad social” (Santander, 2011, p. 209).

Asimismo, también resultan significativas las llamadas condiciones de producción del relato. Estas condiciones abarcan elementos materiales, tales como el lugar físico del relato, el tiempo disponible para las entrevistas o las condiciones climáticas, por citar algunos ejemplos; características contextuales, tales como la contingencia social, política o cultural; elementos biográficos, como el momento específico de la vida del narrador y también del narratario, y características psicológicas, como el estado emocional de los dos participantes de la entrevista, el narrador y el narratario, entre otros elementos y características que se consideren significativas para una situación determinada en el análisis de un relato en cuestión (Cornejo et al., 2008).

Para facilitar la comprensión de la lectura y marcar de algún modo los fragmentos de los relatos de vida, se optó por presentar estos fragmentos en cursiva, con el objetivo de que sean fácilmente distinguibles de las demás citas. Al mismo tiempo, la inclusión de los fragmentos de estos relatos permitirá hacer referencia directa a ellos en el análisis y en la interpretación que se hace del contenido del discurso del participante.

Por último –y tal como puede observarse en la tabla que incluimos más arriba con la información sobre los participantes–, se otorgó a cada participante un código con el fin de preservar la confidencialidad de su identidad.

3.4 Procedimiento y consideraciones éticas

El acercamiento al terreno se produjo no sólo desde el ámbito clínico profesional, sino también a través de la participación de talleres grupales con los pacientes en el Hospital público y, mediante la toma de contacto con los integrantes de la comunidad llamada “Familia Bariátrica” a través de la asistencia y el dictado de charlas en algunas jornadas organizadas por esta agrupación, durante los años 2013 y 2014.

El grupo “Familia Bariátrica” es una comunidad de pacientes obesos mórbidos, que nació en el año 2007. En la actualidad cuenta con más de 4.000 miembros en el foro de la web, y más de 3.700 en la página en Facebook. Los miembros son pacientes

operados en diversos equipos bariátricos del país. Tiene como objetivo informar, asistir, acompañar, guiar y ayudar, a todos aquellos pacientes operados de cirugía bariátrica que lo demanden. Con cierta frecuencia realizan encuentros y jornadas presenciales en diferentes ciudades.

La participación en los talleres grupales del Hospital, se desarrolló durante los meses finales del año 2013 y el primer cuatrimestre del año 2014; tuvieron una frecuencia semanal de una hora y media aproximadamente, fueron coordinados por los profesionales psicólogos, nutricionistas y la profesora de educación física miembros del servicio.

De este modo se llevaron a cabo acciones de acercamiento al terreno que procuraron facilitar el contacto, la sensibilidad y toma de confianza con quienes se ofrecieron como informantes voluntarios, asimismo se pudo observar el contexto social, considerando la mayor variedad de testimonios posibles, teniendo en cuenta a su vez las diferencias entre los participantes, para ir descubriendo las recurrencias, similitudes y discrepancias en los relatos.

La participación de los entrevistados fue voluntaria. Todas las personas entrevistadas firmaron un formulario de consentimiento, en el que se les informó acerca del objetivo de la investigación. Asimismo, se les solicitó autorización para grabar las entrevistas, como también se aclaró de manera explícita a cada participante su derecho a suspender o a dar por finalizada la entrevista en el momento en que así lo quisieran, sin mediar explicación alguna.

Queda resguardada la plena confidencialidad de los datos en cuanto a la identidad de los participantes.

Cabe aclarar también, que la presente investigación se guio en todo momento por las indicaciones éticas que proponen distintas instituciones y organismos, nacionales e internacionales. Estas indicaciones se incluyen en los lineamientos éticos que propone el Comité de Ética de la UNR en la Resolución 855/09 del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Rosario (UNR 2009). Los distintos documentos allí consignados son los siguientes: el Informe Belmont (del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, 1978); La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2005), la Declaración Helsinki elaborada por la Asociación Médica Mundial (2017), el Código del Tribunal Internacional de Nüremberg (1947), la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental confeccionada por la Federación Mundial para la Salud Mental (1989) y, finalmente, el Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013).

3.5 Modificaciones psicológicas relacionadas con la cirugía bariátrica.

Para analizar los relatos de vida de los participantes en lo respecta a la *imagen corporal*, la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *experiencia corporal* se tomó como punto de partida el interrogante formulado al inicio de este trabajo: ¿qué modificaciones psicológicas se producen en los pacientes con obesidad mórbida operados con cirugía bariátrica una vez transcurrido el periodo de un año y medio desde la intervención?

Esta pregunta trae aparejada de forma implícita la idea de que algo cambia tras el pasaje por la cirugía bariátrica. Esta afirmación fue corroborada por todos los entrevistados, quienes al narrar sus experiencias hablaron claramente de un *antes*, previo a la cirugía y un *ahora* a partir de ella, momento desde el cual se valoran las diferentes vivencias respecto a este procedimiento para controlar la obesidad:

Después de la operación descubrí que podía, antes quería que cuando cruzara la calle un auto me atropellara. (P1)

Ahora tengo un cuerpo contento, antes estaba nerviosa, deprimida. (P14)

Ahora que aumenté unos kilos, me parezco más a la de antes, siento ganas de comer, y por eso me aparece el miedo. (P6)

Si tenemos en cuenta la información que proveen estos fragmentos, podemos observar el modo en que la cirugía bariátrica marca un corte en la continuidad vital de los entrevistados.

Independiente de los resultados obtenidos, la intervención quirúrgica marca un hito; consiste, en este sentido, en una suerte de pasaje, implica necesariamente un estado resultante que es irreductible al estado anterior.

Respecto a este fenómeno del pasaje de un estado a otro diferente, Deleuze comenta: "Digo que hay un pasaje del uno al otro, por rápido que sea, e incluso inconsciente, al punto que todo vuestro cuerpo, en términos spinozistas, tiene una especie de movilización de sí mismo para adaptarse a este nuevo estado" (2008, p. 229). El concepto de pasaje, siguiendo el planteo de Deleuze (2015), implica una movilización en el cuerpo, sin embargo, esa movilización no resulta una garantía de cambio positivo o beneficioso.

De hecho, no se obtuvieron datos homogéneos entre los informantes.

Aquellos participantes que lograron descender de peso y que además pudieron mantenerlo describen sentimientos de expansión y potencia respecto a sus posibilidades vitales, a partir de la intervención quirúrgica:

Antes si me decían algo me callaba, me ponía a llorar, me encerraba; ahora no, ahora contesto, le hago frente a todo, me río. (P5)

Por el contrario, aquellos participantes que no lograron el descenso de peso esperado, o que incluso han recuperado parte del peso perdido, expresan a menudo frustración, angustia y cierta desesperanza respecto de sí mismos en general y en lo concerniente a su salud en particular.

Considero que realmente fracasé y perdí la oportunidad de sentirme bien el resto de mi vida (P8)

Es importante tener en cuenta que las personas que sufren obesidad generalmente han asumido la decisión de realizarse una cirugía bariátrica solo después de experimentar múltiples fracasos con tratamientos de todo tipo; desde aquellos convencionales, como las dietas con nutricionistas, hasta la medicina alternativa, como la homeopatía, iriología, etc.; agregándole un monto adicional de ansiedad.

No voy a volver a hacerme otra cirugía, esta era la última carta que yo tenía en la manga. Es el último recurso que yo tenía para estar mejor, vivir una vida más plena. (P12)

El cardiólogo siempre me decía que no me iba a morir del corazón, sino de mi gordura, después del infarto la cirugía era la última tabla de salvación que me quedaba. (P13)

Los participantes, como podemos observar en los testimonios citados, sienten que con la intervención bariátrica se juegan la última ficha o carta. La mayoría de ellos son conscientes de que es una opción de un grado mayor de complejidad que los tratamientos anteriores y que, además, no hay posibilidad de retorno desde el punto de vista anatómico funcional.

Ante la evidencia de este pasaje, de la existencia de un antes y un después de

la cirugía, que narran los informantes, a continuación, se analizan cuáles son las modificaciones que se dan en las categorías que se han seleccionado para la investigación: la *imagen corporal*, la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *experiencia corporal*.

Si tenemos en cuenta la recomendación del psicólogo y psicodramatista argentino Dalmiro Bustos, quien dice: “ir de lo superficial a lo profundo, de la periferia al centro” (2007), se empezará, entonces, por relevar aquellos elementos que aparecen en la superficie.

Por consiguiente, lo primero que se observó en la muestra fue que no todos los participantes presentaban una misma tendencia respecto al descenso de peso.

Algunos participantes refirieron que habían logrado descender de peso y mantenerlo a largo plazo luego de la intervención quirúrgica. Otros entrevistados, pese al hecho de haber logrado descender de peso después de la cirugía, expresaron que no pudieron mantenerlo o que directamente no obtuvieron el descenso de peso esperado; y finalmente, también encontramos algunos participantes que refirieron no tener estabilizado su peso en el momento de la entrevista, dado que, si bien habían aumentado, estaban procurando descender nuevamente de peso.

Por este motivo, y a efectos de facilitar la lectura y análisis de los datos, se pudieron diferenciar tres grupos:

- Grupo A, aquellos participantes que refirieron mantener un descenso de peso tras la cirugía bariátrica y al momento de la entrevista.
- Grupo B, los participantes que refirieron aumentar de peso luego de haber logrado cierto descenso tras la cirugía, o que no alcanzaron el descenso esperado o pretendido; y que, además, al momento de la entrevista, no estaban haciendo ningún tratamiento para adelgazar.
- Grupo C, los participantes que actualmente no tienen estabilizado el peso, pero que están procurando controlar el aumento.

A efectos de facilitar la lectura de los datos, se mantendrá esta clasificación a lo largo del trabajo.

3. 6. Registros de la *experiencia corporal* de pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica a partir de la percepción de la *imagen corporal*

En los relatos de los entrevistados pudieron apreciarse los miramientos que tenían respecto de su propia *imagen corporal* en el momento previo a la intervención bariátrica.

En este punto se encontraron coincidencias entre todos los participantes, ya que presentaron, de forma unánime, una *imagen corporal* desvalorizada a la hora de operarse de cirugía bariátrica.

Muchos manifestaron sentimientos de vergüenza, depresión o tristeza, y algunos incluso reportaron conductas de aislamiento.

Estas consideraciones están en consonancia con el abundante material bibliográfico publicado respecto al severo deterioro de la *imagen corporal* en lo obesos mórbidos en protocolo para cirugía bariátrica. Algunos ejemplos de estas publicaciones, que se desarrollan en el capítulo precedente, son: los artículos de Wadden et al. (2007), los de Sarwer y Dilks (2011) y el estudio específico sobre *imagen corporal* en cirugía bariátrica de Rodríguez de Castro et al. (2010).

Grupo A:

No podía estar más, no quería vivir, estuve 5 años encerrado... deprimido. No quiero volver a ser así, a estar gordo. (P2)

Cuando veo una foto mía antes, me siento mal, veo la cara, el cuello todo así (gesto ampliando los brazos) me da tristeza, bronca ver lo que era antes, (...) estaba nerviosa, deprimida. (P14)

Grupo B:

No disfruté de mi vida... veía que otros jugaban, pero yo no podía revolcarme en el piso a jugar, me daba vergüenza..., me veía gorda y vieja. (P6)

Me costó empezar el tratamiento, (...) llevaba una vida encerrada, estaba deprimida, con baja autoestima (...) si supieran todo lo que llora un obeso en silencio. (P7)

Grupo C:

Yo estaba tendiendo a encerrarme mucho en mi casa, estaba media ermitaña..., es el tema del encierro de la persona gorda, cada vez más encerrada, cada vez más peso. Yo no quería ver a nadie, estaba completamente antisocial. (P10)

Yo le ponía mucha garra no solo física sino psicológica, tenía miedo de que sufran mis hijos porque yo era la mamá gorda, tenía miedo de que sientan vergüenza de mí. (P11)

Yo decía que no me importaba nada, que iba a comer hasta morir (...) Tuve que dejar un trabajo porque uno de los dueños me gritó delante de todos que era una gorda de mierda (...). Yo no pude volver ni siquiera a mirarle la cara al pibe ese. (P12)

En estos fragmentos, se puede ver cómo hay una estrecha interrelación entre la percepción y valoración de la propia *imagen corporal*, y el juicio que sobre ella realizan las personas del entorno: los límites se tornan difusos, conformando una representación que en este caso tiene como resultado una valoración negativa.

Esto ocurre porque justamente debe tenerse en cuenta que la *imagen corporal* se va conformando por y con la interacción de las otras personas

Este encastre, entre lo singular y el medio, es lo que dificulta determinar si las personas con obesidad tienen deteriorada su *imagen corporal* y autoestima por esta condición o si justamente es el efecto del entorno hostil lo decisivo en ellas y en la presencia de otros trastornos psicológicos.

En conexión con esto, vemos cómo varios entrevistados refieren que previamente a la intervención quirúrgica, han estado encerrados, sufriendo en silencio y evitando la exposición social.

Este estado de aislamiento y encierro de las personas con obesidad, tal vez explique la razón por la cual no se visibiliza plenamente la magnitud de esta pandemia.

La figura, el cuerpo del obeso mórbido se esconde ante una sociedad que los rechaza y que sólo tendría ojos y cabida para los cuerpos que adhieren al ideal estético de la delgadez.

Pero cuando se lleva el foco del análisis a la valoración sobre el estado actual de la *imagen corporal* de los participantes, no se encontró homogeneidad como en el punto anterior.

Solo los entrevistados que habían logrado descender de peso y mantenerlo (Grupo A) manifestaron claramente cambios positivos, lo cual coincide con lo planteado por Rodríguez de Castro, et al. (2010).

La mejoría en la *imagen corporal* parece deberse principalmente con la recuperación de las funciones corporales, la autonomía para reanudar tareas laborales y experimentar nuevas vivencias vinculadas al movimiento y a la actividad física, las cuales permiten a las personas salir del encierro y el aislamiento. La posibilidad de realizar estas actividades, a su vez, influye positivamente sobre las personas acrecentando la sensación de expansión y potencia, como vemos en este participante:

Grupo A:

El año pasado tuve mi bautismo de fuego, pude hacer el cruce del río, fui el último en llegar, pero por primera vez en mi vida obtuve una medalla, no lo podía creer, después del infarto, después de años de no hacer nada, cumplí con mi meta, estoy maravillado. (P13)

Mientras que, el relato de los participantes que refirieron aumentar de peso luego de la cirugía o que no alcanzaron el descenso pretendido, presentó un evidente panorama con connotaciones negativas respecto a la *imagen corporal*.

Pero en estos casos, la desvalorización no parece estar relacionada con los impedimentos físicos o la presencia de las comorbilidades médicas sino más bien con el sentimiento de frustración y la carga moral asociada a la obesidad:

Grupo B:

Realmente fracasé. (...) Siento mucha vergüenza cuando la gente me dice que estoy más gordita. (...) La angustia, el dolor, la vergüenza volvieron a ser parte de mis días. (...) Si tengo que ponerme un puntaje estoy en 3 puntos. (P8)

Estoy inconforme, porque no llegué a mi meta, pero es característico en mí (...) La autoestima está muy baja. (P7)

En estos relatos no se observa ninguna mención sobre los obstáculos físicos o con respecto a la presencia de enfermedades asociadas con la obesidad como elementos que pudieran incidir sobre la desvalorización de la *imagen corporal*, probablemente esto se deba a que esa situación, los participantes, la han experimentado casi toda sus vidas, mientras que la frustración con los resultados de la cirugía bariátrica, sí representa un golpe duro sobre la *imagen corporal*, máxime si se tienen en cuenta las expectativas de delgadez y felicidad volcadas en la operación.

La temática sobre las expectativas frente a la cirugía ya se ha desarrollado en los capítulos anteriores, teniendo en cuenta los aportes de Ames et al., (2016)

Parece ser que la frustración se suma a la carga moral respecto a la enfermedad y al menosprecio social sobre las personas con obesidad incidiendo de manera negativa sobre la valoración de la *imagen corporal*, en concomitancia con lo planteado por Rodríguez de Castro et al. (2010).

En los relatos que siguen, hay indicios que nos permiten pensar que el estigma de la obesidad continúa repercutiendo negativamente sobre la *imagen corporal* en estos participantes, por ejemplo:

Grupo C:

(...) Yo sigo siendo la misma gorda de antes (...) porque no es que se terminó mi gordura (...) (P11)

Grupo B:

Es como que me agarró el picoteo de comer (...) el gordo siempre lo tenés adentro. (P6)

La mayoría de los entrevistados han sido gordos desde su infancia, por lo tanto, su *imagen corporal* está fuertemente enraizada a esta situación.

Claramente la condición de “ser gordo” que forma parte del bagaje histórico en la conformación de la *imagen corporal* de los entrevistados, no desaparece ni se torna intangible por transitar por una cirugía bariátrica, como tampoco por alcanzar un descenso de peso, siendo también una condición independiente de los años transcurridos desde el momento de la operación.

Por consiguiente, el “*ser gordo*” sigue formando parte de la representación consciente o inconsciente del propio cuerpo estas personas, influyendo por consiguiente en el sentimiento de sí y la identidad.

Tal vez esto explique porqué algunos participantes refirieron soñar que estaban gordos:

Soñé que estaba gordo, como que no me podía levantar. Me desperté asustado (P2)

Hace poco soñé y me veía como cuando era gorda (P1)

Si bien no se puede realizar una interpretación pormenorizada sobre este material onírico, dado que excede el trabajo propuesto y se carece de las asociaciones libres o el aporte de mayor precisión por parte de estos entrevistados, sí podemos aventurar algunos intentos explicativos.

Teniendo en cuenta el relato completo de estos participantes, resulta difícil pensar que estos sueños expresen el cumplimiento de un deseo inconsciente reprimido: más bien parecería que la condición “gordo” - “gorda” insiste en el psiquismo de las personas operadas y que el sueño procuraría tramitar algo respecto a ello; tal vez se trate de elaborar cierto duelo por el cambio producido, máxime si se tiene en cuenta que el sueño fue narrado por 2 entrevistados que lograron descender y mantener el peso perdido.

También podría pensarse que el descenso de peso producido por la cirugía bariátrica, al ser tan abrupto y producido por un cambio anatómico del sistema digestivo, es vivenciado como una especie de situación traumática y por consiguiente el sueño sería un intento de elaboración.

Pero también da cuenta de cómo, la *imagen corporal* está en constante construcción por tratarse de un proceso continuo en el que se van integrando todas las experiencias vividas.

Dado que, como venimos desarrollando, en la actualidad, y para nuestra cultura, la palabra “gordo” tiene claras connotaciones negativas, creemos necesario retomar, para este análisis, los aportes de Salaberria et al. (2007) respecto a los factores predisponentes y de mantenimiento para una *imagen corporal* negativa:

- la influencia de ideales o mandatos culturales y sociales;
- el influjo de las figuras significativas;
- los aspectos de la propia persona;
- el desarrollo físico y el *feedback* social;

Con respecto a los factores que mantienen una *imagen corporal* negativa, se puso atención principalmente a la posible presencia o narración de sucesos activantes, tales como la sobreexposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, etc. Este tipo de sucesos pueden ser capaces de generar disforia y malestar, y conducir a conductas de evitación, a rituales de tipo obsesivo, etc. incrementando aún más el malestar e incidiendo negativamente sobre la *imagen corporal* (Salaberria, et al., 2007).

3. 6. 1. Acerca de la influencia de ideales o mandatos culturales y sociales como factores predisponentes para una *imagen corporal* negativa

En concordancia con lo descripto por Olgúin et al. (2014), se observó que alguno de los participantes que experimentaron un rápido descenso de peso manifestaron malestar y *discomfort* con esta nueva *imagen corporal*, principalmente durante los meses iniciales; incluso reportaron que, en cierta medida se sintieron peor que cuando eran obesos.

Los autores observaron que esto se asociaba con la presencia de colgajos en el órgano de la piel, producto del abrupto adelgazamiento.

La piel sobrante, no sólo tiene repercusiones estéticas, sino que también tiene consecuencias a nivel funcional, lo cual muchas veces implica dificultades para realizar actividad física y problemas con la higiene personal, con la vida social y sexual de las personas. De hecho, muchos de los pacientes que han alcanzado grandes descensos de peso posteriormente deben realizar cirugías reparadoras. Por lo tanto, la presencia de colgajos incide negativamente sobre la *imagen corporal* pero no solamente por esgrimir un criterio de belleza corporal.

Sumado a ello, los pacientes deben asimilar esta nueva imagen que les devuelve el espejo pero que claramente está revestida de las significaciones y experiencias pasadas. Se requiere de una adaptación y una aceptación que no se logra de manera automática puesto que además la nueva figura no siempre coincide con la imagen fantaseada previamente a la intervención bariátrica (Ames et al., 2016).

