



## **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS  
Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS  
CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD

### **PROCESO BIOCULTURAL SALUD-ENFERMEDAD DE LA OBESIDAD MÓRBIDA, EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

#### **T E S I S**

Que para optar por el grado de  
Maestra en ciencias  
Presenta

**Avelina Landaverde Martínez**

#### **Tutoras:**

**Dra. E. Yesenia Peña Sánchez**  
Instituto Nacional de Antropología  
e Historia

**Dra. Martha Kaufer Horwitz**  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y  
Nutrición Salvador Zubirán

México D.F. Febrero del 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PROCESO BIOCULTURAL SALUD-ENFERMEDAD DE LA OBESIDAD  
EXTREMA, EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS CON CIRUGÍA  
BARIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**LA PRESENTE TESIS SE REGISTRÓ ORIGINALMENTE CON EL TÍTULO**

***“PROCESO BIOCULTURAL SALUD-ENFERMEDAD DE LA OBESIDAD MÓRBIDA, EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN”***

No fue posible cambiar el término “obesidad mórbida” en el registro oficial de la investigación, pero como fruto de la reflexión, durante la tesis se optó por el término “obesidad extrema” por ser considerada la anterior como estigmatizante. Cada vez más las instancias optan por evitar esta denominación.

*El amor es casi tan fuerte como la muerte porque atañe a la memoria, que es una forma de supervivencia.*

***Ricœur***

## Agradecimientos

¿Cómo agradecer la posibilidad de *ser*? Las siguientes menciones son apenas una pequeña lista de las personas que me han permitido llegar a ser lo que soy y compartir lo que se me ha dado.

Principalmente agradezco a mis padres, Ave y Jorge, por hacer que cada día y cada aliento valgan la pena. Por mostrarme la belleza de la vida y enseñarme el valor de compartir, de sonreír y de escuchar. Gracias a mis hermanos Pau y Jorge, por su confianza y su paciencia, por recibirme siempre con cariño, por apoyarme incondicionalmente y por motivarme a hacer siempre más. A mi familia, gracias por creer en mí.

Existen personas que marcan tu vida para siempre. Ángel, te agradezco por motivarme a seguir mis sueños, como entrar a la maestría, por siempre estar, por siempre confiar, por nunca dudar. Gracias porque puedo decir un “nosotros” y gracias por ayudarme a no perder la esperanza.

Gracias infinitas a mi pueblo mexicano, por su esfuerzo diario que permite que personas como yo podamos recibir una beca de CONACYT para estudiar en instituciones tan importantes como la UNAM.

De todo corazón, gracias a Linda, Marina, Karina, Julia y Montse, por permitirme conocer parte de su vida, compartir su tiempo, sus emociones, experiencias y su conocimiento. Esta investigación es posible por ustedes y es para ustedes.

Pocas veces se tiene la fortuna de trabajar con personas que han marcado el curso de tu disciplina. Tengo la fortuna de que la persona que me inspiró con sus libros en los inicios de mi carrera en Nutrición, sea una de mis tutoras. Gracias Martha por tu apoyo incansable, tu tiempo y confianza, gracias por ser un ejemplo de profesionalidad, calidad humana, generosidad y pasión. Es un honor ser tu alumna.

En este nuevo camino emprendido por la Antropología en Salud, he podido contar con profesores y guías que me han permitido continuar. Gracias principalmente a mi tutora Yesenia, por la confianza y la libertad para lograr esta investigación, por su apoyo teórico y su motivación para escribir, viajar y presentar mis investigaciones.

Mi más sincera gratitud a mis sinodales, Liz Hamui, Luis Alberto Vargas, Roberto Campos, y Ambrosio Velasco, ha sido un privilegio contar con su amplia experiencia y su conocimiento,

gracias por sus minuciosas observaciones y comentarios, los cuales fueron la base que me permitió profundizar y reflexionar más aspectos que requerían otra mirada.

Especialmente agradezco a Alfredo, por su apoyo y orientación, por motivarme a hablar en público y no tener miedo a la confrontación. Estoy profundamente agradecida con mis profesores de la maestría, por su valioso conocimiento y su generosidad a Zuanilda, Elia Nora, Carlos Zolla, Adriana, Carlos Aguado, Rosalyn e Ilario, ha sido una fortuna conocerlos y leerlos.

Gracias a mis compañeras del Seminario de Narrativas del Padecer, Liz, Bianca, Jessi, Dianita, Lucero y Tomás. Gracias por compartir sus reflexiones, su tiempo, sus preocupaciones y su pasión por aprender, pero sobre todo gracias por su amistad.

Gracias a las “Divinas del Tlecuil”, por su ánimo, su amistad y apoyo tan valioso. Gracias a Lili, Moi, Coro, Nuria, Juan y Mario, su amistad siempre me ha mantenido a flote. Gracias a mis compañeros de Panamédica, con quienes he encontrado sueños compartidos. Mi profundo respeto a la “Red de Salud” compañeros que me han enseñado la solidaridad y la justicia desde nuestra profesión. Gracias a los padres, por su confianza y su lucha incansable.

Gracias a mis profesores de licenciatura, que a pesar del tiempo y la distancia han sido un ejemplo para mí: Felipe Flores, Adriana, Aurora, Jorge y Mariángeles, siempre les estaré agradecida.

Gracias a mis amigos queretanos, que hacen de la amistad el tesoro más valioso de la vida, Gaby, Pau, Gandy, Yedani, Sagrario, Gaby-Cu, Gaby Peña y Jorge.

Estoy agradecida con todas mis compañeras de casa, Ámbar, Belem, Caro, Ceci, Elena, Gaby, Valeria y Ana Lucía. Su compañía me ha hecho siempre sentirme en casa.

Gracias a mis compañeros del HMG que me motivaron a seguir en momentos difíciles, sobre todo a Margarita.

Gracias a todos los pacientes, que considero amigos, que me han enseñado en cada consulta más de lo yo podría compartir, su presencia me motiva a hacer más de mi profesión.

Gracias a todos los que no están aquí, ya que de continuar la lista sería más extensa y seguramente injusta.



# Índice

---

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>5</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>	
<b>CAPÍTULO 1</b>		
<b>CUANDO HABLAMOS DE OBESIDAD ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO REALMENTE? LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CONCEPTOS</b> .....		<b>31</b>
1.1 EMERGENCIA. ¿CÓMO PASAMOS DE LA GORDURA COMO UNA CONDICIÓN A LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD? .....	32	
1.2 DELIMITACIÓN Y ESPECIFICACIÓN. ¿DESDE QUÉ INSTANCIAS SE ESTUDIA LA OBESIDAD ACTUALMENTE? .....	41	
1.3 ¿DESDE DÓNDE HABLAMOS? ANTROPOLOGÍA EN SALUD .....	65	
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO .....	71	
<b>CAPÍTULO 2</b>		
<b>MODELO DE ANÁLISIS PARA EL ESTUDIO LA OBESIDAD COMO PADECIMIENTO</b> .....		<b>73</b>
2.1 ¿QUÉ ES UN MODELO? .....	73	
2.2 EL MODELO DEL MODELO .....	75	
2.3 MODELO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....	78	
2.4 MODELO DE ANÁLISIS DE LA OBESIDAD COMO PADECIMIENTO: REPRESENTACIÓN COMPREHENSIVA .....	90	
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO .....	101	
<b>CAPÍTULO 3</b>		
<b>PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA OBESIDAD EXTREMA</b> .....		<b>103</b>
3.1 LA PANDEMIA DE LA OBESIDAD: UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA .....	104	
3.2 ACCIONES NACIONALES .....	109	
3.3 CIRUGÍA BARIÁTRICA EN MÉXICO .....	113	
3.4 ATENCIÓN A LA OBESIDAD SEVERA EN LA CLÍNICA DE OBESIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DEL INCMNSZ .....	115	
3.5 DESCRIPCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL 2012 Y 2013 .....	118	

3.6 LAS MUJERES SELECCIONADAS. DESCRIPCIÓN GENERAL .....	136
3.7 LA ADAPTACIÓN COMO ESTRUCTURA HEURÍSTICA.....	140
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO .....	143
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>CUERPO CONSCIENTE EN LA MUJER CON OBESIDAD SEVERA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (RESULTADOS) .....</b>	
<b>4.1 NARRATIVAS DEL PADECER .....</b>	<b>146</b>
4.1.1 <i>Linda</i> .....	146
4.1.2 <i>Marina</i> .....	154
4.1.3 <i>Julia</i> .....	162
4.1.4 <i>Karina</i> .....	170
4.1.5 <i>Montse</i> .....	178
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO .....	187
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>LA OBESIDAD DESDE UN ENFOQUE COMPREHENSIVO (DISCUSIÓN) .....</b>	
5.1 CUERPO INDIVIDUAL (BIOLÓGICO-PSICOSOCIAL) .....	189
5.2 CUERPO SOCIO-CULTURAL.....	199
5.3 CUERPO POLÍTICO .....	204
CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO .....	207
PROPUESTA: CÉDULA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO CON INDICADORES BIOCULTURALES.....	210
<b>CONCLUSIONES FINALES .....</b>	<b>212</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>221</b>
ANEXO I. DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA / CUADRO DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA .....	235
ANEXO II. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:.....	239
ANEXO III. GUÍA DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS .....	247
ANEXO IV. GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA/HISTORIA DE VIDA.....	249
ANEXO V. GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA/TRAYECTORIA DE ATENCIÓN.....	250
ANEXO VI. GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA/CORPORALIDAD.....	251
ANEXO VII. GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA/ESTILO DE VIDA .....	253

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Cuadro 2: Etapas de la investigación _____	23
Cuadro 1: Características de tipologías _____	27
Figura 1: Línea del tiempo: antecedentes de la obesidad* _____	38
Figura 2: Continuación de la línea del tiempo: antecedentes de la obesidad* _____	39
Cuadro 3: Técnicas usadas para el abordaje psicológico de la obesidad _____	52
Cuadro 4: Comparación de los niveles de análisis de la investigación en Salud Pública _____	55
Cuadro 5: Análisis de las formaciones discursivas de la obesidad en las Ciencias Médicas _____	57
Cuadro 6: Análisis de las formaciones discursivas de la obesidad en las Ciencias Sociales _____	64
Figura 3: Modelo del modelo científico _____	74
Figura 4: Modelo para el desarrollo del modelo de análisis del proceso s/e/a _____	75
Figura 5: Modelo teórico-metodológico para el desarrollo de un modelo comprensivo de la obesidad extrema _____	79
Figura 6: Modelo de la trayectoria de atención con un enfoque biocultural _____	81
Cuadro 7: Elementos guía de la fase de análisis teórico-metodológica _____	87
Figura 7: Modelo comprensivo de la obesidad extrema _____	91
Gráfico 1: Sobrepeso y obesidad en México _____	106
Gráfico 2: Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el periodo 2000 a 2012. _____	107
Cuadro 8: Principales acciones a nivel Internacional, Regional y Nacional en torno a la prevención de enfermedades no transmisibles _____	108
Figura 8: Pilares y ejes estratégicos de la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes _____	112
Gráfico 3: Distribución por sexo y año de intervenciones quirúrgicas de los pacientes con obesidad atendidos con DGY en el INCMNSZ _____	118
Tabla 1: Principales características sociodemográficas de las 28 pacientes con DGY atendidas el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	120
Tabla 2: Principales características clínicas de las 28 pacientes con DGY atendidas el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	121
Tabla 3: Problemas de salud pre operatorios de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	124
Tabla 4: Diagnósticos pre y post operatorios de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	125
Tabla 5: Complicaciones físicas a los 3 meses después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	126
Tabla 6: Complicaciones físicas a los 6 meses después de la intervención quirúrgica, de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	126
Tabla 7: Complicaciones físicas al año después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	127
Tabla 8: Complicaciones físicas a los dos años después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	127
Tabla 9: Descripción de los cambios de peso a lo largo de la atención de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	129
Gráfico 4: Clasificación por PSP de las mujeres atendidas con DGY en el 2012 y 2013 en el INCMNSZ _____	131
Tabla 10: Características generales de las pacientes atendidas en el protocolo de obesidad y cirugía bariátrica en el periodo 2012-2013 _____	132
Gráfico 5: Distribución por grupo de edad de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico _____	133
Gráfico 6: Distribución por ocupación de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico _____	134
Tabla 11: Distribución por estado civil de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico _____	134
Gráfico 7: Distribución por pérdida de peso pre quirúrgico de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico _____	135
Cuadro 9: Características de las tipologías, candidatas y seleccionadas _____	137
Cuadro 10: Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas _____	138
Cuadro 11: Características clínicas de las mujeres entrevistadas _____	138
Cuadro 12: Características clínicas de las mujeres entrevistadas _____	139

Cuadro 13: Características antropométricas de las mujeres entrevistadas _____	140
Cuadro 14. Trayectoria de atención de Linda _____	152
Cuadro 15. Trayectoria de atención de Marina _____	161
Cuadro 16. Trayectoria de atención de Julia _____	169
Cuadro 17. Trayectoria de atención de Karina _____	177
Cuadro 18. Trayectoria de atención de Montse _____	184
Cuadro 19. Recursos de atención identificados en el expediente y por las mujeres _____	186
Cuadro 20. Identidad narrativa de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 ____	192
Cuadro 21. Elementos del análisis de la corporalidad de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	193
Cuadro 22. Problemas de salud post operatorios del Bypass en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	194
Cuadro 23. Comparación de problemas percibidos por las mujeres y los identificados en los expedientes _____	196
Cuadro 24. Cambios o mejorías post operatorios del Bypass en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	197
Cuadro 25. Modelos Explicativos (MES) de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	199
Cuadro 26. Alimentos y sus efectos post operatorios de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	202
Cuadro 27. Actividad física y sus resultados post operatorios en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	204
Cuadro 28. Interpretación de las reglas y normas de mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015 _____	205
Cuadro 29. Balance de las prácticas de control del cuerpo _____	207

## INTRODUCCIÓN

“¿Sabes que tenemos el primer lugar en obesidad infantil?”, “¿Escuchaste que somos el país que más consume refresco en el mundo?”, y “Sólo nos gana Estados Unidos de América en la obesidad en adultos”, son frases cada vez más comunes en las conversaciones cotidianas.

La interiorización de este discurso está inmersa en una gran diversidad de hechos y actores que marcaron nuestra forma de entender la obesidad. La *Secretaría de Salud* (SSA) a partir del 2008 intensificó las campañas, estrategias y programas para la prevención y atención del sobrepeso y la obesidad, y a la par cada vez más instancias tanto públicas como privadas se involucraron para hacerle frente. La atención médica privada empezó a captar nuevos pacientes. La industria alimentaria por un lado se enfrentó a las nuevas normas alimentarias, y por otro diseñaba productos “saludables” para tener más consumidores. La investigación científica tuvo más inversión, las aseguradoras jugaron un papel importante en la definición y clasificación del peso, las farmacéuticas, los gimnasios, los *reality shows*, la diversidad de “productos milagro”, la creación de clínicas y centros de nutrición, el surgimiento de carreras y especialidades... Todos estos espacios y actores involucrados tenían y siguen teniendo algo en común: la certeza de que la obesidad es un problema que hay que atender (ya sea para combatirlo o fomentarlo<sup>1</sup>). ¿Cómo se llegó a esta certeza?

La medicalización del cuerpo y particularmente del cuerpo obeso es muy reciente (Jáuregui 2006). Por lo anterior se han privilegiado las perspectivas biomédicas<sup>2</sup> para la comprensión de la obesidad. A pesar de que en los últimos años los discursos de los institutos y organizaciones internacionales hablan de la multi-causalidad y heterogeneidad de la obesidad –donde se da cuenta de un fuerte componente genético, con influencia de factores ambientales, sociales, culturales y económicos (García-García et al., 2008)– los enfoques de estudio siguen siendo limitados, ya que el énfasis se mantiene en el identificar factores biológicos, determinantes ambientales, causas o barreras en el seguimiento y adherencia al tratamiento, entre otros. Recientemente en el ámbito académico, investigaciones sociales y

---

<sup>1</sup> El discurso de la obesidad como enfermedad ha favorecido a muchos intereses económicos de farmacéuticas, complejos agroindustriales, aseguradoras, la producción científica, intereses del estado, entre otros (López-Espinoza et al., 2014; Macías-Macías y Sevilla-García, 2014; Rail, 2012).

<sup>2</sup> La designación de "Biomedicina" como el nombre de la medicina profesional de occidente enfatiza el hecho de que es una medicina eminentemente biológica. Como tal, se puede distinguir de otros sistemas de atención a la salud y profesionales de salud de otras culturas y, como ellos, su designación puede ser considerado un nombre propio y en mayúsculas (Gaines y Davis-Floyd, 2004).

algunas biomédicas han desafiado y cuestionado el uso del término “epidemia” (Grad, 2011; Campos, et al, 2006), la noción de la obesidad como enfermedad y las atribuciones de muertes a la obesidad (Farrell, et al 2011 y Oliver, 2006). Estos estudios han resaltado contradicciones en la forma en la que la obesidad es medida, de las llamadas causas de la obesidad y de las soluciones propuestas incluyendo la medicalización de aquellas poblaciones en riesgo de obesidad (Herrick, 2007, Holm, 2007, Ogden y Sidhu, 2006). A pesar de estos importantes esfuerzos, el discurso dominante de la obesidad sigue siendo el de una biomedicina con una posición normativa (Rail, 2012).

La investigación que aquí presento, emerge de la preocupación que surge de la experiencia que desarrollé como pasante de nutrición en la *Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán* (en adelante 'INCMNSZ', 'Instituto de Nutrición' o 'El Instituto') y de mi práctica profesional de nutrióloga. En ambos casos he atendido a pacientes con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, que sufren por estar inconformes con su cuerpo y podría afirmar que sufren la obesidad como un padecimiento, aunque no tengan ninguna enfermedad asociada o exceso de grasa corporal. La mayoría de ellas han sido mujeres y han recurrido a diferentes prácticas para bajar de peso; dietas de diferentes tipos, pastillas, té, suplementos, fajas, acupuntura, masoterapia, gimnasios, diversos aparatos y hasta intervenciones quirúrgicas. Muchas sin éxito o con resultados inmediatos donde después de una pérdida importante, vuelven a recuperarlo o a sufrir el famoso “rebote”. Cuando les he preguntado por la causa de la falta de éxito, las respuestas más comunes son: por falta de voluntad, porque las dietas son muy difíciles de mantener en el tiempo, por la dificultad de su cuerpo a adelgazar por los efectos de los productos para bajar de peso, por falta de tiempo y de dinero y por ser rechazada o juzgada al no comer lo mismo que los demás.

En la *Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria*, la mayoría de las pacientes que se atienden presentan obesidad clase 3 o extrema<sup>3</sup>, pasan por programas de atención multidisciplinarios y se les ofrece una atención basada en resultados de investigaciones clínicas. A pesar de ello, el éxito de los programas es modesto y en algunos es una disminución

---

<sup>3</sup> Las clasificaciones de la obesidad han tenido modificaciones los últimos años, tanto en sus puntos de corte como en sus denominaciones, pero las aceptadas internacionalmente están basadas en el Índice de Masa Corporal (IMC), donde la obesidad se clasifica de acuerdo con cortes del IMC. La obesidad extrema se identifica por un IMC igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup> y se asocia con mayor riesgo de comorbilidades (Kushner, 2012). También se llamaba obesidad mórbida a esta clasificación (Rubio et al., 2007; Secretaría de Salud, 2010) pero cada vez más las instancias internacionales optan por evitar esta denominación por ser considerada estigmatizante. A lo largo de la investigación la nombraré extrema o clase 3 con excepción de los textos citados donde es designada como mórbida.

de peso que no se mantiene en el tiempo, similar a lo que ocurre en otras formas de atención. Pero una de las características principales del INCMNSZ es el reconocimiento de la calidad de su atención y en este caso, resalto el programa de cirugía bariátrica<sup>4</sup>. Podría decirse que es una de las razones principales por las que la mayoría de los pacientes se acercan a esta institución, además de los costos menores en comparación de las instituciones o la práctica privada. En algunos casos los pacientes solicitan ser parte de los protocolos de cirugía bariátrica, en otros el médico es quien se los ofrece. Las pacientes que llegué a atender cuando era pasante presentaban resultados muy diversos, desde aquellas con excelente pérdida de peso y mejoría en su salud; otros casos con buena pérdida de peso pero con graves problemas emocionales y en sus relaciones sociales; algunas otras con poca pérdida de peso pero con mejorías en su funcionalidad y en cuestiones laborales; y algunas pacientes con complicaciones clínicas y deterioro de sus relaciones familiares y personales.

Por lo anterior, podemos constatar que el problema de la obesidad no es tan sencillo como para resolverse a base de dietas, ejercicio o intervenciones quirúrgicas, como muchas veces pretendemos en el ámbito médico. En la atención a la obesidad hay dificultades económicas y laborales donde se ponen en juego el reconocimiento y la demostración de identidad individual y grupal. Por otro lado existen problemas fisiológicos previos causados por las diferentes formas para bajar de peso y por la obesidad misma.

La construcción de la obesidad, como condición extrema de peso en el sujeto, es un proceso complejo que generalmente lleva un largo recorrido de atención, donde las decisiones y estrategias que se eligen para hacerle frente se relacionan con representaciones y prácticas sociales, con las instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, con las condiciones de los mismos enfermos, la familia y con otros mediadores. En este recorrido la cirugía bariátrica se considera como la mejor opción en el tratamiento médico y al mismo tiempo como la única intervención eficaz en la reducción de peso y la corrección de las enfermedades asociadas a la obesidad severa (Burguera y Ruiz de Adana, 2012; Kulie et al., 2011).

Existen diferentes posturas a favor o en contra del uso de la cirugía bariátrica, sin embargo lo que nos interesa aquí es *comprender cómo se construye la obesidad severa, específicamente en mujeres que acuden a atenderse en el INCMNSZ, la forma en que se entiende y atiende la obesidad, el discurso a partir del cual se generan las representaciones que reproducen las*

---

<sup>4</sup> Conjunto de intervenciones quirúrgicas usadas para tratar la obesidad, que buscan la disminución del peso corporal y son una alternativa utilizada normalmente cuando los tratamientos no quirúrgicos han tenido modestos o nulos resultados positivos. (El término no incluye los procedimientos quirúrgicos para remover grasa corporal como la liposucción o la abdominoplastia).

*mujeres alrededor de la obesidad, los problemas de salud que se naturalizan o no se identifican, las consecuencias (microadaptaciones) de su atención y/o desatención y las condiciones que las llevan al uso de la cirugía bariátrica y a su éxito o fracaso.*

Los constantes cambios al interior y al exterior de las estructuras sociales, requieren de perspectivas diferentes que nos ayuden a comprender de mejor manera los fenómenos de salud y enfermedad, en este caso la obesidad. Perspectivas que permitan profundizar la dinámica de los diversos aspectos, sin despersonalizarlos de los sujetos, las relaciones sociales, el padecimiento y el sufrimiento que subyacen en las condiciones ambientales, económicas y políticas.

Ante lo expuesto aquí, considero que resulta indispensable la colaboración entre perspectivas biomédicas y sociomédicas<sup>5</sup>, que nos permitan encontrar las conexiones y hacer puentes entre los problemas que cada una deja fuera en sus investigaciones. De allí que la presente investigación se haya acercado a estas dos visiones por medio de la perspectiva de la antropología en salud, que se propone como bisagra entre ambas.

## ***El problema***

La obesidad se ha convertido en un tema de actualidad y desde la perspectiva biomédica, en un grave problema de salud pública (Serrano Ríos, 2012; WHO, 2000). La configuración de la obesidad como enfermedad ha traído varias controversias, ya que a finales del siglo XX existió un cambio en el discurso del bienestar y la salud donde la obesidad, sin dejar de ser una condición de algún tipo de estado de mala nutrición y un factor de riesgo, se elevó a la categoría de enfermedad.

La definición generalmente aceptada por los organismos de salud es la que propone la Organización Mundial de la Salud (1997) y que es retomada por la Secretaría de Salud en la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad, NOM-174-SSA1-1998.

*La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Su etiología es*

---

<sup>5</sup> Parte de un modelo conceptual, que por un lado, aspira a entender los determinantes biológicos y sociales de la salud y la enfermedad, y por el otro, está particularmente interesado en estudiar los diversos modos en que la sociedad organiza sus respuestas para lidiar con los daños y riesgos que pueden afectar el bienestar de los individuos y poblaciones (Gaines y Davis-Floyd, 2004).

*multifactorial y su tratamiento debe ser apoyado en un grupo multidisciplinario* (Secretaría de Salud, 1998).

Sin embargo, la principal característica de la obesidad es la acumulación excesiva del tejido adiposo, lo que puede evaluarse mediante técnicas o equipos no siempre accesibles, como plicómetros, básculas con bioimpedancia o a través de técnicas de visualización como las de absorciometría de rayos X de dos energías (DEXA), o la densitometría hidrostática, entre otras. Lo más accesible es calcular el porcentaje de grasa mediante fórmulas, que toman en cuenta valores como el peso, la edad, el sexo y algunas incorporan pliegues cutáneos, así como la actividad física. Existen varias propuestas que han mostrado una asociación importante con los estándares de oro, como la densitometría (Moreno, Gómez-Gandoy, y Antoranz-González, 2001).

Desde una perspectiva práctica, aunque imprecisa, la definición y clasificación de la obesidad propuesta por la OMS se hace principalmente a partir de la relación del peso con la estatura<sup>6</sup>: el Índice de Masa Corporal (IMC). “Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad” (WHO, 2015: Nota descriptiva 311).

El considerarla imprecisa se debe a que en el cálculo sólo se mide el exceso de masa corporal y no interviene ninguna estimación directa de la grasa. Sería adecuada si las desviaciones del peso corporal se debieran exclusivamente a la grasa, pero intervienen otros componentes como la robustez del esqueleto, la masa muscular, el edema y otros. Se ha justificado su uso debido a la asociación que existe entre IMC y porcentaje de grasa corporal (Ranasinghe et al., 2013) y la dificultad de acceso de profesionales a la mayoría de las técnicas recomendadas para medirlas. El problema principal con esta definición es que a pesar de la asociación existente entre masa y grasa corporal, los estándares internacionales deberían incluir en su definición y clasificación indicadores que estimen la grasa corporal.

A pesar de esta imprecisión, es relevante señalar que otra característica de la definición de obesidad es la importancia dada a la morbi-mortalidad y a su atención. Se estima que un IMC elevado contribuye con 12.2% del total de muertes y 5.1% del total de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVPAD). Entre los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad, también asociados con el sobrepeso y la obesidad, se encuentran: la elevada concentración de glucosa en sangre, la hipertensión arterial (HTA), el bajo consumo de frutas

---

<sup>6</sup> Lo más correcto es hablar de estatura, no de talla como frecuente menciona la OMS. La estatura es la distancia entre el plano de apoyo de los pies hasta el plano más alto de la cabeza. Su raíz latina significa estar de pie y la talla es un galicismo y se refiere a la figura, ya que su significado es cortar o tallar –como en el caso de una escultura–. En este sentido su aplicación correcta es cuando se habla de las tallas de la ropa.

y verduras, el sedentarismo y la hipercolesterolemia que en conjunto contribuyen con 36.5% del total de muertes y 11.2% del total de AVPAD (Kumanyika et al., 2008). Como se mencionó en los párrafos anteriores, existen desacuerdos en las formas en que se le atribuyen muertes a la obesidad, ya que en ocasiones es considerada como factor de riesgo y en otras como enfermedad.

Considerar la obesidad como enfermedad ha permitido a las diferentes instancias no sólo atribuirle muertes, también gastos. En el 2008 los costos atribuibles a la obesidad en México fueron de 42 000 millones de pesos mexicanos, equivalente a 13% del gasto total en salud (0.3% del PIB). Además aseguran las autoridades que de no aplicar intervenciones preventivas o de control costo-efectivas sobre la obesidad y sus comorbilidades, los costos directos podrían ascender para 2017 a 101 000 millones de pesos, 101% más respecto al costo estimado en 2008 y los costos indirectos incrementar hasta 292% entre 2008 y 2017 de 25 000 a 73 000 millones (ENSANUT, 2012b). A pesar de la alta prevalencia en el plano nacional, sólo se detecta a 30% de la población con este problema y de ellos, únicamente 50% refiere haber recibido algún tipo de tratamiento cuando acuden a los servicios de salud (Gutiérrez et al., 2012).

En México de acuerdo a la ENSANUT 2012, en los últimos doce años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el adulto ha aumentado 15.2% alcanzando prevalencias mayores a 70% en la población adulta. La misma encuesta muestra que la prevalencia de obesidad clase III, fue de 3% en ambos sexos, siendo más alta en mujeres (2.15%) que en hombres (0.85%). De acuerdo con la proyección de la CONAPO para el 2014, la población de México es de 119,713,203 habitantes. De los cuales alrededor del 80% son adultos de 20 años ó más. A partir de los datos anteriores y suponiendo que la prevalencia encontrada documentada en ENSANUT 2012 no ha aumentado, 2,873,117 adultos (de los cuales 2,059,067 son mujeres) presentan actualmente un IMC  $\geq$  40. Si consideramos la definición de obesidad grado III que incluye a sujetos de IMC  $\geq$  35 con hipertensión, diabetes tipo 2 y enfermedades asociadas (según la misma encuesta) esta cifra aumentaría considerablemente. Las cifras anteriores indican que los esfuerzos tanto a nivel federal, estatal e institucional como a nivel individual para lograr una disminución en el peso corporal, no han tenido el éxito deseado en la población general.

El año pasado (2014) se presentó una iniciativa que pretende incluir a la cirugía bariátrica en la Ley General de Salud, con el fin de garantizar la gratuidad de la cirugía en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud Pública (Crónica, 2014). Actualmente la

iniciativa está siendo evaluada por las *Unidades de Salud y de Estudios Legislativos del Senado*, con el objetivo de que se componga de los preceptos legales necesarios para impulsar dicha política pública (Díaz-Salazar, et. al., 2015). La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, es la antesala que impulsa dichas iniciativas y enfatiza en la reducción de costos para los pacientes y el sector salud:

*La cirugía bariátrica representa una alternativa clínica y económicamente efectiva para el tratamiento del paciente obeso, pues a partir de la reducción de exceso de peso del paciente se resuelven o mejoran las comorbilidades asociadas y, eventualmente, se reducen los costos del tratamiento (Secretaría de Salud, 2013: 75).*

La cirugía bariátrica es costosa. Puede oscilar alrededor de los 300 000 pesos en instituciones privadas en México, donde de acuerdo a cifras proporcionadas en medios públicos se realizan más del 90% de las intervenciones quirúrgicas en el país (Mundodehoy, 2013). En la Ciudad de México se puede acceder a este tipo de procedimientos quirúrgicos en diferentes instancias. Entre las instituciones públicas que ofrecen este tratamiento encontramos a la *Secretaría de Salud (SSA)*, el *Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS)*, *Petróleos de México (PEMEX)*, el *Hospital General Dr. Manuel Gea González*, el *Hospital General de México* y el *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)*, que dan un servicio gratuito o de muy bajo costo. Existen informes que mencionan que en estas instituciones públicas se realizan desde alrededor de 30 intervenciones quirúrgicas al año (INCMNSZ), y 150 y 200 o más (en el caso de la Secretaría de Salud) con listas de espera sobre todo de mujeres que representan alrededor del 80% de las intervenciones (Campos, 2013).

Si bien el abordaje quirúrgico puede ser efectivo a escala individual, considero que si no se atienden las condiciones que llevan a las mujeres a desarrollar obesidad severa y a buscar la cirugía bariátrica, la gratuidad de la cirugía podría generar que la población la perciba como un recurso más para la atención, y de no modificar el ambiente que contribuyó a la construcción de la obesidad, la mujer con cirugía bariátrica tendrá más probabilidad de recuperar peso (en el mejor de los casos) o desarrollar otros problemas de salud.

La alta prevalencia de mujeres con obesidad severa en México tiene su contraparte en que la demanda de la cirugía bariátrica sea aproximadamente de un 80% por mujeres. Los datos epidemiológicos también hablan de una articulación dada entre varios componentes biológicos (la tendencia a acumular más grasa en las mujeres, los periodos de fertilidad e infertilidad), sociales (la mujer que juega varios roles laborales y domésticos, el nivel socioeconómico o el grado de independencia económica), psicológicos (autoestima, imagen

corporal, violencia) y culturales (como tradiciones domésticas y grupales), entre otros que influyen con la forma de entender su enfermedad y la búsqueda o no de atención.

El Programa de Atención al Paciente con Obesidad de la *Clínica de Obesidad* del INCMNSZ – donde se realizó esta investigación– inicialmente se creó para atender a pacientes con obesidad en general. Actualmente más del 70% de los pacientes que acuden en busca de atención presentan IMC mayores de 40, de los cuales entre 30-50 pacientes al año (o más) recurren a la cirugía bariátrica para tratar su obesidad. Esto hace evidente la necesidad de comprender la trayectoria de atención de las pacientes antes de solicitar atención quirúrgica a cualquier institución lo que puede ayudar a conocer en qué situaciones la intervención puede generar más riesgos que beneficios.

La existencia de obesidad severa devela en el fondo una complejidad donde interactúan elementos personales, sociales, culturales, políticos y económicos que permiten el desarrollo de condiciones extremas de exceso de peso y de tratamientos radicales como la cirugía bariátrica, complejidad que necesita ser abordada desde diferentes disciplinas.

Por consiguiente, la pertinencia de este estudio se encuentra en la necesidad de comprender la trayectoria del padecimiento y las condiciones (biológicas y culturales) que llevaron a las mujeres atendidas a la obesidad extrema y, a su vez, a la elección de la cirugía bariátrica como tratamiento para su condición, trayectoria y condiciones que probablemente influyeron en sus decisiones posteriores a la cirugía.

Por lo anterior, en un esfuerzo por articular este entramado, considero pertinente cuestionar lo siguiente: *¿Cómo se relaciona la trayectoria de atención del padecimiento, con el desarrollo de la obesidad severa y el uso de la cirugía bariátrica?*

### ***Lo que se esperaba encontrar (hipótesis)***

En las mujeres, la trayectoria de atención de la obesidad como padecimiento<sup>7</sup> puede condicionar el desarrollo de la obesidad severa y el uso de la cirugía bariátrica (siendo la cirugía bariátrica el recurso más efectivo para el tratamiento de esta condición) al percibir la obesidad como un riesgo permanente.

Por lo tanto nuestras hipótesis de trabajo son:

1.- A partir del análisis de la trayectoria de atención pueden observarse los elementos que condicionan el desarrollo de la obesidad y el uso de la cirugía bariátrica.

---

<sup>7</sup> Al final del capítulo uno se explica por qué se usa este término en lugar del de enfermedad.

2.- La mujer con obesidad severa inicia su padecimiento mucho antes de presentar obesidad; ésta es percibida como un problema permanente y eso es lo que la motiva a iniciar y continuar su trayectoria de atención.

3.- Las decisiones tomadas a lo largo de la atención, antes y después de la cirugía, dependen de los modelos explicativos de la enfermedad, la imagen corporal, las relaciones interpersonales, los cambios físicos y el estilo de vida.

4.- La cirugía bariátrica es percibida en esta trayectoria de atención como un recurso más, para la reducción del peso corporal y sus comorbilidades.

## ***Lo que se busca***

### **Objetivo general**

*Conocer la trayectoria de atención del padecimiento y su relación con el desarrollo de la obesidad extrema y el uso de la cirugía bariátrica, en mujeres adultas con cirugía bariátrica de la clínica de obesidad del INCMNSZ.*

### **Objetivos Específicos.**

1.1 Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que se realizaron cirugía bariátrica en el INCMNSZ durante el periodo del 2012 y 2013.

1.2 Analizar los modelos explicativos de la obesidad severa, la corporeidad a partir de la imagen corporal y las consecuencias (corporales y en las relaciones sociales) y el estilo de vida a partir de las prácticas (de cuidado a la salud, alimentarias y de actividad física) de las mujeres, a lo largo de la trayectoria de atención.

1.3 Diseñar un modelo operativo, para analizar los componentes y codeterminantes que interactúan a lo largo de la trayectoria de atención, a nivel individual, social y político.

## ***El por qué y para qué de esta investigación***

Al hacer una revisión de las políticas públicas y de las producciones científicas, se puede observar que se le concede poca atención al ambiente social y cultural donde se desarrolla este fenómeno. Es decir, pocas veces se toman en cuenta las condiciones sociales de vida de las personas, los significados que éstas le otorgan a la práctica del ejercicio, a la condición de obesidad (o gordura) o a la misma pérdida de peso que puede ser vista como signo de enfermedad, sobre todo entre ciertas poblaciones de México. Por todo lo anterior, se

considera que la obesidad, además de ser estudiada desde la biomedicina, merece también investigaciones desde la perspectiva de la sociomedicina, ya que este campo disciplinar –y en particular su línea de antropología en salud– tienen aportes valiosos a la comprensión del fenómeno. Así mismo, la revisión de los estudios antropológicos y sociales (que se mostrarán en el primer capítulo), hace evidente la limitada producción de investigaciones centradas la obesidad severa como padecimiento y el uso de la cirugía bariátrica, a escala nacional e internacional.

Abordar el problema de estudio desde la antropología en salud, con un enfoque biocultural<sup>8</sup>, busca generar un entendimiento integral, lo que significa repensar los supuestos básicos de la obesidad haciendo nuevas preguntas, desafiando posturas existentes y diseñando nuevos métodos de aproximación al proceso salud-enfermedad-atención. El estudio biocultural permite flexibilidad entre el campo biológico y cultural, ya que como menciona Ann, “es relativamente fácil incluir variables biológicas y culturales en estudios con propósitos heurísticos pero operacionalizar las variables y llevar a cabo una recolección sistemática de datos biológicos y culturales es una tarea más desafiante” (McElroy, 1990). Al aproximarse al padecimiento desde las estructuras simbólicas y los cambios físicos, en la interacción con la familia, los grupos sociales, los médicos y prestadores de salud, el enfoque biocultural dentro de la antropología en salud nos ayuda a conocer las influencias en los resultados positivos o negativos a lo largo de la trayectoria de atención y en el uso de la cirugía bariátrica. En la medida que conozcamos más cercanamente el padecimiento que vive la paciente con obesidad, el equipo médico podrá abordar de mejor manera la atención a la enfermedad y los problemas de salud que experimenta la paciente.

El diseño de la metodología para el estudio de la obesidad severa con este enfoque y en estos nuevos escenarios enriquecerá el campo de las ciencias sociomédicas para el estudio de la obesidad desde diferentes perspectivas. Por ello, esta investigación busca aportar a la comprensión del fenómeno de estudio y contribuir al entendimiento y tratamiento de la obesidad. Dado lo anterior, el presente estudio aporta datos que permitirán generar herramientas e instrumentos para identificar situaciones de riesgo en pacientes que se someten a la cirugía bariátrica.

---

<sup>8</sup> Dicho enfoque considera la variabilidad biológica humana en función de la capacidad de respuesta y adaptación al medio ambiente con un foco especial en el papel de los entornos socio-culturales (Khongsdier, 2007).

## ***El camino recorrido***

### **Identificación del lugar y los pacientes**

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, una de las zonas con mayor prevalencia de obesidad severa es la Ciudad de México con un 3.3% de quienes la padecen. En la Ciudad se encuentran varias instituciones donde se puede practicar la cirugía bariátrica pero no todas cuentan con el reconocimiento y la regulación en estos servicios. El *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán* (INCMNSZ) es un hospital de tercer nivel de atención a la salud, pionero en el uso de la cirugía bariátrica y reconocido por realizar buena parte de las investigaciones de alimentación y nutrición en México, cuyos programas de atención son modelos que se toman muchas veces para crear esquemas de atención que tienden a replicarse a escala nacional.

Además de estas consideraciones, escogí trabajar en esta institución debido a mi experiencia previa como pasante en la *Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria* del INCMNSZ, lo que me permitió ponerme en contacto con investigadoras de esta institución y tener la posibilidad de someter el protocolo de investigación a los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de dicha institución<sup>9</sup>.

### **Etapas de la investigación**

Es importante mencionar la escasez de investigaciones con aproximaciones etnográficas en ambientes hospitalarios y de instituciones públicas. Debido a ello el proceso de diseño, adaptación a los formatos y estructuras conocidos en la institución y la preparación del protocolo para el sometimiento al comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación en el INCMNSZ fue, en este caso, un proceso largo que fue parte importante de la primera etapa de la investigación como se muestra a continuación:

---

<sup>9</sup> El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética del INCMNSZ, lo que implicó un largo proceso de reflexión y en cierta forma traducción de los supuestos teóricos y metodológicos, para hacer accesible y comprensible esta investigación que es de una naturaleza diferente a la de los estudios que normalmente se hacen en dicha institución.

**Cuadro 2: Etapas de la investigación**

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Etapa 1 Diseño y aprobación</b>	-Diseño y delimitación del protocolo de investigación para el posgrado. -Delimitación, adaptación, correcciones y cambios del protocolo para el Comité de Ética del INCMNSZ.	Agosto 2013- Agosto 2014  Abril 2014- Abril 2015
<b>Etapa 2 Descripción de las características socio-demográficas y clínicas.</b>	-Localización y acopio de información a partir de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el periodo 2012-2013. -Análisis de datos mediante estadísticas descriptivas y elaboración de tipologías. -Selección de los casos candidatos para el estudio a partir de los resultados del análisis cuantitativo y de la discusión de su pertinencia con personal de la clínica que atiende y conoce a las pacientes (médico y psicólogo) y el resto del equipo de investigadores del proyecto.	Agosto- Septiembre 2014  Noviembre- Diciembre 2014  Enero-Febrero 2015
<b>Etapa 3 Aproximación etnográfica<sup>10</sup> de los casos</b>	-Localización, contacto e invitación a las pacientes por vía telefónica. Se les explicó el objetivo, desarrollo y características del estudio y en, los casos que quisieron participar se les proporcionó la información detallada de la investigación. Se les solicitó que acudieran a la clínica para invitarlas personalmente y para firmar el consentimiento informado (Anexo VI) y acordar la primer entrevista al aceptar participar. -Desarrollo de entrevistas semi-estructuradas, con profundidad y observación participante: Se llevó a cabo de 5 a 8 entrevistas en tres fases, de acuerdo la propuesta de Galindo (Galindo, 1998)	Mayo-Junio- Julio
<b>Etapa 4 Análisis biocultural</b>	Con base en el modelo propuesto se llevó a cabo el análisis biocultural de los componentes y trayectorias de atención. En un primero momento se hizo el análisis descriptivo del universo total y de los casos individuales, por categorías y subcategorías. A partir de él se construyó un sistema de relaciones de los datos etnográficos (observados), de las entrevistas y de los datos sociodemográficos y clínicos de los expedientes (tomando como modelos estudios de Peña (2012) y Wiley (1992).	Julio-Agosto- Septiembre- Octubre

**Fuente:** Elaboración propia

<sup>10</sup> Con ello me referio a la postura etnográfica que busca conocer el modo de vida de un grupo desde el punto de vista de las personas que participan en él, donde se enfatizan los procesos de descripción y análisis interpretativo. Pero sin llegar a ser una etnografía formal debido a ser una aproximación realizada en un corto periodo de tiempo.

La formación de mis tutoras (en antropología una y en nutrición y epidemiología la otra), me permitió integrar metodología cuantitativa y cualitativa, para identificar, aislar y evaluar diferentes variables y además:

*...profundizar en ciertas explicaciones al mismo tiempo que captar la dinámica microsocia de los procesos estudiados, ...describir y analizar cuáles son las estructuras que sobre determinan un proceso particular, cuál es su dinámica, significación y lo que viene a ser más relevante, cuáles son las relaciones entre ellas (Aguirre-Beltrán, 1986 en Osorio, Carranza, 2001:42).*

Al mismo tiempo busqué zanjar las limitantes que encontraba en investigaciones epidemiológicas y antropológicas donde de acuerdo a Menéndez:

*los procesos culturales de alta complejidad son excluidos o convertidos por los epidemiólogos en variables esquemáticas y empobrecidas. A su vez, la mayoría de los antropólogos no describen ni analizan las características y procesos biológicos de los padecimientos (Menéndez, 2008:7).*

El núcleo del conflicto y del distanciamiento entre estas dos disciplinas radica, según la mayoría de profesionales en que la aproximación epidemiológica busca establecer generalizaciones y la antropológica favorece la profundidad considerando imposible establecer generalizaciones, afirmando que la búsqueda de las mismas distorsiona los procesos por estudiar (Menéndez, 2008).

Ante estos límites coincido con Menéndez al decir que:

*...la existencia de aproximaciones cualitativas que posibilitan cierto tipo de generalizaciones. Las dos principales metodologías que hacen posible las generalizaciones no estadísticas son las que utilizan el tipo ideal y las que usan modelos, las cuales no sólo posibilitan generalizaciones sino que sobre todo proponen interpretaciones o explicaciones respecto de los procesos analizados (...) En síntesis el uso de tipos ideales supone asumir que son construcciones metodológicas que deben ser referidas a la historicidad de los procesos y que su formulación se hace a partir de problematizar la realidad por estudiar y de establecer determinadas hipótesis respecto de dicha realidad, por lo tanto, las hipótesis debieran hacer referencia a los aspectos nucleares del problema y/o proceso a estudiar y comprender (Menéndez, 2008: 17-20).*

Por lo tanto en la investigación la selección de las interlocutoras fue a partir de la construcción teórica metodológica de los “tipos ideales”<sup>11</sup>, ésta se hizo a partir de datos epidemiológicos y la descripción sociodemográfica que se realizó de las pacientes del hospital.

---

<sup>11</sup> El tipo ideal fue utilizado por Émile Durkheim y por Max Weber desde fines del siglo XIX y principios del XX, respectivamente. A su vez, la metodología que emplea modelos aparece identificada con las orientaciones teóricas estructuralistas, pero también con las historicistas, incluido el marxismo (Menéndez, 2008: 17).

Para realizar la descripción de las características socio-demográficas y clínicas de las pacientes atendidas en el INCMNSZ se partió de las siguientes consideraciones:

- El dato estadístico que revela que del 3% de habitantes que presentan obesidad severa 71.6% son mujeres (ENSANUT, 2012b). Por tanto, el análisis se enfocó en las mujeres con obesidad severa, al ser el grupo con mayor prevalencia.
- La necesidad de reconstruir la trayectoria de atención de mujeres que ya hubieran sido operadas. Debido a ello se propuso analizar las características de las mujeres operadas en el 2012 y 2013, para asegurar que hubiera pasado más de 1 año de la cirugía, cuando se dan los periodos de cuidado más delicados y los cambios más radicales en el peso y la alimentación. También por ser un tiempo considerable para la reconstrucción de la experiencia.
- La necesidad de considerar procesos biológicos y culturales. Por ello se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas en el análisis estadístico (ANEXO I).

En el periodo de agosto y septiembre del 2014, a partir de los datos obtenidos por el *Departamento de Estadística y Archivo Clínico* del INCMNSZ, se localizaron 77 expedientes de los pacientes que habían sido tratados con cirugía bariátrica en el periodo 2012-2013, de los cuales sólo 42 fueron consideradas al final para la descripción general y 28 para el análisis específico de las mujeres operadas. Se recabó la información a partir de las variables que se establecieron (ANEXO I), algunas con antelación y otras que emergieron durante proceso de acopio. El análisis de los datos se realizó en el programa SPSS versión 22 mediante estadísticas descriptivas; medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

A partir de este análisis (ver CAPÍTULO 3) se determinó la tipología de las pacientes por entrevistar, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

**Evolución:** los dos escenarios frecuentes son aquellos donde se lleva una adecuada disminución de peso y aquellos en la que a pesar de estar en el periodo crítico de disminución de peso, no logra llegar a los objetivos. Existen diferentes criterios y escalas propuestas para evaluar la evolución de los pacientes en donde se toman en cuenta criterios como: la pérdida del exceso de peso, la mejora de las comorbilidades, la calidad de vida y las complicaciones y secuelas; en la mayoría de las propuestas uno de los parámetros más importantes es la pérdida de peso. En el análisis, se tomó en cuenta el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) o porcentaje de exceso de peso perdido, para clasificar a las pacientes con buena y pobre

evolución. Se decidió así debido a no contar con la suficiente información para hacer una clasificación más integral y, por otro lado, por ser el criterio utilizado más frecuentemente para definir el éxito de la cirugía en el ámbito clínico. Por lo que tomado en cuenta los criterios sugeridos por Baltasar (1997 en Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004) de excelentes, buenos y fracasos, y se analizaron los datos de las pacientes en dos grupos:

- **Éxito:** aquellas que se encontraban en el grupo de excelente y buena pérdida de peso (si el PSP es superior al 50% y el IMC igual o menor de 35).
- **Fracaso:** aquellas con pobre pérdida de peso (si el PSP es inferior al 50% y el IMC superior 35).

Se compararon las características de ambos grupos y se obtuvo el perfil de éxito y fracaso a partir de las variables que resultaron con mayor porcentaje, así se obtuvo que:

La mayoría de las pacientes con perfil de éxito tenían las siguientes características:

- Edad <37 años
- Soltera
- Sin hijos
- Ocupación diferente a ama de casa.
- Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía

La mayoría de las pacientes con perfil de fracaso tenían las siguientes características:

- Edad  $\geq$  37 años
- Casada
- Con hijos
- Ocupación ama de casa.
- Buena pérdida de peso antes de la cirugía.

Dichos resultados nos parecen valiosos porque incluye aspectos que han sido motivo de estudio y controversia para varios autores con respecto a:

- 1) **El tiempo:** Que los periodos donde inicia la recuperación de peso y los efectos de los trastornos psicológicos en el control de la alimentación se produce en la mayoría de los casos en un rango que va de los 18 meses a los 2 años después de la cirugía (Hsu et al., 1998; Lecaros-Bravo, et al., 2015).
- 2) **La edad y sexo:** La asociación de la menor edad y el sexo femenino o masculino con la deserción de los programas de cuidado post operatorio ha sido un tema controversial con resultados contradictorios (Herpertz, et al., 2004; Diamant et al., 2014).
- 3) **El estado civil y maternidad:** A pesar de que no existen estudios que asocien estas variables con la evolución post operatoria, sí existen aquellos que han observado que

el grado de aceptación de los pacientes con los resultados de los procedimientos quirúrgicos se relacionan más con la satisfacción con sus relaciones sociales y de pareja (Ruiz Moreno, et al, 2002; Robinson et al., 2014).

- 4) **La ocupación:** Es una variable que se considera importante ya que puede dar cierta idea de independencia o autosuficiencia económica, que aunque no se ha estudiado en relación con la cirugía bariátrica, es elemental por la influencia que puede tener en las decisiones que se toman con respecto a los recursos y tratamientos antes y después de la cirugía.
- 5) **La pérdida de peso:** La mayoría de los estudios y recomendaciones apuntan a que una pérdida de peso mínima de 10% del peso tiene efectos positivos para disminuir el riesgo quirúrgico, pero no existen estudios que hayan asociado si una buena disminución de peso antes de la cirugía se relaciona con el éxito postquirúrgico a largo plazo (Martínez-Ramos, et al, 2012).

A partir de dichos perfiles se elaboraron las tipologías y se buscó a aquellas pacientes que coincidieran con el perfil obteniendo los siguientes casos:

**Cuadro 1: Características de tipologías**

<b>Tipología</b>	<b>Características</b>	<b>No. Candidatas</b>
<b>Tipología 1</b>	Mujer con éxito post quirúrgico Mujer con perfil de éxito: - Edad <37 años - Soltera y sin hijos - Ocupación diferente a ama de casa - Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía	3
<b>Tipología 2</b>	Mujer con éxito post quirúrgico Mujer con perfil de fracaso: - Edad ≥ 37 años - Casada y con hijos - Ocupación ama de casa - Buena pérdida de peso antes de la cirugía	2
<b>Tipología 3</b>	Mujer con fracaso postquirúrgico Mujer con perfil de fracaso: - Edad ≥ 37 años - Casada y con hijos - Ocupación ama de casa - Buena pérdida de peso antes de la cirugía	2
<b>Tipología 4</b>	Mujer con fracaso postquirúrgico Mujer con perfil de éxito: - Edad <37 años - Soltera y sin hijos - Ocupación diferente a ama de casa - Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía	2

**Fuente:** Elaboración propia

Al tener como referencia los anteriores tipos ideales, me puse en contacto con cada una de las pacientes que cumplían con el perfil, teniendo al final 5 mujeres (una de cada tipología y dos de la tipología 3) que aceptaron ser parte del estudio y dieron su consentimiento informado por escrito.

### ***Alcances y limitaciones***

La investigación busca contribuir a la comprensión de la obesidad al integrar diferentes perspectivas para repensar las formas de entender la obesidad. Al encontrarme en una institución privilegiada en el diseño de programas de atención que tienen la posibilidad de ser adoptados en otros estados e instituciones de México, es para mí también un privilegio y una responsabilidad hacer propuestas prácticas que contribuyan a la atención de las mujeres con obesidad. Por ello los alcances de esta tesis fueron de dos tipos, teóricos y prácticos:

#### *Teóricos:*

- Posicionar a la antropología en salud como bisagra entre las ciencias médicas y las ciencias sociales para la comprensión de problemas de salud, específicamente de la obesidad.
- Proponer un modelo de análisis de la obesidad como padecimiento, que tome en cuenta las narrativas de las personas que padecen la obesidad como conocimiento válido.

#### *Prácticos*

- Proporcionar información que permita un mejor abordaje para ofrecer atención contextualizada a la realidad cultural de la usuaria con obesidad extrema y cirugía bariátrica.
- Diseñar instrumentos que ayuden tanto al paciente como al equipo médico a tomar decisiones que consideren la situación particular que viven las mujeres con obesidad severa.

Los aportes que se alcanzaron estuvieron limitados al tener una formación muy básica en epidemiología y antropología, lo que por una parte hicieron más largo el proceso de diseño y análisis del estudio; por otro lado se tuvo que adaptar a los tiempos del posgrado, del instituto, de las participantes y personales, lo que condujo a realizar una descripción epidemiológica en vez de un análisis epidemiológico y una aproximación etnográfica, en vez de una etnografía formal.

El estudio permitió identificar otras posibilidades teóricas-metodológicas que pueden aportar mayor entendimiento al fenómeno que aquí se expone y trajo a la mesa nuevas preguntas e hipótesis para seguir investigado.

### ***Descripción de los capítulos***

La presente investigación está estructurada en cinco capítulos, que buscan llevarnos a un camino de comprensión y reflexión que nos permita, a ti como lector y a mi como autora, un diálogo constante y claro, que muestre las rutas que se consideraron y la manera en la que se llegó a las conclusiones.

La información presentada en *el primer capítulo* busca responder dos preguntas: ¿qué se entiende por obesidad? y ¿desde dónde se puede comprender la obesidad? Para responderlas se describen los principales antecedentes históricos que permitieron la comprensión y atención actual de la obesidad y se compararán los discursos de la misma desde las ciencias médicas y sociales. Todo ello nos permite comprender las asimetrías existentes en las formas de entender la obesidad, lo que permea en la sociedad y específicamente en las personas que la padecen. Todo esto me permitió justificar la pertinencia de la antropología en salud para este estudio y al final del capítulo después de una breve descripción de los enfoques de esta disciplina, identificar los ejes que me permitieron una mejor comprensión de la obesidad.

Teniendo a la antropología en salud como marco principal de la investigación, en el *capítulo dos* se delinea el proceso de diseño, análisis e interpretación que fue utilizado en este estudio a partir de tres modelos concatenados: a) un modelo figurativo para el diseño del modelo teórico-metodológico; b) el modelo teórico-metodológico para el desarrollo de una representación comprensiva de la obesidad extrema; y c) el modelo comprensivo de la obesidad extrema. Es a partir de este último modelo que nos aproximamos a la comprensión

de la obesidad, teniendo como núcleo la relación cuerpo/persona y como eje la trayectoria de atención del padecimiento.

En el *tercer capítulo* se presenta la primer fase del estudio donde se describe el contexto del programa de atención a la obesidad y de preparación a la cirugía bariátrica en el INCMNSZ lo que permite entender algunas condiciones que rodean las narrativas que se presentarán en el siguiente capítulo. En la segunda parte del capítulo se muestra el análisis estadístico de algunos datos cuantitativos que permitieron conocer las principales características sociodemográficas, clínicas y antropométricas de las mujeres atendidas con cirugía bariátrica en el 2012 y 2013 en el instituto y se describen las características de las mujeres que aceptaron ser parte de este estudio.

Para presentar las narrativas de las mujeres entrevistadas, en el *capítulo cuatro* se relata la historia personal de Linda, Marina, Julieta, Karina y Montse (todos ellos pseudónimos), lo que muestra algunos rasgos de su identidad narrativa, de la corporalidad y de su trayectoria de atención. Esto revela las potencialidades de las narrativas del padecer para analizar las trayectorias de atención.

Lo anterior es la base para el análisis y discusión que se encuentran en el *capítulo cinco*, donde se aborda cada nivel del cuerpo con las herramientas teóricas que se identificaron en el modelo del capítulo dos. En este último capítulo el análisis y discusión permiten identificar las estrategias de atención, los problemas de salud antes y después de la cirugía, identificados en el expediente y por las mujeres entrevistadas. Los elementos que se discuten en este capítulo van encaminados al diseño de una propuesta que integre la perspectiva de las mujeres en la atención y seguimiento después de la cirugía.

Por último se presentan las *conclusiones finales* donde se consideran los aportes principales de este estudio, se identifican las coincidencias y diferencias con las hipótesis propuestas inicialmente, se presentan los principales resultados, las fortalezas y limitantes de este estudio: por un lado el modelo propuesto permite diseñar algunas propuestas viables para la atención de las mujeres en el instituto y por otro lado se reconoce la necesidad de integrar nuevos elementos, perspectivas y prestadores de servicios de salud, lo que llevaría a desarrollar un nuevo modelo y nuevas investigaciones en el campo.

## CAPÍTULO 1

# CUANDO HABLAMOS DE OBESIDAD ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO REALMENTE? LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CONCEPTOS

*¿La obesidad?... Como una enfermedad silenciosa y mortal, te mata en todos los sentidos, la primera parte que te ataca es, pues sí definitivamente la parte psicológica, y pues sí tu autoestima se va por los suelos y no obstante ello, pues la gente te ayuda a sentirte peor, y si a eso le sumas que te sientes mal, que no hay ropa para ti y si a eso le sumas que la salud se te complica, (...), yo siento que es como un cáncer en la mente en el alma sientes que no vales nada, eso es lo que yo a mí me sucedió...*

Karina

La obesidad es un tema que ha sido abordado desde diferentes disciplinas en los últimos 50 años, por lo que en la actualidad resulta un tema sumamente controversial y resulta complicado dar respuesta a la pregunta de qué es la obesidad, lo que nos lleva a cuestionarnos si realmente estamos hablando de lo mismo.

Ante esta preocupación por reflexionar sobre los contenidos que dan sentido y orientan las decisiones en el desarrollo de políticas públicas para la atención y prevención de la obesidad, se plantea la necesidad de contar con un marco teórico que permita mostrar dónde y bajo qué condiciones se da la construcción del discurso de la obesidad como enfermedad. Con este interés retomo algunas de las propuestas de Foucault (2002), sobre el análisis de las formaciones discursivas como acontecimientos discursivos al identificar la emergencia, la enunciación, la formalización y la función del discurso.

El explicar detalladamente la propuesta de Foucault en su *Arqueología del saber* rebasa los límites de esta tesis, pero es importante explicar que la noción de *formación discursiva* es: “un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en el espacio, que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Castro, 2004:217)

Foucault (2002), considera cuatro reglas de formación en los enunciados de los discursos: la formación de los objetos, de las posibilidades enunciativas, de los conceptos y de las estrategias.

Para esta investigación retomamos el análisis de las formaciones discursivas, pero sólo de manera operativa ya que nos permite ubicar la unidad del discurso de la obesidad en su dispersión de enunciados y localizar la procedencia de esos discursos en las instituciones, disciplinas y prácticas no discursivas. Por lo tanto nos enfocaremos en buscar comprender la formación de los objetos y la formación de las posibilidades enunciativas.

A partir de este análisis iniciará nuestra justificación teórica que me permitirá situarnos bajo la perspectiva de la Antropología en Salud para apreciar desde un horizonte diferente las implicaciones de estas construcciones discursivas en la mujer que padece, entiende y atiende la obesidad. Con esta antesala se enmarca la propuesta presentada en el siguiente capítulo para el análisis de la obesidad desde un modelo que integre diferentes perspectivas.

### ***1.1 Emergencia. ¿Cómo pasamos de la gordura como una condición a la obesidad como enfermedad?***

Para Foucault una de las reglas principales para conocer la formación de un discurso es comprender la formación de los objetos. En este apartado, se localizan las primeras enunciaciones donde emergen los diferentes objetos del discurso de la obesidad actual. Por lo tanto, para esbozar una posible respuesta a la pregunta que guía este apartado es necesario tomar en cuenta cómo la obesidad ha formado parte de nuestra cultura, costumbres y status social a lo largo de la historia de diferentes grupos.

Anteriormente se hablaba de personas gruesas, grandes, gordas, robustas, corpulentas, entre otros términos, pero el hablar de personas obesas<sup>12</sup> no se da sino hasta recientemente. La palabra "obeso" viene del latín "*obedere*". Formado de las raíces *ob* (sobre, o que abarca todo, al encuentro frontal) y *edere* (comer, devorar), es decir "alguien que se lo come todo" (Morin, 2008 en Gutiérrez Galindo, 2011:12).

De acuerdo a Haslam (2007), Hipócrates (siglo V a.C) en la antigua Grecia hizo de las primeras asociaciones del exceso de peso con la enfermedad, la muerte prematura y la infertilidad, también desarrolló algunas hipótesis sobre la relación entre la dieta y la enfermedad: "una de

---

<sup>12</sup> En algunos textos encontrados al hablar de las personas con obesidad, se les denomina como personas obesas, lo cual no es correcto ya que la obesidad no es una característica que define a la persona. Instancias como *The Obesity Society* han determinado que lo adecuado es hablar de personas con obesidad, con diabetes con hipertensión, etc. Lo cual es diferente al hablar de manera individual, ya que el hablar de uno mismo, el reconocer que tengo obesidad implica que es algo que me es ajeno y tengo poco control sobre ella y al enunciarla como una persona obesa, implica que es parte de mi personalidad y por lo tanto tengo control del problema.

las causas que obligaron a estudiar el arte de restaurar la salud perdida, fue la gran diferencia que se observa entre la dieta de los sanos y la de los enfermos" (Haslam, 2007:32).

Papavramidou (2004 en González-González, et. al, 2008) hace una revisión de los trabajos de Galeno (siglo II a. ) sobre la obesidad, podría decirse que es de los primeros antecedentes para la definición y clasificación del peso:

*...usa tres términos para describir a una persona no delgada, los tres podrían ser considerados sinónimos de obesidad: pachis (gordo), efsarkos (regordete) y polisarkos derivado de poli: mucho/a y sarka: carne, un término quizá equivalente a lo que hoy definimos como obesidad severa...un paciente polisarkos es descrito por Galeno desde tres puntos de vista: fisiológico, práctico y estético. El enfoque fisiológico se refiere a exceso de carne, grasa o ambas. El concepto práctico lo describe como una persona que no puede caminar sin sudar, al sentarse no alcanza la mesa porque su estómago se lo impide, respira con dificultad o no es capaz de concebir ni lavarse. Por último, y con respecto a la estética, habla de aspecto húmedo y caliente, cara pálida, piel tersa, poco pelo, gran cantidad de grasa por el cuerpo y volumen extremo (González-González, et. al 2008: 189).*

Con respecto a la fisiología, Galeno la explica de manera similar que Hipócrates. A partir de los cuatro elementos y sus cualidades (agua: húmeda y fría, tierra: seca y fría, fuego: caliente y seco y aire: caliente y húmedo) surgirían los principios fisiológicos de los humores que también serían cuatro: bilis amarilla; bilis negra o atrabilis; sangre y pituita o flema. A partir de ellos se entendería la salud y la enfermedad:

*La salud se produciría por el equilibrio de los cuatro humores que no sería igual para todos los seres vivos...Dependería de su temperamento. El temperamento podría cambiar con el clima, con la edad, con el día y la noche... si se rompiera el equilibrio y se produjese una "plétora" humoral aparecería la enfermedad. La curación, por tanto, siempre consistiría en la "purgación" de los humores excesivos. Esta lógica anatómo-fisiológica lleva a tratar la gordura como el resto de las enfermedades: por medio de la expulsión de humores... (Puerto-Sarmiento, 2014: 354).*

De acuerdo con el mismo autor esta expulsión sería a partir de purgantes, en ocasiones incisiones en el vientre y las sangrías.