Grupo B:

Hasta el día de hoy no me puedo ver toda entera de cuerpo (...) siento vergüenza. (P6)

Grupo C:

Cuando bajé de peso fue muy impactante verme en el espejo y no ser yo; me veía y no era yo, porque fue forzado, porque no fue un proceso natural. Porque estaba pensando más en cómo me veían los demás que en yo misma. (P10)

Grupo A:

Cuando bajé de peso en un momento me asusté (...) me veía muy huesuda decía yo, me queda feo (...) yo estaba acostumbrada a que me miren raro por la calle, un día me pararon y me preguntaron qué pastilla tomaba para adelgazar. (P5)

Sumado a estas vicisitudes, y al desconocimiento de la propia imagen, la participante (P5) percibe una mirada *rara* por parte de los demás. Esto también se encuentra en concordancia con lo que plantean Fernández-Ramírez y Baleriola-Escudero (2012), quienes, describieron la existencia de una asociación popular entre la obesidad y características tales como la anormalidad, la monstruosidad y la rareza.

Se trata de una visión prejuiciosa que además otorga el logro del descenso de peso a un agente externo en vez de adjudicarlo al propio empeño y a la voluntad de la entrevistada; por consiguiente, esta visión que le devuelve el entorno dificulta aún más la apropiación, asunción y reconocimiento de los cambios.

En este mismo sentido, otra participante narró lo siguiente:

Grupo B

Había bajado mucho de peso, cuando me veían mis compañeros de trabajo, me decían que parecía que mi cuerpo “chorreaba” por lo floja que me quedaba la ropa. (P8)

Ocurre que el registro de una mirada cargada de rechazo por parte del entorno, también fue descrita por otro de los participantes que no lograron descender de peso, así, por ejemplo:

Grupo B:

Te cuesta subir a un colectivo porque te cuesta el roce con el otro, la discriminación constante. La sociedad te ataca siempre, porque vos podés ser tuerto, discapacitado, a esa persona le tienen lástima o pena; pero al obeso le tiene bronca, (...) Me da miedo fallarme a mí, me da bronca la sociedad, es una lucha constante con la sociedad. (...) Los colgajos me impiden un montón de cosas: por ejemplo, la socialización, te pones musculosa, todo el mundo sabe quién eras; y si te operas los colgajos también, se te ve la cicatriz. (P7)

Aquí cabe señalar la importante relación que tiene el órgano de la piel con la valoración de la *imagen corporal*. Popularmente se piensa a la piel como una “carta de presentación”, recordemos que para autores como Anzieu (1978), la piel proporcionaría al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo y de sus principales funciones, al punto tal que habla de un “Yo -piel” que cumple con una serie de funciones fundamentales para dar capacidad de: protección, recepción, percepción, cohesión, soporte, integración de las sensaciones, identidad y energía al Yo.

La piel por lo tanto comunica y a la vez defiende de peligros internos o externos. Si la percepción y apreciación que el sujeto realiza entorno a ésta denotan inconformismo o inseguridad lo mismo seguramente ocurrirá respecto a la *imagen corporal*.

La participante percibe que su piel grita que “fue-es” obesa y como consecuencia percibe que le depara la desvalorización social.

Domingo Bartolomé y López Guzmán (2014), coinciden en explicar que estos prejuicios y estereotipos surgen en parte, por la idea de que la obesidad es aceptada de manera deliberada por los individuos. Para estos autores la insatisfacción corporal y la estigmatización social desencadenan sentimientos de culpabilidad y de baja autoestima, repercutiendo de manera negativa sobre la *imagen corporal*.

Los estudios de Ames et al., (2016) refieren que, consciente o inconscientemente los pacientes tienen la esperanza de llegar a ser flacos o lograr un peso “normal” luego de la cirugía.

Los protocolos internacionales consideran que la cirugía bariátrica ha sido exitosa cuando los pacientes consiguen un descenso de peso de aproximadamente entre el 25 a 30 %, del peso corporal inicial.

Por esta razón, ocurre que, en mucho de estos casos, los pacientes igualmente se encuentran dentro de la categoría de obesidad tipo 1 o sobrepeso según el IMC, y por lo tanto para el medio que los rodea, siguen siendo gordos, esta condición obviamente se agravará cuando los pacientes recuperan el peso perdido

Por lo tanto, la mayoría de las personas operadas, no alcanzará a cumplir con la exigencia de la delgadez que impone nuestra sociedad, y que tal vez ellos mismos desearon previamente a la cirugía bariátrica, repercutiendo negativamente sobre la *imagen corporal*.

3. 6. 2. Acerca de las figuras significativas como factores predisponentes para una *imagen corporal* negativa

Muy pocos participantes manifestaron sentir apoyo y aprobación explícita por parte del entorno familiar, este dato se constató principalmente en el relato de los entrevistados que habían logrado descender de peso y mantenerlo:

Grupo A:

Ellos (se refiere a sus 2 hijos) están contentos, a veces miran como era antes, ellos tienen fotos en el celular (P14)

No obstante, en los demás relatos de los entrevistados, tanto de aquellos que lograron un descenso de peso como los que no, o se encuentran inestables, no se observó un panorama alentador o contenedor respecto a la influencia de las figuras significativas.

Como se mencionó en capítulos anteriores, comenzar a lucir un cuerpo más atractivo o que socialmente reciba mayor aceptación, a veces es vivenciado por las parejas de los pacientes como una posible amenaza de pérdida o infidelidad. Este

hecho podría explicar la prohibición del uso de ciertas indumentarias, que describe la siguiente participante:

Grupo A:

(...)mi marido me decía que no (que no use calzas), aunque había bajado de peso me decía que me iba a ver fea. Nunca me dijo estás linda, nunca me dijo un elogio, pase de talla 64 a un 46. (P5)

Asimismo, Olguín et al. (2014) señalan que los matrimonios disfuncionales tienen mayor dificultad de adaptación a los cambios positivos del paciente tras la cirugía. Del mismo modo, una mayor satisfacción marital preoperatoria se asocia a una mayor pérdida de peso posoperatorio.

Estas observaciones también coinciden con los aportes de Ríos Martínez et al. (2010), los autores explican que el descenso de peso y los cambios positivos que ello conlleva no siempre son asimilados por la pareja de los pacientes en forma adecuada, llegando a vivenciarse como una situación muy conflictiva. La falta de aceptación de los cambios positivos producidos por el descenso de peso—según observan— se manifiesta especialmente en los maridos, quienes llegan a oponerse tenazmente a que esto ocurra.

Además, muchas personas operadas reportan, la aparición de celos de parte del cónyuge. Por otro lado, pero en relación con los vínculos de pareja, en algunos casos también surge el sentimiento de envidia cuando observan que el compañero está obteniendo éxito en el tratamiento:

Grupo C:

Yo estaba con dieta blanda y viene (nombra al marido) y me dice: - “Me regalaron una cerveza, probá”. Le digo que estoy con dieta blanda y me dice que un sorbito no me va a hacer nada. (P12)

Cabe aclarar que la dieta blanda o procesada, a la que hace referencia esta participante, la prescriben los nutricionistas en la etapa de preparación pre quirúrgica y en el posoperatorio inmediato, eventualmente también, pueden indicarla en algún momento del posoperatorio extendido.

No es nuestro objetivo aquí explicar la causa o el motivo por el cual estas figuras significativas del entorno manifiestan molestias frente al descenso de peso de sus allegados, pero queda claro que los celos, la envidia y en cierta medida la competencia, entran en juego según la narración de los participantes. También da cuenta de ello, el siguiente relato:

Grupo B:

Si sos amiga de una obesa mientras esté obesa va a ser tu mejor amiga, pero cuando tu amiga deja de ser obesa y tiene un cuerpo ya no sé si es tu mejor amiga, cambia. Yo perdí amigas, pasas de ser la almohada, la consejera, empezás a tener identidad, pasas a vos también querer lucirte, no con los otros, sino que uno ya no se esconde tanto, entonces el otro hay algo que pierde al lado tuyo, hay algo que pierde, que no le gusta, algo que le molesta, que uno baje de peso le molesta. (P7)

Esta participante había logrado un importante descenso de peso, pero paulatinamente comenzó a engordar y actualmente tiene 10 kg reganados. Al adelgazar, la participante sintió alcanzar cierta identidad, o estatus que no fue tolerado por su entorno, que lo vivenció como una amenaza.

Sin embargo, este no es un caso aislado, según lo observado, algunas personas durante el período posquirúrgico no solo pierden kilos, sino también cierto tipo de relaciones afectivas que tenían.

Grupo A:

Supuestamente me cambió el humor (...) Mi hermana me ha llegado a decir: -Tan flaca que estás y tan amarga. (P5)

Muchas personas, previamente a la intervención quirúrgica, han experimentado sentimientos de depresión asociados al maltrato y a la discriminación, no sólo por parte de la sociedad en general, sino también por parte de su círculo íntimo. Esa frecuente descalificación a la que han sido sometidas las personas con obesidad, las ha llevado aislarse y a retraerse, habiendo soportado pasivamente incluso humillaciones. Ríos Martínez et al. (2010) explican que cuando los pacientes adquieren una nueva imagen, su auto-concepto se modifica, y se observan conductas rebeldes frente a aquellas personas que de algún modo los rechazaban por su obesidad.

No obstante, cabe señalar que la participante (P6) refirió haber contado con el apoyo de su marido, fallecido cuando la entrevistada hacía dos años se había operado. Este proceso de duelo le impidió sostener el descenso de peso, aumentando la ingesta de alimentos como recurso emocional ante el vacío y la falta, que la muerte del ser amado genera.

Creemos que la pérdida de un ser querido constituye un factor que debe ser tenido particularmente en consideración. Este hecho ha sido reportado como, una causa frecuente de la pérdida del control y del autocuidado que experimentan los pacientes que recuperaron peso luego de la cirugía (Papapietro, 2012). Es importante que, frente a las situaciones de crisis y duelo, los pacientes puedan contar de un modo específico, con la contención y acompañamiento por parte de un profesional psicólogo, dado que se acrecienta el riesgo de que se activen o exacerben patrones emocionales vinculados a la alimentación y que, por el simple hecho de haber transitado por una cirugía bariátrica no se han modificado.

Esto también justifica la importancia de la presencia del psicólogo en su función clínica, psicoterapéutica y no sólo como evaluador de aptitudes para la realización de una cirugía bariátrica.

Grupo B:

Me hubiera gustado disfrutar con mi esposo. Él estaba feliz, con mis logros, con mis compañeras del grupo de obesidad. (...) Nos juntábamos en mi casa, nos había hecho una bandera que decía: -Arriba las ballenitas, por menos kilos, vamos por más. (P6)

Esta participante percibió los gestos de apoyo por parte del marido de manera positiva. Sin embargo, puede cuestionarse la terminología empleada en el cartel: el hecho de nombrarla a ella y a sus compañeras del grupo de obesidad como *ballenitas* acentúa –con las mejores intenciones- la cualidad de un contorno corporal voluminoso por encima de otros atributos, lo cual dificulta la identificación de estas personas con nuevos modelos corporales.

Pese a que los participantes se encuentran experimentando importantes modificaciones corporales, el entorno posee dificultades para nombrarlos y reconocerlos de una manera nueva, con una lógica diferente, ello interfiere con: por un lado, la asunción y afirmación de la nueva *imagen corporal* y por el otro, el trabajo de identificación que esto requiere.

En síntesis, se puede inferir que algunos familiares y figuras significativas, temen o no están preparados para el cambio que conlleva la cirugía bariátrica. No sólo en lo referente a los cambios en los hábitos alimenticios, sino también y fundamentalmente en las transformaciones que ocurren en la *imagen corporal* y en el impacto que esto implica para la vida de los pacientes.

3. 6. 3. Acerca de las características personales como factores predisponentes para una *imagen corporal* negativa

Los autores Salaberria et al. (2007) incluyen en la categoría de *imagen corporal* negativa la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia.

La sensación de inseguridad e ineficacia, fue narrada por varios participantes, asociadas principalmente a un pobre autocontrol sobre las ingestas, por ejemplo:

Grupo A:

En el fondo nos gusta comer, (...) el problema está acá (se señala la cabeza). (...) Gané en salud y cada día veo una foto mía de gordo para acordarme de dónde no quiero volver. (P3)

Yo estoy así ahora, pero sigo siendo gordo. Tenemos la facilidad de ver algo y llevarlo enseguida a la boca. (P2)

Grupo B:

Y es como que quiero tapar la angustia con comida y digo no, no quiero volver a lo de antes (P6)

Esta inseguridad también se observó en los participantes P7 y 8 de este grupo.

Grupo C:

(..)Me cuesta un montón (mantener el peso) (...) sé que luché con mi tentación, ves la comida y te dan ganas de comer, sigue estando esto de que no se sabe si es hambre o ganas de comer. (P11)

El pasaje por la cirugía bariátrica no resuelve el problema emocional que conlleva el consumo compulsivo de alimentos.

La mayoría de los participantes se sienten inseguros respecto a la posibilidad de mantenerse controlados cuando comen, no sólo respecto al *tipo* de alimento que consumen sino también a la *cantidad* de lo que ingieren, permaneciendo de manera latente la amenaza de volver a engordar.

El miedo por volver a engordar, que observamos en estos fragmentos de las narraciones, mantiene una función relacionada directamente con la conducta alimentaria. Para los psicoterapeutas que trabajan con esta temática, este temor no es del todo negativo, se trata de una advertencia, ante la cual el sujeto debe estar alerta y por consiguiente mantener el control consciente de las ingestas, para prevenir posibles aumentos de peso. El problema surge cuando este temor es desmedido y paraliza a los pacientes, o convierte cada acto alimentario en una situación estresante; en estos casos es posible observar conductas de tipo anoréxico como, por ejemplo, el saltarse ciertas comidas.

Los participantes temen que, frente al estímulo de la comida, se active un tipo de funcionamiento o respuesta que ellos denominan “ser gordo, o pensar como gordo”, Aquí, también hay que poner en consideración, no sólo los esquemas emocionales singulares e históricos de cada persona, sino además la influencia de la industria alimentaria, que mediante el empleo de ciertos aditivos en la elaboración de los productos ultraprocesados y por medio de las estrategias de consumo y la publicidad, manipulan esos circuitos reguladores de las ingestas, estimulando de forma inconsciente el deseo por comer (OPS, 2015), este hecho ya fue desarrollado en los capítulos precedentes. Sin embargo, generalmente las personas desconocen que también son víctimas de estas maniobras.

Parece ser que, para los participantes, la gordura, es decir, ese funcionamiento o “pensamiento del gordo”, se presenta como una entidad que se encuentra enquistada en su *imagen corporal*, y que es independiente de otros factores, como, por ejemplo, el medio social.

Grupo A:

El problema es que somos gordos tuneados, no estamos operados de la cabeza. En el fondo nos gusta comer por comer y no podemos parar. El problema está acá (señalando la cabeza). (P3)

También vimos cómo a los participantes les cuesta reconocer el propio cuerpo y sus transformaciones, en este sentido resulta interesante la metáfora que crea este participante al definirse como “gordo tuneado” (P3). La expresión que utiliza consiste en un término que proviene de la voz inglesa *tuning*, la cual no existe en el diccionario en castellano; sin embargo, en español se emplea popularmente la palabra *tunear* en diferentes ámbitos para hacer referencia a:

- Tunear (automóviles): es, en el mundo del automóvil, sinónimo de la personalización de un vehículo a través de diferentes modificaciones de la mecánica para mayor rendimiento, cambios exteriores de la carrocería e incluso en el interior del vehículo;
- Tunear (en informática): acción de afinar la configuración de hardware y software para optimizar su rendimiento;
- Tunear (estilo urbano): personas aficionadas a la personalización de vehículos y aparatos electrónicos.

Con estas consideraciones, analizamos el relato que aquí concierne; el participante percibía una transformación de su apariencia física, pero sentía que aún no había logrado un cambio completo. Justamente, lo que no se había modificado tenía que ver con la cabeza, con sus hábitos, con el adentro; esto implica que el entrevistado asimiló la apariencia con el afuera, y lo comportamental y emocional con lo mental, reproduciendo, además, la lógica binaria, propia del pensamiento hegemónico actual.

En el apartado teórico se hizo alusión, acerca del empleo de metáforas en la vida cotidiana; en tal sentido, Lakoff y Johnson (1995), explican que nuestro sistema conceptual es de naturaleza metafórica porque nuestro el pensamiento está estructurado metafóricamente.

Por otro lado, hay que tener presente que la metáfora para Ricoeur (2000) es la transferencia del nombre usual de una cosa a otra. A través del empleo de la metáfora, el discurso aporta al lenguaje aspectos, cualidades y valores de la realidad que no tienen acceso al lenguaje directamente descriptivo y que solo pueden decirse gracias al juego complejo del enunciado metafórico y de la transgresión regulada de los significados usuales de nuestras palabras. La metáfora, por lo tanto, según este autor permite decir lo que no podría decirse con significados usuales de las palabras. En su desarrollo, Ricoeur (2000) cita a Aristóteles en su afirmación de que “hacer buenas metáforas es percibir lo semejante” (*Poética*, 1459a 4-8), lo cual implica la apreciación singular de un elemento común entre dos significados previamente establecidos.

Ahora bien, este participante, que afirma sentirse “tuneado” (P3), está manifestando que, si bien tiene otra apariencia –una apariencia totalmente nueva porque logró un importante descenso de peso–, al mismo tiempo percibe cierta semejanza con su imagen anterior, puesto que es el portador de una “cabeza” (P3) que no ha cambiado. Esto explica el temor por volver a lo mismo que en lo profundo

siente ser.

Asimismo, la metáfora habla de las construcciones de sentido común, ante los gigantescos cambios corporales que experimentan las personas que han logrado descender de peso, puesto que tampoco encuentran palabras para nombrar las nuevas sensaciones.

Lógicamente esta búsqueda por nombrar las nuevas sensaciones y la nueva figura corporal, no se constató en los participantes del grupo B y C, donde la lucha por controlar la obesidad continúa vigente o peor aún, algunos se declaran derrotados.

En coincidencia con Salaberria et al. (2007), estos sentimientos de fracaso y abatimiento, son rasgos que repercuten negativamente sobre la *imagen corporal* que, en el grupo de participantes que no lograron el descenso de peso esperado, se suma el sentimiento de ineficacia frente a la comida, incrementando el malestar, como vemos en el siguiente relato:

Engordé 20 kilos, estos fatídicos 20 kilos hicieron un destrozo en mi cuerpo como si hubieran sido los 120 kilos. Estoy deprimida, angustiada, tengo un terrible sentimiento de fracaso, de inmadurez, de inconsciencia y todos esos sentimientos juntos. (P8)

Rojas Núñez (2016) advierte que cuando el resultado de la cirugía no es el esperado, tanto si no se alcanzó la meta de pérdida de peso como si no se cumplieron las expectativas del paciente, podrían aumentar los problemas de salud mental, como los atracones, el abuso de sustancias y las autolesiones.

Recordemos que estas personas acuden esperanzados a la intervención bariátrica convencidos de que se trata de la última oportunidad para hacer algo por su sufrimiento, haciendo que este fracaso sea vivenciado como una verdadera tragedia.

Este hecho también coincide con lo descrito en algunos estudios donde se hace referencia a la factibilidad del desarrollo de síntomas depresivos clínicamente significativos en el periodo de cuatro años luego de la intervención quirúrgica, específicamente en los pacientes que no lograron un considerable descenso de peso, en estos casos, habría una clara asociación con la presencia de sentimientos de fracaso e impotencia por no haber alcanzado las metas propuestas. Los autores observaron que estos hallazgos pueden incluso detectarse en los pacientes que presentaron una baja de peso menor al 25 % del valor preoperatorio, es decir que habían obtenido un descenso de peso “aceptable” desde el punto de vista de los consensos internacionales en cirugía bariátrica (Olguín et al., 2014).

3. 6. 4. Acerca del desarrollo físico y el *feedback* social como factores predisponentes para una *imagen corporal* negativa

Aquí nos detendremos en los efectos que tiene sobre la *imagen corporal*, el *feedback* social, como respuesta o reacción frente a los cambios en la apariencia física producidos por la intervención bariátrica.

Como se ha explicado, las personas operadas se encuentran con nuevas percepciones y sensaciones corporales cuya integración requerirá de procesos y tiempos subjetivos, por esta razón, la mirada de los otros es fundamental, puesto que hace a la conformación de la *imagen corporal*.

Grupo A:

A veces no me doy cuenta cómo estoy, hay gente que no puede entender que esté tan flaca y ellos me hacen de espejo. (...) Me gustaría que la gente me vea por lo que soy y no por lo que fui. (P1)

En este relato, la participante busca en la mirada de los demás una respuesta sobre el interrogante que le despierta su figura, probablemente porque los cambios y el descenso de peso no se han incorporado o afianzado al esquema corporal y por consiguiente a la *imagen corporal*.