A la medicalización de la obesidad le anteceden conceptos e implicaciones culturales que influyeron en la manera de concebir el alimento y el cuerpo, en este caso la religión, judío-cristiana ha tenido su postura al respecto. Por ejemplo en "las reglas dietéticas israelitas, las leyes acerca de los alimentos *puros* e *impuros*, desarrollan la metáfora de la santidad. La santidad es unidad, integridad, perfección de individuo y de la especie" (Douglas 1973 en Contreras, 2007: 4). La religión cristiana inició las ideas sobre la glotonería con "San Agustín

en el siglo V y Gregorio I en el siglo VII, quienes incorporaron la gula<sup>13</sup> entre los siete pecados capitales “(Foz, 2006: 6).

Avicena (siglos X –XI) habla de los problemas del exceso de peso severo (Gutiérrez Galindo, 2011:13) todo ello en una de sus obras traducida como “*Canon de la Medicina*, relaciona el exceso de peso con problemas en la movilidad, en la respiración, la muerte súbita, la infertilidad y la falta de libido. Para tratarla aconseja la disminución de la ingesta, el aumento del ejercicio y los baños” (Puerto-Sarmiento, 2014: 356).

Con respecto a otros tratamientos y recursos usados en la edad media nos dice:

*...en el Toledo del siglo XI nos encontramos con Ibn Wafid, el Abenguafith de los farmacólogos latinos medievales, quien (...) escribió el texto titulado: Libro de los medicamentos simples. En él nos encontramos que para librarse de la flema empleaban, entre otros, agárico, asa fétida, ásaro, cártamo, bedelio, bórax, centaurea, euforbia, escila, flor de cobre, flor de sal, goma amoníaco, grano de índigo, hisopo, látex euforbiáceo, nueza, orégano, olmo, ortiga, papaver somniferum, sarcocola, tapsia, tomillo y turbit. Para librarse del agua: ciclamen, escoria de cobre, euphorbia pithuysa, leche de lechuga silvestre, mezereón, raíz de cohombro amargo, raíz de lirio, tártago y vid silvestre (Puerto-Sarmiento, 2014: 356).*

El mismo autor señala que debido a que estos tratamientos y recursos sólo estaban al alcance de personas muy poderosas y adineradas, se escribió el *Regimen sanitatis salernitanum* por autores de la Escuela de Salerno, entre los siglos XII y XIII, con el fin de que llegara a más personas los conocimientos de la enfermedad y sus tratamientos.

Un siglo después seguían retomando las teorías galénicas con respecto a la etiología “el médico bizantino Aetius (siglo XIV) atribuye el exceso de grasa a la dieta abundante, falta de ejercicio y crisis del cuerpo *temperamento*, según las teorías galénicas” (González-González et al., 2008: 189).

Más adelante a principios del siglo XVII, a los tratamientos ya utilizados (purgas, ejercicio, dieta y baños) se le agregó otro, los ácidos. La teoría de la acción astringente favoreció a que se considerara al limón, vinagre y los ácidos buenos para evitar la gordura:

*Los farmacéuticos franceses de la época confirman la idea y atribuyen al vinagre la capacidad de esculpir el cuerpo y atenuar las materias grasas... también se recomendaban jabones disolventes, como las píldoras de jabón, los grandes jabones de Venecia o las píldoras aloéticas emolientes, pues se consideraba al jabón diluyente y absorbente. En 1776, Georges-Frédéric Bacher dio su nombre a un tónico preparado con eléboro negro, mirra y carbón bendito. Que se recomendaba para evitar el*

---

<sup>13</sup> Comer y beber desordenadamente, en exceso.

*relajamiento y la insensibilidad corporal de las personas con exceso de grasa* (Puerto-Sarmiento, 2014: 357).

González-González (2008), considera que “la palabra obesidad, *obesus* en latín, aparece en un contexto médico por primera vez en la Vía recta (1660) del médico Tobias Venner y se refiere a la obesidad como un problema de clases acomodadas” (González-González, 2008: 189). Propone que la razón por la que el término de obesidad no se encuentra en otros textos de los siglos XVII y XIX puede ser porque haya sido mal visto y por ello se emplearán términos similares. Así, por ejemplo, el término corpulencia era más comunmente usado. Ésto lo podemos observar en el hecho de que primera monografía escrita en inglés, en 1727 por Thomas Short, fuera sobre la corpulencia y no sobre la obesidad: *Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure* (Foz, 2006).

El médico Joannes Baptista (1765 en Haslam, 2007) publica *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagata*<sup>14</sup>, donde no sólo reconoce la relación del exceso de peso con la enfermedad, también inicia la teoría anatomopatológica de la enfermedad, gracias a su descripción detallada de las víseras de un hombre y un mujerer. Algunos autores sugieren que este trabajo puede ser considerado un antecedente histórico de la obesidad androide o central, casi doscientos años antes de su descripción inicial por Jean Vague (Enzi, Busetto, et. al. 2003; Haslam, 2007).

A pesar de estos nuevos descubrimientos en la fisiología y anatomía, el tratamiento de la corpulencia se siguió enfocando en la dietas y en diferentes tipos de purgas y baños. Pero estos últimos fueron cada vez más novedosos. A partir de la recomendación del físico de Montpellier, Pierre Bertholon, sobre la influencia de la electricidad en los cuerpos sanos y enfermos, se estableciereo lugares específicos para su tratamiento. “A mediados del siglo XVIII se instaló en el Sena un baño termal, en donde se intentó la estimulación y tonificación de los las personas con obesidad mediante baños fríos, ...acompañados de estimulaciones eléctricas para provocar contracciones y secreciones” (Puerto-Sarmiento, 2014:358). Cada vez fue más común el establecimiento de lugares especializados en toda Europa, como es el caso de Emile Philbert, vicepresidente de la Sociedad de Hidrología Médica de París, quien estableció su propio método a base de purgantes, sudaciones, dieta alimentaria y ejercicios musculares en 1880 (Puerto-Sarmiento, 2014).

En el siglo XIX, la relación entre la estética, la masculinidad y la obesidad se expresa más claramente en los textos del famoso e ingenioso escritor, Brillat-Savarin:

---

<sup>14</sup> Las bases y causas de las enfermedades investigadas por la anatomía.

*[...] entiendo por obesidad ese estado de congestión grasosa en el que, sin que el individuo esté enfermo, los miembros aumentan poco a poco de volumen y pierden su forma y armonía primitivas. La obesidad perjudica la belleza al destruir la armonía de proporciones primitivamente establecidas, porque todas las partes no engordan por igual [...]* (Jáuregui, 2006: 304).

*Existe un tipo de obesidad que se centra alrededor de la barriga, yo nunca lo he notado en las mujeres: ya que generalmente se compone de tejidos blandos, y ninguna parte de su cuerpo está a salvo cuando los ataca la obesidad. Yo llamo a este tipo de gordura *Gastrophoria* y sus víctimas *Gastrophores* (Haslam, 2007:35).*

El estadístico, matemático y sociólogo belga Adolphe Quételet (1796-1874) fue criticado por la aplicación de los métodos estadísticos a las ciencias sociales y publicó en 1835 un estudio donde establece la curva antropométrica de distribución de la población belga y propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). “Este índice de Quételet, hoy día conocido como índice de la masa corporal (IMC) y absolutamente generalizado como medición de la obesidad en estudios epidemiológicos y clínicos, fue olvidado, tras su descripción por su autor, hasta muy avanzado el siglo XX” (Foz, 2006:13).

A pesar de la relación con enfermedades la presencia de los criterios estéticos y morales, eran más fuertes y habían dejado al exceso de peso fuera de las enfermedades durante siglos, sólo se podía considerar a las consecuencias como parte del concepto de “enfermedad”. Hoy la obesidad es considerada como una enfermedad a escala mundial. Por lo anterior surge la interrogante de cuándo se logró sobreponer el discurso de la obesidad como enfermedad entre tantos otros.

Jauregui y la colección histórica de la OMS, concuerdan con que:

*... En 1900 el gobierno francés convocó la primera Conferencia Internacional de la Revisión de la Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción. En la Nomenclatures des Maladies de Bertillon (1903) no aparece referencia alguna a la obesidad ni al sobrepeso, haciéndose mención en el apartado *Autres maladies générales a la Graisseuse généralisée*<sup>15</sup>. Recordemos que *Graisseuse* se traduce como *graso(a)*, *adiposo(a)*. En la revisión de 1909 y 1921 sigue figurando lo mismo. En la revisión de 1938 nos encontramos por primera vez, con el término *obesidad*, al hacer referencia a la *Obésité Pituitaire*, *Obésité Suprarrénale* y *obésité* (Jáuregui, 2006: 305).*

En Francia resalta el trabajo del endocrinólogo Jean Vague, quien en 1947 realizó una descripción que definía las características de la obesidad androide y ginecoide, y daba una explicación metabólica a las diferencias de las complicaciones con respecto a la distribución

---

<sup>15</sup> Otras enfermedades que en general tiene grasa generalizada.

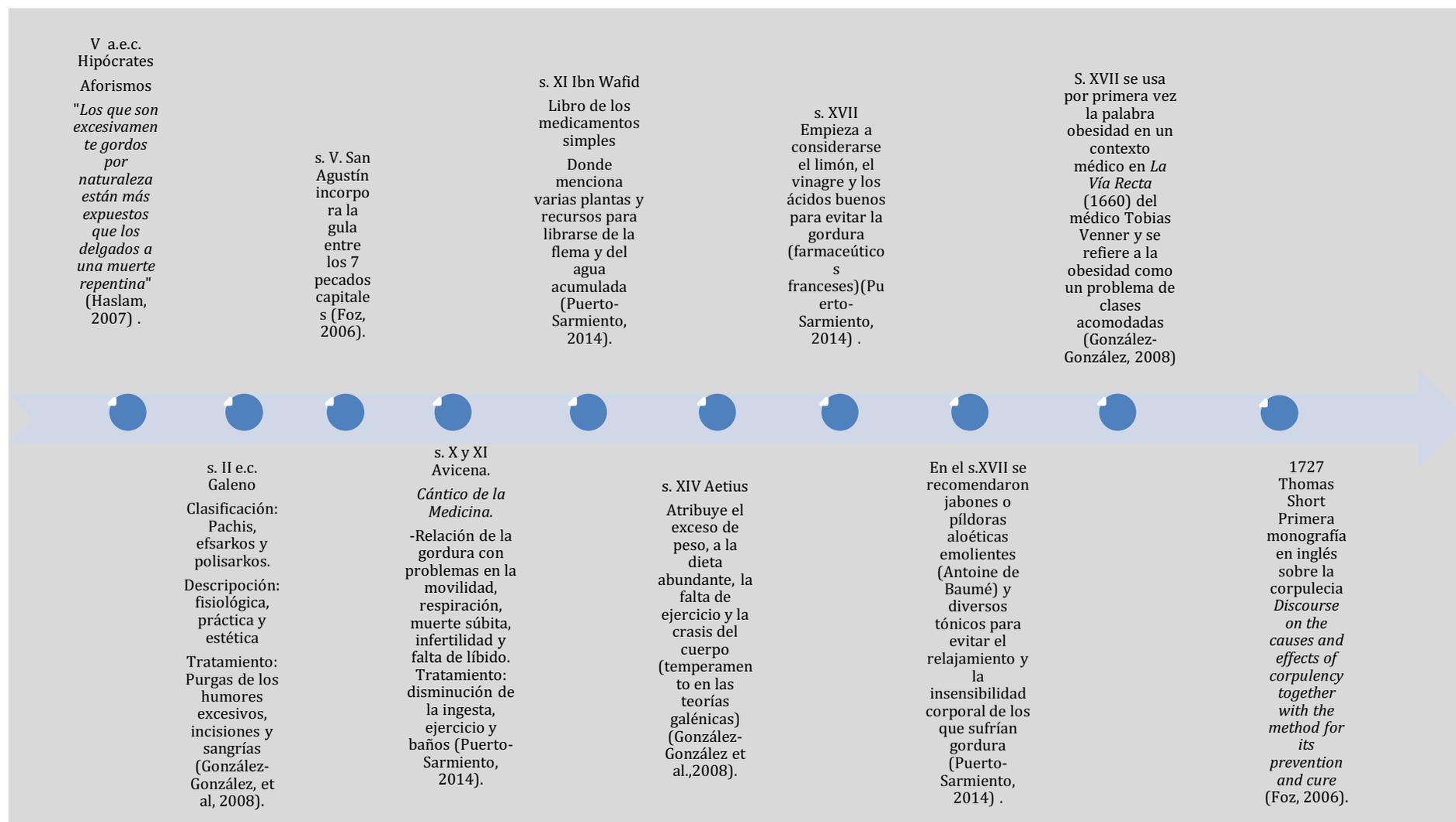
corporal de la grasa. Sus trabajos tuvieron gran aceptación por la comunidad científica internacional y los *National Institutes of Health* (NIH) de Estados Unidos en 1989 (Foz, 2006: 15; Haslam, 2007: 35). Poco después las compañías de seguros estadounidenses, preocupadas por la salud comienzan a establecer “el peso ideal” y las clasificaciones del sobrepeso y la obesidad como lo describe González-González:

*En 1959 la Metropolitan Life Insurance Company, preocupada por su cuenta de resultados y los efectos negativos de la obesidad para su negocio, hace los primeros intentos para definir el peso ideal, es decir, el que estadística y teóricamente permite mayor longevidad para una altura y sexo determinados, y así clasificar la obesidad. En 1960 establecen que un índice de masa corporal (IMC) 30 debe ser considerado científicamente obesidad. La Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica, años más tarde, fija que un IMC igual o mayor de 40 será catalogado como obesidad mórbida (OM) (González-González et al., 2008: 189).*

Si bien todos estos acontecimientos fueron la antesala que llevaron a que en 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificara a la obesidad como una enfermedad (Heshka y Allison, 2001) es importante señalar que desde que fue incluida en el catálogo de enfermedades de la OMS, diferentes grupos e investigadores han discutido ampliamente este punto y aún existen posturas opuestas. Poco después en los años 80 del pasado siglo, el índice de Quételet fue adoptado como mejor medida para la cuantificación del grado de obesidad. “Las campañas de prevención impulsadas por diferentes gobiernos en los años 90 popularizaron dicho índice” (Jáuregui, 2006: 308).

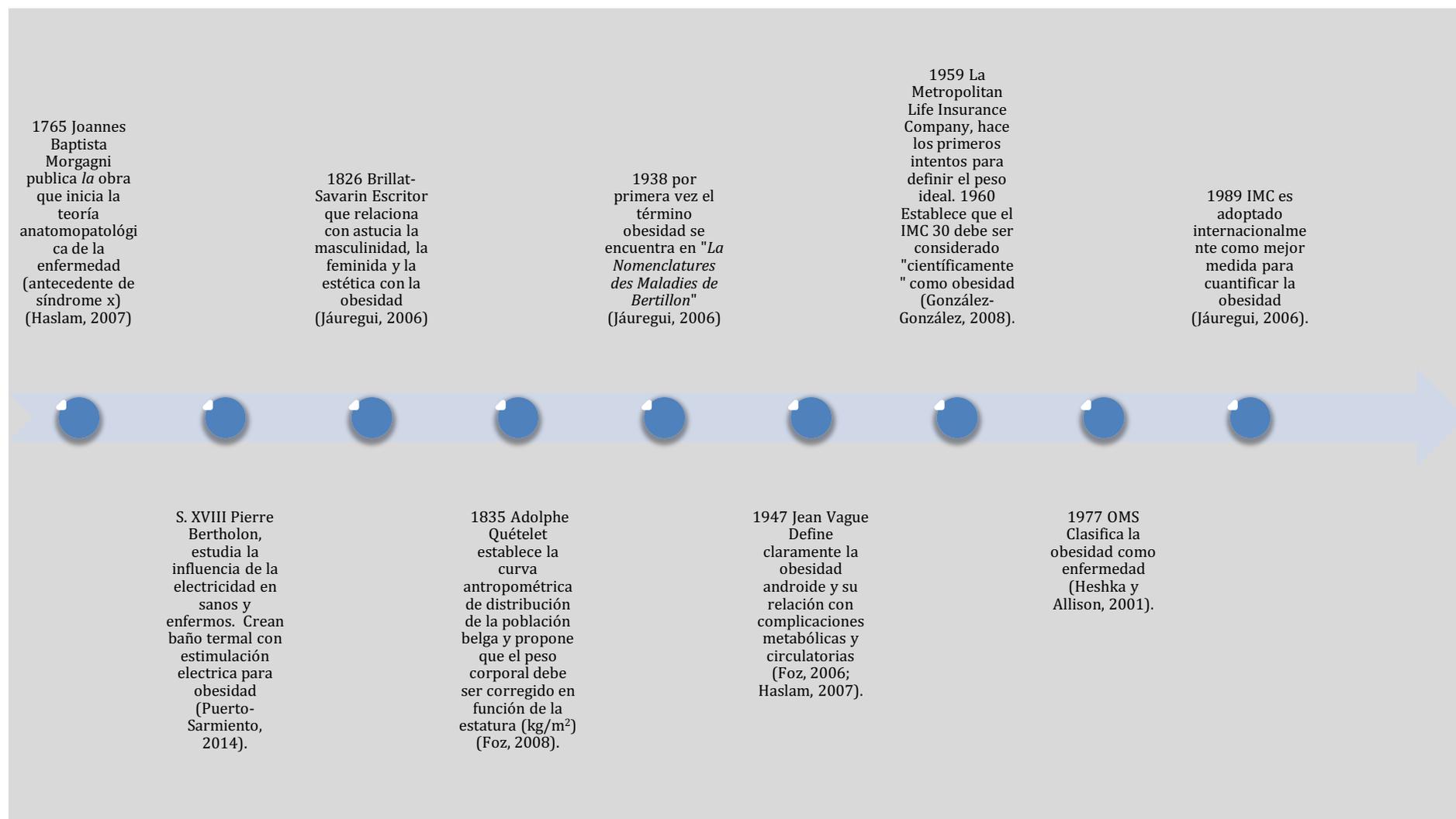
A continuación se exponen, en una línea del tiempo, los acontecimientos mencionados en los párrafos anteriores con el propósito de observar de manera sintética la transformación de las formas de entender, enunciar y dar atención al exceso de peso a través del tiempo. Se han seleccionado los acontecimientos considerados más significativos, ya que permiten comprender cómo se ha transformado el discurso de la obesidad hasta llegar a ser considerada como una enfermedad.

Figura 1: Línea del tiempo: antecedentes de la obesidad\*



\*Fuente: de elaboración propia con base en la información de Haslam, 2007; Foz, 2006; Puerto-Sarmiento, 2014; González et al, 2008 y Jáuregui, 2006.

Figura 2: Continuación de la línea del tiempo: antecedentes de la obesidad\*



\*Fuente: de elaboración propia con base en la información de Haslam, 2007; Foz, 2006; Puerto-Sarmiento, 2014; González-González, et al, 2008; Jáuregui, 2006 y Heshka y Allison, 2001.

A partir de esta descripción, es posible comprender que:

1.- Durante gran parte de la historia lo que conocemos hoy como obesidad no ha sido considerada como enfermedad. En algunas culturas, principalmente en Europa existen registros que permiten ver que sí se ha identificado como un problema práctico, estético o de salud, ya que se han buscado recursos y formas para tratarla.

2.- La confusión existente en la forma de entender la obesidad como enfermedad se debe en parte a la reciente inclusión de la misma en la clasificación internacional de enfermedades y, por otra parte, porque los parámetros considerados para definición y clasificación de la obesidad fueron propuestos inicialmente para cubrir los intereses de las aseguradoras de vida, lo cual influye en que no sea una definición precisa.

3.- Existe una asimetría en la forma de entender la obesidad ya que no existe un claro consenso en los grupos médicos con respecto a la noción de enfermedad, su definición, medición, atribución de muertes y medicalización de la poblaciones en riesgo. Del otro lado de la balanza, para las personas que la padecen es aún más difícil considerarla como enfermedad, por lo que es más fácil considerarla como un problema estético, práctico o de salud que no necesariamente debe ser atendido por un médico.

En el capítulo 4 y 5, se podrá observar que para algunas mujeres entrevistadas la obesidad es más una enfermedad psicológica, para otras se asocia a enfermedades pero no es claro su rol como enfermedad y para todas el término obesidad no es usado y en su lugar prefieren hablar del exceso de peso o sobrepeso.

## ***1.2 Delimitación y especificación. ¿Desde qué instancias se estudia la obesidad actualmente?***

En el apartado anterior se expusieron, algunos acontecimientos relacionados con la formación del objeto del discurso de la obesidad. Se buscó mostrar la multiplicidad de ideas que han rodeado esta condición física, las rupturas, los puntos de coincidencia y la función del discurso que ha desempeñado un papel importante en las prácticas para la atención y prevención del exceso de peso, ahora denominado como sobrepeso y obesidad.

A continuación analizaremos la formación de las modalidades enunciativas, es decir, las principales instancias que han posibilitado, mantenido y cuestionado los discursos de la obesidad como enfermedad. Con el fin de hacer explícitas las diferencias, similitudes y complementariedades de cada una, he separado dichas instancias en dos áreas de estudio: las ciencias médicas y sociales<sup>16</sup>.

Es importante apuntar que como menciona Prats, “al hablar de ciencia se debe hacer una distinción entre ciencia como proceso de investigación y ciencia como producto final, es decir como conocimiento científico” (Prats, 2012: 4). En el análisis de los discursos de la obesidad, se buscará comprender los productos (conocimientos y discursos) que han surgido en diferentes áreas y las funciones del discurso en las prácticas académicas, políticas y cotidianas.

### **1.2.1 Ciencias médicas**

Para fines prácticos, he agrupado en esta área aquellos campos de investigación o práctica que tienen en que ver con la medicina, como son la medicina básica (anatomía, fisiología, genética, farmacología, etc.), la medicina clínica (medicina interna, cirugía, psiquiatría, nutriología, etc.), las ciencias de la salud (salud pública, medicina social, epidemiología), entre otras.

#### **Medicina básica**

Es un área que no se relaciona con la práctica de la medicina, sino aplica todos los principios de las ciencias naturales en la práctica clínica mediante el estudio e investigación de los procesos fisiopatológicos considerando desde las interacciones moleculares hasta el

---

<sup>16</sup> Por fines prácticos hemos decidido hacer esta clasificación, ya que nos permite presentar dos áreas que se han aproximado a la obesidad desde teorías y metodologías diferentes.

funcionamiento dinámico del organismo a través de las metodologías aplicadas en la biología, química y física (Gaines y Davis-Floyd, 2004).

Desde esta área, las principales aproximaciones en el estudio de la obesidad mórbida o extrema, podrían ser en dos líneas, la genómica y la farmacológica.

Las **ciencias genómicas** han tenido un acelerado avance en los últimos años principalmente por el Proyecto del Genoma Humano (PGH). Han existido diferentes posturas y preocupaciones por ejemplo con el descubrimiento de la estructura y función del ADN en los años 50, “se difundió la idea de que se había dado con las claves últimas de la vida... toda la dinámica de la vida quedaba reducida a su base genético-molecular” (Marcos, 2011: 2). Bajo esta idea se pensaba que todos los organismos vivos son producto del genoma, así al conocer minuciosamente los genes humanos se tendría la información necesaria para manejar la vida humana, específicamente las patologías. En el año 2003, el PGH logró mostrar la secuencia completa del genoma humano, pero se descubrió que al parecer no todo estaba en los genes:

*Se encontraron menos genes de los previstos y al parecer son poco significativos ya que la expresión de los genes se halla modulada por otros genes y por factores epigenéticos. Por añadidura, la expresión genética está condicionada por patrones de desarrollo y por factores ambientales. Súmese a ello el hecho de que en la construcción de un solo rasgo fenotípico pueden estar implicados muchos genes y un solo gen puede trabajar en la de varios rasgos (Marcos, 2011: 3).*

Así se da lo que algunos científicos como Gómez-Córdova (2011) llaman la era post-genómica, en donde se da la medicina genómica.

*Ésta se fundamenta entre otros elementos en: a) El entendimiento de las características biológicas de los individuos y del proceso salud-enfermedad como resultado de una interacción dinámica entre los genes y el ambiente, que puede ocasionar la alteración de la función de un gen debido a mutaciones, la falta o exceso de un cromosoma o de un gen y b) en el hecho de que los seres humanos comparten el 99.9% de las secuencias del Ácido desoxirribonucleico (ADN) y que solo el 0.1% difiere entre una persona y otra (Gómez-Córdova, 2011: 74).*

En esta nueva perspectiva, la medicina genómica busca que los programas de prevención y tratamiento de la obesidad, incorporen sistemáticamente consideraciones sobre la susceptibilidad genética del individuo con obesidad (Corella y Ordovás, 2014). De los avances y limitaciones de los mismos, que se han dado en el tema de la obesidad destaco lo que describe Corella:

*Se han podido conocer decenas de nuevos genes asociados con la obesidad, fundamentalmente la obesidad común, y también algunos casos de obesidad mórbida (...) se han publicado polimorfismos que más consistentemente se han asociado a los distintos fenotipos de obesidad en diferentes países (...). También los estudios de*

*expresión génica en diversos tejidos, fundamentalmente en tejido adiposo, han contribuido al conocimiento de nuevos genes relevantes en la etiología de la obesidad. Sin embargo, los estudios de asociación que solo analizan la relación entre genotipo y fenotipo están asumiendo el principio de determinismo genético, y de esta manera están olvidando la importancia de las interacciones ambientales en la modulación de los efectos (Corella, 2011: 60).*

Así que en este esfuerzo de integrar las interacciones ambientales en la modulación de los genes, se han dado nuevas disciplinas cada vez más especializadas, como la nutrigenómica y la nutrigenética. De acuerdo a Corella y Orovás (2014), se ha observado que:

*De todos los factores ambientales, además del ejercicio, la dieta es el que se ha mostrado más relevante. Esto ha dado lugar al nacimiento de una disciplina, la Genómica Nutricional, que engloba nutrigenética y nutrigenómica y que tiene un papel muy relevante en la etiología de la obesidad al estudiar las interacciones entre el genoma y la dieta en los fenotipos relacionados con obesidad (Corella y Orovás 2014: 217-218).*

En la era post-genómica y de la medicina genómica, podemos encontrar estudios cada vez más específicos. Existen aquellos que han buscado la asociación de diversos polimorfismos y su influencia en los resultados de la cirugía bariátrica a dos años en pacientes con obesidad severa en los que no se han encontrado asociaciones significativas (Gorgojo, et al, 2011).

Todo esto nos habla de la importancia que está teniendo este campo del conocimiento, que trata de encontrar respuestas sobre la influencia genética en el riesgo de la enfermedad, sin comprender aún la gran variación interindividual de los efectos de factores ambientales.

En el caso de **la farmacología** se han desarrollado numerosos medicamentos por un lado para corregir el metabolismo y los defectos moleculares; y por otro lado las situaciones carenciales del enfermo con obesidad. Parra (2010) resume la transición del tratamiento farmacológico en los últimos años:

*El tratamiento farmacológico de la obesidad ha cambiado de manera substancial en la última década, los primeros intentos por manejar esta enfermedad ocurrieron en 1893 con extractos de tiroides para lograr efectos en el peso corporal, lo cual llevó a que los pacientes desarrollaran síntomas de hipertiroidismo con consecuencias catabólicas sobre hueso, músculo y corazón; asimismo, el dinitrofenol cuando fue utilizado por primera vez en 1933 para este fin, ocasionó neuropatía y cataratas, por lo que fue discontinuado. La introducción de las anfetaminas en 1937 fue seguida por reportes de adicción; en 1971 aminorex o aminoxafen, un supresor del apetito también fue retirado del mercado farmacéutico por ocasionar hipertensión pulmonar. De la misma manera, en 1996 se publicó un reporte de 24 casos de mujeres que desarrollaron una forma inusual de enfermedad cardíaca valvular mientras fueron tratadas con fenfluramina y fentermina (Parra, 2010: 220).*

La sibutramina aprobada en 1997, fue suspendida en Europa y otras regiones desde enero 2010. De acuerdo con García-García y Mancillas-Adame (2010), las causas del retiro de la sibutramina se pueden dividir en las estrictamente científicas derivadas de estudios controlados como el estudio SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes) y las que derivan del uso del fármaco en la práctica clínica. En cuanto a la seguridad del fármaco se identificó que los individuos con enfermedad cardiovascular preexistente tenían un aumento en el riesgo de desarrollar infartos cardíacos no fatales y eventos cerebrovasculares no fatales, aunque no aumentó el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares de otro tipo. La *Agencia Europea de Enfermedades y*, diez meses después la *Food and Drug Administration* (FDA), decidieron retirarla por el alto riesgo de los pacientes con sobrepeso y obesidad a padecer problemas cardiovasculares y las dificultades para identificar bien a los individuos con dichos problemas. El medicamento se conoce bajo marcas como Meridia®, Sibutrex® y Reductil®. En nuestro país simultáneamente la *Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios* (COFEPRIS) empezó una campaña de vigilancia para regular el uso de sibutramina en fármacos y productos “milagro”. Aún existen reportes de la misma instancia que alertan sobre productos, principalmente suplementos alimenticios que utilizan sibutramina y fenolftaleína (COFEPRIS, 2014; MILENIO, 2014).

Varias investigaciones coinciden en la necesidad de desarrollar nuevos fármacos para tratar la obesidad, pero los riesgos, los mecanismos de acción y las normas actuales para el desarrollo de medicamentos hace que sea un proceso largo, tal y como lo expresa Ribas-Ozonas:

*...los investigadores buscan diseñar moléculas que incidan en el metabolismo, en los mecanismos fisiológicos y bioquímicos moleculares del paciente obeso, y en los sutiles mecanismos neuroendocrinos, muchos de los cuales aún se desconocen en toda su extensión. Esta singularidad hace que los fármacos para obesidad tengan un proceso de investigación y desarrollo hasta su aplicación en pacientes que media entre de los 7 a 10 años. Incluso hay moléculas que llevan ya más de 2 décadas en investigación, hasta superar las fases desde la 0 hasta la fase clínica IV* (Ribas-Ozonas, 2014: 320).

El fármaco que sigue usándose sin riesgos en la actualidad es el orlistat, que se presenta con diversos nombres comerciales. Fue aprobado en 1999 por la FDA, su acción consiste disminuir un 30% la absorción de grasa de los alimentos (Parra, 2010). Esto lo hace inhibiendo las lipasas gastrointestinales con una eficacia moderada para disminuir el peso corporal entre 3-5% (Llarga, 2015). Es importante destacar que se usa como coadyuvante del tratamiento junto con la dieta, ejercicio y terapia conductual, además mejora los valores de la presión arterial y el colesterol LDL, que se reducen más de lo esperado que por la sola pérdida de peso (Wilborn et al., 2005). Aunque deben tomarse en cuenta sus efectos adversos como:

*...evacuaciones aceitosas, dolor abdominal, mayor número de evacuaciones, flatulencias, urgencia fecal, en algunos pacientes se ha presentado incontinencia fecal; además, puede disminuir la absorción de vitaminas liposolubles principalmente la vitamina D, por lo que se recomienda un suplemento de estas vitaminas, dos horas antes de la administración del orlistat (Parra, 2010: 224).*

En el 2012, fueron aprobados dos nuevos fármacos para tratar la obesidad, la lorcaserina y una combinación de drogas (fentermina/topiramato). La lorcaserina conocida como Belviq®, tiene actividad serotoninérgica, como la sibutramina, pero en diferentes receptores del hipotálamo lo que activa la producción de proopiomelanocortina, produciendo saciedad y promoviendo la pérdida de peso. Hasta ahora no se han visto efectos cardiocirculatorios, ni de riesgo de valvulopatía, y de hipertensión pulmonar (Politi e Isolabella, 2013).