Pero la mirada que le devuelve el entorno no da respuesta a sus incertidumbres o inseguridades, sino que es vivenciada como si la participante estuviese frente a un tribunal que examina o investiga la veracidad de este cambio, al punto tal que, percibe cierto descreimiento acerca de la posibilidad de que realmente esté flaca.

Ante este hecho, la entrevistada se da cuenta de cómo los demás le hacen de espejo proyectando desconocimiento y vacilaciones; y generando la afirmación de que la imagen actual no refleja lo que la persona es, sus modificaciones, sino que persiste la imagen de lo que fue, es decir, de su obesidad, haciendo que el pasado se torne una pesada carga.

Los participantes se sienten juzgados por el entorno, y hay un único componente que invade la escena del juicio: la obesidad. La vara con la que se los mide son los kilos, pero no tanto los actuales, sino los del pasado. En este sentido, el hecho de haber sido obesos parece definir lo que son o pueden ser para siempre.

Grupo B:

Cuando comencé a bajar de peso, la gente me decía que antes me veían con más salud, y yo no entiendo, si antes no caminaba. (P7)

Pese a que se trata de una población adulta, el pasaje por la cirugía, hace que la identidad y el sentimiento de sí se encuentren de manera específica en construcción.

Por consiguiente, se puede apreciar que el *feedback* social sobre los cambios y la apariencia física de estos participantes es muy importante, especialmente si se tiene en cuenta que las personas, luego de la intervención bariátrica - principalmente durante los primeros meses- experimentan importantes modificaciones, resultando lógico que busquen en la mirada y comentarios del entorno el efecto de esos cambios y de este modo se irá conformando la actual *imagen corporal*.

3. 7. Registros de la *experiencia corporal* de pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica, a partir de la percepción de la *calidad de vida relacionada con la salud*

Aquí se propone el análisis, desde la perspectiva de los participantes y a través de los relatos de vida, del impacto que la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad tiene sobre la salud y el bienestar.

Como se desarrolló oportunamente, las medidas de la CVRS a considerar por recomendación del Grupo WHOQOL tienen que:

1. Ser subjetivas: recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Ser multidimensionales: relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, psicológico o emocional, social e interpersonal. etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, los cuales marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran (Grupo WHOQOL, 1995).

Respecto a la medida de los componentes multidimensionales, para facilitar la lectura, serán presentados según las tres dimensiones que fueron desarrolladas en el

apartado teórico y que global e integralmente comprenden este concepto (Alonso, 2000; Bernstein, 2010):

1. la dimensión física,
2. la dimensión psicológica y
3. la dimensión sociológica.

3. 7. 1. Componentes de la CVRS sobre la dimensión física

Como se ha explicado con anterioridad, los cambios que produce la cirugía bariátrica repercuten en diferentes ámbitos.

Específicamente en la *dimensión física* las modificaciones que pueden esperarse se observan principalmente en:

- la esfera motriz,
- el área relativa a las funciones digestivas y nutricias,
- la modificación o no de las comorbilidades médicas y,
- la incidencia del descenso de peso sobre el órgano de la piel.

Respecto al *esfera motriz*, hay que tener presente que las personas obesas previamente a la intervención bariátrica soportan la carga de un peso excesivo, lo cual implica generalmente una serie de alteraciones significativas en la ejecución de actividades domésticas y cotidianas en general, como caminar, subir escaleras, bañarse y vestirse, agacharse, levantarse de la cama, desempeñarse sexualmente, entre otras (Rodríguez de Castro et al., 2010).

Las grandes pérdidas de peso que se consiguen con la cirugía bariátrica, principalmente en los primeros meses posteriores, parecen normalizar estos inconvenientes sobre la ejecución de actividades relacionadas con funciones físicas, tal como señala Wadden et al. (2007).

En coincidencia con ello, también se pudo observar que los participantes que habían logrado descender de peso y mantenerlo ampliaron su capacidad motora y recuperaron la posibilidad de caminar, de andar en bicicleta y de hacer gimnasia.

Asimismo, recobraron autonomía en las tareas concernientes al cuidado personal, como vestirse e higienizarse.

Grupo A:

Cuando bajé de peso, gracias a la operación, podía a caminar, antes estaba postrado (...) me tenían que bañar (...) ahora camino, ando en bicicleta. (P2)

Ahora puedo atarme las zapatillas sola, hago gimnasia, antes casi no caminaba y me agitaba. (P5)

Pude dejar el bastón para caminar, voy, vengo, bailo, me higienizo bien, no dependo de que me pongan un par de medias. (P15)

La pérdida de peso y las mejoras de las funciones físicas también pueden asociarse con reducciones significativas del dolor relacionado con el peso excesivo. Al mismo tiempo, se puede dar una corrección –o mejoría– de las anomalías posturales relacionadas también con el peso elevado Wadden et al. (2007).

Este registro acerca de mejorías en la esfera motriz también fue relatado por una participante que no tiene estabilizado el peso. Esta entrevistada se operó con 120 kg y llegó a pesar 69 kg, hace un poco más de un año aumentó 10 kg.

Grupo C:

Puedo sentarme en el piso a jugar con mi hija o tirarme en el tobogán, con 120 kilos no lo podía hacer (...) hoy por hoy puedo hacer un montón de cosas. (P12)

En coincidencia con lo observado por Rodríguez de Castro et al. (2010), la recuperación de las funciones corporales y el logro de la autonomía inciden en la satisfacción y en la autoestima positiva de los pacientes que han sido operados de cirugía bariátrica.

La recuperación de las funciones corporales y el placer que acompaña la posibilidad de poder realizar estos movimientos permite tener una nueva perspectiva en relación con la vida. Las personas manifiestan que ya no se sienten limitadas o discapacitadas, ya que el movimiento les permite una nueva relación con el propio cuerpo, a la vez que posibilita nuevas formas de interacción y de comunicación con el mundo que las rodea, que antes les estaban vedadas.

Grupo A:

Pude hacer el cruce del río nadando, antes no podía hacer nada estaba achanchado. (P13)

Sin embargo, estos beneficios no se observan en los relatos de los participantes que aumentaron de peso luego de la cirugía:

Grupo B:

Me siento pesada. Me duelen las piernas, me fatigo (...) A veces me siento peor que antes. (P8)

Continuando el análisis sobre el *área digestiva y de las funciones nutricias*, es oportuno aclarar los pacientes, luego de la intervención quirúrgica, requieren de un periodo de adaptación. Durante el período posoperatorio a corto y mediano plazo- primeros cuatro o seis meses aproximadamente-, las personas operadas deberán pasar por una instancia de aprendizaje para poder reconocer las señales internas y reestructurar sus hábitos alimenticios de acuerdo con lo que impone el nuevo sistema digestivo. Los principales ajustes que se ven obligados a hacer son: comer con mayor lentitud y ajustar el tamaño de los bocados poniendo mayor énfasis en la masticación.

Grupo A:

Al principio vomité, comí de golpe, pero después pude adaptarme a las cantidades. (P5)

Grupo C:

La cirugía me dio la capacidad de sentirme llena, pero yo tuve que enseñarle a mi cuerpo que ya estoy llena (...) al primer síntoma que siento que estoy satisfecha paro. (P11)

También respecto a la esfera digestiva, algunos participantes percibieron que el estómago les ponía un límite, es decir, que podían darse cuenta cuando estaban llenos. Este hecho implicó que registraran y/o reconocieran la sensación de saciedad, algo que se manifestó específicamente en los que lograron descender de peso y mantenerlo; sin embargo, también aparecieron percepciones de este tipo entre los participantes que aún no tenían estabilizado el peso e incluso también en algunos de los que habían aumentado:

Grupo A:

La cirugía me puso un límite, antes no podía dejar ni una miga en el paquete. (P1)

Grupo C:

Se come mucho menos, hay q aprender a comer, comer despacio. Yo me como 3 porciones de pizza, antes me comía una pizza y media o llorando me podía comer todo. (P7)

No obstante, otros entrevistados opinaron distinto acerca de sus experiencias respecto a la percepción del límite gástrico o la saciedad.

Algunos de los informantes relataron que, una vez transcurrido cierto tiempo desde el momento de la operación, ya no percibían ese límite, sino que les volvió a aparecer la necesidad de ingerir mayor cantidad de alimento.

Este dato se obtuvo también entre los participantes que habían recuperado el peso perdido:

Grupo C:

Se termina la luna de miel y se termina la magia de la cirugía. La luna de miel dura un año. Vos con esto adelgazas un año, al año siguiente viene la magia del empujón, pero después con el tiempo el estómago se desinflama, las ganas siguen estando. (P8)

Grupo B:

La cirugía al principio me hizo un tope, pero nunca un tope tan fuerte como algunos que escucho que comen dos pedacitos y no comen más, nunca fue así. (...) (P4)

Cabe aclarar que, este último participante recibió la recomendación del cirujano de volver a operarse. Esta alternativa, como se explicó anteriormente, se conoce como *cirugía de revisión bariátrica* y consiste en una opción quirúrgica para tratar a los pacientes operados que vuelven a recuperar el peso. (Cristóbal Poch, et al., 2013).

Por otra parte, Ruiz Moreno et al. (2002) explican que los cambios estructurales que se producen en el circuito digestivo, especialmente con los métodos restrictivos, dan lugar a náuseas o a dolores cuando el individuo ingiere cantidades de alimento superiores a las que puede tolerar el nuevo reservorio gástrico.

Por lo tanto, el individuo operado debe: comer pequeñas cantidades de alimento, seguir una dieta restrictiva y masticar muy bien la comida para no experimentar esos efectos incómodos y de este modo, conseguir perder peso.

Hasta el día de hoy me pasa de tener atascos y tirones. Yo nunca había tenido acidez ni nada, y desde la cirugía he tenido un par de episodios muy feos y desagradables. (P10)

A partir de la información sobre efectos secundarios no deseados, podemos afirmar que es un requisito indispensable que los candidatos a la cirugía bariátrica estén muy bien informados previamente a la intervención.

Además de contar con la información correspondiente, sería pertinente que los pacientes puedan recibir algún tipo de entrenamiento práctico para evitar este tipo de situaciones, que llegan a ser vivenciadas como frustrantes o incluso traumáticas, provocando miedo a la reacción del propio organismo en el momento de comer.

Además, se debe considerar que los cuadros de vómitos pueden provocar complicaciones físicas de distinta naturaleza y no sólo por la molestia que los mismos puedan causar; hay que sumar también las carencias nutricionales emanadas por la modificación de la anatomía digestiva, y que justifican en muchos casos la prescripción de suplementos vitamínicos y minerales (Ruiz Moreno et al., 2002; Gei Guarda, 2006, Sarwer y Dilks, 2011)

Es pertinente aclarar, no obstante, que no todos los participantes informaron que estaban recibiendo este tipo de suplementos.

Grupo C:

Nunca me imaginé que iba a tener que tomar una pastilla de por vida para no estar anémica. (P10)

Grupo B:

Me siento muy mal, cansada, llena de pastillas porque no tengo vitamina D, calcio, me duelen todos los huesos y estoy perdiendo los dientes, justo esta mañana pensaba: si hubiera sabido que tenía que seguir viviendo a dieta, y que me iba sentir más cansada que antes, no me hubiera operado, y a lo mejor no hubiera perdido mi vesícula y mis dientes. (P8)

No tengo fuerzas, empecé a tomar magnesio Después de la cirugía me sentía plena, pero no tenía fuerzas. Yo necesito trabajar. Cuando comencé a comer harina empecé a sentir más fuerza. No me alcanzaba la plata para comprarme las vitaminas. Pienso que si no me hubiese sentido tan débil no hubiese engordado. Necesité tener fuerza para trabajar. Necesitamos fuerza, y lo primero en donde encontramos fuerza es en lo dulce y harinas. (P7)

El registro de cansancio y de fatiga, si bien fue manifestado principalmente por los participantes que no tienen estabilizado el peso o por los que aumentaron de peso, también fue experimentado por uno de los entrevistados que logró bajar de peso y mantenerlo.

Grupo A:

Como había bajado muy de golpe a 71 kg., estaba muy débil, tuve que dejar de trabajar (...) después pude volver. (P2)

Según lo que puede desprenderse de estos relatos, resulta importante que los profesionales de la salud estén atentos a los testimonios acerca de la percepción de cansancio y fatiga, ya que podrían ser un indicio explicativo sobre las razones que tienen algunos pacientes para desviarse de las indicaciones nutricionales, buscando a través de la ingesta de ciertos alimentos, o en el aumento de las cantidades, obtener mayor fuerza y energía.

Claramente la falta de vitaminas y minerales, repercuten negativamente sobre la salud- produciendo anemia, osteoporosis, pérdida de piezas dentarias, etc.- y también concretamente sobre la valoración que tienen los participantes respecto a su CVRS.

Asimismo, y con relación a la disminución de la fuerza que estas las personas experimentan, es factible que esté relacionada con la intolerancia a las carnes, reportada también por algunos de nuestros entrevistados, esta intolerancia los induce a optar por dietas más blandas. La intolerancia a la carne, en los pacientes bariátricos fue también evidenciada en diversas publicaciones como, por ejemplo, en Jericó et al. (2016).

Grupo A:

Yo como un poquito de todo, la carne de vaca o pollo no las tolero, entonces la tengo que reemplazar con huevo (...) no puedo comer de golpe, prefiero tomar sopa. (P14)

No tolero la carne. (P2)

Anteriormente señalamos que otro elemento a considerar en la evaluación de la dimensión física, es la repercusión del descenso de peso en el *órgano de la piel*, aquí los participantes informaron:

Grupo A:

De lo mucho que bajé tenía la piel muy floja, después me operaron los colgajos, me operaron el delantal que tenía. (P14)

No me importan los colgajos, no quiero volver a lo que era. (P2)

Grupo B:

Mi piel no da más. (...) Me hice una dermo de abdomen bajo (refiriéndose a la cirugía

de los colgajos de piel en el abdomen) *pero no pude hacerme ninguna otra cirugía por lo económico. (P8)*

Hay que tener presente que los colgajos pueden deteriorar la calidad de vida de los pacientes, no sólo se trata de una disconformidad estética; además impiden el normal movimiento del cuerpo y, por lo tanto, el desempeño de actividades y tareas relativamente sencillas de la vida cotidiana; también los pliegues cutáneos generan infecciones o erosiones de la piel. Esta situación se ve agravada cuando los pacientes desempeñan tareas laborales que requieren del movimiento del cuerpo, como es el caso de la última participante, que trabaja como empleada doméstica.

Estas observaciones concuerdan con las publicaciones de Ames et al. (2016), quienes describieron cómo el exceso de piel y los colgajos traen aparejadas en muchas oportunidades disminuciones en el funcionamiento físico, en la *imagen corporal* y en la autoestima de los pacientes.

Esta situación empeora aún más cuando los pacientes no pueden afrontar económicamente una cirugía de tipo reparadora o estética, teniendo en cuenta además que es una intervención que conlleva cierto riesgo y resulta costosa, por lo que las obras sociales no la cubren económicamente en muchos casos.

Por finalizar, el último componente a tener en cuenta en este apartado se refiere al logro o no de *mejorías sobre las enfermedades asociadas con la obesidad*, como ser: diabetes, hipertensión, colesterol elevado, etc.- los participantes manifestaron:

Grupo A:

Mejoró mi hipertensión (...) pensar que tuvieron que postergar mi cirugía bariátrica porque había tenido un infarto, ahora hago de todo, el cruce al río fue mi bautismo de fuego. (...) Antes estaba intoxicado de todos los medicamentos que tomaba. (P13)

Grupo C:

Soy hipotiroidea y diabética, la ginecóloga me dijo que, si no hacía algo por mi salud y para bajar de peso no iba a poder tener hijos, si quedaba embarazada lo iba a perder (...) gracias a la cirugía estoy mucho mejor y pude tener mi hija. (P12)

Las mejoras de comorbilidades fueron descritas principalmente por los participantes que habían logrado el descenso de peso y también por los que no lo tienen estabilizado.

No obstante, en el grupo de los participantes que no lograron mantener el descenso de peso, tampoco obtuvieron mejorías respecto a las comorbilidades, además, manifestaron sentir preocupación por su salud:

Grupo B:

Noto que las várices las tengo peor y eso me preocupa un poco, todos los años me hago estudios del corazón, ves gente que tiene problemas del corazón y decís: - no son gordos y tienen problemas, yo tengo muchas chances de tener problemas del corazón. En ese sentido me preocupa mucho más la salud que otra cosa. (P4)

4. 7. 2. Componentes de la CVRS sobre la dimensión psicológica

En concordancia con el desarrollo de los apartados anteriores, el relato de los participantes que lograron descender de peso y mantenerlo, ofreció datos positivos respecto al bienestar psicológico.

Los participantes de este grupo refirieron que, tras la cirugía, mejoraron anímicamente y también pudieron salir del aislamiento en el que se encontraban por causa de la obesidad mórbida.

Grupo A:

(...) de ánimo cambió todo, antes estaba deprimido me quería matar ahora estoy bien. Le pido a Dios todos los días no volver a eso. (P2)

Antes si me decían algo me callaba, me ponía a llorar, me encerraba; ahora no, ahora contesto, le hago frente a todo, me río. (P5)

Ahora estoy contenta, antes estaba nerviosa, deprimida. (P14)

Esto coincide con los estudios descritos por Wadden et al. (2007), en los que se observó que las puntuaciones de depresión disminuían al cabo de un año en los pacientes tratados quirúrgicamente de forma mucho más significativa que en los controles (reducciones del 40 % frente al 10 %, respectivamente).

Sin embargo, este sentimiento de bienestar no es experimentado en forma plena porque los participantes perciben temor por volver a engordar. Esta “amenaza” latente puede transformarse en una intranquilidad cuasi constante en el momento de la comida. Cuando la preocupación es persistente produce una sobreactividad mental, acompañada de una vivencia emocional negativa: tiene como objetivo evitar la anticipación de amenazas potenciales - en este caso volver a ser gordos-, por esta razón, se activan las reacciones de defensa del organismo incrementando, cuando es crónica, el riesgo de problemas físicos y mentales y, por ende, influyendo negativamente sobre la CVRS.

(...) no estamos operados de la cabeza. En el fondo nos gusta comer por comer y no podemos parar. Soy un obsesivo y me peso cada mañana, no quiero volver a engordar. Es una gran lucha no pasarme de mi peso. (...) cada día veo una foto mía de gordo para acordarme de a donde no quiero volver. (P3)

Yo estoy así ahora, pero sigo siendo gordo, tenemos la facilidad de ver algo de comida y llevarlo enseguida a la boca, es la tentación de comer cualquier cosa. (P2)

Los temores por “volver a ser gordos” se manifiestan junto con cierto incremento del monto de ansiedad y parecen activarse específicamente en el momento en que brota el impulso o la tentación por comer más cantidad, o ingerir ciertos alimentos “peligrosos” (en tanto hipercalóricos, por ejemplo) ellos mismos interpreten este deseo como un resabio de la obesidad: “sigo siendo gordo” (P2, P.3, P5, P7, P4, P11).

Grupo B:

Es como que uno tiene un cerebro de gordo (...) Dentro mío está la gorda, que me dice “come, come, come” (...) parecería que sigo atada a la gordura por el resto de mi vida. (P6)

Este tipo de expresiones se pudieron observar tanto en los participantes que habían logrado el descenso de peso como en aquellos que no lo tenían estabilizado. Entre otras cosas, estas manifestaciones también dan cuenta de cómo el discurso médico impregna la representación que tienen sobre su padecimiento: conciben la obesidad como una enfermedad crónica que no se cura con la cirugía bariátrica y que requiere de cuidados y controles durante toda la vida.

Por otro lado, en el grupo de entrevistados que no habían logrado el descenso de peso mostraron baja autoestima, inconformismo, sentimientos de fracaso, culpabilidad y depresión.

Yo estoy inconforme conmigo porque no llegué a mi meta. (...) La autoestima está muy baja todavía, (...) poder llegar al peso ideal, o al que había logrado va a ser algo importante para mí, no es que va a cambiar mucho para los demás, a mí me va a

cambiar. (P7)

Respecto a la incidencia del aumento de peso, se observa que los participantes se perciben a sí mismos como la única causa del fracaso, lo cual trae aparejado un fuerte sentimiento de culpabilidad. La culpa se define como un estado emocional – consciente o inconsciente– consecutivo a un acto que la persona considera indebido, ya sea que haya hecho algo que no debería haber hecho o que no haya hecho algo que debería hacer. La culpa puede estar acompañada de remordimientos, de auto reproches y de un sentimiento difuso de indignidad personal, es decir, de una sensación de auto devaluación.