El caso de la fentermina/topiramato conocida como Qsymia® ha sido controversial.

*La FDA fue muy cauta respecto de la aprobación de este producto ya que la fentermina formaba parte de la combinación de fentermina y fenfluramina que fue retirada del mercado por efectos adversos cardiovasculares de la fenfluramina. A pesar de eso se siguió comercializando en EUA (Politi e Isolabella, 2013: 188).*

Teniendo en cuenta los cambios favorables sobre la presión arterial y la pérdida de peso, la FDA concluyó que el balance riesgo-beneficio era favorable. Los efectos adversos de Qsymia® que se han observado con una frecuencia de aparición  $\geq 5\%$  en los estudios fueron parestesias, mareos, alteraciones del gusto, insomnio, constipación y xerostomía<sup>17</sup>. Aún no cuenta con estudios de seguridad cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria, por lo que se recomienda monitorear la frecuencia cardiaca (Politi e Isolabella, 2013).

La industria farmacológica sigue incentivando el desarrollo de nuevos fármacos y actualmente más de veinte preparaciones se hallan en estudio en las diferentes fases, además de los numerosos principios activos de diversa naturaleza que se encuentran en experimentación y desarrollo (Ribas-Ozonas 2014).

## **Medicina clínica**

Por la medicina clínica, he considerado a aquellas áreas que tratan directamente con los pacientes con un fin preventivo o terapéutico. En el caso de la atención a la obesidad, se han destacado la cirugía bariátrica, la nutriología y la psiquiatría.

A partir del siglo XIX y XX:

*...se han tratado de desentrañar los neurotransmisores, las hormonas y enzimas que participan en la acumulación de grasa, pero el paradigma del balance energético*

---

<sup>17</sup> Sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

*entre calorías ingeridas y gastadas es el más ampliamente aceptado por la comunidad científica* (Puerto-Sarmiento, 2014: 366).

Actualmente el abordaje de la obesidad especialmente de la obesidad severa busca ser un abordaje integral y agresivo que promueva la disminución de peso a través y principalmente, de la modificación de la dieta, la actividad física y el estilo de vida.

En **la medicina** “las técnicas quirúrgicas para la reducción de peso, se han ido perfeccionando, especializando y renovando, al igual que los criterios de selección de sus candidatos” (Lecaros-Bravo et al., 2015:1505). Los inicios de la cirugía bariátrica datan de 1954, cuando se realiza la primer derivación yeyuno ileal, con el objetivo no de combatir la obesidad sino la hipercolesterolemia (Jáuregui, 2006). A partir de entonces el aumento de estudios para la innovación técnica y tecnológica de la cirugía bariátrica ha ido en aumento. El respaldo de los Institutos Nacionales de Salud en México, y de las asociaciones médicas en Estados Unidos de América (*American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*), han permitido que se posicione la cirugía bariátrica como la intervención más efectiva para la pérdida de peso en la obesidad severa (Mechanick et al., 2009).

*La Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica* (ASBS) considera a la cirugía bariátrica como la única técnica efectiva para la pérdida de peso en personas con obesidad severa. Existen diferentes técnicas, pero se han difundido más por su efectividad las que tienen un componente de mala absorción como el bypass gástrico (BPG) y la derivación biliopancreática (DBP) que reducen entre 48 y 85% del exceso de peso (Papapietro V, 2012); en el INCMNSZ se han reportado pacientes con el bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux con una reducción del 73% del exceso de peso perdido (Romero-Ibargüengoitia et al., 2009). Uno de los grandes beneficios de la cirugía bariátrica es para los pacientes con diabetes tipo 2<sup>18</sup>, hipertensión, apnea obstructiva del sueño, reflujo y asma, ya que del 80-100% de los casos mejoran, se revierten o se resuelven (González-González et al., 2008). Además, confiere a los pacientes mayor sobrevida y una disminución en la mortalidad general que puede ser de hasta el 28% según el estudio SOS (Swedish Obese Subjects) (Wadden, et al., 2007).

---

<sup>18</sup> La cirugía bariátrica puede mejorar, en el caso de la Diabetes tipo 2, tanto la resistencia a la insulina como su secreción a través de mecanismos distintos a la pérdida de peso, probablemente debido a cambios en las hormonas gastrointestinales. En muchos pacientes la remisión de la diabetes tiene lugar pocos días después de la cirugía y mucho antes de que se produzca una pérdida de peso significativa (Burguera y Ruiz de Adana, 2012). Este desarrollo quirúrgico, paralelamente, ha potenciado el papel de las hormonas intestinales y su aplicación en el tratamiento de esta enfermedad (Seeley et al., 2015).

A pesar de las diferencias en las técnicas quirúrgicas se observan similitudes, como: a) la reducción del peso ocurre durante los 12 a 18 meses que siguen a la intervención, aun en pacientes con IMC superiores a 50; b) la principal causa de la pérdida de peso es la disminución de la ingestión de energía debido a la restricción alimentaria impuesta por la cirugía; c) existen cambios en las concentraciones de hormonas que controlan el apetito y el metabolismo energético favoreciendo la anorexia y el estímulo de la lipólisis; d) cuando se utilizan técnicas que incluyen bypass de segmentos intestinales, existe un aumento en la velocidad de tránsito (Brolin et al., 2002 en Papapietro V, 2012).

Lo anterior ha favorecido cambios en los criterios establecidos para los candidatos a este tipo de cirugías, como indican Lecaros-Bravo y colaboradores (2015):

*...las indicaciones vigentes para cirugía bariátrica se hayan flexibilizado de tal manera que se ha disminuido el IMC a < de 35 y se ha extendido la edad, pudiendo operarse adolescentes y adultos mayores. Todo indica que, en la medida que estas técnicas sean más efectivas y seguras, las restricciones tenderán a desaparecer (Lecaros-Bravo et al., 2015: 1505).*

Los tratamientos bariátricos se han orientado a personas que fracasan con otros tratamientos como la dieta, el ejercicio y medicamentos para la reducción de peso, siendo éste uno de los criterios actuales de selección, sin embargo, no existe consenso sobre los posibles criterios y contraindicaciones para la cirugía bariátrica. Algunas contraindicaciones sugeridas incluiría como señala Montt y colaboradores (2005) el abuso de sustancias psicoactivas causantes de farmacodependencia, retardo mental, trastorno psicótico, bulimia nerviosa o alguna condición psicopatológica importante. Algunas investigaciones recomiendan que a los pacientes que no pueden comprender la naturaleza de la intervención quirúrgica y las medidas permanentes necesarias para mantener un nivel aceptable de salud no se les deben ofrecer tales procedimientos (Arrizabalaga et al., 2003; Montt et al., 2005; Picot et al., 2009).

A pesar de que por un lado han mejorado las técnicas quirúrgicas ofreciendo mayor seguridad postquirúrgica y efectividad en la reducción de peso también existen datos que señalan la otra cara de la cirugía:

*...en el otro lado de la balanza, la cirugía bariátrica puede tener efectos negativos por la alteración de los procesos de digestión y absorción de nutrimentos, oligoelementos, vitaminas, etc. Esos déficits nutricionales no suelen observarse tras la colocación de una banda gástrica ajustable (técnica restrictiva), pero su incidencia es progresiva a medida que los pacientes se someten a una técnica con resección (gastrectomía vertical), mixta (bypass gástrico) o malabsortiva (derivación biliopancreática). Los cambios anatómicos del tracto digestivo proximal alteran la absorción de hierro, vitamina B12, calcio y en algunos pacientes con asas intestinales largas excluidas o*

*derivadas, la de elementos traza y vitaminas liposolubles (Burguera y Ruiz de Adana 2012: 275).*

Como consecuencia de estos cambios, es frecuente presentar fracturas, anemia megaloblástica, ferropenia, síntomas neurológicos, circulatorios, ceguera nocturna y desnutrición por hipoproteïnemia. De acuerdo con Burguera y Ruíz de Adana (2012) todo ello, puede evitarse con un seguimiento y soporte nutricio adecuado y señala que:

*...los pacientes bariátricos operados suelen ser jóvenes y por tanto durante toda su vida, pueden desarrollar otros procesos abdominales inflamatorios u oncológicos, que pueden manifestarse con síntomas superponibles o solapados con la cirugía y pasar desapercibidos con el consiguiente retraso diagnóstico y terapéutico. El obeso está expuesto a gastritis, infección por *Helicobacter pylori* y úlceras de boca que son fuente de epigastralgias y en ocasiones de sangrado digestivo, sobre todo en aquellos fumadores o con ingesta de AINES; sin olvidar las complicaciones biliares difíciles de resolver (Burguera y Ruiz de Adana, 2012: 276).*

Existen diversos estudios que han analizado el papel de diferentes deficiencias nutricias con la depresión (Tapia-Saavedra, 2005: Campagne, 2012), lo que puede estar relacionado con los trastornos de ánimo que se presentan en 40% de los pacientes que no los presentaban antes de la cirugía como lo menciona (Bustamante, et al 2006: 483).

Las investigaciones orientadas al seguimiento de personas con cirugía bariátrica son escasas e indican que con el tiempo los pacientes vuelven a subir de peso. Según Papapietro (2012):

*...el aumento de peso después de la cirugía, se ha visto en todas las series mayores de 2 años. Se ha reportado entre un 20% y un 87% de sujetos con reganancia de peso en distintas muestras, donde la magnitud de la ganancia es en promedio 10 kg., ocurriendo entre los 3 y 6 años después de la cirugía. A esto agrega, que la reganancia de un 25% del peso perdido previamente es considerada por algunos autores como un criterio suficiente para realizar una cirugía revisional, más aún si con la nueva alza reaparecen también las comorbilidades como la Diabetes (Papapietro V, 2012:84).*

En este sentido, podemos inferir que la cirugía bariátrica es la estrategia más efectiva para la reducción de peso y se pone de manifiesto la urgencia de ver más allá de las técnicas quirúrgicas y buscar mejores estrategias para el seguimiento de los pacientes.

**La nutrición** como disciplina clínica tuvo mayor relevancia en el siglo XX, ya que pasó de estudiar el metabolismo energético, la fisiología de los alimentos y nutrimentos, a estudiar las vitaminas, la enzimología, la biología molecular, la genética, el papel de la dieta en el desarrollo y prevención de las patologías, entre otras cosas (Sánchez-Samayoa, 2004). La obesidad desde la nutrición busca atenderse mediante el control del balance entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos. Existen diferentes propuestas de intervenciones dietéticas que pueden ser ofrecidas desde un programa de salud para

promover la disminución de peso como medida terapéutica o desde un programa comercial para promover la pérdida de peso. Las intervenciones nutricionales que se usan en programas de salud buscan basarse en guías dietéticas de asociaciones internacionales como *The Academy of Nutrition and Diabetes* o *The American Heart Association*, que establecen criterios para el manejo del peso, como los objetivos de la intervención, los elementos básicos para una asesoría dietética, los elementos a considerar de la composición de la dieta, las porciones, frecuencia de consumo, intervenciones para el comportamiento alimentario, entre otras recomendaciones (ADA, 2009; Wilborn et al., 2005). Las guías anteriores suelen establecerse a partir de la perspectiva basada en evidencia, que busca estandarizar los criterios de revisión y evaluación de los estudios publicados, que permitan asignar grados de recomendación para la atención clínica.

Algunas de las recomendaciones clasificadas como “fuertes”, recomendadas por la ADA (2009) más utilizadas en el ámbito clínico son:

- a) Para el tratamiento y seguimiento: se establece que el uso del IMC y el perímetro de cintura son los más adecuados para la clasificación de la clase de obesidad y para determinar la efectividad de la intervención durante el seguimiento; es indispensable que sea una intervención integral que incluya asesoría nutricional, de actividad física y terapia para conducta alimentaria; con una duración adecuada de la intervención de al menos 6 meses para la disminución de peso y un programa de mantenimiento después del mismo; estableciendo metas reales y alcanzables como una disminución de al menos 10% del peso inicial y estableciendo el gasto energético en reposo con fórmulas adecuadas para personas con obesidad.
- b) Con respecto a la intervención dietética: se considera necesario el uso de dietas reducidas en energía, individualizadas, que pueden ir de una disminución de 500-1000kcal; el consumo calórico debe ser distribuido en 4-5 comidas al día a partir de un programa de porciones controladas y de ser necesario sustitutos de comidas, todo acompañado de una educación nutricional individualizada.
- c) Selección de la composición dietética: la elección de alguna dieta específica debe ser a partir de las necesidades del paciente y grupo de investigación, en el caso de la obesidad las dietas bajas en hidratos de carbono (<35%) han probado tener mejores resultados en la reducción de peso en 6 meses, pero debe ser cuidadoso su uso en pacientes con osteoporosis, enfermedades renales y con alteraciones en sus

concentraciones de colesterol de baja densidad; se identificó que las dietas de bajo índice glucémico no son adecuadas para el mantenimiento de la disminución de peso.

- d) Actividad física e intervenciones del conductuales: se debe establecer un programa de actividad física individual, donde se acumulen al menos 30 minutos diarios de algún tipo de actividad; por otro lado se deben utilizar múltiples herramientas para una terapia conductual como el auto-monitoreo, el manejo de estrés, el control de estímulos, reestructuración cognitiva, manejo de la contingencia, soporte social, entre otras.
- e) Medicamentos y cirugía bariátrica: profesionales en nutrición deben colaborar con profesionales que decidan indicar medicamentos aprobados a los pacientes que cumplan con los criterios continuando con la educación nutricional, del mismo modo deben colaborar en la preparación para la cirugía bariátrica, en el seguimiento y suplementación post-quirúrgica.

El diseño de la intervención nutricional depende de muchos factores, como las características de los pacientes y sus necesidades, los recursos materiales y humanos del profesional o del equipo de salud, las condiciones sociales y culturales del paciente y equipo de salud, entre otros. Por ejemplo algunas prefieren ser más cuidadosas con los riesgos psicosociales al considerar una disminución progresiva y gradual para evitar la aparición de alteraciones emocionales. Después de la primera fase del tratamiento que implica la reducción del 10% del peso en un plazo de 3 a 6 meses se buscará continuar la reducción paulatina o al menos evitar la ganancia del peso perdido. Es crucial para el mantenimiento que los cambios de hábitos logrados en el paciente no se abandonen, ya que es común que una vez alcanzado el peso deseado, se retorne a la dieta previa al tratamiento y se abandone el plan de ejercicio. El mantenimiento exitoso se define como la ganancia de menos de 3 kg en dos años y una reducción sostenida del perímetro de cintura de al menos 4 cm (Vargas, 2010).

También desde este campo, se han buscado vínculos entre los diferentes estados de nutrición por etapas de la vida y su relación con el desarrollo de la obesidad por ejemplo; la relación de desnutrición en etapas tempranas con la obesidad en la edad adulta (Sawaya 2004 en Vásquez-Garibay, 2009:127), la práctica de la lactancia, el uso de fórmulas lácteas, la alimentación complementaria, la obesidad en la madre durante el embarazo, todo ello en relación con el peso del niño, así como deficiencias de vitaminas y nutrientes inorgánicos y su relación con la ganancia de peso (Cu F et al., 2015; Aguilar Cordero et al., 2014). Destacan trabajos que identifican la interacción entre las dos formas mala nutrición (desnutrición y

obesidad) es decir que simultáneamente pueden carecer de otros nutrientes importantes en la dieta (vitaminas y nutrientes inorgánicos) que son necesarios para la salud (Vásquez-Garibay, 2009).

Desde esta disciplina existen estudios con un enfoque social, pero que como apunta García-Arnaiz, (2009), ofrecen información sobre la concepción de las denominadas sociedades obesogénicas y sus estilos de vida, así como de las medidas adoptadas para cambiarlos, centradas principalmente en la responsabilidad individual y la educación nutricional.

En el área de la salud mental, **la psiquiatría y psicología** han sido una parte muy importante en la comprensión y atención a la obesidad. Sus formas de entenderla se han transformado en los últimos años “...en la década de los años 50, se describió la obesidad como un trastorno mental. Sin embargo, en la actualidad se sabe que las causas psicológicas no explican completamente el desarrollo de esta enfermedad” (Bustamante et al., 2006:482).

Lorence Lara, (2008) complementa lo anterior al mencionar que “las investigaciones psicológicas sobre obesidad inicialmente se centraron en la búsqueda de un perfil de personalidad específico y en la suposición de que existe una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas en comparación con la población general” (Lorence-Lara, 2008:53). A pesar de que los estudios no distinguen en la población con obesidad mayores niveles de enfermedad psiquiátrica que en el resto de la población, “existe un acuerdo clínico al decir que, las psicopatologías más frecuente son alteraciones afectivas sin gravedad, patología ansiosa y trastornos de la personalidad” (Lorence Lara, 2008:53).

Ante esto se ha considerado la importancia de los aspectos psicosociales, no sólo para atenderlos cuando ya existe la obesidad severa, por su efecto en la calidad de vida, “sino por la posible relación de aspectos socioculturales y dificultades emocionales durante la infancia, que habrían influido tanto en la adquisición de comportamientos y hábitos de alimentación no saludables, como en el propio metabolismo” (Mazagatos, et al., 2015: 267-68).

Considero que a pesar de las discrepancias entre autores Bustamante acierta al identificar dos conductas psicopatológicas principales:

1. La sobre ingesta de alimentos mediante atracones, el llamado Binge Eating Disorder (BED) o trastorno por atracón (TA), para disminuir la ansiedad.
2. Una casi exclusiva demostración de afecto de los padres a los hijos durante la infancia, a través de alimentos (Bustamante et al., 2006:482).

El trastorno por atracón (TA) es definido como:

*...un síndrome caracterizado por atracones recurrentes de comida con la ausencia de conductas compensatorias propias de la Bulimia Nerviosa. La característica principal del trastorno por atracón son las grandes ingestas de comida, que se presentan de forma reiterada en el tiempo y son causa de malestar en el paciente. La duración de los atracones es variable, aunque suele precisarse un tiempo menor de 2 horas (Saucedo-Molina y Pérez-González, 2010: 331).*

Las autoras señalan que los criterios para definir el TA fueron establecidos en 1992 por Spitzer y su inclusión en el DSM IV fue muy polémica. Con respecto a la prevalencia y relación con la obesidad existen estudios contradictorios, pero en términos generales se podría decir que “todos los pacientes que presentan un trastorno por atracón, tienen problemas de peso, pero no todos ellos son obesos, igualmente algunos pacientes con obesidad (del 25% al 30%) de ellos presentan este trastorno, y al parecer no existe una diferencia por sexo” (Saucedo-Molina y Pérez-González, 2010:333) .

El tratamiento del trastorno por atracón, al igual que el resto de los trastornos de la conducta alimentaria se propone que sea planeado adecuadamente, integral, especializado y con un abordaje multidisciplinario (Lorence Lara, 2008:53). Sugiere Saucedo-Molina y colaboradores (2010) que “el objetivo inicial antes de centrarse en la pérdida de peso, es la de normalizar la conducta alimentaria disminuyendo o eliminando los atracones” (Saucedo-Molina y Pérez-González, 2010:338).

Algunos de los abordajes psicológicos de la conducta alimentaria se pueden resumir en el siguiente cuadro:

**Cuadro 3: Técnicas usadas para el abordaje psicológico de la obesidad**

<b>Tratamiento</b>	<b>Definición</b>
Modificación del comportamiento	Manejo del comportamiento con técnicas como el auto-monitoreo, el control de estímulos, manejo del comer, comportamiento gratificante, etc.
Aproximación multimodal	Enfoque que implica 6 pasos. El primer paso es el auto-monitoreo seguido de control de la alimentación, la adición de ejercicio, controlar el diálogo interno, que implica el apoyo social y la prevención de recaídas.
Psicoterapia	Técnicas de psicoterapia tradicionales como la terapia humanista, o la terapia psicodinámica que aborda los motivos inconscientes. Por ejemplo, un individuo puede inconscientemente comer en exceso para aislarse emocionalmente de sí mismo.
Terapia conductivo conductual	Enfoques cognitivos tales como la terapia racional emotiva conductual o terapia de comportamiento cognitivo. La terapia es un proceso de colaboración de investigación empírica, pruebas de la realidad, y la resolución de problemas y se centra en las creencias que

	las personas tienen de sus hábitos de salud. Un ejemplo es controlar el diálogo interior.
Condicionamiento clásico	Los patrones de comportamiento implican la asociación entre los reflejos inconscientes con nuevos estímulos que pueden ser transferidos a una respuesta condicionada.
Condicionamiento operante	Técnica que combina un comportamiento voluntario con las consecuencias sistemáticas. El refuerzo debe ocurrir cuando se produce un comportamiento positivo. Programas de refuerzo intermitentes son más resistentes a la extinción. Un ejemplo sería afianzar a los participantes en un estudio de investigación cuando vienen para las pruebas
Auto-monitoreo	El participante controla su propio comportamiento o actividades. puede incluir registros de alimentos y actividad.
Control de estímulos	Las estrategias diseñadas para alterar las señales que conducen a una alimentación inadecuada, como comer mientras ve la televisión.
Manejo del comer	Técnicas dirigidas específicamente a la modificación del acto de comer, como comer lentamente y el agua potable antes de las comidas.
Ejercicio como estilo de vida	Aumento de la actividad de vida diaria, tales como tomar las escaleras en lugar de ascensores, caminar a la tienda en lugar de conducir, etc.
Auto-eficacia	La creencia de una persona que él o ella tiene las habilidades de comportamiento para hacer frente con éxito a situaciones de alto riesgo.

**Fuente:** tomada de Wilborn et al., (2005: 15).

Normalmente el abordaje psicológico de la obesidad retoma varias de las anteriores herramientas que muchas veces tienen una base cognitivo-conductual. Nos explican Larrañaga y García-Mayor (2007):

*El objetivo de la psicoterapia conductual en los pacientes con obesidad es ayudarlos a identificar, y posteriormente cambiar, hábitos alimentarios y de actividad física que contribuyen a su obesidad. Este enfoque se basa en los principios del condicionamiento (clásico y operante): las conductas las instan sucesos anteriores y el vínculo entre los antecedentes y la conducta se hace más fuerte con la repetición (Larrañaga y Gracia-Mayor, 2007: 389).*

Cuando existe una comorbilidad psiquiátrica significativa, enfatizan varias investigaciones que las estrategias psicoterapéuticas tienen que centrarse también en esas alteraciones. Si los tratamientos psicoterapéuticos fallan, habrá que considerar la posibilidad de añadir algún tipo de tratamiento psicofarmacológico (Saucedo-Molina y Pérez-González, 2010; Ribas-Ozonas, 2014).

Con respecto a los trastornos de ánimo en los pacientes antes de someterse a la cirugía Wadden y colaboradores., (2007) reportan un porcentaje variable (25-30%) de pacientes con obesidad candidatos a la cirugía bariátrica con trastornos del estado de ánimo y depresión. En

otro estudio encontraron que en grupos de pacientes, los diagnósticos más prevalentes son: trastornos por atracón (30%), trastornos afectivos, trastornos adaptativos (15.2%) y trastornos de personalidad (10%). Además describen “que en el 57% de los casos estudiados hay evidencia de carencia de figuras parentales, ya sea por muerte o divorcio” (Elizagárate y Ezcurra, 2001 en Montt et al., 2005: 288).

Cabe mencionar que la cirugía bariátrica conlleva un riesgo importante con el aumento del porcentaje de suicidios en las personas operadas. De acuerdo a Wadden y colaboradores., (2007) hay estudios que sugieren que los pacientes sometidos a cirugía bariátrica pueden tener una frecuencia de suicidio superior a la esperada. Pero a la vez señala que el riesgo de intento de suicidio puede estar más relacionado a antecedentes de depresión que a la cirugía bariátrica. En un estudio hecho por Tindle y colaboradores, (2010) encontraron una tasa de suicidio sustancialmente mayor en los pacientes con cirugía bariátrica comparado con la población general, principalmente en los primeros 3 años después de la cirugía. Además del aumento en el riesgo de suicidios, se ha descrito un alto porcentaje de pacientes con cirugía bariátrica que presentan trastornos de ánimo post-operatorios sin haberlos presentado previamente a la cirugía (Bustamante et al., 2006; Wadden et al., 2007). Al examinar estos resultados tan diversos surge la necesidad de investigar a profundidad si estos riesgos y problemas son causa o consecuencia de la obesidad o de la cirugía bariátrica.

### **Ciencias de la Salud**

Aquí referiré dos disciplinas que proporcionan conocimientos específicos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad (la salud pública y la epidemiología).

Los estudios realizados desde el marco de **la salud pública y la epidemiología**, han sufrido una transformación importante en el último siglo. A principios del siglo XX se basaba en paradigma del “germen”, cuando las enfermedades infecciosas eran el principal problema de salud y donde agentes específicos se relacionaban con enfermedades específicas. Después de la Segunda Guerra Mundial empezaron a tomar relevancia las enfermedades crónicas, lo que originó la metáfora de la “caja negra”, donde los agentes de exposición se mezclaban con los eventos de interés sin explicación de la patogénesis específica. Aquí los estudios epidemiológicos empezaron a incorporar los hábitos de vida, los estilos de vida y el comportamiento para identificar factores de riesgo individuales y grupales. Y a finales de los 90 se propuso un modelo “eco-epidemiológico”, que emerge como un análisis de eventos y

sus determinantes en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social (metáfora de la “caja china”)(Hernández, et al, 2012). Como se puede ver en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4: Comparación de los niveles de análisis de la investigación en Salud Pública**

Nivel de análisis	Objeto de análisis	
	Condiciones	Respuestas
<b>Individual y sub individual</b>	Investigación biomédica (procesos biológicos básicos; estructura y función del cuerpo humano; mecanismos patológicos)	Investigación clínica (Eficacia de procedimientos preventivos, diagnósticos terapéuticos)
<b>Poblacional</b>	Investigación epidemiológica (Frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud; historia natural de las enfermedades)	Investigación en sistemas de salud (Efectividad; calidad y costos de los servicios; desarrollo y distribución de recursos para la atención)

**Fuente:** Tomada de Hernández et. al., (2012: 318).

Actualmente los estudios de la salud pública apuntan a la multicausalidad y a identificar cada vez más los factores o determinantes culturales en el aumento en la prevalencia de la obesidad. Gracias a los estudios epidemiológicos se ha podido ver en tasas de prevalencia estandarizadas por edad las diferencias significativas de las tendencias en el tiempo entre los países industrializados. No sólo se ha podido describir dicha prevalencia, también estos estudios tienen la capacidad de identificar otras interacciones como el género, la carga genética, los estilos de vida, entre otros.

*Las proporciones de obesidad han estado aumentando en todos los países en los últimos años. Aunque la tendencia por género no es uniforme a nivel mundial, las tasas de obesidad son más altas entre las mujeres que en los hombres... la dimensión del género es quizás más importante debido a sus interacciones significantes con otras características individuales, como las condiciones socioeconómicas, la raza, la carga genética, los estilos de vida, entre otros (Ortiz-Espinosa, et al. 2010: 79-80).*

También estudios desde esta área se han preocupado por investigar los aspectos del aumento en la ingestión energética en la mayoría de los países latinoamericanos, aumento en la proporción de grasas en el consumo energético, incremento del sedentarismo por el uso de tecnologías que lo favorecen, la disminución en la inseguridad alimentaria debido a un descenso en la población que vive en condiciones de pobreza e indigencia<sup>19</sup>, el efecto de la migración en el cambio de dieta y la persistencia de las desigualdades sociales en muchos países (Vásquez-Garibay, 2009).

<sup>19</sup> Lo cual no ha pasado en México, que ha presentado aumento en su urbanización pero la frecuencia de pobreza y pobreza extrema ha aumentado.

El desarrollo de este nuevo modelo “eco-epidemiológico” permitió diversas acciones a nivel político en México como la firma del *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad* en enero de 2010 y recientemente la *Estrategia Nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes* en 2013. Aquí se exhortó a todos los sectores de salud, empresarios, medios de comunicación, gobiernos estatales y municipales a colaborar con el objetivo de hacer conciencia entre la población de que la prevención es indispensable para mantener un buen estado de salud y así garantizar una mejor calidad de vida. Más adelante se hará un análisis más detallado de las estrategias y programas desarrollados en México, ya que el abarcar más sectores no necesariamente implica que sean estrategias que tomen en cuenta la realidad de la población. Pero lo que quiero señalar aquí es que se ve reflejado el nivel de análisis de la Salud Pública con las respuestas o acciones implementadas en los últimos años.

A continuación se presenta un cuadro donde retoman los discursos de la obesidad de cada campo de las ciencias médicas antes mencionadas y se exponen de manera esquemática para facilitar el análisis de sus semejanzas y diferencias. Sobre todo me interesa señalar cómo las formaciones discursivas se relacionan con las funciones del discurso.

**Cuadro 5: Análisis de las formaciones discursivas de la obesidad en las Ciencias Médicas**

	<b>Objeto*</b>	<b>Formación**</b>	<b>Enunciación***</b>	<b>Formalización****</b>	<b>Función del discurso*****</b>
<b>Genómicas</b>	Marcadores genéticos de riesgo para la obesidad. Interacción entre los genes y el ambiente (Corella, 2011).	A mediados del siglo XX, con el Proyecto Genoma Humano. En esta perspectiva la obesidad se entiende a partir de los factores genéticos que influyen en los denominados fenotipos relacionados con la obesidad, que pueden dar incluso al concepto de obesidad metabólicamente sana y viceversa (Corella, 2011).	A partir del desarrollo de esta área se han creado licenciaturas, posgrados y especializaciones, y la mayoría provienen de ciencias básicas y no clínicas. Y tienen mayor validez aquellos investigadores de Centros de Ciencias Especializadas.	Es a partir de la investigación básica que se estudian los cambios en la función genética. El análisis se da por medio de sistemas informáticos, a partir de los cuales se buscan asociaciones o relaciones con los datos obtenidos en las ciencias de la salud con referencia a la obesidad.	Difundir la idea de que se pueden tener las claves de la obesidad e incorporar la información de los riesgos genéticos para su prevención y tratamiento (Corella, 2011). Con ello se ha favorecido que los fondos para la investigación y formación de recursos humanos se dirijan con preferencia al ámbito de la bioquímica, la biología molecular y la genética (Marcos, 2011).
<b>Farmacología</b>	Desarrollo de medicamentos para corregir el exceso de peso y los problemas asociados.	Finales del siglo XIX, se empiezan a procesar hormonas tiroideas para bajar de peso (Puerto-Sarmiento, 2014). Posteriormente la principal línea de investigación en fármacos ha girado en la regulación de la ingestión de alimentos a partir de la modulación neuroendócrina (Politi e Isolabella, 2013).	Investigadores de Laboratorios. Las agencias reguladoras de medicamentos de cada país como la Food and Drug Administration (FDA) en EUA. Y en última instancia los médicos que las recomiendan.	Para ser aprobados después de la investigación y diseño del fármaco, se llevan a cabo experimentos clínicos que tienen que pasar por 4 fases (Ribas-Ozonas, 2014).	La gran variedad de fármacos que se introdujeron y retiraron del mercado, ha permitido que se sigan vendiendo algunos aunque no estén autorizados. motiva a la inversión para el desarrollo de nuevos productos sin efectos adversos y por otro lado entrenamiento especializado y vigilancia farmacológica (Politi, 2013 y Ribas-Ozonas, 2014).
<b>Medicina</b>	Atención a los problemas de salud de las personas con obesidad.	A mediados del siglo XX de manera accidental se realiza la primer cirugía que tuvo efectos en la reducción de peso (Jauregui, 2006). A partir de las técnicas quirúrgicas para la obesidad severa y superobesidad, se han ido perfeccionando, especializando y renovando. Se ha enfocado el éxito de la intervención a las técnicas, más que al seguimiento y cada vez los criterios de selección son más flexibles (Lecaros-Bravo et al. 2015).	Se han conformado sociedades nacionales e internacionales de cirugía bariátrica, donde sólo médicos certificados pueden realizar dicho procedimiento. Equipos multidisciplinarios en centros de excelencia, con profesionales expertos.	Con el desarrollo de la Medicina basada en Evidencia (MBE), se ha buscado dar a la medicina clínica una herramienta, que permita evaluar y calificar cuál dato o estudio tiene mayor validez (Peña 2004). Por otro lado las certificaciones médicas han tenido un papel importante para la práctica de la cirugía.	Dar relevancia a los factores patológicos, quirúrgicos y anatómicos. Aumentando la oferta académica para la formación de especialistas, la inversión tecnológica para el desarrollo de nuevas técnicas y la oferta del servicio (cirugía), en diferentes niveles privado, público, siendo un área muy susceptible a fraudes y malas prácticas médicas.