Pues bien, no había nadie más para echarle la culpa. Las harinas me invadieron. Dejé la actividad física, intento retomar día a día el tratamiento, pero no logro hacerlo. (P8)

La persona que siente culpa se califica a sí misma de forma negativa, al mismo tiempo, por lo general aparece un componente de auto castigo que acompaña esa culpa, por ejemplo, la ingesta compulsiva de alimentos con alto contenido calórico.

Este hecho agrava el control y el mantenimiento del peso y, consecuentemente, la obesidad empeora, lo cual provoca en algunos casos un abandono total del tratamiento.

Por lo tanto, si se tiene en cuenta que las personas con obesidad muestran baja autoestima previamente a la cirugía bariátrica, el fracaso en el cumplimiento de los objetivos quirúrgicos, y la culpabilidad que asumen unilateralmente repercuten negativamente sobre este aspecto de la CVRS incrementando y perpetuando los componentes emocionales negativos preexistentes.

Ames et al. (2016), mencionan en su artículo el problema de las consecuencias que tienen las expectativas no cumplidas. Cuando esto ocurre y los pacientes no obtienen los resultados deseados, el sentimiento de fracaso puede contribuir a la no adherencia a los cambios de estilo de vida recomendados, lo cual provoca que el fracaso sea incluso mayor y que se produzca una mayor recuperación del peso, con el consecuente retorno de comorbilidades médicas en el futuro; se trata de un círculo del que resulta difícil salir. Por ello, los autores aconsejan guiar a los pacientes hacia una comprensión de que la cirugía bariátrica es una herramienta, más que una cura absoluta para su lucha contra la enfermedad crónica de la obesidad.

Los relatos que se relevaron aquí también parecen coincidir con las publicaciones de Sarwer y Dilks (2011). Estos autores observaron que aquellas personas que se someten a una cirugía bariátrica y no alcanzan la pérdida de peso típica posoperatoria o comienzan a recuperar grandes cantidades de peso durante los primeros años posoperatorios muestran un retorno de conductas alimentarias desadaptativas. Por consiguiente, el grado de tolerancia a la frustración respecto al incumplimiento de las expectativas en la cirugía bariátrica es un factor que incide enormemente sobre la percepción de la CVRS de los participantes.

3. 7. 3. Componentes de la CVRS sobre la dimensión sociológica

Los aspectos de la *calidad de vida relacionada con la salud* que conforman la dimensión social, incluyen fundamente aquellas percepciones que tiene el individuo respecto al impacto que produce su cirugía bariátrica, como tratamiento para la obesidad, sobre la esfera social, más concretamente, aquí se van a considerar las relaciones interpersonales y los aspectos que se refieren al ámbito laboral.

En tal sentido, algunos participantes manifestaron que habían logrado ampliar su círculo de amistades luego de la cirugía. Aseveraron que esto lo habían

conseguido, en parte, gracias a los talleres grupales que ofrecen tanto el servicio del sistema de salud pública como alguna de las instituciones privadas, ya que estos grupos, según expresaron, les permitió conocer a otras personas que estaban atravesando el mismo proceso.

El hecho de haber conocido gente que tenía experiencias similares fue percibido como una herramienta que los empoderó, ya que les permitió darse apoyo mutuamente y sentir que no estaban solos frente a la problemática.

Grupo A:

Me animé a salir (...) ya no tengo tiempo de estar en mi casa, trabajo, voy a gimnasia, voy a la casa de las chicas. (P5)

Grupo C:

Teníamos un grupo donde estábamos todos juntos, en la misma circunstancia. (Refiriéndose a los talleres grupales de la institución donde se operó) El exterior es muy agresivo (...) Ahora viene un montón de gente que por ahí antes no me daba bola y me dice: -Ah, pero qué bien estás; y yo le digo: -Soy la misma gorda de antes, hace ocho años que me operé. Yo no escondo mi operación porque a mí me ayudó un montón. No porque ahora tenga 30 kg menos soy mejor que aquella que antes tenía 30 kg más ¿Y ahora les gusta más hablar conmigo? (P11)

Los dispositivos grupales de las instituciones que trabajan con pacientes bariátricos fueron valorados positivamente también por otros participantes: P5, P15 y P6.

Estos talleres implican un apoyo muy importante para que estas personas puedan ampliar su círculo de relaciones. Recordemos que vienen de varios años de estar encerrados y sentirse discriminados, por esta razón, los talleres permiten armar una primera matriz de contención para la socialización, percibiendo que pertenecen a un grupo, que no están solos en el mundo, que lo que les sucede a ellos también les ocurre a otras personas, brindándoles mayor confianza y seguridad.

Existe gran evidencia sobre los efectos favorables que tienen los abordajes grupales en diversas patologías orgánicas, Debeljuh y Ghione (2016) citan el estudio de Hildebrandt (1998) sobre los efectos de la participación en grupos de apoyo de pacientes bariátricos operados de *by pass* gástrico, se comprobó que los pacientes que recibieron terapia de grupo como complemento al programa individual, perdieron más peso que los que no acudieron a las sesiones de grupo de forma regular. Esta conclusión resultó coincidente con la apreciación clínica de numerosos profesionales de la salud mental que trabajan con grupos de pacientes bariátricos.

Con respecto a la esfera laboral, se observó que varios participantes pudieron acceder a un empleo o que aumentaron su rendimiento laboral: pero también algunos presentaron inconvenientes en el trabajo a causa de la sensación de fatiga. Este hecho fue analizado en el apartado sobre la dimensión física.

Grupo A:

Ahora tengo varios trabajos (...) me pongo la ropa que quiero, tengo amigas. (P5)

Luego de la operación comencé a trabajar. (P2)

Otra circunstancia para evaluar dentro de la dimensión social de la CVRS, es el acto alimentario, aquí no nos referiremos a su función biológica o nutricia, sino a su función social, recuérdese para ello lo desarrollado anteriormente sobre Fischler (1995) y Aguirre (2010).

Hay que tener en cuenta que luego de la cirugía bariátrica, la cantidad de alimento que ingieren los pacientes se modifica, reduciéndose; y también cambia la

velocidad para incorporarlos, tornándose más lenta. Ante estos cambios parece ser que los familiares y algunas personas allegadas a ellos, no se adaptan.

Del análisis de los relatos se desprende que algunos participantes no se sintieron planamente comprendidos ni contenidos por el entorno; por ejemplo, los ritmos familiares, así como sus preferencias por cierto tipo de alimentos, se perpetuaban manteniendo los esquemas anteriores, en muchos casos, obesogénicos; razón por la cual, el familiar operado si quería mantener los cambios nutricionales- no lograba incluirse en la mesa familiar.

Grupo A:

Cuando veo a los otros comer tan desaforados me da miedo, no quiero volver a lo de antes, a comer así (...) Los demás necesitan verme comer, no entienden que no necesito comer más cantidad. (P1)

Otra participante, del **Grupo C**, describe que posteriormente a la cirugía, selecciona los alimentos que va a comer según sean saludables o no, y describe la reacción del entorno de la siguiente manera:

Me dicen (pone expresión y tono despectivo): - ¡Ay!, al final vos sos re light. Y yo no soy re light, elijo lo que es mejor para mi organismo. (P12)

Esta falta de acompañamiento por parte del entorno cercano, es un tema que requiere prestar particular atención, parecería que si las personas quieren adherir a las recomendaciones que le imparten los nutricionistas, tienen que elegir no sólo *lo que comen*, sino también *con quién comen*, representando un verdadero riesgo, dado que los seres humanos somos comensales; es decir, que el acto alimentario también representa un acto cultural y social, esa la dificultad para compartir el ritual de la comida implica, por lo tanto, un empobrecimiento en términos psicológicos (Flichtentrei, 2018).

Parece ser que, en algunos casos, el entorno más cercano boicotea en cierta medida el tratamiento; lleva a las personas operadas, de manera consciente o inconsciente, y bajo la intención de no quedar excluidas o aisladas, a volver a esquemas alimentarios- familiares, que favorecen el mantenimiento de la obesidad.

Un ejemplo de comportamiento familiar que obstaculiza el cambio alimentario posoperatorio, fue extraído del relato de este participante:

Grupo A:

Le decía (a la pareja) que me traiga algo livianito para comer y me traía cosas que engordaban, esa fue también mi lucha, pero me pude controlar (P5)

Por otra parte, la percepción de una *falta de acompañamiento* no solo fue percibida en por parte del entorno familiar o de las amistades, sino también y en otro orden, por el propio servicio de salud.

Tanto el sistema sanitario público como el privado, a través de la cobertura que ofrecen la mayoría de las obras sociales, contemplan un seguimiento posquirúrgico que va hasta los seis meses o un año como máximo.

Esto representa una gran contradicción con lo que plantea el propio discurso médico, proponiendo a la cirugía bariátrica no como una cura o solución definitiva para la obesidad sino como un tratamiento, una herramienta para esta enfermedad crónica. Por consiguiente, el seguimiento debería ser de por vida o, al menos, a largo plazo. Esta falencia por parte del sistema de salud fue denunciada por los participantes de todos los grupos:

Grupo A:

Como me tengo que cuidar de por vida, el sistema debería seguir apoyando a los

pacientes. (P2)

Grupo B:

Me quedé sin obra social, abandoné los controles y el tratamiento casi sin darme cuenta, me alejaba de lo que tanto me costó conseguir. En estos últimos 2 años aumenté 20 kilos, tengo (menciona una obra social) pero me dicen que no me cubre el seguimiento. No encuentro el camino. No sé cómo volver atrás. (P8)

Grupo C:

Me hubiese gustado que siga el equipo (talleres de seguimiento grupal de pacientes operados que era coordinado por una psicóloga y por una nutricionista) (...) la cirugía me hizo mucho bien (...) pero no es que se terminó mi gordura, sino que empezó mi lucha, para mantenerme, estar consciente y acompañarme. (P11)

El relato que exponemos a continuación, coloca al participante en el lugar de objeto, y compara la lógica del diseño del tratamiento y del seguimiento posquirúrgico con el trato que se le da a un electrodoméstico.

También, revela una comprensión mecanicista del complejo proceso que atraviesan los pacientes bariátricos, como si sobre ellos se pudiera aplicar un manual de instrucciones. Según esta metáfora, al cabo de un año, la garantía que les ofreció el sistema ya no tiene validez y, por consiguiente, responsabilidad recae exclusivamente sobre los usuarios.

Del mismo modo, los participantes perciben que el sistema de salud los expulsa, y este hecho es realmente significativo, si se considera que se manifiesta independientemente de los resultados alcanzados.

Grupo A:

Para ejemplo de fracaso lo tenemos al Diego (Maradona). La cirugía es un gran paliativo y ayuda a salir del pozo. El cirujano opera, te sigue un año para ver que su trabajo quedó bien y se va. Como un electrodoméstico con garantía. Si lo usas como dice el manual y lo cuidas, dura una vida. Si no, al año estas buscando otro. (P3)

De estos relatos se desprende la importancia que tiene el acompañamiento del paciente tanto por parte de sus familiares o de las personas con quienes mantiene una relación cercana, como por parte de los agentes de la salud implicados en el tratamiento.

Asimismo, puede observarse que existen múltiples aspectos que conforman la CVRS de los pacientes operados de cirugía bariátrica, y que requieren de una evaluación más profunda que la que aporta el test BAROS.

3. 8. El impacto de la cirugía bariátrica en la *experiencia corporal* en los pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica

Los capítulos precedentes revelan que la cirugía bariátrica influye de manera variable sobre la *imagen corporal* y la CVRS de los participantes.

No obstante, lo que resulta invariable para todos ellos es que, esta cirugía es un acontecimiento que se inscribe de un modo singular en una larga historia de tratamientos para intentar controlar el peso.

El proceso de quién decide realizar una cirugía bariátrica para controlar la obesidad y/o para mejorar las comorbilidades médicas asociadas, no resulta sencillo ni placentero.

Recordemos que estas personas ya han procurado descender de peso por otros métodos, en general refieren haber transitado por situaciones de incompreensión y malos tratos, incluso por parte de los profesionales de la salud:

La médica clínica me dijo: - Vos tenes que dejar de comer, cósete la boca y listo. No fui nunca más. (P6)

Aquellas personas que han logrado soportar o sobreponerse a este tipo de agresiones y no se dieron por vencidas frente al incumplimiento de múltiples promesas falsamente terapéuticas para bajar de peso, buscarán en la cirugía bariátrica algún tipo de solución definitiva.

Al llegar a los servicios o clínicas especializadas serán primeramente evaluadas por los diferentes profesionales que componen el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. Cada uno de estos especialistas le formulará varias preguntas a fin de conocer qué tipo de obesidad presenta, los antecedentes, también le pedirán exámenes complementarios como, por ejemplo: video endoscopía digestiva y análisis de laboratorio.

El cuerpo de los candidatos, comenzará a ser examinado y expuesto frente a la mirada de quienes aún son extraños, incluso les sacarán fotos para verificar el estado actual y posteriormente cotejar el “antes y después”.

Al comienzo, la figura corporal voluminosa impacta, tornándose un primer plano, impidiendo una mirada más sensible e integral sobre la historia subjetiva y el padecimiento que ella encarna.

Me acuerdo el primer día que vine, no sabía que había que sacarse fotos, casi me muero (P6)

Si luego de estas evaluaciones los pacientes cuentan con los criterios validados para ser considerados aptos para realizarse esta cirugía, los que no son del sector de la salud pública, deberán además demostrar administrativamente ante las obras sociales que anteriormente han fracasado en los intentos por bajar de peso –mediante la presentación de historias clínicas e informes de tratamientos médicos o de nutricionistas del pasado-.

En el servicio del hospital público los pacientes pueden llegar a estar en preparación para la cirugía bariátrica durante un año, donde los equipos de profesionales trabajarán para que las personas vayan adquiriendo nuevos hábitos alimenticios y de vida en general, y dónde se buscará que descendan de peso a través de las indicaciones de los psicólogos, nutricionistas y el especialista en educación física; periódicamente también deben asistir a talleres grupales.

En el sector privado, si bien el tiempo de espera para la cirugía depende en gran parte de la autorización por parte de las obras sociales, es mucho más corto, incluso puede durar solamente el período de evaluación, sin que medie una verdadera preparación quirúrgica.

Se pide a los pacientes que descendan de peso previamente a la operación para bajar la grasa a nivel hepático y procurar disminuir posibles complicaciones quirúrgicas.

Los días que anteceden a la cirugía, los pacientes deberán adherir a una dieta de preparación operatoria, donde sólo deben ingerir alimentos líquidos quedando prohibido el consumo de sustancias sólidas.

En síntesis, los candidatos encaran este proceso con una importante carga de ansiedad y cierto estrés, pues para ellos, no se trata de encarar otro plan dietario, sino de apostar por lograr un cambio global y más duradero; depositando en la cirugía expectativas muy diversas e intensas. Esto concuerda con las observaciones de Ames

et al. (2016) y se evidencia, por ejemplo, en el siguiente fragmento de la entrevista de una de las participantes:

(...) esta era la última carta que yo tenía en la manga. (P12)

La larga historia de obesidad, que en la mayoría de los casos comenzó en la primera infancia, implica un profundo dolor que se expresa en el relato de los participantes, se trata de un sufrimiento que parece haber *calado hasta los huesos*, como expresa el dicho popular, y que, de alguna manera, se hace evidente por el intenso miedo y preocupación que les provoca la idea de volver a engordar. El miedo, es una emoción que revela nuestra vulnerabilidad como seres humanos: si bien nos advierte de los peligros, también puede resultar un mecanismo disfuncional en ciertas ocasiones.

El miedo por volver a ser gordos que experimentan los participantes, condensa dos aspectos: por un lado, el temor al sufrimiento o agravio psíquico y moral, producto de la estigmatización social y, por otro lado, el miedo por el descontrol de las comorbilidades asociadas a la obesidad, es decir que aparezcan y/ o se agraven la diabetes, hipertensión, las apneas obstructivas del sueño, por ejemplo.

El miedo, en definitiva, habita el cuerpo de las personas que se han operado de cirugía bariátrica. Sin embargo, su percepción no provoca las mismas respuestas en todos los entrevistados:

Grupo A:

Cuando veo comer a los otros tan desahogados me da miedo, no quiero volver a lo de antes, a comer así. (P1)

No quiero volver a engordar (...) y el problema está acá (señala la cabeza), no estamos operados de la cabeza. (P3)

Grupo B:

El segundo año (después de la cirugía) ya te empiezan a agarrar deseos de comer y decís: -no, no puedo. Engordé 4 kilos y estoy sufriendo, quiero bajarlos y no quiero volver a lo de antes, no quiero volver (expresión de angustia, temor). Trato de no fallar en las cosas, pero es como que me ha agarrado el picoteo de comer (...). No quiero volver a ser gorda. (...) La cirugía no es una varita mágica (...) te operan del estómago, no de la cabeza, y el gordo siempre lo tenés adentro, te está diciendo: -comé, comé. (P6)

Si te dejás de cuidar volvés a engordar, aunque estés operado (...) porque la obesidad es una enfermedad, no se cura con la cirugía. (...) Los kilos que engordé me hicieron muy mal. (...) si bajara de peso tendría más paz. (...) La lucha es con uno. (P7)

Grupo C:

(...) sé que lucho con mi tentación(...). No quiero volver a engordar, por eso siempre digo: -No sé a dónde no quiero llegar, pero sé a dónde no quiero volver. (P11)

Se puede observar, principalmente en los últimos relatos, que la fuente del temor está en el riesgo interno por perder el control y volver a engordar. Por ello, los entrevistados están convencidos de que el campo de batalla donde se libra esta lucha está en el propio cuerpo y es *con* el propio cuerpo.

Los participantes asumen una representación desintegrada del cuerpo, como si las funciones y mecanismos responsables de las ingestas, del control del hambre y la saciedad y los procesos metabólicos dependiesen exclusivamente del cerebro, localizan el peligro en la cabeza, siendo, paradójicamente, el órgano donde la cirugía bariátrica no tendría injerencias, por ello la advertencia que se hacen a ellos mismos:

“no estamos operados de la cabeza”, como afirma P3, y se evidencia también en P4, P6, P7 y P13.

Esta afirmación no solo manifiesta una concepción escindida del cuerpo, sino que también acepta y refuerza la tradición occidental según la cual solo puede esperarse de la medicina un tratamiento o cura para la enfermedad, pero no una cura integral para el enfermo (Le Bretón, 2008). Por consiguiente, este modo fragmentado de entender la corporalidad y su tratamiento también nos acerca a comprender, al menos parcialmente, por qué algunos participantes asumen completamente la responsabilidad ante el fracaso.

Grupo B:

Pues bien, no había nadie más para echarle la culpa. Me siento muy desilusionada conmigo misma. (...) tengo un terrible sentimiento de fracaso, de inmadurez, de inconsciencia y todos esos los sentimientos juntos. Me siento frustrada y con vergüenza. (P8)

La asunción del fracaso también se acompaña de juicios morales respecto de sí mismos, ya que muchos se definen como mentirosos, capaces del autoengaño:

Grupo A:

El gordo miente, va al gimnasio y a la salida se compra un sánduche o come el doble, es como que engaña y se engaña. (P13)

Grupo B:

(...) El gordo piensa como gordo. El gordo nunca se responsabiliza de lo que le va a pasar. Sabe que le puede llegar a pasar algo, diabetes, colesterol, problemas del corazón. Es como el tipo que miente y se termina mintiendo a sí mismo (P4)

La participante se refiere a los profesionales del equipo de salud:

(...) trabajan con 300 gordos que les van a mentir, y ellos lo saben y se tienen que hacer los tontos. El gordo miente mucho, pero no sabe que miente, porque apenas llegó eso al estómago vos satisfaciste la angustia, el dolor, la ansiedad y de inmediato te olvidaste (...) La cirugía sirve, pero no es un milagro. Lo que tiene que entender primero uno es que la obesidad es una enfermedad mental, del estómago, emocional, no sé de dónde viene” (...) Me da miedo fallarme. (P7)

Si son tantos los gordos que se mienten y que les mienten a los profesionales de la salud, la mentira –como hecho-, y el paciente en el lugar del mentiroso deberían ser objeto de interpelación

Resulta un hecho curioso que el participante se asuma como mentiroso en un sistema sanitario que muchas veces tampoco dice claramente las “verdades” acerca de lo que el paciente puede o no esperar de la cirugía bariátrica. Es justamente por estas verdades no dichas, que coincidimos con Ames et al. (2016) cuando considera a los proveedores de cirugía bariátrica como *responsables* de comunicar claramente a los candidatos qué es lo que pueden esperar de la cirugía bariátrica debiendo despejar las discrepancias que pudieran existir respecto a sus expectativas, se enfatiza la importancia de que los pacientes estén bien asesorados de modo que puedan tomar una decisión realmente informada acerca de si la operación es apropiada para ellos o no.