<b>Nutrición</b>	Control del balance energético para la disminución de peso y mejora de las comorbilidades (Vargas, 2010).	En la segunda mitad del siglo XX, existió mayor auge en la investigación de la composición de las dietas para la disminución de peso, atención a comorbilidades y a pacientes con cirugía bariátrica. A la par la investigación de nutrimentos específicos y desarrollo de alimentos funcionales (Sánchez-Samayoa, 2004).	Los profesionales clínicos, nutriólogos y médicos especialistas en obesidad. Se ha dado cada vez mayor validez a los especialistas en química de alimentos y biotecnología para la investigación y promoción de alimentos funcionales	Medicina Basada en Evidencia	Mayor énfasis a la responsabilidad individual. Promoción del consumo de ciertas dietas, alimentos y productos. Difusión de la necesidad de especialistas para llevar una educación nutricional y mantener un "peso ideal".
<b>Salud Mental</b>	Atender las conductas psicopatológicas y normalizar la conducta alimentaria para favorecer la pérdida de peso (Larrañaga et al, 2007).	En la década de los 50 se describió la obesidad como trastorno mental (Bustamante et al., 2006). Actualmente esa postura se ha descartado y se busca identificar trastornos (por atracción, afectivos, adaptativos y de la personalidad) en los pacientes con obesidad y tratarlos, con diferentes técnicas y fármacos, de manera integral y multidisciplinaria (Ribas-Ozonas, 2010).	Centros o instituciones especializadas en trastornos de la conducta alimentaria. Psicólogos y psiquiatras especializados en trastornos de la conducta alimentaria.	Medicina Basada en Evidencia	Dar mayor peso a factores psicológicos individuales, a los cambios en la conducta alimentaria y el estilo de vida. Favorecer la formación de especialistas en trastornos alimentarios. Formación de equipos multidisciplinarios.
<b>Salud Pública/Epidemiología</b>	Las condiciones de salud de las personas con obesidad por grupos poblacionales, los servicios de salud y los recursos humanos, materiales y financieros para garantizar la operación de servicios.	A mediados del siglo XX comienzan a tomar relevancia las enfermedades crónicas, lo que originó la metáfora de la "caja negra". Aquí los estudios epidemiológicos empezaron a identificar factores de riesgo individuales y grupales. A finales de los 90 se ha propuesto un modelo "eco-epidemiológico", para un análisis de eventos y sus determinantes en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social (Hernández et al, 2012).	Organismos internacionales como la OMS, OPS y organismos nacionales como el Instituto de Salud Pública. Investigadores epidemiólogos, salubristas, académicos y médicos especialistas.	Integra investigación clínica que por un lado está evaluada por la medicina basada en evidencia para la eficacia de acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Por otro lado la investigación de los sistemas de salud integra análisis estadístico de variables cuantitativas y cualitativas.	Desarrollar prácticas colectivas de prevención y atención a la obesidad, a nivel individual-colectivo-social. Buscar que las políticas públicas de salud, sean contextualizadas a los grupos y su medio. Promoción de la investigación y formación de recursos humanos especializados en el área.

**Fuente:** Cuadro de elaboración propia centrada en los discursos de la obesidad y tomando como referencia a Corella, 2011; Marcos, 2011; Politi e Isolabella, 2013; Ribas-Ozonas, 2014; Lecaros-Bravo, 2015; Peña, 2004; Vargas, 2010; Sánchez-Samayoa, 2004; Larrañaga, 2007 y Hernández et. al, 2012.

\*Objeto: Se refiere a la problemática o al fenómeno de interés central de esa área.

\*\*Formación: Se refiere al momento y al tipo de teorías o sistemas a partir de los cuales que se entiende y se estudia la obesidad.

\*\*\*Enunciación: Quién puede enunciarlo y a partir de qué condiciones. ¿Quién (profesionales), dónde (instituciones, grupos).

\*\*\*\*Formalización: Es decir los métodos de recolección y análisis de información y por otro lado los esquemas de aceptación: sistemas de verificación y validación.

\*\*\*\*\*Función del discurso: Identificar las prácticas en las que dicho discurso está teniendo efecto, ya sea a nivel académico, político, clínico, etc....

### 1.2.2 Ciencias Humanas y Sociales

En esta área, sólo he considerado a la sociología y antropología, por tener aportes importantes para este estudio y porque considero que sus enfoques pueden ser complementarios.

El campo de la sociología es muy amplio Duverger (1981) en González-Moro Zincke y Caldoro Fernández, (1993) las define como "ciencias de los fenómenos sociales", tal noción permite incluir muchas posturas dentro de la misma sociología que de acuerdo al mismo autor tienen las siguientes características: a) resalta un carácter colectivo (ya sea que consideren a los grupos como realidades propias y distintas a los individuos o los que reducen lo colectivo a lo interindividual); b) estudia fenómenos sociales objetivos (distribución de capital, normas, tratados) y subjetivos (opiniones, creencias, representaciones); c) posee un carácter general relativo (por su singularidad de acontecimiento histórico); y d) tiene un carácter positivo (porque estudia lo que es y no lo que debe ser).

A comparación de la perspectiva de las ciencias médicas, la obesidad es un fenómeno poco estudiado en **la sociología**, empezó a ser de mayor interés a partir del informe de la OMS, que alertó sobre la emergencia de una nueva epidemia global en el 2000 (OMS, 2004).

Concuerdo con Cruz-Sánchez, y colaboradores (2013) en que los enfoques más abordados para el estudio de la obesidad desde la sociología son:

- *La obesidad como fenómeno en redes sociales*: con la premisa de que "la vida de las personas se desenvuelve en redes sociales y éstas influyen en todas las esferas, incluida la salud" (Cruz, et al., 2013: 171). Podemos incluir en esta línea investigaciones como las de Christakis y Fowler, (2007), que analizan a partir de modelos estadísticos longitudinales si el aumento de peso de una persona se asocia al aumento de peso de sus amigos, hermanos, esposos(as) y vecinos: ellos mostraron que la extensión de la obesidad en redes sociales parece ser un factor importante en el aumento de obesidad. Por otro lado otros investigadores han estudiado los efectos de la publicidad en el consumo de alimentos (Díaz, et al., 2011) y poco a poco se empieza a profundizar en el estudio de las adicciones a tecnologías y redes sociales (como el Facebook) y su relación con el sedentarismo y obesidad (Echebur y De Corral, 2010).
- *Urbanización, residencia y pobreza*: Son estudios que se enfocan a describir el efecto de los procesos de urbanización en la disminución de la actividad física y los cambios en consumo alimentario, que favorecen mayor disponibilidad de alimentos de alta densidad

energética y a la obesidad (Fausto Guerra, et al., 2006; García-Arnaiz, 2011). (Fausto Guerra, et al., 2006; García-Arnaiz, 2011). Se han estudiado los efectos de la migración en las tradiciones alimentarias, los patrones alimentarios y la actividad laboral, que pueden influir en el aumento de la obesidad no sólo en los grupos que migran sino en las comunidades que dejan (Álvarez, et al., 2009; García, 2012). Con respecto al aumento de las personas con obesidad en estratos socioeconómicos bajos, entre los factores que podrían explicar dicho aumento, se ha señalado la llamada “aculturación a distancia”, que es el resultado de la promoción de estilos de vida ideales, por los medios de comunicación y la publicidad, que al final son estilos inadecuados y tienen mayor efecto en la población en pobreza (Vásquez-Garibay, 2009). Dicha asociación se ha estudiado también por otros autores en los últimos años (Figuerola Pedraza, 2009; Peretti Lara, et al., 2009).

- *Perspectiva de género:* La aproximación al fenómeno, desde la perspectiva de género, intenta dar cuenta de:

*las distinciones social y culturalmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, la división del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder, las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento* (Sen, 2000, en Cruz et al 2013:174).

Borders et. al, (2006) encontraron que las mujeres afroamericanas e hispanas; los hombres y mujeres que viven fuera de áreas metropolitanas y las mujeres de menores ingresos tuvieron tasas más altas de sobrepeso y obesidad en EUA, específicamente en Texas. A pesar de que en este estudio no se ofrece una explicación de estas disparidades, hacen la recomendación de que las campañas de prevención y atención deberían enfocarse en estos grupos. Otras autoras como Pérez-Gil y Díez-Urdanivia, (2007), han hecho un análisis de las encuestas de nutrición en México y destacan cómo han sido “invisibilizadas” las mujeres al igual que los hombres, como parte de los promedios per cápita y que sólo suelen considerarse como un rol reproductor. También hacen el recuento de algunos estudios que han intentado incorporar la perspectiva de género para estudiar las diferencias del consumo de alimentos entre mujeres y hombre adultos y preescolares, donde encontraron que las condiciones de pobreza influyen más en los bajos consumos de alimentos que una distribución inequitativa en el interior de la familia.

Por otro lado **la antropología** es una disciplina que estudia al ser humano de manera integral, como menciona Vargas (2006) “la antropología se sustenta en una visión holística del

fenómeno humano, en la que integra en una unidad lo que otras disciplinas se han empeñado en disgregar” (Vargas, 2006: 78) Y resalta los dos ejes que toma en cuenta la antropología para el estudio de los humanos, la filogenia y la ontogenia:

*La filogenia engloba el largo proceso de la evolución biológica y sociocultural que parte del origen mismo de la vida y pasa por la línea de los primates y las especies que forman parte de nuestros ancestros directos y cercanos, sobre el género Homo. En cambio, la ontogenia se centra en la persona humana desde su concepción hasta su muerte, pero considerando su complejidad biológica, psicológica y sociocultural (Vargas, 2006: 79).*

Además la antropología estudia la relación entre los humanos y el ambiente. “Para la antropología esta relación forma parte de un proceso donde el ambiente se toma en cuenta en su totalidad, con sus aspectos físicos, biológicos, pero también humanos” (Vargas, 2006: 79).

Por fines prácticos consideré las siguientes perspectivas como las más relevantes en el estudio de la obesidad desde la antropología:

- *Biocultural*: buscan comprender desde las nuevas descripciones genéticas y fisiológicas de la obesidad, su relación con la evolución y la interacción con componentes culturales, sociales y de comportamiento. En este sentido podemos considerar las propuestas de Lev-Ran (2001) y de Neel, Weder, y Julius, (1998) que nos hablan del metabolismo que está bajo control genético y su hipótesis sostiene que la selección natural dada para desarrollar la capacidad de ahorrar energía, probablemente haya tenido lugar por medio de muchos genes diferentes que se sometieron a dicha selección en diferentes poblaciones y áreas geográficas y en diferentes tipos de presión ambiental, pero, afirma Lev-Ran, con el mismo resultado en el fenotipo, tal vez para defenderse de las necesidades energéticas de tamaño del cerebro grande. Modelos que relacionan genotipos, con fisiología y comportamiento alimentario son como la propuesta de Ulijaszek y Lofink, (2006) que proponen que el comportamiento alimentario humano se diferencia de otras especies de mamíferos en la medida en que: a) la disponibilidad de alimentos está controlada; b) existen normas sociales y culturales de la dieta y la alimentación; y c) las limitaciones de alimentación personal operan. Estudios de la regulación de la energía muestran equilibrio que la fisiología humana ejerce un fuerte control de la alimentación en condiciones de ayuno o la escasez de alimentos, pero escaso control en el aumento del gasto energético con condiciones de las reservas de energía repletas y buena seguridad alimentaria. Por lo tanto, es casi inevitable que la obesidad emergiera como un fenómeno biológico humano

importante en los ambientes que se han construido en las naciones industrializadas a lo largo de los últimos 60 años y que se han transferido a través del mundo con la modernización (Ulijaszek & Lofink, 2006).

- *Sociobiología*: Es el estudio de cómo todos los tipos de comportamiento pueden estar relacionados con el medio ambiente. La orientación teórica consiste en la aplicación de los principios biológicos evolutivos en el comportamiento (incluyendo el comportamiento social) de animales, incluyendo los seres humanos. También se llama la ecología del comportamiento, sobre todo cuando se aplica a la organización social y el comportamiento social (Gaines y Davis-Floyd, 2004: xxv). Entre algunos ejemplos están dos teorías que se han propuesto para explicar las diferencias individuales en los comportamientos de consumo de alimentos y la tendencia a comer en exceso. La teoría de la externalidad, postula que las personas con obesidad son más reactivas a las señales externas (como la hora del día, la presencia de alimentos, y los efectos situacionales) y menos sensibles a las señales fisiológicas internas de hambre y saciedad que los sujetos delgados (Schachter y Rodin 1974 en Ulijaszek y Lofink, 2006). De acuerdo con este punto de vista, la alta reactividad a las señales externas produce que se coma más y se desarrolle la obesidad en los entornos en los que existen mayor disponibilidad de alimentos muy apetecibles. Sin embargo, la evidencia que confirma tal estilo de comer entre los sujetos con obesidad no es concluyente. Si existe externalidad puede ser un antecedente de obesidad y no la causa para comer en exceso. La teoría de la alimentación psicossomática, se centra en la alimentación emocional. Postula que algunos individuos responden comiendo en exceso a estados de ansiedad, estrés, miedo, ira, entre otros. Esto puede ser el resultado de la incapacidad de diferenciar entre la necesidad de alimentos y otras sensaciones desagradables y sentimientos, probablemente como resultado de las experiencias de aprendizaje temprano. La revisión hecha por Allison y Heshka, (1993) devela información contradictoria y sugieren que existe una pobre relación entre la sobreingesta y estados emocionales negativos. Sin embargo, la gente puede contrarrestar su tendencia externa o emocionalmente inducida a comer en exceso por la moderación cognitiva al comer.
- *Corporalidad en la vida social*: En este grupo agrupado podemos encontrar diferentes enfoques teórico metodológicos para estudiar la corporalidad.

*Por un lado aquellos con influencia de los trabajos de Claude Lévi-Strauss, Michel Foucault y Judith Butler, surgen abordajes estructuralistas y post-estructuralistas que analizan al cuerpo como objeto de representaciones simbólicas, formaciones*

*discursivas y prácticas disciplinares, como por ejemplo los estudios de Emily Martin y Margaret Lock; y por el otro, algunos autores enfatizan en la capacidad constituyente y transformadora de la corporalidad en la vida social, ya sea a partir de una reapropiación de la fenomenología (Moreno-Velásquez, 2010: 18).*

En el caso de la obesidad existen pocos trabajos con este enfoque, algunos han estudiado las representaciones y prácticas de la obesidad por ejemplo Peretti Lara et al., (2009) estudia aquellas que sustentan las familias en condiciones de pobreza y su posible relación con la obesidad. En su análisis identificó que las condiciones de satisfacción y saciedad, son las que normalmente condicionan las elecciones de alimentos, lo que favorece que existan dietas monótonas y con baja calidad nutrimental. Los autores señalan en este estudio diferentes problemáticas como: a) el evidente acceso reducido a recursos económicos; b) un desconocimiento profundo sobre la obesidad y su relación con la alimentación y c) una falta de identificación de la relación de sus prácticas con la obesidad. “Esta invisibilidad del proceso constituye, en parte, la razón de que no se busquen y creen alternativas, ya que estas dietas deficientes se traducen en deterioro de la calidad de vida sólo perceptible a largo plazo perdiendo de vista su causa” (Peretti Lara et al., 2009: 91). Por otro lado Montero expone en su análisis que:

*...existen diferentes interpretaciones, aún dentro de una misma sociedad, sobre la obesidad, se observa en algunos mexicanos-americanos que han acuñado el término "gordura mala" para distinguir las formas de obesidad perjudiciales para la salud, de la "gordura buena", que aun continúa teniendo una connotación cultural positiva para esos mismos grupos. Estos ejemplos hacen comprensible el diferente significado de la figura corporal, según el contexto en que se desarrolla y vive el individuo. La belleza tiene tanta fuerza y repercusión social que para alcanzarla se suele recurrir a técnicas que alteran el estado de nutrición y la composición corporal, en búsqueda de modificar la figura (Montero, 2001: 10-11).*

Sin embargo, las investigaciones desde estas disciplinas (sociología y antropología) son escasas y a escala nacional son producidas por grupos de investigación pequeños que pocas veces llegan a tener un impacto en el ámbito de políticas públicas.

A continuación se presenta un cuadro donde retoma los discursos de la obesidad desde la sociología y la antropología ya mencionados con anterioridad. Se exponen de manera esquemática para facilitar el análisis de sus semejanzas y diferencias, sobretodo la relación de las formaciones discursivas con las funciones del discurso.

**Cuadro 6: Análisis de las formaciones discursivas de la obesidad en las Ciencias Sociales**

	<b>Objeto*</b>	<b>Formación**</b>	<b>Enunciación***</b>	<b>Formalización****</b>	<b>Función del discurso*****</b>
<b>Sociología</b>	La relación de la obesidad con los fenómenos sociales de carácter colectivo e interindividual.	A partir del informe de la OMS en el 2000 que daba alerta del problema global de la obesidad, aumentó el interés en este fenómeno. Teniendo como principales líneas: la obesidad como fenómeno en redes sociales, la urbanización, migración y pobreza y la perspectiva de género (Cruz-Sánchez, et al., 2013).	Investigadores de Centros de Ciencias Sociales, públicos o privados.	Se aproximan a los problemas de estudio principalmente a partir de métodos cualitativos. Existen dos posturas: la que estudia los procesos y los acontecimientos sociales a merced de leyes macrosociológicas y la que considera que la explicación individual de los hechos sociales es la más acertada (González-Moro et al, 1993).	Busca tener investigaciones que permitan contribuir en la comprensión del orden social de los problemas relacionados con la obesidad. Pero tiene escasa o nula contribución a las políticas de salud actuales.
<b>Antropología</b>	Estudia la relación de la obesidad con las diferencias y similitudes biológicas y culturales humanas.	En el siglo XIX pasó de tener una concepción biológica y evolucionista a una perspectiva estructuralista y simbólica en el siglo XX (Lock 2007 en Moreno-Velásquez, 2010). Las principales líneas que se identificaron son: biocultural que buscan comprender desde la genética y fisiología la relación de la obesidad con la evolución y la interacción con componentes culturales, sociales y de comportamiento (Ulijaszec y Lofink, 2006); la sociobiología que busca la relación de los tipos comportamiento y el medio ambiente, con el desarrollo de la obesidad (Gaines y Davis-Floyd 2004) y la corporalidad en la vida social, con diferentes enfoques teórico metodológicos estructuralistas y post-estructuralistas para estudiar la obesidad (Moreno-Velásquez, 2010).	Investigadores expertos de Centros de Ciencias Sociales, públicos o privados.	Existen dos corrientes principales: Aquellos que utilizan metodología cuantitativa y cualitativa, desde modelos experimentales de las ciencias básicas o epidemiológicas desde la estadística, junto con métodos cualitativos. Y aquellos que sólo utilizan métodos cualitativos como: etnografía, observación participante, observación sistemática, entrevistas, grupos focales, análisis documental.	Brinda información que busca tener incidencia a nivel teórico, para la comprensión de los procesos biológicos y evolutivos, y por otro lado brinda propuestas teóricas diferentes para analizar los problemas sociales que rodean la obesidad. De igual manera que la sociología tiene poca influencia en la práctica clínica y políticas públicas.

**Fuente:** De elaboración propia centrada en los discursos de la obesidad y tomando como referencia Cruz-Sánchez, et al., 2013; González-Moro et al, 1993 y Moreno-Velásquez, 2010.

\*Objeto: Se refiere a la problemática o al fenómeno de interés central de esa área.

\*\*Formación: Se refiere al momento y al tipo de teorías o sistemas a partir de los cuales que se entiende y se estudia la obesidad.

\*\*\*Enunciación: Quién puede enunciarlo y a partir de qué condiciones. ¿Quién (profesionales), dónde (instituciones, grupos) y desde qué posición.

\*\*\*\*Formalización: Es decir los métodos de recolección y análisis de información y por otro lado los esquemas de aceptación: sistemas de verificación y validación.

\*\*\*\*\*Función del discurso: Identificar las prácticas en las que dicho discurso está teniendo efecto, ya sea a nivel académico, político, clínico, etc.

### **1.3 ¿Desde dónde hablamos? Antropología en Salud**

Actualmente la antropología en salud constituye un campo de estudio consolidado con muchas potencialidades y al mismo tiempo con ciertas limitantes. Freyermuth y Sesia la describen de la siguiente manera:

*La antropología en salud al igual que la antropología médica son una subdisciplina de la antropología social que estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud. Para la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención, (s/e/a) esta disciplina recurre a las ciencias biológicas, la salud pública, la demografía, las disciplinas clínicas y epidemiológicas, así como a la psicología, la sociología, la economía política y la ética (Freyermuth y Sesia 2006:9).*

Como se observa, esta definición parte de la consideración de la antropología en salud como una rama de la antropología social, por lo tanto tiene un enfoque sociocultural. Algunos estudiosos de antropología física buscan reivindicar su perspectiva en el estudio de la salud, ya que ven la necesidad de ampliarla a descripciones y análisis bioculturales. Desde esta perspectiva se considera a la antropología en salud como una vertiente de los estudios de la antropología física la cual:

*...se apoya en la integración de diferentes modelos teóricos y pretende encontrar las interacciones y dinámicas de los componentes del proceso salud-enfermedad según temporalidad de estudio y sustrato de análisis para tratar de exponer una visión, lo más integral posible, de la multicausalidad de los cambios biológicos de las poblaciones, bajo su particular marco de componentes (ecológico, psicológico, social, cultural e histórico) y codeterminantes (perfiles sociodemográficos, epidemiológicos, alimentarios, estados de nutrición y estrategias de supervivencia, entre otros), estableciendo así los posibles riesgos, compensaciones y microadaptaciones (Peña, 2012: 63).*

Dejando de lado las diferencias de cada propuesta, considero que ambas perspectivas brindan elementos importantes para el análisis del proceso salud enfermedad, los cuales son más o menos relevantes de acuerdo al problema de investigación a estudiar. Por lo tanto para este estudio quisiera partir de una definición operativa, que me permita, como mencionaba en la introducción, posicionar a la antropología en salud como una bisagra entre las ciencias biomédicas y sociales para el estudio de la obesidad.

Por lo tanto, a partir de las definiciones anteriores considero a la antropología en salud como el estudio de los problemas de salud, enfermedades y padecimientos humanos y su relación

con su desarrollo, la atención o desatención de éstos. Para ello se parte del reconocimiento de la persona como un todo integrado por su cuerpo, biografía y ambiente, por lo tanto su análisis debe tener un carácter multi e interdisciplinario.

Considero que sus principales aportes son: a) las propuestas para comprender los problemas de salud, el padecimiento y la enfermedad; b) su posicionamiento crítico con la teoría y la práctica médica; y c) su capacidad para contribuir en la comprensión del orden sociocultural.

Han existido diferentes propuestas para comprender las dimensiones que existen en cuanto al padecer y la enfermedad, que se describirán en los siguientes párrafos, pero quiero señalar que la propuesta que mejor se articula con este estudio, es la de Vargas, que propone la distinción entre problema de salud, enfermedad y padecimiento:

1. *Problema de Salud*: "es el conjunto de alteraciones que la persona percibe en su cuerpo, tanto de manera subjetiva, como objetiva y que califica como una desviación de su salud (...) el problema de salud es vivido e interpretado por cada persona y se integra en el padecimiento" (Vargas, 2006: 83).
2. *Padecimiento*: "es la forma absolutamente individual y personal que cada persona tiene para vivir e interpretar su problema de salud" (Vargas, 2006: 83), esto implica que ante el mismo problema de salud, cada persona lo percibe y responde de manera diferente, lo que puede depender de muchos elementos, como el cuerpo, la biografía y el ambiente, entre otros.
3. *Enfermedad*: "a lo que la clínica tradicional denomina como entidades nosológicas. Estas son las abstracciones que hace la mente humana para clasificar los signos y síntomas de la enfermedad en categorías taxonómicas" (Vargas, 1991: 4). La enfermedad es un constructo cultural de una parte de la sociedad, por lo que es un error hablar de los famosos *síndromes de filiación cultural*, ya que no son síndromes y, al igual que las enfermedades de la biomedicina, son producto de la cultura.

Para mostrar de manera general el desarrollo de la antropología médica y la antropología en salud se presenta a continuación una secuencia breve tomada de Strasser (2011), que agrupa en orden cronológico cómo se fueron delineando los principales enfoques.

1. ***Enfoque pragmático o funcionalista***: A finales de los 40 comenzó a desarrollarse una antropología al servicio de los programas de salud para los mal llamados países en desarrollo y en menor medida a problemas sanitarios de los países desarrollados. En este periodo la antropología cumplía un rol instrumental, que estaba al servicio de la medicina

“científica” y de agencias internacionales como la OMS, fundaciones “filantrópicas” privadas, en el marco de políticas de desarrollo para los países del tercer mundo:

*Se planteaba la necesidad de conocer las prácticas y conocimientos locales para una mejor implementación de los programas de higiene y prevención, de reducción de las tasa de morbilidad y mortalidad, etc., por lo que los antropólogos fueron apelados como agentes intermediarios, traductores entre la población nativa y los profesionales, cuya función era informar cómo determinadas creencias o determinados hábitos autóctonos podían propiciar la proliferación de ciertas enfermedades, constituir barreras o formas de resistencia a tales programas obstruyendo o retardando su éxito (Strasser, 2011: 22).*

En este periodo no se retomaron los trabajos de Malinowski que hablaban de la complementariedad del pensamiento “racional” y del pensamiento mágico, y se mantuvo la oposición entre ciencia/creencia y medicina-racionalidad/cultura.

## **2. Enfoque cognitivo y la etnomedicina:**

*Entre los años 50 y 60 la influencia del paradigma cognitivo incorporado en las etnociencias, focalizando en las estructuras del lenguaje y de la cognición, condujo a un énfasis en el análisis y categorización de las representaciones de las enfermedades. Se planteó la distinción de dos dimensiones de la enfermedad expresada a partir de dos términos: “disease” e “illness” (Strasser, 2011: 23).*

En este momento la noción de “disease”, se entendía como la enfermedad que sólo podía estudiarse con el paradigma médico y se entendía como un proceso natural. Por otro lado el término de “illness” se comprendía como las percepciones nativas o de las personas. Por lo que el estudio del modelo médico era un territorio negado para la etnografía. A pesar de ello en esa década varios sociólogos empezaron a realizar trabajos del campo médico. Como menciona Gil-Montes (2002) sobre Koss, Goss y Reader y Straus. Koss en 1954 estudia el vínculo de las clases sociales menos privilegiadas y los servicios de salud; Goss y Reader la reflexión de la relación médico-paciente y Robert Straus publicó un artículo titulado “The nature and status of medical sociology” que abrió dos vertientes de investigación: el conocimiento de los usuarios de los servicios de salud y la organización de las instituciones de salud (Gil-Montes, 2002). En México, nos dicen Freyermuth y Sesia (2006), a partir de las aportaciones de antropólogos estadounidenses y mexicanos se estudiaron principalmente la religión, la relación hombre/naturaleza, el nagualismo, el cuerpo humano, los aspectos cognitivos y simbólicos de las culturas y las cosmovisiones indígenas. En esta época por el interés de introducir servicios de salud en las áreas de población indígena, su principal preocupación fue comprender por qué y cómo se daba el

rechazo o aceptación de los servicios y a partir de la introducción de los servicios se preocuparon por los procesos de aculturación (Freyermuth y Sesia 2006).

### 3. **Enfoque ecológico /biocultural:**

*...la oposición ciencia vs cultura se mantuvo en el enfoque ecológico que empezó a desarrollarse a mediados de los 60, desde el que se asume que las categorías de enfermedad son universales mientras que la cultura juega un rol adaptativo en relación con las mismas. Desde una posición marcadamente empirista, la ecología médica analizó a las poblaciones como unidades biológicas y culturales, estudiando la interacción entre el sistema ecológico, salud y evolución humana, considerando a la cultura, al igual que los procesos genéticos y fisiológicos como un recurso de respuesta a problemas ambientales. El estado de salud fue tomado como medida de la adaptación mientras que la enfermedad sería un indicador de desequilibrio (Strasser, 2011: 24).*

De manera similar el enfoque biocultural de acuerdo a McElroy (1990), es el que busca ver a los seres humanos como seres biológicos, sociales y culturales en relación con el medio ambiente. Su importancia consiste en un marco conceptual y modelos para la comprensión de las interacciones dinámicas entre biológica/fenotípica humana, rasgos psicológicos y socio-culturales en respuesta al medio ambiente. El enfoque biocultural ha sido parte de la larga historia de la biología humana y de la antropología biológica (Khongsdier, 2007 y McElroy 1990), pero ha ganado más impulso desde la década de 1960 con el “Human Adaptability Project” del “International Biological Programme”. En un principio:

*...se investigaba la influencia del medio físico en la variación biológica humana, actualmente se han incorporado los ambientes bióticos y socio-culturales en el diseño de investigaciones que busquen la comprensión de dicha variación biológica. En la mayoría de los casos, el centro de los estudios con enfoque bio-cultural es el uso de rasgos demográficos, genéticos y fenotípicos como la fecundidad, la mortalidad, las medidas antropométricas y los índices, la presión arterial, hemoglobina, marcadores genéticos, entre otros, como indicadores de la supervivencia y el bienestar de las poblaciones humanas en diferentes entornos<sup>20</sup> (Khongsdier, 2007: 39).*

En la antropología médica y en salud se busca reivindicar en los estudios bioculturales, el rol de los sistemas de salud (social y político), que no sólo integren datos biológicos y culturales sino que más bien, como apunta McElroy (1990), sean estudios que contribuyan a la transdisciplinariedad y la colaboración, esperando reducir la fragmentación de la antropología médica. Estudios donde términos como los de adaptación en vez de centrarse en explicaciones evolutivas, los fenómenos puedan ser entendidos como un “proceso dinámico entre el ambiente, individuos y sus comunidades, siendo un proceso

---

<sup>20</sup> Traducción de elaboración personal

que envuelve a los individuos y grupos, en una constante lucha por la salud, como tal es un proceso de compromiso no de perfección<sup>17</sup> (Wiley, 1992: 216). En particular en el ámbito de la antropología en salud, el análisis biocultural permite relacionar prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad de los sujetos enfatizando la interacción entre biología cultura, tomando en cuenta sus componentes, co-determinantes, la temporalidad de análisis y el contexto en el que se realiza (Peña, 2012).