¿Por qué algunos de los proveedores de cirugía bariátrica no dirían todas las verdades? Este hecho pareciera ocurrir cuando el paciente es colocado en el lugar de cliente-consumidor.

La cirugía bariátrica no es una práctica económica; por ejemplo, en la ciudad de Rosario, Argentina, a comienzos del año 2018, la evaluación pre quirúrgica y la

preparación por parte de un equipo interdisciplinario costaba alrededor de \$2.350 (USD 86) por mes, el precio de la cirugía ronda los \$105.000 (USD 3843) y el tratamiento interdisciplinario posquirúrgico tiene un valor mensual de \$2200 (USD 80,50). Asimismo, hay que considerar que no todas las obras sociales cubren la totalidad de los costos del tratamiento. Estos valores se asemejan a los publicados en una página web de la ciudad de Córdoba (<https://www.sublimis.com>, extraído el 26 de julio de 2018). Igualmente, se debe considerar que, posteriormente a la cirugía inicial, el paciente muchas veces debe realizarse otras intervenciones, como cirugías estéticas para eliminar el excedente de piel o una cirugía de revisión. Respecto a esta última, un participante del grupo B, que recurrió al cirujano angustiado por no haber logrado el descenso de peso esperado, relata lo siguiente:

La cirugía al principio me hizo un tope, pero nunca un tope tan fuerte como a algunos que escucho que dicen que comen 2 pedacitos y se llenan. Nunca fue así. Cuando fui que me enojé con (nombra al cirujano) me dijo que la operación había salido mal y que había que operarme de vuelta (...) me pide que saque otro turno, cuando voy me cobra la consulta y yo se lo dije: -Yo me cago en lo que sale la consulta que usted está cobrando, pero es usted el que me cita nuevamente. Mira los estudios y me pregunta: - ¿Cómo hacemos? porque la mutual no va a cubrir la cirugía de vuelta (...). (P4)

Este testimonio muestra, además, el hecho de que el profesional de la medicina busca que la responsabilidad del fracaso incurra sobre el participante a pesar de la existencia de numerosas publicaciones científicas que advierten acerca de la posibilidad concreta de que la cirugía bariátrica por sí sola no logre el éxito en el descenso de peso, ni las mejoras previstas en la CVRS. De este modo, la propuesta de este profesional consistió en realizar la *cirugía de revisión*, recordemos que se estima que el 5-50% de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica requerirán este tipo de re-intervenciones quirúrgicas. (Cristóbal Poch et al., 2013; Sabench Pereferrer y Sánchez Santos, 2017).

Los siguientes relatos, dan cuenta de cierta “falta” u “ocultamiento” de la información recibida previamente a la intervención quirúrgica:

El médico que me operó no me dijo las cosas completas; primero me dijo vas a bajar y después de operada me entero que me tenían que dar una pastilla extra para que no me desnutriera. Si me hubieran dicho que yo iba a depender de una pastilla, probablemente me lo hubiera replanteado y hubiera dicho que no. (P10)

Me siento muy desilusionada conmigo misma (...) Si hubiera sabido que tenía que seguir viviendo a dieta y que me iba a sentir más cansada que antes no me hubiera operado. (P8)

Pese a que en estos relatos podemos ver claramente la existencia de fallos en la comunicación y deficiencia u ocultamiento de la información provenientes del equipo de salud, mucho de los participantes que no lograron mantener el descenso de peso, asumen completamente la responsabilidad del fracaso.

Tal vez esto se explique si se tiene en cuenta que históricamente se culpabiliza a la persona obesa por su enfermedad, son moralmente juzgadas, y esta condición está tan naturalizada y enraizada que ciertos profesionales de la salud no escapan a ella, del mismo modo que los propios pacientes la asumen sin cuestionamientos (Vigarello, 2011; Fernández-Ramírez y Baleriola Escudero, 2012).

Estos prejuicios, que acrecientan el sufrimiento de los obesos, tal vez formen parte de las razones por las cuales los pacientes mienten a los médicos. Recuérdese el señalamiento que hace Vigarello (2011) sobre la aparición –a partir del siglo XIX– de la figura estigmatizante del gordo como aquel que fracasa, que no puede cambiar

porque carece de autocontrol, siendo el responsable del mantenimiento de un cuerpo enfermo y feo.

Por consiguiente, en vez de contar lo que realmente han hecho, o comido, los pacientes terminan diciendo aquello que el médico quiere escuchar, ya sea para poder seguir siendo atendidos y aceptados en vez de ser juzgados; ya sea para entrar en un protocolo quirúrgico; o para ser reconocidos por la cobertura de una obra social.

Los pacientes probablemente también mienten con la esperanza de ser catalogados como *normales* y, de este modo, no ser condenados, o tratados como parias sociales; en definitiva, si estas personas mienten es para no quedar fuera del sistema, ya que con la cirugía bariátrica se han jugado *la última carta*.

El aporte de Foucault (1996) respecto a las nociones de normalidad y anormalidad resulta de gran utilidad; estos conceptos desarrollados en el capítulo II permiten fundamentar la idea de que los participantes que creen no alcanzar los estándares de normalidad de su época; como por ejemplo tener cierto IMC, se perciben a sí mismos como malogrados, incorregibles a los que la cirugía bariátrica no ha podido adiestrar.

Los “incorregibles” perciben no encontrar un lugar en el sistema y se sienten doblemente expulsados: en primer lugar, los participantes se sienten expulsados de la sociedad en general, ya que, al volver a catalogarlos como gordos, son nuevamente objeto de estigmatización y discriminación; y en segundo lugar son expulsados del sistema sanitario, que diseña módulos de acompañamiento profesional solamente durante el primer año de posquirúrgico, pese a que se sabe que la recuperación del peso perdido ocurre principalmente a partir del año y medio posquirúrgico y también a pesar de que se reconoce la obesidad como un síndrome crónico incapaz de curarse con la cirugía bariátrica.

Necesito que me acompañen, aunque no baje nada (...) en el centro de salud hacen reuniones de obesidad y no de operados. (P7)

El sistema debería seguir apoyando a los pacientes (P2)

Como se ha desarrollado anteriormente, para Foucault (*Ibídem*) el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo y con el cuerpo.

En relación a ello, con respecto a los mecanismos de control, se pudo evidenciar en los entrevistados, del grupo A y C, ciertas estrategias de autocontrol y mecanismos de vigilancia que ellos mismos se imponen para no salirse de la norma. Estos recursos, en algunos casos, excedían las recomendaciones del equipo de salud, marcando quizá un indicio de la presión social que se inscribe sobre estos cuerpos:

Grupo A:

Soy un obsesivo y me peso cada mañana, no quiero volver a engordar. (...) Cada día veo una foto mía de gordo para acordarme a dónde no quiero volver. (P3)

Grupo C:

Cuando salgo a comer afuera me digo a mí misma: -no te la tenés que creer (...) estás bien ahora, pero seguís siendo gorda; (...) a pesar de que nunca me dijeron que lo haga yo me peso todos los días. (P11)

Para los integrantes del grupo A y C la cirugía bariátrica les resultó una herramienta útil para controlar, reconocer y percibir un tope en su capacidad gástrica, para muchos este límite era desconocido previamente a la intervención: P1, P7, P11; P13.

Mientras que para la participante 10, y también como se ha visto en los capítulos teóricos, para los activistas del movimiento Orgullo Gordo, ese límite en el estómago es “artificial”, muchos años de dietas conducen a que las personas vayan borrando los propios registros corporales convirtiendo al acto de alimentario en algo impuesto.

Las dietas te borran todo registro...te dicen: - tenés que comer a esta hora, esto, esto y esto. Después van borrando el registro de tu cuerpo (P10)

Parece ser que, el tratamiento biopolítico que han recibido históricamente estos cuerpos, a través de intervenciones y regímenes de distinto tiempo, pueden a lo largo plazo, ejercer efectos adversos sobre los registros de la *experiencia corporal* constituyendo un caso de *iatrogenia positiva* (Foucault, 1996) concepto que se desarrolló en el primer capítulo.

Por consiguiente, los fallos en el límite de la capacidad gástrica y/o en el reconocimiento de los propios registros corporales y emocionales, especialmente respecto al apetito y deseo de comer, conducen a estas personas a la realización de ingestas con una pobre percepción consciente, tal como testimonian los participantes 7 y 4:

(..) al minuto uno o a los 30 segundos después que comiste te das cuenta que no tendrías que haber comido. P4

(...) llegó eso al estómago, vos saciaste la angustia, el dolor, la ansiedad y de inmediato te olvidaste. Hoy me pasa a mí que si no registro en un plato lo que voy a comer me olvido la cantidad de comida P7

Si al déficit en el registro de la *experiencia corporal*, se suma la imposición de cierta conducta alimentaria, con ciertos horarios y métodos; es decir, si los pacientes cumplen las propuestas de los especialistas sin una verdadera aceptación, sin que medie un trabajo psicoterapéutico que permita un conocimiento profundo de los mecanismos subjetivos que intervienen o interfieren en la alimentación, probablemente se explique porqué, algunos de ellos tienen que mantener una fuerte vigilancia sobre las ingestas, experimentando ese momento con un gran monto de ansiedad y estrés, dado que se enfrentan con la vívida amenaza de recuperar el peso perdido.

Por consiguiente, pese a que la cirugía interviene de forma restrictiva sobre el aparato digestivo, los participantes perciben que igualmente requieren asumir un control consiente y activo sobre sus ingestas, y también examinar periódicamente su peso corporal, se muestran preocupados por volver a engordar, incluso, pese a haber logrado cierto descenso de peso y estar disfrutando de sus beneficios, como, por ejemplo, las mejoras en la CVRS.

En resumidas cuentas, podemos decir que, los participantes sienten que están en **libertad condicional** -tomando prestadas palabras del ámbito jurídico-. Las siguientes expresiones connotan este sentido:

Grupo A:

Salí del encierro. (P2)

Grupo C:

...no sé a dónde quiero llegar, pero sé dónde no quiero volver. (P11)

El entorno ejerce y también agrega presión sobre esta percepción de *condicionalidad*, pues, según el testimonio de nuestros participantes (P1, P2, P7, P10), la sociedad está esperando que en cualquier momento vuelvan a engordar:

...Y después hay gente esperando que engordes (P7)

Frente a este panorama, y teniendo en cuenta que nos enfrentamos con cuerpos cuyo problema con la obesidad no se ha curado, sino que se los procura “controlar” por medio de la cirugía bariátrica, en tanto estrategia biopolítica, cabe formular la siguiente pregunta: ¿Qué tipo de sociedad aloja estos cuerpos?, ¿La sociedad o la comunidad está preparada para acompañar el proceso de cambio que esperan los pacientes luego de la operación?

Desde la perspectiva de los participantes, la respuesta es negativa, o bien porque perciben que las demás personas no creen en sus cambios, o bien porque se encuentran en un entorno donde “comen como desaforados” y, por consiguiente, por esta razón también, deben reforzar el autocontrol sobre las ingestas para no tentarse. Al momento de la comida se aíslan, poniendo en riesgo los beneficios de la comensalidad como ya se desarrolló anteriormente (P1, P2, P5, P11, P7).

En coincidencia con los señalamientos de Flichtentrei (2018), las personas con obesidad, en cierta medida, son víctimas de una sociedad obesogénica que no sólo los culpabiliza, sino que, además, perpetúa el fracaso en obesidad, dando cuerda a una perversa maquinaria que sostiene empecinadamente **falsas teorías explicativas** y donde la causa se pone casi exclusivamente en las conductas o estilo de vida individuales.

Recuérdese que, el término sociedad obesogénica, remite a un ambiente que ha puesto al consumo como criterio ordenador de la vida y que ha subordinado a la salud y a una milenaria cultura alimentaria a los intereses del mercado. La comida se ha convertido en *comodity*, ha sido reformulada para convertirse en una sustancia adictiva que está más allá de nuestras necesidades.

Los circuitos cerebrales que intervienen en la satisfacción y recompensa, son manipulados irresponsablemente en función del beneficio de la industria alimentaria y no tienen en cuenta la salud de las personas; resultando irrisorio tratar de explicar la obesidad apelando a la voluntad individual o el libre albedrío.

El nicho social obesogénico genera al mismo tiempo la susceptibilidad (metabólica) y la exposición (ambiental) que producen la obesidad, explica Flichtentrei (*Ibíd.*).

Como se señala en los capítulos precedentes, cada vez son más los estudios, publicaciones e instituciones que señalan la responsabilidad que tiene la cultura sobre el crecimiento global de la obesidad, marcando al entorno actual, como un factor causante de sobrepeso y obesidad. (OPS, 2015)

El problema de las falsas teorías explicativas, no sólo consiste en plantear al obeso como un ser aislado y responsable absoluto del padecimiento, sino también, por la engañosa manera en que es manipulada la información por el poder político y económico, respecto a los alimentos y nutrientes, así como también, respecto a los tratamientos y resultados.

Como hemos apuntado con anterioridad, estos enfoques para abordar y clasificar los distintos tipos de alimentación son **inadecuados y engañosos** puesto que se asientan en una visión estrecha de la nutrición, en la cual los alimentos se conciben como la mera suma de sus nutrientes, y pasan por alto el papel del procesamiento industrial moderno de los alimentos y su impacto sobre la alimentación, pese a ser el principal determinante de lo que se ha convertido en el sistema alimentario mundial, y que hoy en día acrecienta la obesidad, en particular a los países de ingresos medianos y bajos.

Las vicisitudes en el registro de la sociedad a la que hacen referencia los participantes: ¿solamente pueden explicarse por cuestiones de orden anatómico o

también dan cuenta de una sensibilidad respecto a la propia corporalidad que está mediatizada por factores psicosociales? Podríamos pensar que la lógica perversa de la sociedad obesogénica genera en alguna medida y de maneras diversas una “anestesia” respecto a los propios registros corporales.

Por consiguiente, las personas que se han propuesto un cambio con la cirugía bariátrica, se encuentran con una sociedad que no ha cambiado y que, además, parecería mirar para otro lado respecto al rol fundamental que tienen las políticas públicas para frenar el nocivo alcance que tiene la industria alimentaria, con los alimentos ultra procesados, sobre la salud y la pandemia de la obesidad.

Estos datos permiten vislumbrar que una ineludible labor de los psicólogos sea afinar el registro sensible corporal de los pacientes a fin de que puedan reconocer las genuinas necesidades y potencias de sus cuerpos y de este modo elegir, sin el peso de los mandatos culturales, sociales o industriales, hacia dónde conducir el propio deseo.

En tal sentido, parece ser que, cuando los regímenes y supuestas verdades normalizadoras que se aplican a los cuerpos a través de las estrategias biopolíticas y los discursos de control dejan de operar de forma invisibilizada y comienzan a ser cuestionados, surgen otro tipo de relatos, como podemos observar:

(...) iba caminando con un chico del que estaba enamorada, en un momento me dice que personas como yo no merecían su respeto. (...) Eso ocurrió cuando yo ya llevaba bajados 60 kilos después de la cirugía bariátrica. (...) Y ahí fue cuando empecé a pensar otras cosas y me dije: -pará... entonces el tema del peso es un tema político y no una cuestión de salud en sí (...). Yo me estaba ocupando de mi salud, pero la preocupación para los demás no era la salud, la salud era una excusa, ahí fue cuando me di cuenta, (...) lo que yo tenía era una carga simbólica y no los kilos en sí. (...) la gente gorda no tiene que ver con una cuestión sanitaria, sino que pasa por otro lado. Venimos a rellenar falencias de los otros. Me empecé a replantear que quizás el problema no era yo, sino el problema era cómo los demás me veían. (...) Ahí empecé con mi proceso de analizar todo y empecé a pulir finito (...) y comenzó lo del activismo. (P10)

Algo se quebró en la visión que la participante tenía hasta ese momento sobre su padecimiento y empezó a cuestionar la visión global que la comunidad y la ciencia médica tienen sobre la obesidad.

Los activistas del movimiento Orgullo Gordo, se proponen desnaturalizar la gordo fobia, buscan decirle al mundo que se puede ser gordo y feliz e incluso gozar de salud.

Esta participación activa en el movimiento Orgullo Gordo por parte de esta participante, que podría pensarse como una línea de fuga, en términos de Deleuze y Guattari (1983), le permitió salir del territorio del discurso hegemónico sobre la obesidad, para componer otro:

Me juzgaron por haberme operado, que había tomado el camino fácil, que era vaga (...) y todo eso me empoderó porque me empecé a importar todo un pepino (...) miro atrás ahora y yo misma me asombro, creo que en otra situación mucha gente se termina suicidando. (P10)

Este relato, por otra parte, hace referencia al suicidio, fenómeno que aparece reportado en el proceso posquirúrgico en algunas publicaciones, como Wadden et al., (2007); Leiva et al. (2009), Sarwer y Dilks, (2011), Olgún, Carabajal y Fuentes (2015) y Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar (2016)

Este tipo de publicaciones atribuyen el suicidio a causas psiquiátricas preexistentes, señalan la importancia de una correcta evaluación psicológica previa a la cirugía y un seguimiento y tratamiento más cuidadoso durante el período posquirúrgico.

Entre los factores preexistentes señalan: la obesidad severa, el consumo problemático de alcohol, el tabaquismo, la depresión, el trastorno de personalidad limítrofe, trastornos alimentarios y el trastorno de estrés postraumático. Ello es más válido aún si estos pacientes ya tienen una historia de intentos suicidas previos.

Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar (2016) recalcan que, si bien no se ha logrado aún establecer una relación causal con la cirugía bariátrica -debido a las muchas otras variables intervinientes - la población sometida a cirugía bariátrica, a diferencia de otro tipo de intervenciones quirúrgicas, presentan riesgos elevados de suicidio, tanto antes como después de la misma. Se trata de pacientes que deben considerarse como grupo de riesgo, y que es necesario actuar en consonancia con tal diagnóstico.

Asimismo, y sin desconocer estos componentes, nos resulta importante también incluir la dimensión social para la comprensión del suicidio, considerando los aportes de Durkheim (2008)

Según Durkheim (*Ibidem*) existen distintos tipos de suicidio, aquí señalaremos 2 de ellos que creemos vienen al caso, se trata de la *Anomia* y el *Egoísmo*, ambos están emparentados, tienen en común que el individuo no está suficientemente integrado a la sociedad.

En líneas generales, el tipo *Egoísta*, sería aquel ejemplo de suicidio motivado por un aislamiento grande del individuo con respecto a la sociedad, es el suicidio que puede ocurrir en los marginados, los solitarios, por ejemplo. Al estar desligados de la sociedad podrían disponer de la libertad para llevar a cabo este propósito

Mientras que el suicidio por *Anomia* –ausencia de normas-, sucede cuando la norma social no tiene el peso suficiente o está debilitada como para orientar y dar sentido a la vida del individuo, cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás.

Para ser más precisos, al conectar estos aportes con el relato de los participantes y haciendo un análisis de la realidad social en la que se encuentran inmersos, vemos que efectivamente cierto grupo de pacientes se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad.

En efecto, aquellos participantes que no obtuvieron “éxito” con los resultados de la cirugía bariátrica, o que no alcanzaron sus expectativas, perciben que se encuentran en una situación sin salida. Se jugaron “la última carta”, son incomprendidos y juzgados por una sociedad que: dada su característica obesogénica, los condena al fracaso de perpetuar la obesidad; y dada su característica gordofóbica, los expulsa y margina.

En otras palabras, estas personas se sienten aisladas y presas de un doble vínculo comunicacional: tienen el deber de ser delgadas y bellas, pero consumiendo alimentos ultraprocesados que las llevarán a mantener o incrementar la obesidad.

Estos mensajes paradójales se enuncian ante los ojos de un estado casi ausente, no sólo en lo que respecta a la regulación de la industria alimentaria para preservar la salud, pero que también desoye los reclamos de, por ejemplo, la aplicación de la “ley de talles” en todo el territorio nacional, legislación que les permitiría a los obesos “encajar” un poco mejor en la sociedad.

Sumado a ello, al año de la cirugía, las personas se encuentran claramente expulsados del sistema médico especializado en pacientes bariátricos, ya sea por la

caducidad de la cobertura de las obras sociales, ya sea por el vencimiento del programa en el sistema de salud pública.

No encuentro el camino. No sé cómo volver atrás (...) No tengo fuerza de voluntad para cuidarme. No salgo por la vergüenza que me da que me digan: - volviste a engordar. La ropa que tenía ya no me entra(P8)

Teniendo en cuenta este contexto, surge la siguiente inquietud: ¿Todos los participantes que *no* lograron bajar o mantener el peso luego de la cirugía bariátrica, valoran la operación de forma negativa? Contrariamente a lo que se podría suponer, la respuesta fue negativa.