#### 4. **Enfoque interpretativo:**

Este enfoque lo sitúa Strasser fines de los años 70 y principalmente en los 80 y 90 donde se busca superar las limitaciones de los enfoques anteriores:

*Como parte del paradigma interpretativo y constructivista que postula una realidad dependiente de los significados que las personas le atribuyen, una realidad social construida a través de estos significados, y que lo que la gente hace o dice es producto de cómo define su mundo. La dualidad disease-illness es redefinida: mientras que "disease" anteriormente refería a una disfunción biológica en sí, pasa a ser considerada como la representación biomédica de algo identificado como disfunción, como una desviación respecto a la norma, pero una representación dentro de las posibles y no universal, relativizándose la carga de certeza, verdad y racionalidad de la misma (Strasser, 2011:25).*

Como parte de estas redefiniciones encontramos los aportes de profesionales e investigadores mexicanos que desde los 70 hacían la distinción entre *enfermedad* como una construcción cultural propuesta desde la medicina y *el padecer* "como la manera en la que cada individuo sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo a su individualidad biológica, psicológica y sociocultural". (Vargas, 1991: 4)

En Estados Unidos de América vemos propuestas como las de los "modelos explicativos" de Kleinman (1988a) que permite identificar y analizar las nociones sobre la enfermedad (causas, signos y síntomas, formas de atención y evolución) desde la percepción del paciente, el profesional de salud y la familia. El habla del padecer (illness) como una categoría que "incorpora la experiencia y la percepción y malestar (sickness) como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural" (Moreno-Altamirano, 2007:68). Desde esta línea podemos encontrar los trabajos de Good y Good que proponen su modelo "cultural hermeneúutico" para comprender la medicina (biomédica). Su propuesta se centra en comprender el padecimiento como semántico (en el dominio del lenguaje y los significados) y su transformación en enfermedad (experiencia y al mismo tiempo objeto de estudio de la medicina) ocurre por procesos de atribución de significados individuales y al mismo tiempo parte de significados de una

cultura particular (Moreno-Altamirano, 2007). En México destacan trabajos como los de Castro (1995) y Mercado-Martínez, (1996), quienes se preocupan por la subjetividad de los pacientes, la enfermedad y la experiencia y ponen una atención especial en la influencia de la estructura social en dicha experiencia.

5. ***Enfoque de la antropología médica crítica:***

Coinciden Strasser (2011) y Chuaqui-Fajreldin (2006) que la antropología médica crítica emerge en los 70 y 80. A partir de trabajos como los de Foucault (1975), Susser (1996), Scheper-Hughes y Lock (1987), y Young (1982) entre otros, se empieza a delinear más el campo de este enfoque. Se podría decir que las principales características de esta perspectiva son: a) hacer conexiones entre el macro nivel del mundo capitalista (enfoque económico-político) y el micro-nivel de la experiencia y la capacidad del individuo; b) cuestionar la dependencia a ideologías dominantes (biomédica) y patrones de cuidado médico e identificar su relación con otras ideologías dominantes; c) preocuparse por la salud de todo tipo de sociedades; y d) comprender la salud desde un contexto histórico, de fuerzas políticas y económicas que las circundan (Chuaqui-Fajreldin, 2006). En México autores como Menéndez (2003), propone un modelo analítico llamado “modelo médico hegemónico” que permite incorporar el saber y quehacer médico dentro del objeto de estudio y a la vez cuestionar la dicotomía cuerpo-mente, la independencia de lo natural de lo social, su biologicismo, mecanicismo, a-historicidad, entre otros. Existen otros investigadores que han trabajado desde este enfoque como son Roberto Campos, Rosa Maria Osorio, Zuanilda Mendoza, Castro, Castellanos, entre otros.

## ***Conclusiones del capítulo***

Hemos visto que resulta sumamente controversial hablar de la obesidad puesto que es una condición que ha acompañado a la humanidad a lo largo de su historia pero no como enfermedad, y que actualmente hablar de ella puede variar enormemente dependiendo del lugar desde donde te posiciones. Con este panorama es posible comprender los discursos contradictorios entre profesionales, lo que se puede reflejar en la poca aceptación de la obesidad como enfermedad para las personas que la padecen y la extensa oferta de productos para tratarla como problema estético, de movilidad y de salud.

Estos antecedentes nos permiten vislumbrar la complejidad del estudio de este fenómeno que ha generado diversas perspectivas de investigación con alcances a muy diferentes escalas, que pueden ir desde estudiar el papel de la genética en la obesidad hasta el estudio y diseño de medidas nacionales y mundiales para su prevención y atención.

Por un lado analicé cada una de estas perspectivas para comprender desde un enfoque crítico la función del discurso de la obesidad en diferentes escalas. Por ello fue importante identificar el objeto de estudio, que varía de manera importante dentro de un mismo campo de investigación; la formación, donde la emergencia del discurso de la obesidad tiene coincidencia en tiempo; la enunciación, que nos permitió identificar los diferentes profesionales e instituciones considerados expertos; la formalización, que ayudó reconocer los sistemas de verificación que normalmente está relacionado con el tipo de paradigma; y la función del discurso, que muchas veces está relacionado con intereses económicos y académicos.

A lo largo de esta descripción, identifiqué conflictos y diferencias en la percepción de la obesidad como enfermedad, que pasa de una postura normativa que busca responsabilizar al sujeto de su obesidad, principalmente en las ciencias médicas, al otro extremo donde se busca explicar solamente como un problema social, invisibilizando al sujeto.

Tanto las ciencias médicas como las ciencias humanas y sociales, tienen aportes valiosos para la comprensión de la obesidad. Por lo que, sin perderlas de vista, busco recuperar la perspectiva del sujeto que la padece como parte de los saberes necesarios para comprender la obesidad. Esta necesidad me permitió posicionarme en la perspectiva de la antropología en salud e identificar algunos elementos, que nos permitirán construir una perspectiva integradora para comprender la obesidad, algunos son:

1. Considerar los discursos de la obesidad como acontecimientos discursivos<sup>21</sup>. Esto permite comprender las variaciones en la comprensión de la obesidad.
2. Comprender la obesidad en su triple dimensión como un problema de salud, una enfermedad y un padecimiento.
3. Identificar las potencialidades del enfoque biocultural para la comprensión y delimitación del fenómeno de estudio.
4. Analizar el padecimiento desde una perspectiva interpretativa y crítica como experiencia individual, interpersonal y cultural.
5. Privilegiar la voz de las personas que padecen la obesidad, familiares, terapeutas, y otros actores sociales clave.

Con base en estas reflexiones en el siguiente capítulo se desarrolla una propuesta teórico-metodológica, que busca tener una aproximación diferente y crítica al proceso salud/enfermedad/ atención de la obesidad extrema.

---

<sup>21</sup> Nombrado así ya que se retomó de la propuestas de Foucault (2002) sobre la sobre el análisis de las formaciones discursivas aquí se analizó de manera operativa específicamente la emergencia, la enunciación, la formalización y la función del discurso.

## CAPÍTULO 2

### MODELO DE ANÁLISIS PARA EL ESTUDIO LA OBESIDAD COMO PADECIMIENTO

*...me doy cuenta que... el sobrepeso es... ¿cómo te diré? (...) todos tenemos el mismo cuerpo... esquelético... huesos... pero algunos nada más como que lo forramos más de grasa...*

Marina

En la antropología en salud dos partes fundamentales de la investigación son el trabajo de campo –donde se buscan narrativas construidas de manera horizontal, en un proceso dialógico entre actores que permita el reconocimiento de las personas que padecen el problema como expertas<sup>22</sup>–; y el proceso de interpretación con herramientas teóricas. En las técnicas cualitativas, las teorías preceden y acompañan todas las fases de la investigación y potencian la explicación de los datos empíricos para comprender no sólo el relato de un sujeto en particular, sino el sistema sociocultural donde las interacciones adquieren significado. El proceso de diseño, análisis e interpretación requiere de modelos que permitan articular la teoría con los datos empíricos, conduciendo a la generación de nueva información e incluso de conceptos. En este trabajo, se llegó a esta conciencia de la necesidad de dichos modelos después del diseño inicial de la investigación, pero fue posible empezar a construirlos antes del trabajo de campo y se fueron modificando durante el análisis y la redacción de la tesis.

#### ***2.1 ¿Qué es un modelo?***

Existen controversias sobre el papel de los modelos en las ciencias, algunos autores como Duhem, consideran que son prescindibles y no forman parte esencial ni de la ciencia ni de su análisis y Carnap considera que “el descubrimiento de un modelo no tiene más que un valor estético o didáctico, o en el mejor de los casos heurístico, pero no es esencial para una correcta aplicación de la teoría” (Carnap, 1975 en Casanueva, 2005:29). Y otros como Poincaré, Maxwell y Pierce expresaron su desacuerdo, argumentando que:

---

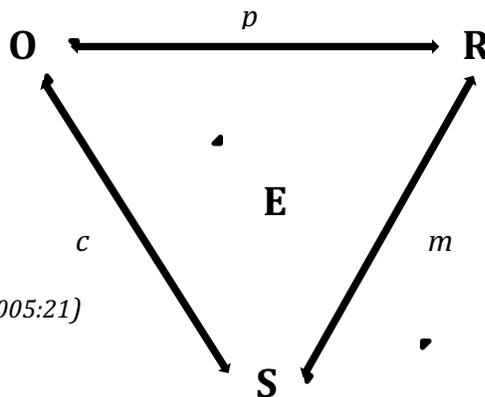
<sup>22</sup> En esta investigación, las entrevistas fueron realizadas de manera externa al hospital, en espacios que permitían un diálogo de reconocimiento mutuo.

*Los modelos desempeñan una doble función: por una parte desempeñaban un papel trascendental en el desarrollo y transformación de las teorías; por otra, permitían una interpretación intuitiva (familiar) de las teorías, necesarias para la construcción de explicaciones (Casanueva, 2005: 30).*

Dejando de lado estas diferencias, el uso de modelos es frecuente en las investigaciones científicas actuales. De acuerdo a Penti (en Díaz, 2005) los usos diversos de la palabra modelo permiten distinguirlos y clasificarlos según su empleo en tres grandes tipos: los más concretos o réplicas, seguidos de los figurativos, hasta los más abstractos que son los modelos formales. Los primeros pretenden copiar al referente de manera analógica, los siguientes pretenden identificar y abstraer elementos cruciales de un sistema para establecer las funciones que mejor definan su operación, y el tercero está caracterizado por su alto nivel de expresión sintética.

Díaz propone tres componentes esenciales en todo modelo científico: el objeto referente de estudio, la representación cognitiva y la simulación o representación pública o conceptual:

**Figura 3: Modelo del modelo científico**



Fuente: Tomado de Díaz (2005:21)

**Elementos:**

- O: El objeto referente de estudio, la parcela de la naturaleza que presenta un enigma y se intenta figurar y comprender.
- R: La representación cognitiva o modelo conceptual.
- S: La simulación o representación pública, el modelo-objeto o artefacto.
- E: Episteme, conocimiento resultante de la operación enlazada de las tres funciones de relación entre los elementos.

**Funciones:**

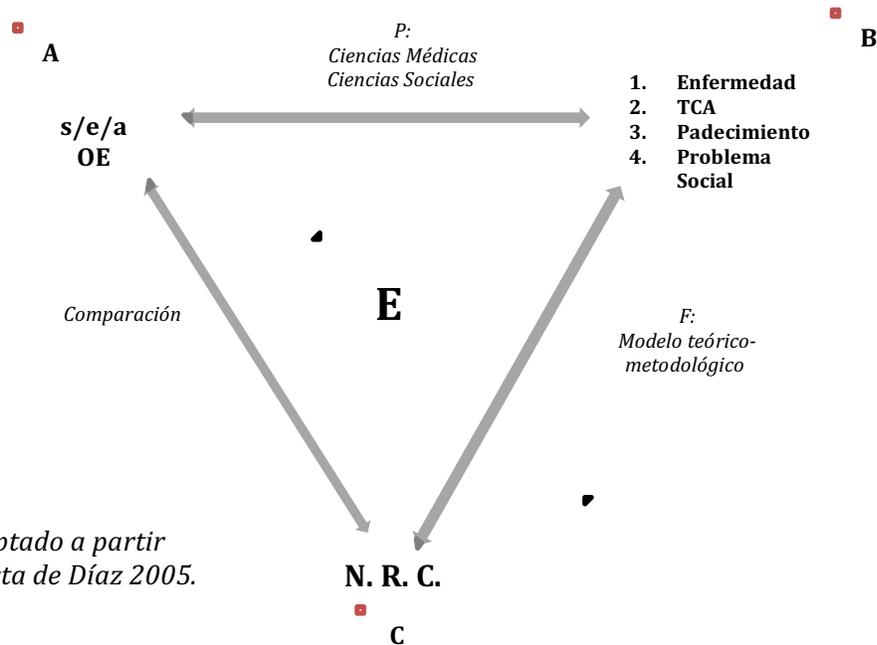
- *p*: Producción de la representación mental (percepción, dato, memoria, imaginación, intuición, estado de conciencia, método, teoría...)
- *m*: Transcripción y fabricación del modelo objeto (juicio, destreza, inventiva, estrategias, manejo de símbolos, lenguaje).
- *c*: Contraste entre el modelo y el objeto de referencia (adaptación, corrección).

## 2.2 El modelo del modelo

A partir de su propuesta es posible delinear tres modelos que permitieron abordar esta investigación: a) un modelo figurativo para identificar los elementos y funciones necesarios para diseñar el modelo teórico-metodológico y para el desarrollo de una nueva representación comprensiva de la obesidad extrema, es decir el modelo del modelo (Figura 4); b) un modelo conceptual que constituirá un sistema con conceptos explicativos que ayuden a comprender el proceso teórico-metodológico de análisis e interpretación (Figura 5); y c) un modelo conceptual que ayudará a sintetizar procesos y elementos importantes de la trayectoria de atención desde un enfoque biocultural, que será nuestro modelo comprensivo (Figura 7). Estos tres modelos están concatenados, por lo que cada uno se sigue del anterior, siendo el último *el modelo de análisis para el estudio de la obesidad como padecimiento*<sup>23</sup>.

Por lo tanto, el siguiente modelo figurativo fue adaptado del anterior (figura 3) y se diseñó para identificar los elementos centrales para el desarrollo del modelo de análisis que nos lleve a construir una nueva representación comprensiva, en este caso, fruto del modelo de análisis:

Figura 4: Modelo para el desarrollo del modelo de análisis del proceso s/e/a



Fuente: Adaptado a partir de la propuesta de Díaz 2005.

<sup>23</sup> El modelo figurativo sienta las bases, el modelo teórico-metodológico las desarrolla, y el modelo de análisis surge de éste último, con el fin de dar la representación comprensiva de la obesidad.



**Elementos:**

- **[A] S/E/A:** El objeto referente de estudio, será el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) específicamente de la obesidad extrema (OE).
- **[B]** Las representaciones cognitivas a partir de la perspectiva médica y social. (Enfermedad, trastorno de la conducta alimentaria (TCA), padecimiento y problema social.)
- **[C] NRC:** La nueva representación del proceso s/e/a de la obesidad extrema, desde una perspectiva integral e incluyente, que llamaré nueva representación comprehensiva.
- **E:** Episteme, conocimiento resultante de la investigación.

**Funciones:**

- **p:** Producción de la representación a partir de la perspectiva de las ciencias médicas y las ciencias sociales.
- **f:** fabricación del modelo teórico-metodológico (se explicará más adelante)
- **c:** Comparación entre la nueva representación y el objeto de referencia (adaptación, corrección).

Los procesos señalados en el esquema anterior los podemos explicar de la siguiente manera:

**A-B:** El objeto de referencia de esta investigación es el proceso s/e/a de la obesidad extrema (A). Tradicionalmente se concebía y estudiaban los procesos de salud y enfermedad como procesos “naturales” y propios de la biomedicina, pero gracias a la propuesta de Menéndez (1994), quién aportó el elemento de la atención (conde incluye al tratamiento), fue posible comprender este proceso como universal ya que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran; y al mismo tiempo de manera diferenciada. Teniendo este antecedente consideré a las ciencias médicas y sociales como las perspectivas principales en la producción de representaciones de la obesidad (**p**). Estas han generado representaciones diferentes (pero no excluyentes) de la obesidad (**B**). Desde las ciencias médicas se ha consolidado la representación de la obesidad como enfermedad y trastorno de la conducta alimentaria; y desde las ciencias sociales como un padecimiento (illness) y un problema social. Se puede observar que la flecha que va del objeto a la representación es bidireccional debido a que son representaciones que se han gestado en etapas y con diferentes datos (materiales) y cognoscitivos de acuerdo a un conjunto de reglas que desembocan finalmente en una representación más acabada.

**B-C:** A partir de las representaciones ya construidas (**B**), se busca desarrollar una nueva representación *comprehensive* (**C**), al tomar el término comprehensiva, busco hacer referencia no sólo al acto de comprender, sino también de aprehender, es decir tomar, asir. Con ello, me refiero a una representación que pueda reflejar la complejidad del proceso de salud/enfermedad/atención de la obesidad, que tome en cuenta diferentes visiones, especialmente que se aprehenda la visión de las personas que viven con obesidad.

Normalmente se usa el término *integral* como traducción de *comprehensive*, pero considero que este modelo a pesar de que busca ser incluyente, su principal objetivo no es ser *integral* más bien es considerar integrar el conocimiento de las personas que la padecen que integre diferentes perspectivas y genere un mejor entendimiento del proceso s/e/a de la obesidad severa. En este segundo momento para el desarrollo de una nueva representación *comprehensiva*, es necesario el diseño de un *modelo teórico-metodológico (f)*, que permita analizar los elementos de mayor relevancia, y sobre todo aquellos que puedan explicar mejor el fenómeno, desde conceptos operativos para su estudio. Por ello en este paso se considera que se deben elegir rutas críticas a partir de un gran acervo de conocimientos, técnicas y habilidades. Como sostiene Díaz “moldear es también un proceso plenamente cognoscitivo con fuertes componentes creativos y estéticos” (Díaz, 2005: 24). De igual manera se trata de un proceso de ida y vuelta, por ello se muestra con una flecha bidireccional.

**C-A:** La fase más importante es la de comparación entre la nueva representación *comprehensiva* (que a partir de ahora llamaremos modelo *comprehensivo*) y el objeto de estudio.

*implica la observación de la conducta del modelo y la comparación con la conducta del objeto de referencia (...) si tiene éxito el modelo se comporta como si fuera una realidad típica y es acomodaticio en el sentido de que su función es la de adaptarse a los requerimientos del original (Díaz, 2005: 24).*

Como en todo proceso de investigación esta es la parte de mayor relevancia ya que el que sean efectivos, tanto la nueva representación como el modelo utilizado para su generación, implica un avance en la comprensión del problema, en este caso, el proceso s/e/a de la obesidad extrema. Esto no quiere decir que sea una representación que tenga que ser válida por ser una verdad absoluta, sino por ser útil para lo que fue diseñada (Díaz, 2005).

A partir de estas premisas, es posible sustentar la elaboración de un modelo teórico-metodológico que nos permita llegar a esta nueva representación. Explicado el primer modelo, a continuación, en el 2.3 y 2.4 se muestra el desarrollo de los dos siguientes modelos (teórico-metodológico y *comprehensivo*, que es el *modelo de análisis de la obesidad como padecimiento*).

### **2.3 Modelo teórico-metodológico**

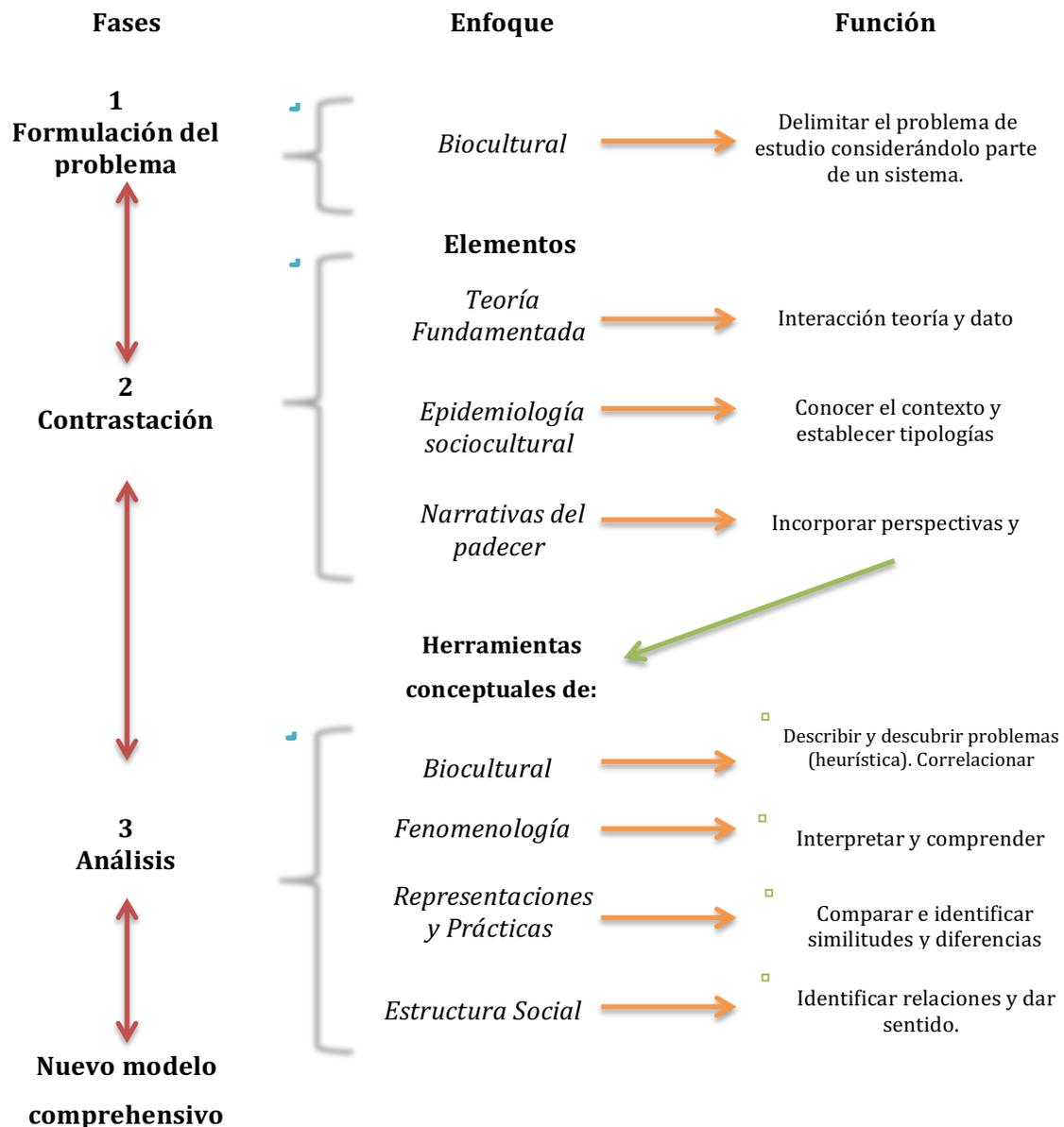
Para evitar posibles confusiones con el modelo anterior, quisiera retomar un aspecto que subyace en las diferentes nociones de modelo:

*Un modelo es una representación de algo que construye (o imagina) alguien con determinados fines y que puede ser comunicada (o mostrada) a otras personas (...) el modelo a su vez se compone de 1) la que denominaremos estructura conceptual y 2) el vehículo de la representación, aquello que puede ser comunicado o mostrado, y que denominaremos soporte del modelo (Casanueva 2005: 48).*

Ya se expuso el objeto de estudio y las representaciones que existen de éste. Ahora es necesario diseñar una estructura conceptual que permita la construcción de una nueva representación comprensiva que pueda ser comunicada. Esta estructura conceptual la comprendo como un modelo teórico-metodológico (figura 5), es decir lo que estaba representado en el modelo anterior como (**f**) (ver figura 4). Por ello he considerado en esta estructura tres fases del proceso metodológico (formulación del problema, contrastación y análisis) y los elementos teóricos que sustentan cada fase tienen una función específica.

Es importante resaltar que en cada fase del modelo que a continuación presento, existió un constante flujo de información, fue un proceso de continua contrastación y transformación que permitió llegar al enfoque, los elementos teóricos y finalmente la elección de las herramientas conceptuales adecuadas para analizar el proceso s/e/a de la obesidad extrema. A continuación se muestra un esquema sintético de este modelo.

Figura 5: Modelo teórico-metodológico para el desarrollo de un modelo comprensivo de la obesidad extrema



Fuente: Elaboración propia.

### 2.3.1 Descripción de las fases del modelo teórico-metodológico

#### 2.3.1.1 Formulación del problema

Al iniciar la aproximación al objeto de estudio, se expuso una extensa problemática que iba desde la conceptualización de la obesidad como enfermedad, los problemas de salud asociados a dicha condición, el aumento en su prevalencia (sobre todo en mujeres), los altos

costos atribuidos a su atención, los riesgos de la cirugía bariátrica y los riesgos de las nuevas iniciativas de salud pública al buscar la gratuidad de la cirugía bariátrica. Como vemos, es un abanico muy amplio de elementos a analizar, por lo tanto fue necesario delimitar el objeto de estudio, sin por ello perder un enfoque integral. La propuesta que nos permitió integrar los elementos más significativos para delimitar el problema de investigación, fue el enfoque bio-cultural por su capacidad para formular preguntas de investigación socialmente relevantes, ya que cuenta con diferentes modelos que permiten integrar diferentes formas y niveles de preguntas de investigación.

De acuerdo a Khongsdier, (2007) un modelo biocultural se define como:

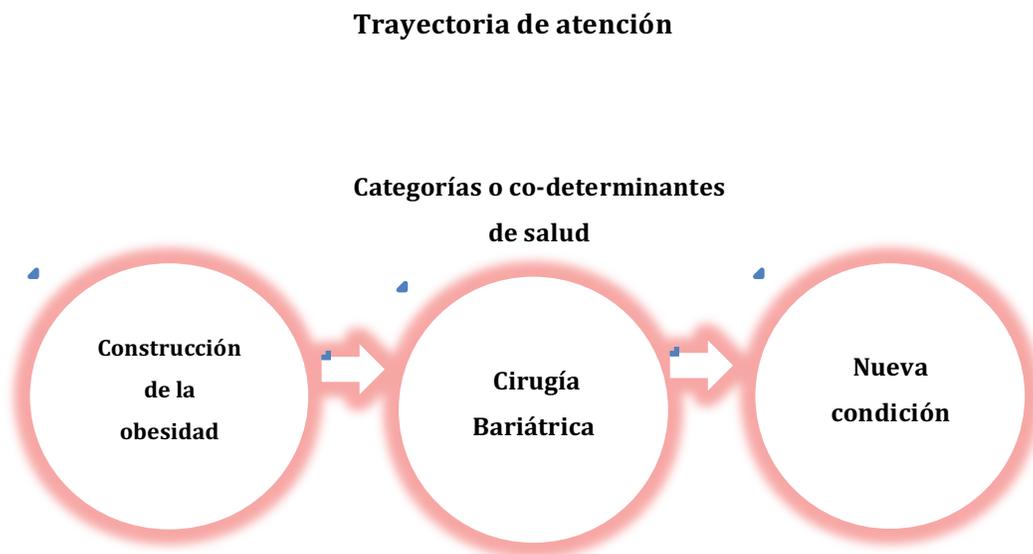
*...un ejemplo de un sistema desarrollado o modificado para entender un fenómeno de estudio que está interrelacionado con diferentes aspectos del sistema (...)y como una herramienta heurística para generar preguntas de investigación o hipótesis de prueba y enfoques para comprender un fenómeno complejo. En los estudios bioculturales, el sistema esta compuesto por biología y cultura y por ambos entornos, el biótico y el físico, en los que ciertas características; de comportamiento, psicológicas y biológicas de las poblaciones humanas, son los fenómenos de estudio. (Khongsdier, 2007: 42-43).*

El mismo autor clasifica los modelos en cinco: 1) Modelo general de adaptabilidad: se enfoca en la interacción humano-medio ambiente desarrollada para entender la adaptación humana, provee pautas para lidiar con la compleja interacción entre la biología humana y el ambiente; 2) Modelo de estrés-individual: es una variación del modelo de adaptabilidad que toma un estresor ambiental y lo analiza como variable independiente para entender la adaptación humana; 3) Modelo biocultural segmentado: se refiere a aquellos donde datos biológicos como variables fisiológicas, genéticas, morfológicas y demográficas son correlacionadas con variables socio-culturales; 4) Modelo biocultural integrado: integra variables biológicas, culturales y ambientales con respecto a ciertos rasgos biológicos o variables de salud, que se analizan desde una perspectiva histórica y/o ecológica; y 5) Modelos bioculturales complejos: son modelos que tienden a complejizarse conforme a la pregunta de investigación, el diseño del estudio, las circunstancias o las dificultades operativas de la investigación. Todos éstos modelos son una parte del sistema completo y el fenómeno de estudio siempre está relacionado, directa o indirectamente con la sobrevivencia o el bienestar de la población (Khongsdier, 2007).

Tomando estas propuestas, se delinearón las interacciones principales que me interesan para la construcción de nuestro modelo comprensivo y que partieron de la pregunta inicial de investigación:

¿Cómo se relaciona la trayectoria de atención del padecimiento, con el desarrollo de la obesidad extrema y el uso de la cirugía bariátrica?

Figura 6: Modelo de la trayectoria de atención con un enfoque biocultural



**Fuente:** *Elaboración propia adaptado de Peña (2012).*

Este modelo inicial me permitió enmarcar el problema de investigación y formular las preguntas analíticas que favorecieron una producción y transformación de significados, procesos y relaciones.

#### 2.3.1.2 Contrastación

Se decidió nombrar así a esta fase, por la constante interacción entre hipótesis, datos y actividades que se realizaron en la investigación con las teorías y viceversa. La comparación sistemática condujo a la elección del enfoque biocultural como el más adecuado para el análisis.

Se identificaron elementos y herramientas conceptuales con los que existía compatibilidad, algunos fueron seleccionados desde el inicio de la investigación y otros en etapas intermedias y finales. Con esto quiero resaltar que en la siguiente descripción de los enfoques elegidos, éstos no se muestran en orden cronológico, sino de manera que permiten mostrar su articulación y pertinencia en el estudio:

- a) **Teoría fundamentada (Grounded Theory).** En primer lugar, la teoría fundamentada proporciona un marco metodológico para la codificación, categorización y análisis de los datos cuyas características principales son: lograr un estudio de los datos que permita emerger la teoría relacionada; mantener cierta objetividad y distancia del sujeto/objeto de estudio; mostrar una “realidad” a partir de los datos; y construir un análisis teórico. Todo esto a partir de una interacción constante entre la recolección de datos y el análisis en donde ambas se conforman e informan mutuamente en un proceso iterativo y emergente. Dentro de sus exponentes existen controversias en relación con la generación, descripción y análisis de los datos. Se podrían diferenciar en dos posturas principales: 1) la objetivista que considera que “los datos son” en lugar de construirse, los investigadores añaden reflexividad sobre la recolección de datos como expertos y apunta a generalizaciones conceptuales con una perspectiva generadora de teoría formal; y 2) la constructivista considera que los investigadores y los participantes co-construyen los datos a través de la interacción, la reflexividad acompaña todo el proceso de investigación y apunta a la comprensión interpretativa en vez de las generalizaciones (Charmaz, 2011). A pesar de las diferentes posturas existen elementos comunes de los cuales retomo algunos para sustentar las elecciones teóricas y metodológicas:
- a. La recolección de datos y el análisis transcurren de manera simultánea y recurrente.
  - b. Los procesos de análisis son explícitamente reflexivos y permite un muestreo teórico que sirve para delinear, elaborar y complementar las categorías.
- b) **Epidemiología sociocultural.** Se mencionó en la introducción la necesidad de integrar dos perspectivas desde el diseño de la investigación, la epidemiológica y la de la antropología en salud. Considero que la epidemiología sociocultural ofrece una propuesta crítica que permite integrar ambas perspectivas. Como apunta Haro en el proceso s/e/a<sup>24</sup> se expresan dimensiones biológicas (pueden ser determinaciones y relaciones genéticas, biológicas, inmunológicas, hormonales, nutricionales, neurológicas y ecológicas), sociales (que determinan las condiciones que favorecen las dimensiones biológicas) y culturales (que son los vehículos por los que se expresa este proceso, tanto en el nivel de la percepción, como en las medidas para gestionar los

---

<sup>24</sup> Agregado mío, en el texto Haro hace referencia sólo a la salud.

problemas de salud) (Haro, 2011). Pero la Epidemiología Sociocultural no debe entenderse como una disciplina “nueva”, sino como:

*...un referente operativo y analítico integrador, cuyo objetivo primordial es aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades, tomando como uno de sus ejes la categoría del daño evitable, lo que implica su estudio, pero también la generación de medidas para enfrentarlo (Hersch-Martínez, 2013: 513).*

Por ello rescato el análisis de Menéndez quien describe tres rasgos que deben ser característicos de una epidemiología sociocultural: a) *analizar procesos*: La necesidad de incluir no sólo variables epidemiológicas, sino incluir los aspectos sociales, culturales y económico políticos, como procesos socioculturales y bioecológicos; b) *aproximación estadística y cualitativa*; y c) *un enfoque relacional*: que permita incorporar al conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan alrededor del problema de salud (Menéndez, 2008). Hersch-Martínez (2013) considera que además de lo mencionado por Menéndez algunos de los elementos referenciales para una epidemiología sociocultural se basan en que el objeto de la epidemiología sociocultural parte de una definición relacional y política de la salud, se nutre de saberes y recursos científicos, locales y de aquellos que no son reconocidos como expertos, tiene como referente los ejes de salud-enfermedad y atención-desatención, además otro eje de referencia es el daño evitable y donde más que enfocarse en factores de riesgo, focaliza sistemáticamente escenarios de riesgo. Por ello menciona que las herramientas metodológicas se diseñan en función de los problemas de salud y no de disciplinas determinadas y por su abierto carácter político, los estudios de la epidemiología sociocultural deben estar orientados a la intervención.