Si veo a alguien muy obeso que piensa en operarse, le diría que se opere, que es para mejorar su salud, su calidad de vida (P6)

Pese a que esta participante había aumentado de peso el último tiempo y estaba angustiada por esa razón, no le resultaba algo tan significativo ni conflictivo, como los 54 kilos que había bajado producto de la intervención; además presentaba mejorías en su funcionamiento renal, por lo tanto, refirió estar satisfecha con la cirugía bariátrica; en la misma dirección, la participante 7, expresó lo siguiente:

Los dos caminos sirven, adelgazar sin operarte también sirve, y la cirugía sirve, pero no es un milagro. (P7)

El relato que sigue a continuación, también ilustra lo que se viene señalando y resulta llamativo porque se trata de un participante que al momento de la entrevista presentaba una obesidad de grado IV, es decir obesidad extrema, según el IMC:

Para mí hay que operarse, es una chance más que tiene el gordo para adelgazar. Porque el gordo se hunde mucho en la depresión y uno busca salvarse en algo. Y si por ahí cada 10 se salva uno. Y bueno se salva uno (P4)

¿Cómo se explican estas discrepancias en la valoración de la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad y que, parecen ser, en cierta medida, independientes de lo que ocurre con el descenso de peso?

Tal vez la respuesta pueda comprenderse, teniendo en cuenta el lugar que ocupa el padecimiento de la obesidad para cada persona.

Parecería que, en aquellos casos donde las comorbilidades médicas han presentado cierta mejoría, independientemente del descenso de peso alcanzado, los participantes se encontraron satisfechos con la cirugía bariátrica (P6 – P7).

Asimismo, la consideración de la cirugía bariátrica como una “salvación para el gordo”, da cuenta una vez más, de que el ámbito del sufrimiento por la obesidad para muchas personas, no se encuentra sólo en el cuerpo físico, sino que se trata de un padecimiento biológico, espiritual, psicológico y social, un sufrimiento que atraviesa toda la *experiencia corporal* y del cual la persona busca liberarse del algún modo, como se ha explicado.

Sin embargo, parece ser que, en aquellos participantes donde el sufrimiento se asocia principalmente con el rechazo social y la insatisfacción estética (P8), la valoración es negativa, incluso refieren arrepentirse de la operación.

En tal sentido, el participante (P10) manifestó arrepentimiento por haberse operado:

No recomendaría la cirugía a nadie. (P10)

Con referencia a los participantes que lograron mantener el descenso de peso, se constató que valoraron positivamente la intervención, pero advirtiendo que eran

conscientes de que se trataba de una herramienta, de una ayuda y no una cura mágica para la obesidad (P1, P2, P3, P5, P13, P14, y P15).

Me arrepiento de no haberme operado antes. (P13)

Así, por ejemplo, ante la pregunta acerca de si recomendaría la cirugía el (P15) respondió:

Yo diría que se opere, que no tenga miedo. No es la solución definitiva, porque uno tiene que seguir haciendo gimnasia, comiendo sano, cuidándose; pero pienso en cómo estaba y eso no cuesta nada. (P15)

En consonancia, los participantes que no tienen estabilizado el peso, también valoraron positivamente la cirugía (P11, P12 y P6):

La cirugía me ayudó en un 90% (...) me hizo mucho bien, me ha ayudado enormemente. Yo la recomiendo porque me hizo feliz, pero también es cierto que no hay que abandonarla, porque no se terminó mi gordura, sino que empezó mi lucha, para mantenerme, estar consciente y acompañarme. (P11)

Para ir finalizando vemos que, el análisis del impacto de la cirugía bariátrica en la *experiencia corporal*, ofreció resultados muy heterogéneos, no sólo entre los diferentes grupos, es decir, no sólo de manera independiente respecto al descenso de peso, sino también y fundamentalmente respecto a cada participante, aportando además datos, desde la perspectiva de los participantes, acerca de la influencia de la esfera socio política sobre los resultados.

CONCLUSIONES

Este estudio sobre los aspectos psicológicos involucrados en el proceso posquirúrgico de pacientes obesos mórbidos operados de cirugía bariátrica, develó la compleja trama que conforma esta problemática.

Los elementos que la conforman están correlacionados mostrando cómo el proceso de transitar por una cirugía para el control de la obesidad se inicia mucho antes y continúa mucho después del quirófano, tornando imprescindible para su análisis la inclusión de categorías no sólo subjetivas y biológicas sino también sociales y políticas.

Como toda investigación este trabajo presenta debilidades y fortalezas. Entre las primeras debemos mencionar la selección por disponibilidad de los casos, pero se buscó obtener variabilidad mediante la inclusión de participantes que habían logrado descender y mantener el peso, como también de aquellos que presentaban un peso inestable y los que habían aumentado gran parte del peso perdido, para otorgar mayor riqueza de datos.

En cuanto a las fortalezas, encontramos primeramente la originalidad y vigencia de la temática que, si bien ya tiene algunos años de desarrollo y expansión en la práctica, contaba con un pobre respaldo de investigaciones empíricas y por lo tanto estimamos que ofrece un importante aporte ante esa marcada ausencia.

Cabe destacar también que este trabajo, no se basó en la lógica de resultados quirúrgicos, (es decir, que no se centra exclusivamente en el éxito o fracaso medido según el descenso o no de peso corporal) sino que, a través de los relatos de vida, buscó descubrir la riqueza de la vivencia de los actores involucrados.

Se pudo apreciar que las personas habían enfrentado la opción quirúrgica para el tratamiento de la obesidad con una importante carga de ansiedad y estrés, como si se tratase de la última oportunidad que tenían de hacer algo bueno por su salud, depositando en ella diversas expectativas y la esperanza por conseguir un cambio global y más duradero.

Sin embargo, lo que inicialmente salió a la luz fue que, con el transcurso del tiempo, no todos los participantes obtuvieron el descenso de peso esperado. De hecho, algunos se encontraban casi con el mismo grado de obesidad que presentaban al momento de la operación.

Esta falta de uniformidad nos llevó a clasificar nuestra muestra en 3 grupos según los cambios producidos en relación al peso y el comportamiento frente al aumento, es decir:

- aquellos participantes que al momento de la entrevista habían adelgazado y se encontraban con un descenso de peso estable.
- Los participantes que refirieron aumentar de peso luego de haber logrado cierto descenso tras la cirugía, o que no alcanzaron el descenso esperado o pretendido; y que, además, al momento de la entrevista, no estaban haciendo ningún tratamiento para adelgazar.
- Los participantes que al momento de la entrevista no tenían estabilizado el peso, es decir que, pese a haber aumentado algunos kilos estaban procurando controlar el aumento.

Con respecto a los datos emanados del relato de los entrevistados, se pudo apreciar lo siguiente: Si bien los participantes presentaron algunos aspectos comunes entre las categorías de *imagen corporal* y *CVRS*, la repercusión en cada uno de estos ámbitos fue distinta y, por ende, la forma de interpretarlos también fue diferente. La

categoría de *experiencia corporal* fue la que ofreció la posibilidad de realizar un análisis transversal de estos elementos.

En relación al primer objetivo específico que hemos propuesto, acerca de la descripción y el análisis sobre los registros de la *imagen corporal* en los participantes, lo que primeramente se observó fue que reconocieron de manera unánime que previamente a la intervención quirúrgica se encontraban sufriendo en silencio, en una situación de retraimiento, y encierro.

A partir de la cirugía bariátrica, y de forma paulatina, pudieron ir saliendo de ese aislamiento, generando nuevos vínculos sociales, principalmente aquellas personas que lograron descender de peso y mantenerlo.

Sólo los entrevistados que habían logrado descender de peso y mantenerlo, manifestaron claramente datos positivos sobre la *imagen corporal*, asociados a la recuperación de las funciones corporales, a la mejoría de las enfermedades médicas y también, como, por ejemplo, a la recuperación de la autonomía para vestirse, o ejecutar nuevos movimientos. Algunos consiguieron o incluso ampliaron la actividad laboral; vivenciando sentimientos de expansión y potencia no experimentados hasta ese momento.

Por el contrario, los participantes que refirieron aumentar de peso luego de la cirugía o que no alcanzaron el descenso pretendido, presentaron categóricos indicadores negativos respecto a la *imagen corporal*.

Un dato a destacar es que esa desvalorización de los miembros de este grupo, no estaba relacionada con los impedimentos físicos o la presencia de las comorbilidades médicas, sino más bien con el sentimiento de frustración por no haber obtenido los resultados esperados con la operación y también con el hecho de continuar padeciendo la carga moral asociada a la obesidad.

No obstante, todos los informantes, independientemente del descenso de peso, o del tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica, revelaron que en el fondo seguían sintiendo que eran gordos. Esa condición de “seguir siendo gordos” continuaba formando parte e incidiendo de forma negativa sobre la *imagen corporal* actual.

Este dato justificó la exploración pormenorizada sobre la presencia de los factores que pudieran estar influyendo para asumir o mantener una *imagen corporal* negativa en los participantes, incluso en aquellos que habían logrado descender de peso y mantenerlo.

Allí pudo observarse que la presencia de colgajos en la piel, principalmente en el grupo de entrevistados que habían logrado un importante descenso de peso, generaba cierto discomfort y malestar. Según estos participantes, para los ojos de la sociedad, esa flacidez de la piel, esa piel sobrante, no revela el esfuerzo o sacrificio de la persona que logró descender de peso, sino que, primeramente, delata la condición de “gordo”, cargando claramente con un estigma. Los participantes se siguen sintiendo juzgados por el entorno, y la vara con la que se los evalúa son los kilos. No sólo los actuales sino también los del pasado, como si el hecho de haber sido obesos, definiera lo que son o pueden llegar a ser y que además el descenso de peso no logra esconder completamente.

Hay que tener presente que los protocolos internacionales consideran que la cirugía bariátrica fue exitosa cuando consiguió que el paciente descienda entre el 25-30% del peso corporal inicial. De este modo, muchas de esas personas, pese a que entran dentro de este criterio, siguen presentando obesidad o sobrepeso y por lo tanto la mirada social de menosprecio y prejuicios sigue influyendo negativamente sobre su *imagen corporal*.

Los participantes frente al abrupto descenso de peso requieren de un proceso de adaptación y asimilación, máxime si se tiene en cuenta que esa imagen, aunque más delgada, probablemente no coincida con la silueta fantaseada previamente a la operación.

Varios participantes, independientemente del descenso o no del peso, narraron que en la etapa en donde habían logrado un importante adelgazamiento -es decir, al poco tiempo de operados- habían percibido cierto desconocimiento y rareza frente a la propia imagen que les devolvía el espejo.

Este grupo de participantes también describió que la reacción social ante el adelgazamiento fue de extrañeza y de descrédito por el método empleado para conseguirlo, es decir la cirugía bariátrica; parece ser que el entorno valora más el descenso de peso alcanzado mediante las dietas de tipo restrictivo.

En algunos entrevistados, la mirada social cargada de prejuicios sobre las personas que fueron y/o son obesas, impacta negativamente, al impedir en cierta medida apropiarse, asumir y reconocer a través de ellos una *imagen corporal* más delgada y revestida con sentimientos positivos.

En relación con ello, pocos participantes revelaron sentir el apoyo o la aprobación explícita por parte del entorno familiar frente a la reducción del peso. De hecho, comenzar a lucir una figura más atractiva, en ciertas ocasiones fue vivenciado por las parejas de los participantes como una posible amenaza de infidelidad o pérdida, provocando la aparición de celos, envidia y rivalidad, llegando inclusive a prohibirles el uso de determinadas indumentarias o a procurar boicotear el tratamiento.

Es decir que los familiares o las personas más allegadas, no siempre están preparados para el cambio que conlleva la cirugía bariátrica, pudiendo constituirse en un factor que verdaderamente incida sobre el fracaso terapéutico, interfiriendo con la asunción y afirmación de una nueva *imagen corporal*.

Por otra parte, la exploración de la presencia de factores personales que pudieran influir para una *imagen corporal* negativa, develó que los participantes, independientemente del descenso o no del peso, percibieron que, frente al estímulo de la comida, seguían “pensando como gordos”, deseando comer mayor cantidad o tentándose frente a algunos alimentos.

Los participantes eran conscientes de que la cirugía bariátrica no había resuelto los mecanismos emocionales asociados a la ingesta de alimentos, manifestando cierta inseguridad e incapacidad respecto al autocontrol alimentario. Por lo tanto, el riesgo por volver a engordar estaba latente. O bien, explicaban el aumento de peso por esta situación.

Esa percepción de falta de seguridad e ineficacia respecto al propio dominio emocional al momento de la comida repercutió, por ende, negativamente sobre la *imagen corporal* de los participantes; en especial para aquellos que no obtuvieron el descenso de peso o no lo mantuvieron, lo que significó seguir en la misma condición o incluso peor que cuando encararon la cirugía bariátrica, dado que, si nada había cambiado, ni por afuera, ni por adentro, eran unos fracasados que se habían perdido la última oportunidad.

Se observó que esa percepción de seguir “pensando como gordos” era muy vívida inclusive para aquellos participantes que lograron descender de peso. Al punto tal que, pese a presentar una nueva figura les costaba nombrarse de otro modo que no fuera como ex gordos, les costaba encajar, encontrarse dentro de alguna categoría corporal, llegando a apelar incluso a neologismos para poder describirse.

En síntesis, teniendo en cuenta que la *imagen corporal* no se da de forma acabada en la vida de las personas y que el medio socio cultural participa en esta

conformación; considerando también que esta población sufre importantes variaciones en la figura corporal producto de la cirugía bariátrica y de las fluctuaciones que experimentan en mayor o menor medida en relación al peso, se considera que las reacciones frente a ella, tanto individuales como por parte del entorno, resultan decisivas: o bien para la adaptación y asunción de los cambios, o bien para el fracaso y la recuperación del peso corporal; justificando la importancia de labor psicoterapéutica que permita el acompañamiento y análisis de este proceso.

Con respecto a nuestro segundo objetivo específico, acerca de la descripción y el análisis de los registros de la CVRS de pacientes con obesidad mórbida a partir de un año y medio desde que se realizó la operación bariátrica *no* arrojó resultados parejos entre todos los participantes.

Aquellas personas que habían bajado de peso y pudieron mantenerlo, mostraron mejorías significativas principalmente en los aspectos que corresponden a la *dimensión física* de la CVRS, como, por ejemplo: mejoraron la capacidad motora, recobraron la autonomía en el desempeño de tareas cotidianas, así como en el cuidado personal, como, por ejemplo, bañarse y vestirse. Este grupo de participantes también consiguió mejorar los requerimientos laborales vinculados principalmente a las exigencias de movilidad física, como, por ejemplo, la ejecución de tareas de limpieza.

Asimismo, esos entrevistados describieron que posteriormente a la cirugía bariátrica, gracias a la agilidad y posibilidad de ampliar el movimiento del cuerpo, lograron realizar diversas actividades. Este hecho les resultaba altamente satisfactorio, representando a su vez una novedad, como, por ejemplo, nadar a río abierto, andar en bicicleta, bailar.

Esta percepción implicó una valoración positiva respecto a la dimensión física de la CVRS, dado que estos participantes ya no se sentían limitados o discapacitados y ello les permitió también mejorar la relación con el propio cuerpo y con el medio.

Sin embargo, estos beneficios no se evidenciaron en el relato de aquellos participantes que habían recuperado el peso perdido. En este caso los entrevistados refirieron sentirse muy pesados y doloridos.

Con relación a la valoración de las *funciones digestivas*, aquellos participantes que lograron descender de peso y mantenerlo percibieron que la cirugía bariátrica les imponía un *límite* sobre las ingestas, identificando de este modo el momento en que estaban saciados y por consiguiente dejaban de comer. Esta señal proveniente del estómago resultaba también ser una novedad para alguno de ellos.

No obstante, este *tope* no fue experimentado del mismo modo ni por los participantes que tenían inestable el peso, ni por aquellos que recuperaron el peso perdido. Estas personas registraron que, con el paso del tiempo, la capacidad del estómago se había agrandado y por lo tanto podían incorporar mayor volumen de alimentos. Esto fue percibido como una razón o amenaza concreta para la recuperación de peso.

Aquí podemos también reflexionar sobre la importancia del trabajo psicoterapéutico, a fin de que los pacientes aprendan a reconocer y diferenciar si esas sensaciones son efectivamente producto de necesidades biológicas o si, los aspectos emocionales interfieren y el *vacío a llenar* en realidad tiene connotaciones afectivas. No obstante, un hecho muy importante a considerar, es que el cirujano tiene que evaluar si anatómicamente se produjo un cambio por el cual la función restrictiva que debería ejercer la cirugía bariátrica, no se está produciendo y, por ende, sea por esta falla que la CVRS se encuentra deteriorada en estos casos.

Por otra parte, es importante señalar que, cuando los individuos ingieren cantidades de alimento superiores a las que puede tolerar el reservorio gástrico modificado por la cirugía, pueden aparecer dolores, arcadas e incluso vómitos, situación que también fue descrita por participantes de los diferentes grupos.

Algunas personas reciben suplemento vitamínico y mineral para contrarrestar el déficit que se genera por la restricción y malabsorción de nutrientes producidos por la cirugía y que se evidencia principalmente por la presencia de anemia acompañada por una intensa sensación de fatiga y pérdida del cabello, entre otros síntomas.

Respecto a ello, algunos participantes, principalmente del grupo que se encontraban con el peso aumentado, explicaron que ingerían mayor cantidad de ciertos alimentos como, por ejemplo, carbohidratos o azúcares, buscando obtener energía de forma rápida y económica para así continuar trabajando.

Además, esta situación puede verse agravada porque varios participantes describieron que posteriormente a la cirugía sentían intolerancia a las carnes, razón por la cual optaban por alimentos blandos.

Por otra parte, el efecto del descenso de peso sobre *la piel*, tampoco obtuvo la misma valoración por parte de todos los participantes. El excedente de piel y los colgajos resultaron ser una molestia más notoria, obviamente, entre aquellos sujetos que habían logrado bajar de peso.

De hecho, algunos participantes ya habían sido operados por un cirujano plástico para extraer la piel sobrante, mientras que otros refirieron estar esperando esa posibilidad, dado que el colgajo les impedía el normal movimiento del cuerpo, sumado al malestar estético. Ese tipo de cirugía no sólo conlleva un riesgo vital, sino que representa a su vez un conflicto económico: posee un costo muy elevado que los propios pacientes muchas veces no la pueden afrontar y /o, las obras sociales generalmente se niegan a hacerlo en forma directa o imponen fuertes trabas burocráticas.

Por consiguiente, las fluctuaciones del peso sobre el órgano de la piel inciden negativamente sobre la valoración de la CVRS.

A la hora de evaluar la evolución de las *enfermedades asociadas* a la obesidad como ser: diabetes, hipertensión, colesterol elevado, etc., tampoco nos encontramos con resultados semejantes entre todos los participantes.

Las mejorías de las comorbilidades fueron narradas principalmente por aquellos participantes que habían logrado descender de peso e incluso por aquellos que al momento de la entrevista no lo tenían estabilizado.

Este factor resultó muy significativo para este grupo de entrevistados, por ejemplo, una de las participantes concedió a la cirugía bariátrica el hecho de quedar embarazada y tener un hijo; otro informante consideró que gracias a esta intervención continuaba con vida, por lo tanto, apreciaban positivamente su CVRS.

Sin embargo, los participantes que habían recuperado el peso perdido no experimentaban actualmente una evolución favorable, sino que se manifestaron preocupados por percibir que su salud con el transcurso del tiempo se había agravado.

El análisis de la *dimensión psicológica* de la CVRS reveló que los participantes que bajaron de peso y lo mantuvieron, percibieron que su estado anímico había mejorado y también que gracias a ello habían salido del encierro en el que se encontraban previamente por causa de la obesidad.

Sin embargo, un punto que ya hemos analizado en relación a la *imagen corporal*, también lo debemos considerar en este apartado, es decir, desde la perspectiva de la CVRS. Nos referimos a la percepción que tienen los participantes de la imposibilidad de disfrutar plenamente del bienestar logrado gracias la cirugía, y

ello se debe a que se encuentra muy presente la amenaza de volver a engordar, dado que “no estaban operados de la cabeza”. Este temor se manifestó con magnitudes variables entre los participantes, llegando en algunos casos a incrementar la ansiedad y a realizar acciones de autocontrol y vigilancia, como, por ejemplo, pesarse todos los días, mirar diariamente fotos de cuando estaban híper obesos.

Un dato interesante, como se ha señalado, es que la mayoría de los participantes que aumentaron de peso o no lo tienen estabilizado, se culpabilizaban a sí mismos, auto adjudicándose como la única causa del fracaso quirúrgico, puesto que, frente a la comida, se seguían sintiendo mentalmente gordos. Esa culpa en algunos casos fue acompañada por auto castigos, como, por ejemplo, la ingesta compulsiva de alimentos, iniciando de este modo un circuito vicioso y perjudicial para la salud, impulsando el abandono del tratamiento y perjudicando notoriamente la CVRS.