De los elementos definatorios para una epidemiología sociocultural, se consideraron los siguientes para este estudio:

- 1.- Análisis del fenómeno de investigación como un proceso biocultural.
- 2.-Articular aproximaciones cualitativas y cuantitativas.
- 3.- Uso de una aproximación cualitativa por medio de entrevistas a profundidad con participantes clave para integrar la perspectiva de las pacientes.
- 4.- Análisis de situaciones/escenarios de riesgo y prevención de riesgos, con relación al desarrollo de obesidad severa y de problemas de salud después de la cirugía bariátrica.

c) **Las narrativas del padecer.** Existe una amplia gama de formas de entender la narrativa y la investigación narrativa. La narrativa se puede entender como una condición ontológica de existencia temporal (Ricoeur, 1995), un método o como una forma de conocimiento (Blanco, 2011; Sparkes y Devís-Devís, 2006). Con esto quiero dar un ejemplo de la diversidad de trabajos y posturas al respecto, por ello algunos autores diferencian el relato de la narración. Para Frank “el relato se refiere a las historias reales que la gente cuenta, mientras que la narración o la narrativa se refiere a las estructuras que subyacen a las historias” (Frank, 1995 en Sparkes y Devís-Devís, 2006: 5). Entonces ¿qué es la investigación narrativa? Sparkes y Devís-Devís, hacen una clasificación muy esclarecedora de este campo, que va desde las diferentes perspectivas teóricas (realistas, relativistas o constructivistas), posiciones del investigador (como analista o relator) y formas de análisis (las centradas en los qué o los cómo). También exponen la conveniencia de utilizar varias formas de análisis, dependiendo del problema de investigación. En ésta investigación, recurrí a la metodología narrativa, específicamente de las narrativas del padecer, por el potencial que tiene para acceder al mundo personal de la enfermedad y el padecimiento como experiencia individual, interpersonal y cultural. Por lo tanto las considero, como explica Hamui (2011), a las narrativas como construcciones que incorporan perspectivas teóricas y metodológicas, como marco de referencia para acceder a un cierto grado de comprensión de la realidad social.

En la antropología existe una larga tradición que ha considerado las historias como parte importante de la investigación. El antropólogo está acostumbrado a escuchar historias, seleccionarlas, analizarlas y contarlas. Desde mitos, leyendas, cuentos populares, historias de un grupo o región, historias personales, entre otras. Pero quizá antes no eran tan conscientes de que las historias personales eran medios más pertinentes para comprender los significados sociales.

Por lo tanto como apuntan Mattingly y Garro (1994), el interés por las narrativas no puede considerarse como nuevo, pero podría considerarse reciente la preocupación por cómo incluir las narrativas no sólo como un método para recolectar información, sino también para analizarla. En consecuencia nos mencionan las autoras que existen diferentes propuestas introducidas por disciplinas como la antropología, la lingüística, la literatura, la psicología y la filosofía, para comprender las relaciones entre; las historias de experiencias personales con conocimientos culturales, la narrativa con la

comunicación, la correspondencia entre las narrativas y los eventos humanos, las diferentes estrategias de análisis con la forma de entender la realidad, entre otras.

Como explica Bruner en su escrito *Etnografía como narrativa* (1986) las etnografías están guiadas por una estructura narrativa<sup>25</sup> implícita, por los relatos que se cuentan de las personas que se estudian. El argumento central de Bruner es que estas narrativas subyacentes preceden y estructuran la investigación antropológica. Los antropólogos no construyen historias de los datos, sino que descubren datos por los relatos que modelan su percepción del campo. Resalta el autor que las estructuras narrativas que el estudioso construye no son narrativas secundarias sobre los datos sino narrativas primarias que establecen lo que se considera como dato (Bruner, 1986). Por lo que en la búsqueda de datos quien investiga se guía por narrativas previas e incluso algunas implícitas, pero no quiere decir que la tarea etnográfica sea de selección de datos particulares o de estrategias discursivas, más bien, como apuntan Mattingly y Garro (2000), la tarea del antropólogo es desenmascarar las estructuras narrativas subyacentes.

Por lo tanto, las narrativas en el estudio de la enfermedad y el padecer son cada vez más relevantes para los estudios de corte cualitativo y en la antropología en salud, ya que nos lleva a considerar explícitamente las estructuras narrativas, las narrativas performativas y los contenidos referenciales.

En el caso del padecimiento, la narrativa permite comprender aspectos de la experiencia del padecimiento y de las prácticas de atención, que no tendrían sentido si se analizaran como datos aislados. Las narrativas nos permiten estudiar la subjetividad social, lo cual nos puede llevar a comprender no sólo las acciones y sus significados, también permite la reivindicación de la persona como agente social:

*La comprensión de la sociedad desde la subjetividad, trae consigo la consideración desde el punto de vista del individuo como agente social, además de la concepción de la realidad como una construcción siempre inconclusa, y en términos metodológicos supone la revalorización de la interpretación (Lindon, 1999: 297).*

Existe una amplia variedad de propuestas para abordar las narrativas, por ejemplo la distinción entre relato y narrativa, tiene varias opiniones. Mientras algunos autores las usan como sinónimos, otros las diferencian. Como el sociólogo Arthur Frank, que considera que el relato es aquello que las personas dicen en cada momento y narrativa

---

<sup>25</sup> Para Bruner la persona construye su identidad como individuo diferenciado frente a otro. El *yo* se sostiene en significados, lenguajes y narraciones que son cultural e históricamente específicos y una de las propiedades más significativas del *yo* sería su estructura narrativa (la manera en que organiza y significa su discurso)(Bruner, 1986)

cuando se abordan los tipos de estructuras más generales que componen varios relatos. Ejemplifica que:

*...en el caso de las historias del padecer, podrían encontrarse tres tipos de esquemas: el caos, la búsqueda y la restitución, el primero cuando irrumpe la enfermedad, el segundo cuando se trata de explicar el cambio y el tercero cuando se intenta restablecer el equilibrio perdido (Frank, 1995 en Hamui, 2011: 58).*

Existen diferentes perspectivas analíticas, por lo tanto podemos apreciar distintas terminologías, entre ellas vemos: los patrones narrativos, estructuras narrativas, performatividad, representaciones, tramas, entre otras. Lo que demuestra la posibilidad para ajustar las narrativas a las diferentes propuestas teóricas, que buscan el análisis de la vida sociocultural como un drama personal y social que va desplegando acciones, motivaciones, expectativas, eventos y emociones.

La vivencia de la salud, la enfermedad, del padecer, de los problemas de salud, de la atención, tratamiento y de la curación, desde la perspectiva del drama cultural, expresada con las narrativas, permite mostrar la compleja interacción entre los actores que ocupan diferentes posiciones sociales, profesiones, orígenes, con distinto acceso a información y desde distintos puntos de vista. En enfermedades crónicas como la obesidad, los diferentes contextos terapéuticos, así como las instituciones de salud, son parte de la experiencia, en donde existen las prácticas de atención a la salud. En esta dimensión pueden existir análisis de los aspectos estructurales del mundo social de la persona.

También es importante considerar lo que menciona Arthur Frank [1995, en Hamui, 2011: 64 ],

*...las historias del padecer están dichas a través de un cuerpo herido, pues el cuerpo pone en movimiento la necesidad de nuevas historias cuando la enfermedad irrumpe sobre los viejos relatos. Al dar voz a las experiencias del padecer, las narrativas proveen medios fenomenológicos acordes con la representación de las experiencias corporales.*

De esta manera, las narrativas son un medio privilegiado de acceso al mundo experiencial del cuerpo y son básicas en nuestro entendimiento de esa vivencia.

Retomaré ciertos elementos clave de las narrativas del padecer, en ésta fase de contrastación<sup>26</sup>:

a) Desde una perspectiva constructivista considero a las narraciones como producto de un proceso dialógico que requiere de la implicación de los actores.

---

<sup>26</sup> También en la fase de análisis se retomarán elementos de la teoría narrativa, que serán explicados más adelante.

- b) El potencial para emerger y develar un grupo de temas relacionados con la enfermedad, el padecimiento, la identidad, la experiencia y la realidad social y cultural (Hamui, 2011).
- c) La flexibilidad de integrar diferentes perspectivas teóricas en su análisis, que permitan ser un puente entre la experiencia individual y colectiva.

Antes de pasar a la siguiente fase, quisiera resaltar el hecho de que el análisis es una actividad constante en la todo el proceso de investigación, en la fase de contrastación se ocupó principalmente para la selección de la información relevante y pertinente; y para la contrucción de marcos teóricos adecuados.

### 2.3.1.3 Análisis

Esta fase implicó un proceso permeado por un juicio analítico que permitiera elegir las herramientas conceptuales favorables para la construcción de un modelo comprensivo del proceso s/e/a/ de la obesidad severa.

Para la selección de las teorías fue necesario primero comprobar la compatibilidad entre la información recabada y las herramientas conceptuales que nos brindaban (por medio de su aplicación en una trayectoria similar<sup>27</sup>) y en segundo lugar que las teorías dieran cuenta de los diferentes niveles de análisis que se buscaban integrar. Con base en estas consideraciones las elecciones teóricas, herramientas conceptuales y estrategias de análisis se enuncian a continuación (ver Cuadro 7).

**Cuadro 7: Elementos guía de la fase de análisis teórico-metodológica**

Análisis	Nivel de análisis	Teorías	Variables/Herramientas conceptuales	Funciones
<i>Biocultural</i>	Individual y colectivo	Epidemiología Biocultural	Sociodemográficas Clínicas Antropométricas Riesgos de salud Adaptación	Descripción Correlación Tipologías Heurística
<i>Narrativas del padecer</i>	Individual	Fenomenología y hermenéutica	Identidad narrativa Procesos de socialización Corporalidad	Interpretación Comprensión
	Social	Representaciones y prácticas	Trayectoria de atención Habitus Modelos Explicativos	Comparación Identificación de similitudes y diferencias
	Político	Estructura social	Reglas y recursos Biopoder	Identificación de relaciones y sentidos

**Fuente:** *Elaboración propia.*

<sup>27</sup> Antes del trabajo de campo con mujeres del INCMNSZ, se llevó a cabo un estudio de caso, con otra mujer con cirugía para la obesidad en otra institución, lo que permitió el refinamiento de las entrevistas y un primer análisis de la trayectoria de atención.

**Análisis Biocultural:** Por un lado a partir de esta propuesta es posible integrar las herramientas de la epidemiología sociocultural y contextualizar la situación epidemiológica a nivel nacional y local. Se definieron las herramientas de análisis en función del problema de estudio y los recursos disponibles, por ello se llevó a cabo un análisis estadístico del grupo de mujeres con obesidad severa y cirugía bariátrica operadas en el periodo entre el enero del 2012 y diciembre del 2013. Desde la aproximación estadística es posible describir y correlacionar variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas, que nos permiten identificar algunas asociaciones pero no comprenderlas cabalmente. Por su parte desde el enfoque biocultural es posible analizar conceptos emergentes de la descripción estadística, como son los problemas de salud (antes y después de la cirugía), las situaciones de riesgo (antes y después de la cirugía) y su prevención. Dichos elementos pueden ser analizados a partir del concepto de adaptación que de acuerdo a McElroy (1990) ha sido ampliado por los antropólogos médicos a “un proceso de cambios y ajustes que incrementan las posibilidades de que una población pueda continuar existiendo a través de generaciones sucesivas en un ambiente dado”<sup>28</sup> (McElroy 1990: 249) La misma autora expone una categorización de diferentes niveles de adaptación 1) cambios genéticos, 2) ajustes fisiológicos y ambientales, 3) respuestas culturales y 4) afrontamiento individual (coping), normalmente éste tipo de modelo se utiliza en poblaciones amplias y rara vez a nivel grupal o individual. Por consiguiente retomaré este concepto como herramienta heurística para organizar los datos (de los ajustes fisiológicos y el afrontamiento individual ante los problemas de salud y las situaciones de riesgo) como parte de un proceso de cambios y ajustes.

**Análisis desde las narrativas del padecer:** Como se mencionó con anterioridad la narrativa es una construcción que tiene la capacidad de integrar diferentes perspectivas teóricas y metodológicas para el análisis de componentes microsociales y macroestructurales.

En este caso las narrativas del padecer hacen referencia a la propuesta de Kleinman (1988), quien integró los conceptos de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y malestar (sickness). El padecimiento abarca la percepción y la experiencia de la enfermedad, se construye por la persona, su familia o su grupo de pares, Kleinman lo describe así;

*...el padecimiento integra la vivencia y la percepción de la enfermedad, por esta vía la persona enferma contiene con la enfermedad; incluye las obligaciones, responsabilidades y comportamientos del ser enfermo, las cuales se determinan según*

---

<sup>28</sup> Traducción de elaboración personal

*contexto social y cultural, involucra también roles, normas, expectativas, creencias y valores en torno a la salud y la enfermedad (Kleinman, 1988:5).*

Por lo tanto utilizo las potencialidades de las narrativas del padecimiento para articular las experiencias subjetivas, los significados y las significaciones sociales con los mecanismos de poder, para llegar a lo que comenta Hamui: “colocar el evento narrado en esquemas sociales, económicos y políticos amplios, permite que los significados emerjan situados en estructuras sociales dinámicas” (Hamui, 2011: 67). Se retomó el modelo analítico propuesto por Sheper-Hughes y Lock del “Mindful Body” o “Cuerpo Consciente”, en donde se abordan los niveles individual, social y político del cuerpo, a partir del cual se pudo integrar diferentes discusiones teóricas desde la fenomenología y la hermenéutica; las representaciones y prácticas; y la estructura social.

En este modelo las autoras identifican a las emociones como las catalizadoras de la experiencia en el cuerpo, y son las que permiten experimentar la enfermedad, el dolor, salud y el bienestar y comentan que de allí (de la enfermedad, la salud y el dolor) emergen características culturales específicas que permiten leer en el cuerpo y en la forma en que éste se aprehenden, formas de ordenamiento social<sup>29</sup> (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

A continuación se integraron elementos de las propuestas anteriores, en un sistema que permita una aproximación diferente a la obesidad como padecimiento. Este sistema compuesto de los elementos del análisis biocultural y de las narrativas del padecer resultan en el modelo de análisis de la obesidad como padecimiento, cuyo fin es dar una representación comprehensiva de la obesidad de las mujeres con quienes se hizo el estudio.

---

<sup>29</sup> Traducción de elaboración personal

## ***2.4 Modelo de análisis de la obesidad como padecimiento: representación comprehensiva***

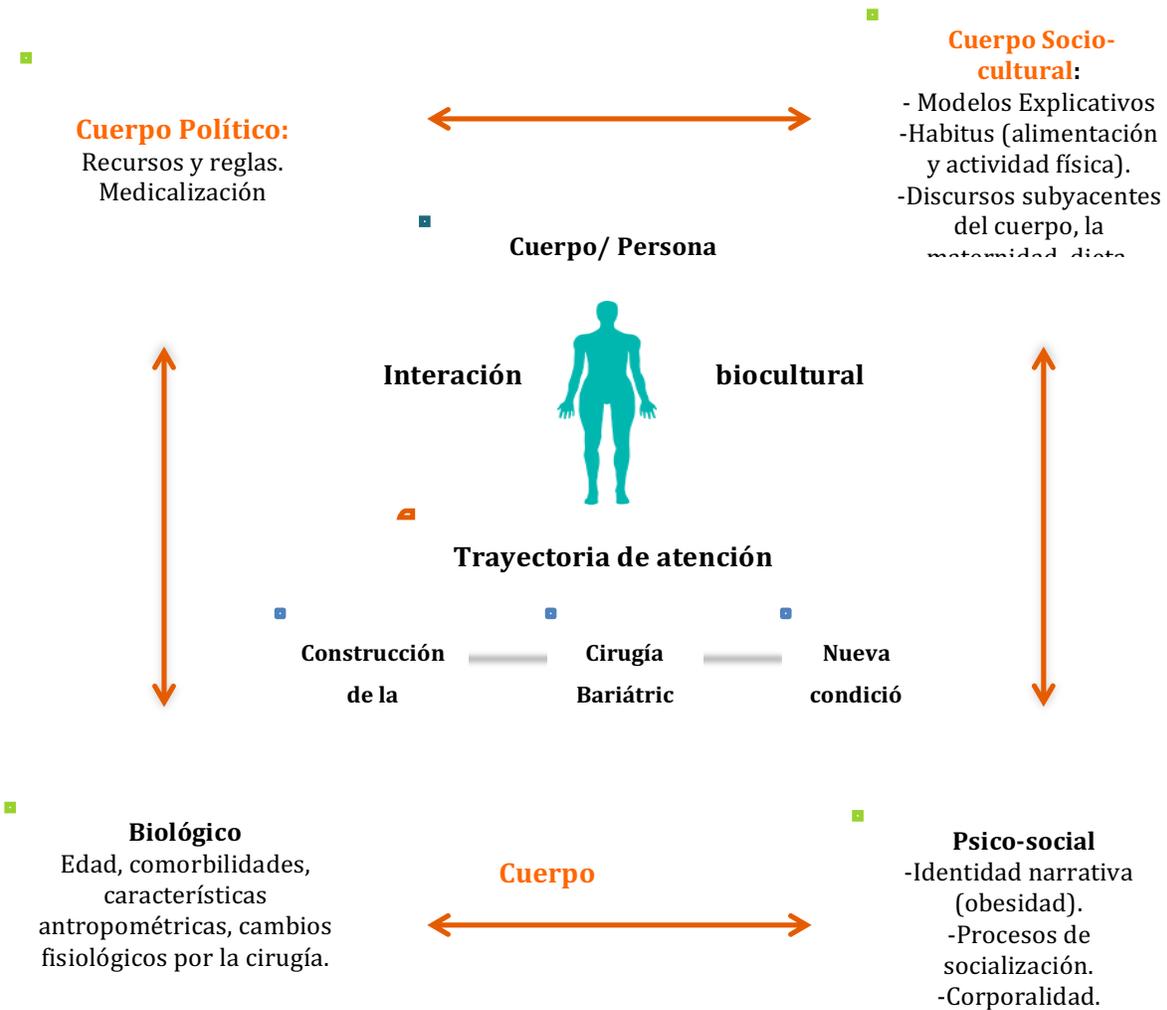
Como resultado del desarrollo del modelo teórico-metodológico del apartado anterior se presenta el siguiente modelo, el cual tiene como objeto comprender el proceso salud/enfermedad/atención a través de la trayectoria de atención. En este modelo, que adjetivo como *comprehensive*<sup>30</sup>, tiene como centro no a la enfermedad sino a la/el sujeto que la padece, la relación cuerpo/persona que no se puede separar al comprender que la obesidad, como condición física y enfermedad, se construye en cuerpo como realidad biológica y se experimenta como padecimiento de manera particular en cada persona de acuerdo a sus experiencias previas, sus emociones, expectativas, etc.

En este modelo, las variables o co-determinantes que se toman en cuenta en cada componente son: a) *Cuerpo individual*: que incluye variables biológicas como la descripción de características sociodemográfica y epidemiológica, los cambios fisiológicos por la cirugía. También en este cuerpo se consideran co-determinantes del componente psico-social, como la identidad narrativa, la corporalidad, los procesos de socialización; b) *Cuerpo socio-cultural*: en el se consideran los modelos explicativos, el habitus y los discursos subyacentes del cuerpo, la maternidad, la dieta, la salud, la enfermedad y el bienestar; y c) *Cuerpo Político*: en este componente se describen las las prácticas de control/medicalización del cuerpo y los recursos y reglas que se relacionan con las instituciones y estructuras sociales. El desarrollo de estos elementos (Figura 7) se explica a continuación.

---

<sup>30</sup> La justificación del término se encuentra en el apartado 2.2 de esta tesis.

Figura 7: Modelo comprehensivo de la obesidad extrema



**Fuente:** De elaboración propia con base en propuesta de Peña (2012).

Los elementos que rodean el uso de cirugía bariátrica son un campo ideal para comprender este modelo analítico, ya que adquiere una complejidad singular la justificación de estos procedimientos, dado que se encuentran diversos factores dentro de los cuales podemos encontrar desde los discursos médicos acerca del sobrepeso, la obesidad, la enfermedad y salud, la producción y circulación de los ideales de los cuerpos perfectos en los medios masivos de comunicación (la publicidad, la moda, la estética), hasta la preferencia social por determinado tipo de cuerpo, sobre todo en el caso de la mujer. De esta manera, se presenta un juego de relaciones entre dichos factores, que justifican un procedimiento quirúrgico, con implicaciones médicas y estéticas, lo que traduce, que el cuerpo es, no solamente individual,

sino que a su vez está sujeto a un contexto, es socializado y consumido por la imagen y vivido de forma tal, que se hace necesaria una intervención quirúrgica para “mejorar la salud”, “aumentar el autoestima”: para “sentirse más joven” y “más mujer”. En este escenario convergen los diferentes niveles de cuerpo que emergen partir de las narrativas del padecimiento de las mujeres entrevistadas.

### - **Cuerpo Individual**

El cuerpo individual, es el nivel fundamental dentro del modelo analítico propuesto por Scheper Hughes y Lock. Éste describe tanto al organismo biológico como a la experiencia del individuo dentro de este organismo a través de una imagen corporal. Esta imagen está relacionada con los pensamientos, con la definición del “yo” y refieren a lo que los psiquiatras denominan:

*“The Body Image” o la imagen del cuerpo, la cual representa los caracteres de éste en su relación con el entorno, e incluyen tanto las percepciones internas como externas, las memorias, los afectos, los conocimientos, las acciones y en todo caso lo constitutivo del individuo y de su identidad (Scheper-Hughes & Lock, 1987, pp. 8- 17).*

En ese sentido, las características del cuerpo biológico serán descritas y analizadas a partir de la teoría biocultural y estadística. Paralelamente para analizar la experiencia del individuo en su cuerpo, lugar donde se construyen diferentes ideales y se expresan de diversas formas, entre ellas la narración.

Así, a partir de las narrativas del padecimiento se hará un análisis interpretativo con base en las propuestas de Ricoeur, Berger y Luckman. Los ejes que guiarán el análisis serán:

- a) La propuesta de la *identidad narrativa* de Paul Ricoeur permite analizar la construcción del “sí mismo” por medio de la configuración narrativa, donde los relatos del padecimiento, son parte de la historia de vida y pueden ser o no el trama principal de la historia narrada, pero son parte de la configuración de la identidad y el sentido de “*sí mismo*” se ancla en un cuerpo (que padece y sufre) y es definido en el proceso narrativo.
- b) Los significados que rodean al cuerpo vivido, a partir del concepto de *imagen corporal* retomado el concepto de Scheper-Hughes y Lock (1987), como representación individual del cuerpo y su relación con el ambiente. Para entender la imagen corporal Aguado (2004) la comprende como un esquema corporal que ha sido moldeado por la cultura:

*...estructura tridimensional que permite la conciencia del sí mismo integrando aspectos físicos, estructurales y fisiológicos en relación con el movimiento... es una*

*estructura que integra las sensaciones, emociones y la percepción, por ello es la base de la experiencia en la que se integra el significado cultural (Aguado 2004: 49).*

La imagen corporal la entiende como un proceso continuo constantemente modificado, donde se integran la percepción de elementos estructurales, con respecto a su forma y su función (esquema corporal), las emociones, percepciones y sentimientos que dependen de los significados sociales y culturales; y de la socialización e interiorización de experiencias en el entorno familiar y social.

- c) Los procesos de socialización primaria y secundaria de Berger y Luckman, son importantes para comprender los elementos que permiten la internalización de la obesidad como parte de la realidad social e individual.

Retomando la clasificación de análisis de narrativas de Sparkes y Devís-Devís (2006), en este nivel se estaría haciendo un análisis sobre los *qué*, es decir lo que se cuenta en los relatos. En este nivel de análisis recurriré a un tratamiento hermenéutico, por un lado para construir una nueva narración que torne significativos los datos de los relatos de las mujeres entrevistadas y por otro lado identificando temas y categorías, con la intención de llegar a la comprensión de procesos determinados como la internalización y normalización de la obesidad.

- **Cuerpo Social:**

“El cuerpo social refiere al aparato simbólico que representa tanto la naturaleza biológica como los órdenes sociales y culturales” (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 7). El cuerpo en este nivel, constituye una categoría central, porque como lo plantea Pedraza: “en él confluyen y se realizan intensiones diversas, o bien se tiene la convicción de que en él se encuentra una clave ontológica para avanzar hacia una comprensión sintética de la sociedad” (Pedraza, 2007: 13).

De acuerdo a Scheper-Hughes y Lock (1978), la antropología simbólica ha mostrado que el cuerpo es una buena herramienta con la cual pensar la sociedad, dado que comúnmente el organismo humano han sido usado como un mapa cognitivo para representar relaciones del orden tanto natural, social e incluso espacial de determinado grupo humano. Así mismo, las experiencias del cuerpo han sido tomadas como representación de la sociedad, donde el cuerpo se convierte en mapa y de manera inversa, la sociedad puede ser leída a través del cuerpo y las prácticas corporales. Desde este tipo de modelos, “la salud y el bienestar representan una sociedad organizada sinónimo de armonía, pero en la enfermedad,

representa una sociedad caótica, en estado de malestar, desarmonía y desintegración”<sup>31</sup> (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 19)

Para llegar a analizar la dinámica de las relaciones entre este aparato simbólico que rodea el proceso s/e/a y las decisiones que se toman para su atención o desatención, parto de la teoría de prácticas y representaciones sociales, para anclar en ella conceptos específicos.

Moscovici (1961) refiere que la representación social es un tipo de conocimiento que podemos llamar de sentido común “que cohabita con otros en un mismo grupo o individuo, se forma en la tierra de nadie existente entre lo social y lo individual. Reproduce/refleja un estímulo externo, pero a la vez interviene sobre la realidad, la recrea, la carga de un determinado sentido” (Moscovici en Rodó, 1987:81). El mismo autor ha identificado cinco proposiciones que permiten delimitar el concepto como herramienta de análisis, una representación es siempre: 1) representación de una cosa; 2) eco de un grupo social (informa acerca de un grupo, a la vez que lo constituye); 3) una reconstrucción mental de lo real (reconstruye lo dado según valores, nociones y reglas preexistentes; 4) tiene un estatus propio (modalidad de conocimiento particular diferente de un mito, una opinión, una actitud o una imagen), ya que entra en el “laboratorio de la sociedad”; 5) es un todo coherente y estilizado, que permite la integración social de los grupos e individuos. Y también distingue tres dimensiones en una representación: la actitud (estructura de orientación en la conducta del individuo que regula y dinamiza su acción), la información (la organización de los conocimientos en cantidad y calidad, lo que revela la presencia de actitud) y el campo de representación (el dominio de una representación es decir el conjunto de actitudes, opiniones, etc..) (Moscovici 1984 en Rodó, 1987). El proceso de génesis de la representación es abordado por varios autores, entre ellos Moscovici, pero retomo la propuesta de “el núcleo central” enriquecido por Abric, (2001) que lo define como “el elemento fundamental de la representación puesto que a la vez determina la significación y la organización de la representación” (Abric, 2001:20) y habla de dos funciones principales, la generadora (de otros elementos de la representación) y la organizadora (determina los lazos que unen los elementos de la representación. Plantea que “la identificación del núcleo permite el estudio comparativo de las representaciones” (Abric, 2001:21). Estas delimitaciones de la forma y la dimensiones de una representación social, nos permitirán dar cuenta de su contenido, organización, diversidad y consistencia.

---

<sup>31</sup> Traducción de elaboración propia

En los últimos años, gracias a los trabajos de Moscovici y Jodelet, el estudio dominio de las prácticas sociales comenzó a tener relevancia (pero aún no tanta como la de las representaciones) “se descuida el hecho de que las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los papeles” (Moscovici y Jodelet, 1990 en Abric 2001:195). Aunque existen autores que postulan que las prácticas sociales determinan las representaciones sociales y viceversa, la mayoría de investigadores están de acuerdo con que las representaciones y las prácticas se generan mutuamente, como lo expresa Autes:

*.. no se pueden disociar el discurso y la práctica. Forman un todo. Sería vano buscar si la práctica produce la representación o es una inversa. Es un sistema. La representación acompaña la estrategia, tan pronto la precede y la informa, la moldea como la justifica y la racionaliza: ella la hace legítima (Autes 1985 en Abric, 2001:2007).*

Por lo que Abric plantea diferentes relaciones entre las prácticas y representaciones: 1) cuando las prácticas son significativas (se originan directa y exclusivamente en las representaciones sociales no verbalizadas), 2) las prácticas no obligatorias (determinadas ampliamente por la representación de la situación), 3) la determinación de las representaciones por las prácticas (determinadas por situaciones reversibles o irreversibles) (Abric, 2001)

En esta investigación se analizan las representaciones y prácticas alrededor de la obesidad a partir de las siguientes herramientas conceptuales:

1. **Modelos explicativos (MES):** introducido por Kleinman, que lo describe como las nociones sobre los episodios de la enfermedad que construyen todos los involucrados en de atención a la enfermedad. Los modelos explicativos de los practicantes (el médico, psicólogo, psiquiatra, nutriólogo) nos hablan de cómo entienden y atienden la enfermedad (procesos orgánicos), mientras que los modelos explicativos del paciente y su familia nos hablan de cómo entienden el padecimiento, cómo le dan sentido al mismo y evalúan los posibles tratamientos en la toma de decisiones. Los MES dan sentido a todas o algunas de las siguientes áreas: la etiología, el conjunto de síntomas, la fisiopatología, el curso de la enfermedad y el tratamiento (Kleinman, 1980).
2. **Trayectoria de atención:** Osorio-Carranza, (2001) la define como:

*La secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto del padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorpora a todas aquellas instituciones, estructuras de atención*

y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores sistemas de referencia profanos o como personas encargadas del cuidado de los enfermos, de administrar el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones (Osorio-Carranza, 2001:39-40).

La misma autora plantea que ésta sirve para designar una serie de fases que permiten analizar el complejo patrón del tratamiento en:

*1) El inicio de algún proceso patológico (definido en términos biológicos, psicológicos e incluso culturales) que puede o no ser identificado o reconocido como patología, es decir que puede haber enfermedad (como proceso objetivo) sin padecimiento (como experiencia subjetiva) y viceversa; 2) reconocimiento o detección del problema que conlleva un proceso conductual o psicológico en donde ya intervienen directamente los aspectos socioculturales y sistemas de significados; 3) definición del problema o la emisión de un diagnóstico con la serie de etiquetamientos, asunción de roles y sanciones sociales derivadas del mismo; 4) selección del tratamiento y su aplicación a partir de los recursos disponibles y 5) evaluación de los resultados obtenidos<sup>32</sup> (Osorio, Carranza, 2001: 41).*

3. **Habitus:** Actualmente en la medicina y en la salud pública se ha popularizado el concepto “estilo de vida” que de acuerdo a Menéndez (1998) en sus orígenes era un concepto holístico que hacía referencia a la macroestructura social. Pero actualmente dicho concepto en la epidemiología se ha reducido a las conductas o actitudes individuales que pueden ser saludables o nocivas para la salud. En el discurso de la obesidad la “modificación del estilo de vida” es una pieza clave de las estrategias de prevención. Como menciona Frohlich “el estilo de vida no es una elección individual intrínseca de la persona, sino más bien el resultado de la posición del individuo/grupo dentro de la estructura social” (Cruz et al., 2013: 184).