Teniendo en cuenta los datos aquí revelados, habría que alertar a los profesionales que trabajan con esta problemática acerca de la importancia de no incrementar la culpabilidad de estos individuos, trabajando en forma conjunta -equipo de salud y pacientes- a fin de reconocer y asumir las distintas responsabilidades en el fracaso terapéutico.

Otro dato importante a considerar es la importancia de trabajar claramente sobre las expectativas depositadas en la cirugía. Es decir, el paciente tiene que saber claramente qué cambios puede esperar con la intervención a corto, mediano y largo plazo, dado que el sentimiento de frustración, como se ha podido observar, es un factor que incide negativamente sobre la CVRS.

El impacto de la cirugía bariátrica sobre la *dimensión social* de la CVRS, mostró que muchos de los participantes habían logrado ampliar su círculo de amistades luego de la cirugía, debido a la oferta de talleres grupales por parte de los servicios de salud, tanto privados como públicos.

Las personas ante esta opción terapéutica, paulatinamente fueron saliendo de la situación de encierro en la que se encontraban, producto de años de discriminación y limitaciones por la obesidad mórbida; se relacionaban con otras personas que estaban transitando por el mismo proceso, y se genera una matriz grupal de contención para abrir nuevos canales de socialización.

Asimismo, otro dato relevante respecto a la dimensión social, fue el hecho de que algunos participantes, principalmente los que lograron descender de peso tras la cirugía, pudieron acceder a un empleo.

El análisis de la conducta alimentaria producto de la cirugía bariátrica, también fue incluido en este apartado considerando que el acto alimentario es también un evento social y cultural, así, pues, pudo observarse que, varios participantes no se sintieron comprendidos ni contenidos por el entorno al momento de la comensalidad.

Los participantes deben elegir no sólo *lo que comen* sino *con quienes comen*, dado que el entorno no sólo perpetúa patrones alimentarios obesogénicos, sino que además desprecia y desvaloriza los cambios propuestos y/o requeridos por las personas operadas.

Esta observación demanda de investigaciones futuras a fin de comprobar si la razón o una de las razones por la que los pacientes reganan peso tras la cirugía, se encuentra en la necesidad de ser incluidos, de no ser segregados por ambientes familiares obesogénicos, donde la comida cumple una función estrechamente vinculada a lo emocional y está fuertemente enlazada con la identidad de sus miembros, generando una lógica de pertenencia o no, según la conducta alimentaria.

Por otra parte, varios participantes, independientemente del descenso o mantenimiento del peso, percibieron que contaban con un pobre acompañamiento por parte de los servicios de salud, tanto privados como públicos.

Los sujetos se sienten expulsados por el sistema de salud, se enfrentan a una contradicción: el discurso médico les inculca la idea de que la cirugía bariátrica es simplemente una herramienta y no una cura para la obesidad- que a su vez es una enfermedad crónica- y que por lo tanto deberán cuidarse y controlarse de por vida, pero, sin embargo, la atención posquirúrgica abarca solamente 6 meses o un año como máximo.

Los participantes reconocen que necesitan de una asistencia profesional especializada que vaya más allá del año posoperatorio, este dato también redundó, en cierta medida, en una percepción negativa respecto a la CVRS.

Finalmente, se pudo comprobar que no alcanza con que el individuo consiga pérdidas de peso sustanciales y clínicamente significativas desde un punto de vista médico para asegurar una buena CVRS en todos los dominios.

En otro orden, respecto al último de los objetivos específicos, referido al análisis del impacto de la cirugía bariátrica sobre la *experiencia corporal* en pacientes con obesidad mórbida a partir de un año y medio desde que se realizó la operación bariátrica, se pudo apreciar que la noción de *experiencia corporal*, permitió abrir el espectro de componentes que se encuentran involucrados en el proceso posquirúrgico de cirugía bariátrica, posibilitando la emergencia de nuevas categorías, las que sumadas a los elementos que ofrecieron el estudio de la *imagen corporal* y la CVRS, permiten una comprensión más global de esta problemática.

Primeramente, examinando el relato de los participantes que habían estabilizado el peso en un rango saludable, como también de los que aún no lo tenían estabilizado pero que procuraban adelgazar, se evidenció el intenso *miedo* y preocupación que les provocaba la idea de volver a engordar, al punto tal que podemos afirmar que el miedo habita estos cuerpos.

Ese miedo, se pudo analizar, concentra dos aspectos: por un lado, el temor al sufrimiento o agravio psíquico y moral producto de la estigmatización social hacia las personas con obesidad, y por el otro, el terror al descontrol y desenfreno de la obesidad y de las enfermedades asociadas al peso excesivo.

Se trata de dos caras de una misma moneda: una cara muestra elementos más bien de tipo social, moral, mientras que la otra cara, muestra componentes de tipo médico o biológico; sin embargo, el único campo donde el paciente encarna y batalla estos miedos, es *en* el propio cuerpo y *con* el propio cuerpo.

Da cuenta de ello, el hecho de que los participantes que lograron descender de peso y mantenerlo, como así también, aquellos que intentaban adelgazar, evidenciaron la presencia de conductas de autocontrol y mecanismos de vigilancia impuestos por ellos mismos, con el propósito de procurar no salirse de la norma. Estas estrategias de vigilancia, en muchos casos, excedían las recomendaciones del equipo de salud.

En resumidas cuentas, puede apreciarse que, pese a que la cirugía actúa de forma restrictiva sobre el aparato digestivo, la preocupación por perder el control sobre las ingestas y el miedo a una recaída, es decir, por volver a engordar, lleva a que los participantes que lograron descender de peso, se encuentren como si estuviesen en una situación de *libertad condicional*- tomando prestadas palabras del ámbito jurídico.

Ocurre que estas personas desestiman e ignoran la influencia social y política que se ejerce sobre sus cuerpos. Consideran que las funciones y mecanismos responsables de las ingestas y del control del apetito son un dominio exclusivo de la

voluntad individual, por lo tanto, el peligro por volver a engordar, se concentra principalmente en la cabeza, como señalábamos anteriormente.

Por consiguiente, los pacientes poseen una representación desintegrada de cuerpo, y por lo tanto asumen de forma puramente individual del fracaso quirúrgico. Esta concepción desintegrada de cuerpo, refuerza y a la vez es reforzada, por la tradición occidental según la cual, solo puede esperarse de la medicina un tratamiento o cura para la enfermedad, pero de ningún modo una cura integral para el enfermo (Le Bretón, 2008).

Aquellos sujetos que lograron mantener el descenso de peso y también los que estaban procurando bajar los kilos que habían aumentado, percibieron que la cirugía bariátrica si bien no los había curado, les había aportado la posibilidad de reconocer y experimentar un tope en la capacidad gástrica. Esta sensación era desconocida por muchos de ellos previamente a la operación.

Mientras que, aquellos los participantes que habían recuperado el peso perdido notaron que con el paso del tiempo ya no registraban ese tope: Como si el estómago se les hubiese agrandado, por lo tanto, no podían reconocer o identificar claramente el momento en que estaban saciados.

Una de las participantes ofreció un intento de explicación respecto a la posibilidad de percibir o no conscientemente las sensaciones de hambre y saciedad: parece ser que el tope en el estómago cuando es prescripto de forma artificial o externa, (sea por vía de la cirugía o sea por el sometimiento de años a regímenes nutricionales, donde los horarios y las porciones de alimentos son impuestos) va produciendo un borramiento de los propios registros corporales, empeorando el problema. Creemos que este testimonio plantea una hipótesis a trabajar en futuras investigaciones, a saber: el tratamiento biopolítico, ejercido sobre estos cuerpos, bajo la dominancia del discurso médico, posee efectos adversos sobre los registros de la *experiencia corporal* y sobre la obesidad, a largo plazo, constituyendo un caso de *iatrogenia positiva* (Foucault, 1996).

Por esta razón creemos que es decisivo que estas personas puedan alcanzar un conocimiento profundo sobre los mecanismos subjetivos y sociales que intervienen o interfieren con una sana alimentación, llevando a que el momento de las ingestas y la comensalidad, no se experimente con tanta ansiedad y estrés, sino de una manera más natural y armónica, de allí la importancia del trabajo psicoterapéutico pre y posquirúrgico.

Algunos participantes asociaron esa falta o falla de registro sobre lo que comen, con el mecanismo de la mentira, en tanto distorsión de una verdad o hecho. Explicaron que, al no registrar de forma fehaciente lo que comieron, tampoco pueden asumirlo y por lo tanto no lo consideran frente al interrogatorio sobre las ingestas durante la consulta con los especialistas. Esta es la razón por la que este grupo de informantes se catalogaron como falsos, mentirosos, irresponsables y capaces de auto engañarse en relación a la comida.

Profundizando en este aspecto, se pudo observar que la mentira interfiere a tal punto en el tratamiento, y en la comunicación médico-paciente, que esos participantes, también refirieron decirle al médico aquello que el profesional quiere escuchar, en vez de declarar sus verdades. Estas personas perciben que son juzgados y temen que, en caso de decir la verdad, dejen de ser atendidos o escuchados.

No obstante, analizando en detalle algunos relatos, se pudo observar que ellos también se sentían víctimas de algunas mentiras o de la manipulación de ciertas verdades por parte del discurso médico, especialmente en relación a lo que

verdaderamente podían o no esperar de la cirugía bariátrica, así por ejemplo, el médico obviaba informar sobre el requerimiento del suministro de suplementos vitamínicos de por vida; o escatimaba la información respecto a las expectativas o los efectos indeseables posquirúrgicos.

Respecto al ámbito social, los entrevistados relataron que, pese a que encararon la cirugía bariátrica proponiéndose un cambio para alcanzar una vida más saludable, se encontraron con la adversidad de un ambiente que, en tal sentido parecería no cambiar, y donde, además, no se sienten contenidos ni aceptados, pues en la comunidad donde se alojan estos cuerpos se “come como desaforados”.

Estas personas enfrentan el riesgo de quedar presas de un mensaje paradójico, puesto que: dada la característica *obesogénica*, la sociedad alienta y manipula el consumo de alimentos - mercancías exponiéndolos al riesgo de volver a engordar; pero también esa misma sociedad, al ser *gordofóbica* los juzga de “facilistas” por no haberse esforzado por lograr un peso saludable, los expulsa por haber sido obesos, o por seguir presentando sobrepeso, o por no ser lo suficientemente delgados y bellos.

Este panorama se inserta también en el contexto político de un país, que carece de políticas públicas concretas para frenar la nociva influencia de la industria alimentaria y el avance de la obesidad.

Es este complejo entramado de componentes, el que parece asociarse, según el testimonio de una de las participantes, al suicidio en personas operadas, más que a la causal descrita en otras publicaciones especializadas - Olguín, Carvajal y Fuentes (2014); Lecaros-Bravo, Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón y Moore-Infante, (2015); Ames, et.at. (2016) -; constituyendo, por su parte, un indicio que amerita el estudio en profundidad para futuras investigaciones.

De hecho, parece ser que el cuestionamiento de los discursos socio políticos que atraviesan y determinan la gordura como enfermedad, conlleva una valoración más bien crítica acerca de la cirugía bariátrica y de la obesidad como enfermedad, según puede apreciarse en el testimonio de una de las participantes y representante del movimiento social Orgullo Gordo.

Sin embargo, pese la emergencia de la temática del suicidio y/o de cierto malestar en torno a la cirugía, algunos participantes, inclusive aquellos que recuperaron gran parte del peso perdido, valoraron la cirugía bariátrica como una posibilidad de “salvación”, dando cuenta de que el sufrimiento por la obesidad, no se encuentra sólo en el territorio físico, sino también en la dimensión psicológica, social y espiritual de las personas.

Se pudo observar que, en aquellos casos donde las comorbilidades médicas presentaron cierta mejoría, independientemente del descenso de peso alcanzado, los participantes se encontraron más satisfechos con la cirugía bariátrica. Mientras que, la valoración negativa de la cirugía provino principalmente de aquellos que refirieron no haber obtenido los resultados esperados. En estas personas el malestar se asoció principalmente con el rechazo social y la insatisfacción estética.

Los participantes que lograron mantener el descenso de peso, así como también alguno de los participantes que no lo tienen estabilizado, valoraron positivamente la intervención, pero advirtiendo que eran conscientes de que se trataba de una herramienta, de una ayuda y no una cura para la obesidad.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, podemos ver que quedan abiertas algunas sugerencias para futuros estudios. A las ya mencionadas, podemos agregar también, la importancia de indagar las categorías de *imagen corporal*, CVRS y *experiencia corporal* desde una perspectiva de género; asimismo resultará interesante estudiar si existen diferencias en los aspectos psicológicos involucrados

en el proceso posquirúrgico de cirugía bariátrica según las técnicas quirúrgicas empleadas y/o según la preparación previa que recibió cada persona.

En tal sentido, se sugiere la realización de más estudios con aproximación cualitativa, que permitan la comprensión de la dimensión subjetiva, dado que casos paradigmáticos -como los de la participante que posteriormente a la cirugía comenzó a ser activista del Movimiento Orgullo Gordo- quedarían completamente silenciados.

La cirugía bariátrica, por consiguiente, se ofrece como un tratamiento útil principalmente para aquellas personas cuyo padecimiento por causa de la obesidad se encuentra principalmente en las comorbilidades físicas causadas por el exceso de peso como diabetes, hipertensión; mientras que para aquellas personas cuyo malestar se encuentra más fuertemente asociado al discomfort estético y/o al daño psicológico y moral provocado por la estigmatización social de la gordura, los beneficios de esta operación resultan ser más limitados.

Esta investigación hizo posible conocer las múltiples aristas que comprende la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad, así como también alguna de las vicisitudes que atraviesan estas personas luego de varios años de haber sido operados.

Esta labor, también permitió apreciar la complejidad de factores que inciden en el origen, mantenimiento y tratamiento de la obesidad; frente a ello la cirugía bariátrica resulta insuficiente.

Creemos que los profesionales de la salud, debemos aunar los esfuerzos, asumiendo el sincero compromiso de trabajar en forma conjunta e integral: incluyendo a los organismos públicos, privados y a la comunidad en general, para desplegar acciones no sólo inmediatas sino también a largo plazo a fin de que la lucha por la pandemia de la obesidad sea más efectiva y no quede en vacías palabras, o acciones limitadas que se disipan con el paso del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, P. (s.f.) "Del gramillón al aspartamo. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie". Recuperado de <http://antropologiaculturalyalimentaria.tripod.com/>
- (09-09-2007), "No se concibe la vida sin identidad culinaria", *IntraMed* Recuperado de <http://www.intramed.net/>
- (2009a), *Cocina, Comida y Comensales. La alimentación del primero al segundo centenario*. Torrado, S. (Comp.), *Población y Bienestar. Una Historia Social del Siglo XX* (Tomo 2, pp. 468-503) Buenos Aires, Argentina: EDHASA.
- (2009b). *La construcción social del Gusto*. En *Comer: Una palabra con múltiples significados* (pp. 13-62). Buenos Aires, Argentina: Ediciones El Zorzal.
- (2010). *Ricos Flacos y Gordos Pobres: la alimentación en crisis*. Capital Intelectual, Buenos Aires.
- Alcaraz García, A., Ferrer Márquez, M y Parrón Carreño, T. (2015) Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Rev. Nutrición Hospitalaria*;31(5):2033-2046.
- Alexander, C. (9 de Mayo de 2008) Depression after Bariatric Surgery: Triggers, Identification, Treatment, and Prevention *Bariatric Times* Online. Recuperado de <http://bariatrictimes.com/depression-after-bariatric-surgery-triggers-identification-treatment-and-prevention/>
- Alonso, J (2000) La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac. Sanit*;14(2):163-167
- Álvarez C, R. (2009). Luces y sombras en cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 61(4), 393-395. Doi: 10.4067/S0718-40262009000400017.
- Asociación Argentina de Cirugía (2009). *Guías para una Cirugía Bariátrica Segura. Reunión de Consenso*. Buenos Aires: Editor.
- Asociación Médica Mundial (2017) Declaración Helsinki. Recuperado el 1/2/2018 de <https://www.wma.net/es/>
- Arbex, A. (2015) La obesidad y las políticas públicas de salud, en Brasil y en Argentina. Recuperado de researchgate.net
- Ames, G., Clark, M., Grothe, K., Collazo-Clavell, M. y Elli, E. (1 de Julio, 2016) Talking to Patients about Expectations for Outcome after Bariatric Surgery: Weight Loss, Quality of Life, Body Image, and Relationships *Bariatric Times* Online
- Anzieu, D. (1987): *El yo-piel*. Biblioteca Nueva, Madrid
- Baas, M. Wakefield, L. y Kolasa, K. (1979). *Community Nutrition and Individual Food Behaviour*. Burgess Press. Minnessota.
- Baile, J. & González, M. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 34 (2), p.253-261.
- Bauchowitz, A. & Gonder-Frederick, L. (25 de marzo de 2007) Psychosocial Needs of the Bariatric Patient: Expanding the Role of Mental Health Professionals. *Rev. Baritics Times*.
- Bernstein, J. (2010) Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. <http://hdl.handle.net/10915/5429>
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Bertrán Vilá, M. & Sánchez Uriarte, M. (2009) Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo *Rev. Tramas* 32, México, p. 147-168
- Braguinsky, J. (2005). *Métodos diagnósticos*. En Bauzá, C., y Cáliz, O. (Eds.), *Obesidad: causas. Consecuencias y tratamiento* (pp.87 - 112). Córdoba, Argentina: El Emporio.

- Brennan, A (2015) ¿Cómo pensar la diferencia? Acerca de las lógicas colectivas de la multiplicidad. Ficha de cátedra. Psicología Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo
- Bustos, D. (2007) Manual de psicodrama: en la psicoterapia y en la educación Dalmiro M. Bustos Buenos Aires: Vergra ISBN: 9789879060445.
- Butler, J. (2002) Cuerpo que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Paidós. Buenos Aires.
- Caeiro, A., Fernández, E., Cal, P., Mendoza y Torras, J.P. (2010) Herramientas para la evaluación psicológica postoperatoria del paciente bariátrico” Programa de Cirugía Bariátrica, Hospital Churrucá, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de www.psicologiabariatrica.org
- Campos, I., Biot, M., Armenia, A., Centellas, S. y Antelo, F. (s.f.) Investigación biográfico-narrativa parte 2. Recuperado de https://www.uam.es/personal.../InvestigacionEE/.../IBN_Trabajo_2
- Carreño Mendoza, A. (2016). Consideraciones psicoanalíticas sobre la dimensión simbólica de la alimentación Rev. Razón y Palabra Vol. 20. Núm. 3_94 jul.-Sept., 2016 ISSN: 1605-4806 (pp. 622- 628)
- Cofré, A., Moreno, J., Salgado, F., Castillo Moreno, A., Riquelme Mella, E. (2017) Estilos vinculares y conducta alimentaria en niños. Summa Psicológica UST, Vol. 14, Nº. 2, (pp. 62-71) ISSN 0718-0446.
- Cortés S, Cruzat C, Díaz F, Pandolfo C. (2013) Imagen corporal en mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida, luego de dos años post cirugía bariátrica. Prensa médica de Argentina Vol. 99 N°7 (pp.471-478).
- Cristóbal Poch, L., Álvarez Peña, E., Corripio, R., Recarte, M., González-Gómez, C., Tone Villanueva, F., Herrera Sampablo, A. y Vesperinas, G. (octubre, 2013). Un reto para el cirujano bariátrico: cirugía de revisión bariátrica. Nuestra experiencia en 12 años. *Bariátrica y metabólica Ibero americana* 3.2.2 (86-88)
- Debeljuh, G. y Ghione, S (2016) Especificidades grupales en el abordaje del paciente bariátrico. En Ríos, B.(Ed) *Temas selectos en psicología bariátrica*. (pp.112-127) México 1er. Edición ISBN: 978-607-97283-2-8
- De Castro, A., García, G. y Rodríguez, I. (julio, 2006) La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Nº 17: 122-148, 2006 issn 0123-417X
- De Domingo Bartolomé, M. y López Guzmán, J. (2014) La estigmatización social de la obesidad. Rev. Cuadernos de Bioética XXV/2ª (pp.273-284)
- Del Mármol, M y Sáenz M. (2011). *¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo desde las ciencias sociales?* Rev. Question Vol. 1 N°30 Otoño 2011(pp. 1-9).
- Deleuze, G. (2007) La inmanencia: una vida.... G. Giorgi y F. Rodríguez (Comp.) En *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Paidós, Buenos Aires
- (2015) *En medio de Spinoza*. Buenos aires, Cactus.
- Deleuze, G. y Guatari, F. (1983) *Rizoma*. Premiá editora de libros S.A. Tlahuapan, Puebla, México, D.F.
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, (1978) "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación" Informe Belmont. Recuperado el 1/2018 de : www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf
- Díaz, M. (2010, enero/febrero) Prevalencia de obesidad en la Argentina: impacto a 20 años. *Rev. Argentina de Cardiología* vol.78 (1), 10-11.
- Domínguez do Nascimento, C., Muniz da Silva Bezerra, S. & Sampaio Angelim, E.

- (2013) La experiencia de la obesidad y la pérdida de peso en mujeres sometidas a la cirugía bariátrica. *Rev. Estudios de Psicología*, 18(2), pp. 193-201 Recuperado de www.relacy.org
- Durkheim, E. (2008) *El suicidio*, Laval S.A., Madrid, España.
- Elgart, J., Pfirter, G., Gonzalez, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M. y Gagliardino, J., (2010) Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Rev. Argent Salud Pública*, 2010; 1(5):6-12. Recuperado de <http://zoonosis.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/obesidad-en-argentina.pdf>
- Facchini, M. (2002, agosto). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Actualidad Psicológica*, n°300, p.28-32.
- FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2017). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017*. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma, FAO. ISBN 978-92-5-309888-0
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013) Código de Ética. Recuperado el 1/2/2018 de:<http://fepra.org.ar>
- Federación Mundial para la Salud Mental (1989) Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental recuperada el 1/2/2018 de <https://www.alansaludmental.com>
- Flichtentrei, D. (abril 2018) Disparen sobre la víctima. *Rev. Intra Med* abril 2018. Vol.VII. Nro.1 ISSN 1853-6727 <http://www.intramed.net/>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado en 29 de agosto de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.
- Fernández-Ramírez B. y Baleriola Escudero, E., (2012) Estigma e identidad de las personas obesas en la semántica del discurso público. *Discurso & Sociedad*. Vol. 6(2), pp.314-359.
- Fernández-Ramírez, B., Esquirol Arias, E., Baleriola Escudero, E., y Rubio Jiménez, C. (2012). El discurso popular sobre la obesidad. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*, 53. ISSN-e 1696-7348. Recuperado de: dialnet.unirioja.es
- Fernández, A. M. (2006) Las lógicas colectivas en el campo de problemas de la subjetividad Subjetividad y Psiquismo. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo* Buenos Aires, Ediciones PubliKar, 2006; T. XXIX (1): 88-127 ISSN 0328-2988
- (2008) Política y subjetividad: asambleas barriales y fábricas recuperadas. 1. ed. Buenos Aires. Biblos ISBN 978-950-786-660-9
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M. y Laspiur, S. (2011). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. *Rev. Argent Salud Pública*, 2011; 2(6):34-41. Recuperado de <http://zoonosis.msal.gov.ar/argentina-saludable>
- Fischler, C. (1995). *El (H) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Fobi, M. (2010). El Presente y Futuro de la Cirugía Bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 62(1), 79-82. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000100015>.
- Forni, F., Gallart, M.A. & Vasilachis de Gialdino, I. (1993). *Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Ed. Acmé. Capital Federal.
- (2000). *Nietzsche, la genealogía la historia*. Ed Pre –textos. España.
- (2000). *Defender la sociedad*. Fondo de cultura Económica Bs.As.
- (2012) *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Recuperado de <http://proyectoconstitucion2011.uniandes.edu.co/recursos>.
- (2008). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. (2ª ed.) Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- (1986) *Historia de la Sexualidad*. Ed. Siglo XIX. España.
- Franco, L. (13 de diciembre de 2017) El gobierno cede y elimina suba en impuesto a bebidas azucaradas. *Ámbito*. recuperado de <http://www.ambito.com/>
- Friedman K., Applegate K. y Grant J. (2007) *Who is adherent with preoperative psychological treatment recommendations among weight loss surgery candidates? Surg Obes Relat Dis. 2007;3(3):376–382*.
- Fuchs, A. (2005) Epidemiología de la Obesidad. En Bauzá, C., y Cáliz, O. (Eds.), *Obesidad: causas. Consecuencias y tratamiento* (pp.41-86). Córdoba, Argentina: El Emporio.
- García-Viniegras, C., & González Benítez, I., (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado en 11 de mayo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=pt.
- Gei Guardia, O. (2006). Cirugía Bariátrica: editorial. *Acta Médica Costarricense*, 48(4) 157-158. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43448402>
- Gimeno, S. (2011) *El psicólogo evaluador en el equipo interdisciplinario para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida*. Recuperado de www.psicologiabariatrica.org
- González González, J., Sanz Álvarez, L. & García Bernardo, C. (2008), La obesidad en la historia de la cirugía *Cirugía Española*, 84 (04), 188-195. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-esp%C3%B1ola-36/la-obesidad-historia-cirugia-13126894-articulo-especial-2008>.
- Grupo de Psicólogos en Cirugía de Obesidad (2011). *Consenso Argentino en Psicología*. Recuperado de <http://www.gpcoargentina.com.ar/articulos-cientificos>
- Harakeh, A. Larson, C., Mathiasson, A., Kallies, K. y Kothari, S. (2010), BAROS results in 700 patients after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with subset analysis of age, gender, and initial body mass index. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 7 (1) 94-98.
- Hernández González, M., et al. (19 de enero de 2012) Revisión del protocolo de cirugía bariátrica desde el ámbito de la salud mental: un análisis crítico. *Interpsiquis 2012*. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/5151>
- Hildebrandt, S (octubre, 1998) *Effects of participation in bariatric support group after Roux-en-Y gastric bypass*. *Obes. Surg.* 8(5): pp.535-42.
- Heidegger, M. (2009) *El ser y el tiempo*. Buenos Aires. 2da. Ed. Fondo de la cultura económica. Isbn 9505577850
- Hellin Gil, D., Navas López, J, y Pujante Alarcón, P. (2012) *Planteamientos interdisciplinarios para la educación nutricional de pacientes con obesidad mórbida*. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(1), 41-48.
- Hoyos Duque, T. y Salazar Maya, Á. (2016) La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria. *Enfermería Global*, 15(43), 212-227. Recuperado

26-06- 2018,

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201600030009&lng=es&tlnq=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201600030009&lng=es&tlnq=es)

- Husserl, E. (1984) *Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*, México, Ediciones Folios, (El manuscrito data de 1935-1936, publicado originalmente en alemán en 1962)
- Husserl, E. (1985) *Meditaciones Cartesianas*. México D.F. Fondo de la cultura Hegemónica
- Jericó, C., Bretón, I., García Ruiz de Gordejuela, A., de Oliveira, A.C.; Rubio, M.A.; Tinahones, F., Vidal, J., Vilarras, N. (January,2016) *Diagnóstico y tratamiento del déficit de hierro, con o sin anemia, pre y poscirugía bariátrica*. *Endocrinología y Nutrición*. Volumen 63, Issue 1, January 2016, pp. 32-42
- Korzybski, Alfred (1958) *Science and Sanity: An Introduction to Non Aristotelian Systems and General Semantics*, Institute of General Semantics, Fourth Edition, p. 58.
- Larrad, A. y Sánchez-Cabezudo, C. (2004) *Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo*. *Cirugía Española*, vol.75 (03), 301- 304. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-esp>.
- Le Bretón, D. (2008) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión
- Lecaros Bravo, J., Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F. y Moore Infante, C. (2015) *Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes*. *Nutrición Hospitalaria*. 31(4):1504-1512. Recuperado de www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article.
- Leiva, J., Fuentealba, C., Boggiano, C., Gattás, V., Barrera, G., Liiva, L., de la Maza, M. (2009). *Calidad de vida en pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: Influencia del nivel socioeconómico*. *Revista Médica Chile*, 137, 625 – 633.
- Leonard, W (2003) *Incidencia de la dieta en la hominización*. *Investigación y Ciencia*.317. Recuperado de <http://www.investigacionyciencia.es/>
- Ley N° 26.396, Ley de Trastornos Alimentarios: Imprenta del Congreso de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2008, Argentina.
- Liete M. y Zuleica P. (2011) *A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva*. *Rev. Ciênc. Saúde coletiva*. 16 (12) pp. 4767-4776.
- Lofrano, V. (2005) *Aspectos psicológicos en obesidad*. En Bauzá, C., y Cáliz, O. (Eds.), *Obesidad: causas. Consecuencias y tratamiento* (pp.529-548). Córdoba, Argentina: El Emporio.
- López Pérez, A. (2007) *El cuerpo como presa de todos los males*. Biblioteca digital de ciencia y cultura vasca. Recuperado de: www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08217232.pdf
- Molina Valencia Nelson (2012) *El cuerpo: museo y significado controlado*, *Polis* [En línea], 11 | 2005, Publicado el 27 agosto 2012, consultado el 07 abril 2017. URL: <http://polis.revues.org/5746>
- Martín García-Almenta, M. (2013) *Adaptación y validación española del cuestionario de calidad de vida de Moorehead-Ardelt II en pacientes obesos mórbidos e intervenidos de obesidad mórbida*. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/24519/1/T35090.pdf>

- Martos Moreno, G. y Argente, J. (2011). Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. *Anales de Pediatría* .75, (01). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/obesidades-pediatricas-lactancia-adolescencia-90023500-articulo-especial-2011>.
- Mejía Navarrete, J (2002) Problemas metodológicos de las Ciencias Sociales en el Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISBN 978-9972-46-179-8
- Ministerio de Salud. (2009), *Resolución N° 742/2009* República Argentina, Recuperado <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/resolucion-742--2009-tratamiento-obesidad.pdf>.
- Ministerio de Salud (10 de julio de 2015) Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. ISBN: 978-950-38-0218-2
- Ministerio de Salud. (febrero 2016) Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública. Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 8.
- Ministerio de Salud (12 de mayo de 2017) Argentina tendrá su Día de Lucha contra la Obesidad a partir de octubre. Boletín Oficial. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/>
- Molina Pertuz, V. (2015) Construcción de subjetividad en los llamados obesos: un análisis biopolítico en la cirugía bariátrica. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10893/8841>
- Montaña Contreras, F. (2013) El dispositivo bariátrico en palabras: una aproximación al discurso de la obesidad y la cirugía bariátrica desde la perspectiva del paciente. Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/115639>
- Montero, J. (2005). *Historia de la obesidad*. En Bauzá, C., y Cáliz, O. (Eds.), *Obesidad: causas. Consecuencias y tratamiento* (pp.22-39). Córdoba, Argentina: El Emporio.
- Montt D., Koppmann, A., y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282-288.
- Najmanovich, D. (2009a,). *El cuerpo del Conocimiento, el conocimiento del cuerpo*. *Revista Cuadernos de Campo*, (7), 6-13, Buenos Aires: *Campo Grupal*.
- Najmanovich, D. (2009b). *La organización en redes de redes y de organizaciones*. Recuperado de <http://www.denisenajmanovich.com.ar>
- (2012). *El sujeto encarnado: límites devenir e incompletud*. Recuperado de www.denisenajmanovich.com.ar
- Navas López, J., Hellín Gil, M. & Pujante Alarcón, P. (2014) La Obesidad mórbida: una doble mirada. Recuperado de: www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/.../157.pdf
- Ocón Bretón, J., Pérez Naranjo, S., Gimeno Laborda, S., Benito Ruesca P. y García Hernández, R. (2005) Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. [versión electrónica] *Rev. Nutrición Hospitalaria* Vol.20 (6) 409-414.
- Olguín, P., Carvajal, D. A y Fuentes, M., (2014): Patología Psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía* Vol. 67 (4) pág. 441-447.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005) La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Recuperado el 1/2/2018 de: <http://portal.unesco.org>.

- Organización Panamericana de la Salud (2015) Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, DC. ISBN 978-92-75-31864-5 .
- Organización Mundial de la Salud (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization Recuperado de <http://www.who.int/es/>.
- (2010) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación. Recuperado de www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.
- (11 -10- 2017) La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. Recuperado de <http://www.who.int/es/>.
- (16 -02- 2018) *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva N°311 Recuperado de <http://www.who.int/es/>.
- (enero 2017) Global Database on Body Mass Index. Recuperado de http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Oria, H. & Moorehead, M (1998) Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) *Obesity Surgery* 8 (5), 487-499.
- Osorio E., Jessica, Weisstaub N., Gerardo, & Castillo D., Carlos. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Papapietro, K. (2012, febrero) Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol. 64 (1) 83-87.
- Petrini, C (2007) Bueno limpio y justo: principios de una nueva gastronomía. Editorial: Polifemo ISBN: 9788496813052
- Petrini, C. (6-10-2016) Los europeos comemos poca carne. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.el mundo.com/>
- (enero 2018) Gastronomía es política contra el sistema alimentario criminal, por Observatorio Latinoamericano de Conflictos ambientales, Por Lucía Sepúlveda Ruiz Recuperado el 10/2/2018 de www.olca.cl
- Platón (1992) Diálogos. 3 : Fedón ; Banquete ; Fedro Platón 427-347 a. C. ; García Gual, Carlos; Martínez Hernández, M.; E. Madrid gredos 1er. Edición. Platón (1983). *El Banquete Fedon Fedro*. Barcelona: Ediciones Orbis S.A.
- Ricoeur, P (2000) Narratividad, fenomenología y hermenéutica* *Análisis* 25, 189-207
- (1998). *Teoría de la interpretación*. México. Siglo XXI.
- (1999) *Tiempo y narración*. TIII. México. Siglo XXI. (2ª sección, 1)
- Ríos Martínez, B. et al. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General* 32 (2) 114 – 120. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
- Rodríguez de Castro, M., Silva Carvalho, R., Ferreira Nolasco, V. & Ferreira Caputo, M. (2010) Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica *Rev. Bras. Ciênc. Esporte* (Impr.) 32 (2-4) p. 167-183.
- Rodríguez, R. (23 al 25 de setiembre de 2009) Tras los recorridos de las nociones de corporalidad y experiencia desde una perspectiva feminista. *VI Encuentro Interdisciplinario de Ciencias Sociales y Humanas*, Córdoba, Argentina. Recuperado de <http://publicaciones.ffyh.unc.edu.ar/index.php/6encuentro/index>
- Roizblatt, A., Roizblatt, D., Soto-Aguilar, F.:(Septiembre, 2016). Suicidio y cirugía bariátrica: un estudio de la evidencia. *Rev. méd. Chile* [Internet]. [citado 2018 ago. 13] 144 (9): 1159-1163. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872016000900011&lng=eshttp://dx.doi.org/10.4067/S003498872016000900011.

- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002>
- Román, V. (12 de mayo 2015), Tres de cada 10 obesos que se operan engordan de nuevo. *Clarín*. Recuperado de <http://www.clarin.com/sociedad/>
- Rosenthal, R. (June 7, 2011) Another Study Suggests Patients are at Risk of Developing Transfer of Addiction after Bariatric Surgery Reminding Us, Yet Again, of the Importance of Follow Up *Rev. Bariatric Times*. Recuperado de <http://bariatrictimes.com>
- Rolnik, S (1989) Cartografía sentimental transformações contemporâneas do desejo. Traducción de Andrea Alvarez Contreras. Supervisión conceptual: Dr. Hernán Kesselman. Estação Liberdade, Sao Paulo
- (12-01-2013) El retorno del cuerpo que sabe. En Sesc Vila Mariana - Teatro. Brazil. Recuperado el 3/1/19 de: <http://hemisphericinstitute.org>
- (2015) Una conversación con Suely Rolnik (Universidad católica de Sao Paulo) por Fernández Polanco, A. y Pradel, A. *Re-visiones* 5. ISSN:2173-0040.
- Ruiz Moreno, M., Berrocal Montiel, C. y Valero Aguayo, L. (2002) Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. En *Rev. Psicothema* 14, (3), p. 577-582.
- Sabench Pereferrer, F., Sánchez Santos, R.(2017)Criterios de calidad en cirugía bariátrica: revisión de conjunto y recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. : Cirugía española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos, ISSN 0009-739X, Vol. 95, N°. 1, 2017, págs. 4-16
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007) Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz Cuadernos de ciencias de la salud*. 8, p.171-183.
- Santander, P. (2011) Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso *Cinta moebio* 41: 207-224 Recuperado de www.moebio.uchile.cl/41/santander.html
- Sarwer D., Zenville H., LaRossa D, et al. (2004) *Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg. 2004;114(7):1927–1933; discussion 1934–1935.*
- Sarwer, D. & Dilks, R. (February 11, 2011) Overview of the Psychological and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery *Rev. Bariatric Times*. Recuperado de <http://bariatrictimes.com>
- Sastre Cifuentes, A. (enero – junio, 2011) Cuerpos que narran: la práctica del tatuaje y el proceso de subjetivación. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7, (1) p. 179-191.
- Schwartzmann, L. (2003), Calidad de Vida Relacionada con la Salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* IX (2):9-21.
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (1999). *Trastornos alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA
- Sjoström L, Lindros AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, (2004) Diabetes and Cardiovascular Risk Factors 10 Years After Bariatric Surgery. *NEJM* 2004; 351: 2687-2693.
- Suter, M., Donadini, A., Romy, S., Demartines, N. & Giusti, V. (Agosto 2011,) Laparoscopia Roux-en-Y Bypass Gástrico: significativo a largo plazo la pérdida

- de peso, mejora de comorbilidades relacionadas con la obesidad y Calidad de Vida. *Annals of Surgery*, 254 (2), 267 – 273.
- Sutton, D, Murphy, N., & Raines, D. (Febrero ,2009) I've Got a Secret: Nondisclosure in Persons Who Undergo Bariatric Surgery. *Bariatric Times* Recuperado de <http://www.bariatrictimes.com>
- Tribunal Internacional de Nüremberg (1947) Código de Nüremberg Recuperado el 1/2/2018 de www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf
- Turín, J. (2015) Cuerpos arriesgados: el cuerpo como fenómeno cultural de género. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, nº 6, 2015, pp. 188-218
- Ulnik, J. (2002). *El encuentro entre lo psíquico y lo somático. Afectos y Psicopatología en el campo psicoanalítico*. Monográfico de Medicina Psicopatológica, 8, 142-178. Unidad de Docencia y Psicoterapia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Fundación Virgen de las Nieves, Granada, España
- Universidad Nacional de Rosario (2009) Resolución N°855/09 del Consejo Superior. Recuperado de: www.fodonto.unr.edu.ar/ResolucionEtica.pdf
- Urzúa, Alfonso. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas en investigación social. Madrid. Síntesis Ed. ISBN 8477384495
- Vásquez-Machado, M., y Ulate-Montero, G. (2010). Regulación del peso corporal y del apetito. *Acta Médica Costarricense*, 52 (2), 79-89. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2018] Disponible en:<<http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=43415519005>> ISSN 0001-6002
- Vázquez Velásquez, V. y López Albarenga, J.C. (2001). *Psicología y la Obesidad*. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. Vol.9,nº 2.Abril – Junio 2001 (pp.91-96) Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf
- The Global Burden of Disease 2015, Obesity Collaborators (July,6,2017) Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine* 377(pp.13-27)
- Velásquez-Zambrano, J., Miranda-Fontalvo, A., Pulgar-Emiliani, M., Araujo-Zarate, P. & Salazar-Mestre, C. (enero-junio de 2014) Evaluación de la calidad de vida en pacientes obesos y cirugía bariátrica. *Rev. Ciencias Biomédicas* 5(1):79-87.
- Vidal Sandoval, L. (marzo de 2016) La experiencia de transformación corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Medicina Narrativa Pontificia Universidad Javeriana Cali* 6(2) Recuperado el 26 de junio de 2018 de:www.revistas.javerianacali.edu.co
- Vigarello, G. (2011) *Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura*. Nueva Visión.
- Vinaccia Alpi, S & Quiceno, J (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discipl.* | Bogotá, Colombia.vol. 6. | N.º 1. | P. 123-136 | Enero - Junio | 2012 | ISSN 1900-2386 |
- Wadden T., Sarwer D., Fabricatore, A., Jones L, Stack, R. y Williams, N. (2007). Estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía. *Med. Clin. N Am* 91 p.451 – 469
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España, Novagráfik, S. L.
- WHOQOL GRUPO. (1995). La Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida (WHOQOL). Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Soc. Ciencia. Med.*, 41(10), 1403-1409.

- Zubiaga Toro, L., Ruiz-Tovar Polo, J., Díez-Tabernilla, M., Giner Bernal, L., Arroyo Sebastián, A. y Calpena Rico, R. (2014). Fórmula CUN-BAE y factores bioquímicos como marcadores predictivos de obesidad y enfermedad cardiovascular en pacientes pre y post gastrectomía vertical. *Nutrición Hospitalaria*, 30(2):281-286 DOI:10.3305/nh.2014.30.2.7581
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.
- (2005). *Psicosomática: vulnerabilidad y resiliencia*. Maladesky, A., López, M., López Ozores (Compiladores) *Psicosomática: aportes teórico- clínicos en el Siglo XXI* (pp.281 – 296), Buenos Aires: Lugar Editorial.