El análisis de las prácticas sociales, como estructuras individuales que construyen a su vez las de grupo o de la sociedad, puede analizarse con las nociones del habitus, expresadas por Pierre Bourdieu, que lo define como:

*...sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas pre-dispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos (Bourdieu, 1993: 92).*

Safa (en Cruz et al., 2013) resume en tres puntos las explicaciones del habitus: a) un sistema de disposiciones duraderas, eficaces en cuanto a esquemas de clasificación, que orientan la percepción y las prácticas más allá de la conciencia y el discurso, y funcionan por transferencia en los campos de la práctica; b) estructuras estructuradas,

---

<sup>32</sup> La numeración fue agregado para facilitar la lectura.

en cuanto proceso mediante el cual lo social se interioriza en los individuos, y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas; y c) estructuras predispuestas a funcionar como estructurantes, es decir, como principio de generación y de estructuración de prácticas y representaciones.

El concepto de habitus tiene importancia en el análisis de los estilos de vida relacionados con la salud, ya que se sabe que existe un vínculo entre salud-enfermedad y la posición que ocupan los sujetos en la estructura social (Menéndez 1998).

Por lo tanto, identificar las prácticas relacionadas con la búsqueda de un estilo de vida saludable, es decir, las conductas relacionadas con el mantenimiento del peso “normal” antes y después de la cirugía (como las dietas, el uso de recursos y formas de atención, el ejercicio, etc. ), puede ayudarnos a comprender las prácticas determinadas por un sistema de disposiciones duraderas que existen en el grupo social en el cual se ha formado el sujeto con obesidad.

En el modelo se identifican los estilos de vida, como productos sistemáticos del habitus, el cual se expresa a través de los gustos y las elecciones en su trayectoria de atención, pero no se llega a un análisis profundo de la relación del habitus con los estilos de vida identificados. Lo que busqué al retomar dicho concepto es hacer explícito que las elecciones de qué comer, qué ejercicio hacer, qué tratamiento seguir o no, etc., no pueden ser separadas de las condiciones estructurales que permiten que sean posibles.

Por medio de los ejes anteriores (MES, trayectoria de atención y habitus) se llevará a cabo un análisis holístico como lo clasifican Sparkes y Devís-Devís, (2006) es decir un análisis que analice dichos ejes, tomando en cuenta el relato completo, separándolo en secciones, analizando cada una de ellas y comparándolas con el conjunto de la historia individual y de grupo, para comprender su contenido, estructura y función.

#### - **Cuerpo Político:**

En el modelo del cuerpo consciente las autoras hacen referencia a que las relaciones entre el cuerpo individual y social, no sólo son a través de representaciones colectivas, también son relaciones de poder y control (Scheper-Hughes y Lock, 1987). De acuerdo a Moreno-Velásquez “el cuerpo político refiere a la regulación, vigilancia y al control ejercido sobre los cuerpos (individuales y colectivos) generalmente en aspectos como la sexualidad, el trabajo, el ocio, la enfermedad y particularmente en lo estético y en la salud” (Moreno-Velásquez,

2010:38). En este nivel busco hacer un análisis de las políticas reguladoras del cuerpo social, a través de la propuesta de Giddens (estructuración social) y de Foucault (biopoder).

a. **La teoría de la estructuración social.** Es una teoría planteada por Giddens (1995) donde a partir de la propuesta teórica de Claude Levi-Strauss desarrolla el concepto de estructura sobre el que se basa su teoría de la estructuración, se diferencia de los funcionalistas y estructuralistas a quienes critica por concebirla como una construcción externa a la acción humana (fuente de restricciones impuestas) y definirla con total independencia de las prácticas, diluyendo al sujeto en la trama relacional de la sociedad. Giddens define la estructura como:

*...conjunto de reglas y recursos organizados de manera recursiva, está fuera del tiempo y del espacio, salvo en sus actualizaciones y en su coordinación como huellas mnémicas y se caracteriza por una "ausencia del sujeto" ... (Giddens, 1995: 61).*

Podría decirse que lo que permite que la estructura (reglas y normas) se articule en un tiempo y un espacio son las prácticas sociales, que podrían considerarse similares. Y las actualizaciones de dichas prácticas son las que producen éstas huellas mnémicas<sup>33</sup> que orientan las conductas humanas.

En la propuesta de Giddens existen dos conceptos clave, el de *principios estructurantes* y las instituciones. El primer concepto ha sido identificado por sus críticos como el nivel más abstracto de estructura, es el nivel "que tienen vigencia en el tiempo y en el espacio que se prolonga más allá de los actores conformando la clasificación de sociedades" (Mussi, 2012:56) . Giddens denomina *instituciones* a "las prácticas que poseen la mayor extensión espacio-temporal en el interior de esas totalidades societarias" (Giddens, 1995:54).

Uno de los aportes importantes de la teoría de Giddens es su redefinición de las reglas y los recursos como propiedades estructurales.

*Las reglas son utilizadas por los actores para orientarse en el mundo social, facilitan las prácticas pero también imponen restricciones, dado que constituyen el lado restrictivo de la acción. Por su parte, los recursos son portadores de rasgos más facilitadores que las reglas, debido a que permiten que se desarrollen las relaciones sociales (Aronson 199 en Cambiasso, 2011:7).*

Con esta propuesta es posible analizar el nivel de las reglas y recursos que son producidos y reproducidos en el espacio y el tiempo donde se realizan las prácticas, en el caso de la cirugía, los establecimientos, niveles de atención y los procedimientos que se ofertan. El

---

<sup>33</sup> Retomo la definición de (Mussi, 2012) quien entiende que Giddens al decir "como huellas mnémicas" se refiere a procesos mentales que se actualizan sin que los agentes sean concientes.

mayor acceso a material quirúrgico especializado, las instalaciones apropiadas y los menores costos, favorecen que las cirugías bariátricas se realicen en hospitales de segundo o tercer nivel de atención, siendo una regla que orienta las decisiones de los pacientes, pero tiene restricciones al no poder dar un seguimiento personalizado ni atender todos los problemas que se presentan después de la cirugía, por lo que es común que se recurra a atención médica privada o a recursos alternativos.

- b. **Teoría del biopoder.** El poder sobre la vida, o biopoder como Foucault lo ha denominado, supone dos aspectos que abarcan dos dimensiones de la vida: el cuerpo como organismo y la biología con sus procesos globales. En primer lugar la *anatomopolítica*, dirigida a cierto tipo de cuerpos y por el otro, la *biopolítica*, dirigida a la población en general. Su implementación está a cargo de instituciones educativas y médicas principalmente, las cuales distribuyen a los sujetos en correspondencia con las normas, estableciendo los límites que definirán los comportamientos normales y catalogarán todos los desvíos posibles. Las tecnologías anatomopolíticas “(...) gestionan la vida de los cuerpos individuales (cuerpos maquina) e, incluso, determinan sus condiciones de viabilidad” (Foucault 1991: 168). Esta categoría instauro, además de una moral del trabajo, la organización racional de la vida cotidiana, la autodisciplina, la autorregulación y las normas de conducta destinadas, en un principio, al buen comportamiento de los sujetos, su utilidad y docilidad. No obstante, esta serie de prácticas tan solo hacen parte de uno de los esquemas a través de los cuales la anatomopolítica (...) confiere a la materia corporal una forma contingente que será, a la vez, efecto, expresión, referente y objeto de la disciplina misma” (Foucault, 1991:168). Mientras que en la biopolítica el objetivo ya no es sujetar y cuestionar cada uno de los cuerpos, sino administrar los fenómenos que experimenta la población, la higiene, la natalidad, la morbilidad y en general las condiciones de vida. Dentro de este aspecto, no se trata tanto de disciplinar los cuerpos sino establecer controles reguladores en nuevos espacios del saber que posibiliten nuevos campos de intervención para el poder.

Desde este concepto se busca analizar dos aspectos: la medicalización de la obesidad y la docilidad de las personas para someterse a tratamientos radicales para bajar de peso, comprendidas como otras forma de control de los cuerpos.

Por lo tanto, a partir de todos los elementos expuestos desde la formulación del problema, la contrastación y el análisis, planteo un modelo comprensivo de la obesidad extrema, que será la base de la elaboración analítica y descriptiva del estudio.

Teniendo este modelo como guía, es posible comprender la trayectoria de atención de la persona con obesidad integrando componentes biológico, psico-social, sociocultural y político, en sus interacciones dialécticas en tres diferentes momentos (construcción de la obesidad severa, uso de la cirugía bariátrica, desarrollo de nueva condición) que nos ayudan a comprender su influencia en el proceso s/e/a.

Algunos elementos importantes que se buscan identificar a partir de este modelo, son los riesgos en salud antes y después de la cirugía y las estrategias utilizadas para solucionarlos. En el siguiente capítulo se llevará a cabo el proceso de comparación en el grupo de estudio, que permitirá evaluar su operatividad para el estudio de la obesidad extrema.

## ***Conclusiones del capítulo***

El objetivo de este capítulo fue exponer el proceso de diseño, análisis e interpretación para la posterior articulación de la teoría con los datos empíricos. Por ello se diseñaron dos tipos de modelo que nos permiten abordar esta investigación en diferentes fases de la misma. El primero es un modelo figurativo (Figura 4) es decir el modelo que nos permitió abstraer los elementos y procesos indispensables de la investigación y del posterior modelo de análisis. Los segundos son modelos conceptuales (Figura 5 y 7) que contienen conceptos explicativos de una realidad determinada y elementos propios que son parte de teorías más amplias. Esto permitió formar una estructura conceptual que oriente el análisis y desarrollo desde un modelo comprensiva de la obesidad (Figura 7).

El modelo teórico-metodológico integra las teorías que subyacen en cada fase de la investigación, y a partir de ellas es posible guiar el análisis y la elección de herramientas conceptuales. Las principales fases, enfoques y funciones se pueden resumir de la siguiente manera:

- Fase 1. Formulación del problema: a partir del enfoque biocultural, fue posible delimitar nuestro problema de investigación (Figura 6), que considera diferentes momentos de la trayectoria de atención y del proceso s/e/a (construcción de la obesidad severa, uso de la cirugía bariátrica, desarrollo de nueva condición) y la necesidad de comprender las interacciones bioculturales que ocurren en cada momento .
- Fase 2. Contrastación: el proceso de comparación sistemática entre hipótesis, datos, teorías y actividades de la investigación se guió por las propuestas de: a) la teoría fundamentada (recolección simultánea y recurrente y los procesos de análisis reflexivos); b) epidemiología sociocultural (análisis estadístico, aproximación cualitativa y análisis de situaciones de riesgo y prevención de riesgos) y c) narrativas del padecer (narraciones construidas en diálogo, emergencia de temas relacionados con el padecer y flexibilidad para integrar diferentes perspectivas teóricas).
- Fase 3. Análisis: En esta fase se delimitaron los niveles y las herramientas conceptuales y que permitieron desarrollar una nueva modelo comprensivo de la obesidad (Cuadro 7). Desde la epidemiología y el enfoque biocultural es posible analizar variables sociodemográficas, clínicas, antropométricas, los riesgos de salud y procesos de

adaptación. A partir de las narrativas del padecer se identificaron herramientas conceptuales en cada nivel del cuerpo. Cuerpo individual: identidad narrativa, procesos de socialización y corporalidad; cuerpo social: trayectoria de atención, habitus, modelos explicativos; y cuerpo político: contexto histórico, sistemas de salud y políticas públicas.

El modelo comprensivo diseñado busca poner énfasis al proceso de aprehender, es decir asir, tomar, en este caso tomar la visión y el conocimiento de la obesidad extrema desde las personas que la padecen, por ello tiene como centro la relación cuerpo/persona y su interacción con diferentes componentes. El modelo propuesto no busca ser holístico o integral, su principal objetivo es dar reconocimiento y validez a la perspectiva de las personas que padecen obesidad, en este caso la mujer con obesidad extrema.

En el siguiente capítulo se busca presentar la primer fase del proceso de integración descriptiva y analítica del modelo comprensivo.

## CAPÍTULO 3

### PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA OBESIDAD EXTREMA

*...también eso es algo que siento, ahora ya no soy como antes, la gordita bonita romántica. Ahora siento que soy fea, en los sentimientos. Antes sí era más tierna. Como que ahora estoy más banal...*

Linda

Como mencioné en el capítulo dos, en el modelo de análisis una de las elecciones teóricas fue el enfoque de la epidemiología sociocultural ya que se considera relevante la contextualización de la situación epidemiológica a escala internacional, nacional y local.

A pesar de las controversias en torno a si la obesidad debería ser considerada una enfermedad o no, como se expluso en el capítulo uno, una de funciones del discurso de la obesidad es que al ser clasificada como enfermedad y como pandemia es posible comprometer a los Estados a brindar una adecuada cobertura para su tratamiento y prevención. Este discurso ha impulsado el diseño e implementación de estrategias a escala internacional, nacional y regional. A continuación se expondrán los algunos antecedentes que llevaron a comprender la obesidad como epidemia y problema de salud pública. Se mencionan algunas acciones que se han llevado a cabo para la atención a la obesidad, en el ámbito internacional y nacional. Lo anterior para comprender el contexto en el que surge la actual Estrategia Nacional contra el Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013 y cómo se presenta la cirugía en esta estrategia.

Posteriormente, retomando las propuestas de la epidemiología sociocultural, se muestran algunos datos cuantitativos, analizados estadísticamente, del grupo de mujeres atendidas en el periodo del 2012 y 2013 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Esto permitió conocer las principales características sociodemográficas, clínicas y antropométricas de las usuarias. Con lo que se sentaron las bases para hacer una construcción de tipologías a partir de pocas variables relevantes, que llevaron a identificar a las mujeres que fueron parte del estudio cualitativo. A partir de esto fue posible por un lado analizar situaciones que normalmente no se consideran en los estudios de la obesidad y por otro hacer una crítica de la misma tipología.

Esta fase del análisis es relevante para este estudio ya que permite comprender la importancia de los análisis estadísticos, la necesidad de conocer los procesos biológicos y ontogenéticos para comprender la experiencia del padecer, así como las estructuras, recursos y lógicas institucionales en donde son atendidas las personas.

Para finalizar el capítulo, se analizarán los conceptos emergentes como son los problemas de salud, y las situaciones de riesgo después de la cirugía, a partir del concepto de adaptación, desde el enfoque biocultural.

### ***3.1 La pandemia de la obesidad: un grave problema de salud pública***

Las primeras referencias a la obesidad como epidemia o el carácter epidémico de la misma se encuentran después de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos, (NHANES III, fase I) que mostraban que la prevalencia del sobrepeso tuvo un aumento del 8% en el periodo 1976-1980, donde autores como Kuczmarski y Flegal, (1994) dan recomendaciones para intervenir en la epidemia de sobrepeso que vivía los EUA.

Lo anterior trajo una consecuencia importante, ya que el término de epidemia había sido utilizado comúnmente para denominar enfermedades infecciosas y en 1998 la OMS reconoció a la obesidad (una condición que implica un alto riesgo a enfermedades crónicas no transmisibles) como “la epidemia del siglo XXI” (WHO, 2000) y resaltaban el fenómeno como problema de proporciones pandémicas, ya que los datos analizados por grupos de expertos de la misma organización concluyeron que:

*..a) la prevalencia de la obesidad se ha incrementado en todo el mundo en tasas alarmantes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; b) en muchos países en vías de desarrollo, la obesidad coexiste con la desnutrición. Es poco común en países como África y Asia, pero es más prevalente en poblaciones urbanas que rurales*<sup>34</sup>(WHO, 2000: 16).

De acuerdo a datos de la OMS en el 2014:

*...más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos” y “el 39% de las personas adultas de (38% de los hombres y 40% de las mujeres) 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% (11% de los hombres y 15% de las mujeres) eran obesas*<sup>29</sup> (WHO, 2015).

Otro dato que señalan es que si lo comparamos con el 6% de obesidad hallada en el 1980 (OMS, 2012), “la prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.” (WHO, 2015).

---

<sup>34</sup> Traducción propia y paréntesis agregados.

*Las mayores cifras de prevalencia del sobrepeso y la obesidad se registraron en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%) y las más bajas, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos; obesidad: 3%). En la Región de Europa, la del Mediterráneo Oriental y la de las Américas, más del 50% de las mujeres tenían sobrepeso. Y en las tres regiones, aproximadamente la mitad de estas mujeres tenían obesidad (un 23%, un 24% y un 29%, respectivamente) (OMS, 2012).*

Por otro lado las proyecciones hechas por organizaciones como la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) no son nada alentadoras, al señalar que “más de 2 de 3 personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020” (Salazar-Estrada y Martínez-Selva, 2014: 45). Estimaciones como la de Kelly, et al, (2008) elaboradas a partir de muestras representativas de 106 países, consideran que “si las tendencias recientes continúan, para el año 2030 más del 57.8% de la población adulta mundial (3,3 billones de personas) podrían tener sobrepeso u obesidad” (Kelly et al., 2008: 1435).

Pero una de las preocupaciones más grandes son las muertes por enfermedades no transmisibles (ENT). En el 2009 se atribuyó el 48% de las muertes a escala mundial a enfermedades cardiovasculares (ECV), el 21% al cáncer, el 12% a enfermedades respiratorias crónicas y el 3.5% a la diabetes (OMS, 2012). Y, como vimos anteriormente, la obesidad se relaciona con un riesgo elevado a presentar ECV. En el mismo documento de la OMS, cuando hacen referencia a factores de riesgo atribuyen el 5% de las muertes al sobrepeso o la obesidad (2.8 millones de personas).

Otra preocupación importante a escala mundial es la obesidad infantil, ya que de acuerdo a la OMS, “en el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso” y dicha condición “se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta” (WHO, 2015)

### **3.1..1 Magnitud y distribución de la obesidad en México:**

Diversos autores coinciden en las notables diferencias que existen entre regiones, localidades y niveles socioeconómicos en México a partir de la llamada transición epidemiológica y nutricional, la baja cobertura de atención y la pobreza (Rivera-Dommarco et al, 2012; Fernández-Sánchez et al, 2013)

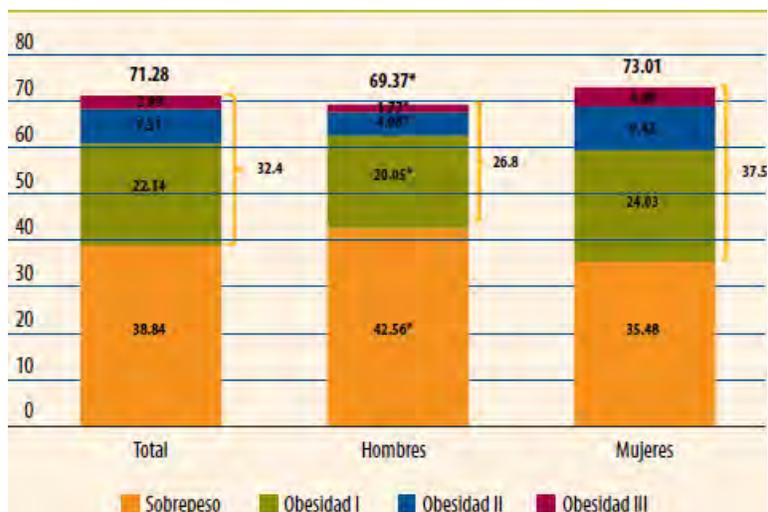
La prevalencia de obesidad en México ha podido estimarse gracias a las cuatro encuestas nacionales realizadas por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública en

zonas urbanas y rurales desarrolladas en 1988, 1999, 2006 y 2012 y otras encuestas con representatividad urbana (Rivera-Dommarco et al., 2012) .

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012:

*La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos de 20 años o más fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%) (ENSANUT, 2012: 1).*

**Gráfico 1: Sobrepeso y obesidad en México**



**Fuente:** (ENSANUT, 2012:2).

En el mismo documento se señala que:

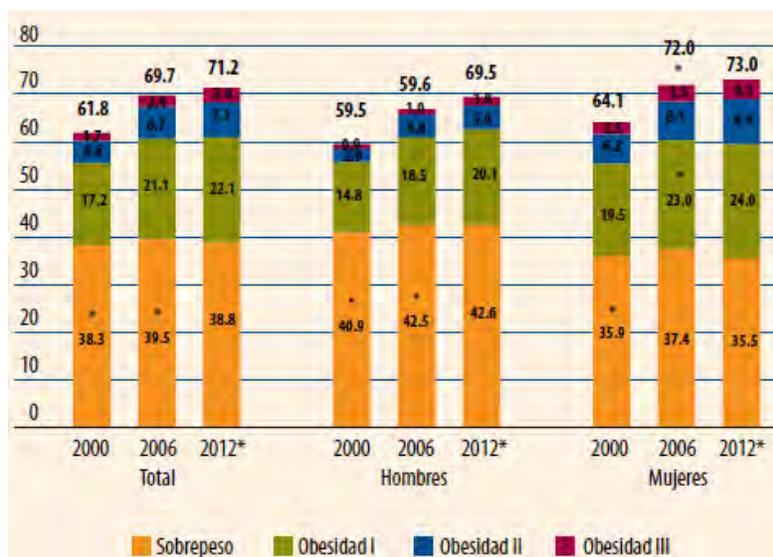
*La prevalencia de obesidad presenta diferencias por nivel socioeconómico (NSE), región y localidad ( $p < 0.05$ ); es mayor en el NSE alto que en el bajo, en zonas urbanas en comparación con las rurales y en la región norte del país en comparación con el sur y el centro (figura 2). A pesar de la alta prevalencia en el plano nacional, sólo se detecta a 30% de la población con este problema y de ellos, únicamente 50% refiere haber recibido algún tipo de tratamiento cuando acuden a los servicios de salud (ENSANUT, 2012: 1).*

*La tendencia en los últimos 12 años (2000 a 2012) muestra que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos aumentó 15.2% (figura 3). En hombres aumentó 16.8% (7.4 puntos porcentuales [pp] de 2000 a 2006 y 2.6 pp de 2006 a 2012) y en mujeres 13.9% (7.8 pp de 2000 a 2006 y 1.1 pp de 2006 a 2012) (ENSANUT, 2012: 2).*

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 pp de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente) (figura 8.1). El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional (ENSANUT, 2012a: 149).

Para la población en edad escolar, (de 5 a 11 años de edad), ... La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente) (ENSANUT, 2012a: 150).

Gráfico 2: Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el periodo 2000 a 2012.



Fuente: (ENSANUT, 2012:2).

En dicha encuesta resaltan que existió una desaceleración del aumento en la prevalencia de obesidad en México en el periodo 2006-2012, donde la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual en el periodo 2000-2006 y se ubicó en un 0.35% entre el 2006-2012 (Salazar-Estrada y Martínez-Selva, 2014). Entre las principales explicaciones para este fenómeno se encuentran las siguientes:

a) *equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de energía o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación* (ENSANUT, 2012: 2).

Los datos anteriores nos dan una idea de la situación general de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo y en nuestro país. Pero explicaciones como las anteriores, sobre el equilibrio de saturación y el efecto de las intervenciones, requieren de un análisis riguroso por un lado de los estudios ya hechos y en curso y por otro lado de las políticas de prevención y atención a la obesidad. En los siguientes apartados se describen las principales estrategias y acciones que se han derivado de la preocupación de ciertos organismos internacionales como la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y los principales programas que se han desarrollado en México para a atención y prevención al sobrepeso y la obesidad.

**Cuadro 8: Principales acciones a nivel Internacional, Regional y Nacional en torno a la prevención de enfermedades no transmisibles**

<b>Internacional</b>	<b>Regional</b>	<b>Nacional</b>
2000 “Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”	2006 “Plan de implementación de la DPAS en América Latina y el Caribe 2006-2007”	2002 “Programas integrados de salud. Pevén-IMSS”
2004 “Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud” (DPAS)	2008 “Resolución del 48º Consejo directivo de la OPS: Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad”	2010 “Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA)”
2008 “ Resolución de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud” y “Plan de acción para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”	2012 “Estrategia Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles OMS-OPS”	2010 “Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica”.
2009 “Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS)”	2013 “Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles OMS-OPS”	2010 Creación del “Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles CONACRO”
2011 “Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”		2010 “Programa Preven - ISSSTE”
		2013 Reformas al Artículo 3º Constitucional, Quinto transitorio: “Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos”
		2013 “Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la

2013 “Plan De Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020”		Obesidad y la Diabetes”
--	--	-------------------------

**Fuente:** *Elaboración propia con base en los documentos oficiales mencionados.*

### **3.2 Acciones Nacionales**

La mayoría de los programas federales y normas nacionales que incluyen componentes de nutrición y alimentación, se diseñaron cuando la obesidad no era un problema para la población, cuando más bien la preocupación principal era la desnutrición, el hambre y la pobreza. Tenemos ejemplos como los programas de distribución de alimentos o suplementos, desayunos escolares, programas de subsidio y abasto de alimentos y otros, que algunos investigadores consideran que pudieron influir en el aumento de la obesidad de la población más pobre (Figuroa Pedraza, 2009). Actualmente México es uno de los países donde coexisten la obesidad y la desnutrición (Rivera-Dommarco et al., 2012).

Después de la Encuesta de Nutrición de 1999, se identificó el aumento del sobrepeso y la obesidad en México y comenzaron a hacerse algunos esfuerzos a nivel hospitalario y con programas institucionales como el programa Preven-IMSS. Hasta recientemente se dieron propuestas para una política nacional para el control y prevención a la obesidad (Rivera-Dommarco et al., 2012).

Han existido diversas acciones que el Estado ha implementado para dar respuesta a este importante reto de salud pública, de ellas mencionaré las que considero más relevantes:

- **Programas Integrados de Salud (PREVEN-IMSS).** Este programa fue diseñado en el 2001 y puesto en operación en el 2002, para dar respuesta a la problemática mencionada. Se implementó el proceso de mejora de las unidades de medicina familiar, que integra acciones antes dispersas, mediante una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas divididos por grupo de edad y género (niño, adolescente, mujer y hombre adultos, adulto mayor). Entre los componentes más importantes, encontramos la promoción a la salud, la nutrición y la detección, prevención y control de enfermedades, entre otros (Chávez-Arellano, 2003).

- **El Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA, 2010).** La Secretaría de Salud con el apoyo del Instituto Nacional de Salud

Pública (INSP) y diversas instituciones académicas y de salud diseñaron los principales objetivos de esta estrategia. Después de un análisis y diagnóstico de la situación del país, realizado con expertos nacionales e internacionales. Se hizo hincapié en la responsabilidad central del estado para la prevención de la obesidad, (Rivera-Dommarco et al., 2012).

El ANSA tiene como principal objetivo revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad. Asimismo, define 10 objetivos que podrían contribuir de forma efectiva a la contención y eventual reversión de la epidemia de obesidad que vive México:

*Los primeros requieren tanto de una participación gubernamental como de una decidida voluntad individual (aumentar la actividad física, el consumo de agua simple potable y de frutas y verduras, etc.). La segunda mitad de los objetivos requieren de una participación importante del Gobierno Federal y de la industria para lograr resultados significativos (como reducir la cantidad de azúcar adicionada a los alimentos, eliminar las grasas trans en los alimentos industrializados, disminuir el tamaño de las porciones o limitar la cantidad de sodio adicionada en alimentos) (Rivera-Dommarco et al., 2012: 229).*

Los dos factores de riesgo sobre los que se enfocó fueron el sedentarismo y el consumo de alimentos saludables. Se buscó abordar los determinantes económicos y de mercado, sociales, culturales y legales que contribuyen a generar un ambiente poco propicio para llevar una vida saludable (Secretaría de Salud, 2013a).

Entre los obstáculos observados para su desarrollo se mencionan: la ausencia de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones planteadas, dificultades en la armonización de los intereses de la industria con las necesidades de salud pública, discordancia entre normas vigentes y nueva realidad epidemiológica y nutricional, la calidad de la atención primaria de salud y la dotación de agua (Rivera-Dommarco et al., 2012).

**- Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO, 2010).**

*El 11 de febrero de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el CONACRO como la instancia de control permanente en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles...Tiene como objetivo coadyuvar a establecer mecanismos interinstitucionales de prevención y control, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente las necesidades de atención a la salud generadas por las enfermedades de este tipo en la población afectada (Secretaría de Salud, 2013: 28-29).*

**- Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los**

**plantes de educación básica.** Fue uno de los logros derivados del ANSA (Rivera-Dommarco et al., 2012). En agosto de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación. “Dicho documento tiene como propósito establecer acciones que promuevan una alimentación y entorno saludable e impulsen una cultura de hábitos alimentarios que favorezca la adopción de una dieta correcta para la prevención del sobrepeso y la obesidad”(Secretaría de Salud, 2013:28). En el mismo acuerdo se establecen las características nutrimentales de las bebidas y alimentos establecidos por el INSP, promueve la disponibilidad de frutas, verduras y agua simple potable y platillos que cumplan con los mismos criterios (Rivera-Dommarco et al., 2012).

- **Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores.** Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2011, tiene como objeto:

*Promover y regular la instrumentación de esquemas de ayuda alimentaria en beneficio de los trabajadores, con el propósito de mejorar su estado nutricional, así como de prevenir las enfermedades vinculadas con una alimentación deficiente y proteger la salud en el ámbito ocupacional (Secretaría de Salud, 2013: 28).*

**-Programa PrevenISSSTE:**

*El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a su derechohabiente para lograr la regresión del sobrepeso y la obesidad; la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico uterino; de la diabetes y otras enfermedades crónicas degenerativas, así como el combate a la farmacodependencia, las enfermedades de transmisión sexual -principalmente entre los jóvenes-, y sobre todo, aspectos fundamentales para la salud de los mexicanos, como la sana alimentación, la práctica del ejercicio y el cuidado de las mujeres embarazadas (Secretaría de Salud, 2013: 30).*

**-Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.** En octubre del 2013 se publicó dicha estrategia, impulsada por el Presidente Peña Nieto, la cual se integra de tres pilares: salud pública, incluyendo la promoción de la salud y estilos de vida saludables; atención médica; y la regulación sanitaria y política fiscal que tengan como fin revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2013a). Dicho documento establece como objetivo general:

*Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales (Secretaría de Salud, 2013: 55).*

Además de los tres pilares, plantea seis ejes estratégicos que a su vez contienen componentes y actividades a cumplir.

Figura 8: Pilares y ejes estratégicos de la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes



**Fuente:** Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes (Secretaría de Salud, 2013a: 57).

En el eje de la atención médica, se busca garantizar el mayor acceso y calidad a los servicios de salud con el fin de brindar atención oportuna. Para ello considera que es necesario garantizar recursos y tecnologías para facilitar el acceso a los diferentes servicios y capacitar a los recursos humanos así como fomentar la investigación y la generación de evidencia científica (Secretaría de Salud, 2013a).

Para el caso específico del tratamiento de la obesidad severa propone la cirugía bariátrica como: “una opción efectiva para lograr una pérdida de peso sostenida en el paciente obeso, resolver o mejorar las comorbilidades asociadas a la patología y reducir la mortalidad relacionada a la obesidad” (Secretaría de Salud, 2013: 75). Por lo anterior, enuncia la pronunciación del Consejo de Salubridad General, a favor de “impulsar la cirugía bariátrica

como una de las maneras para contender la obesidad en el Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la Cirugía Bariátrica en México” (Secretaría de Salud, 2013a). La justificación principal para esta medida es el ser una medida económicamente efectiva ya que con la reducción del exceso de peso se reducen los costos del tratamiento:

*Se estima que la cirugía se recupera entre 2 y 4 años después de haberse practicado. Por otro lado, otros autores han encontrado que el costo de la cirugía bariátrica es recuperado entre 2 y 3 años después de practicada la intervención (Secretaría de Salud, 2013: 75).*

Aunque en la estrategia se mencionan algunos criterios para considerar a los candidatos a cirugía bariátrica, y hablan de promover “lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica” en México, aún no se establecen regulaciones claras para las instancias que lleven a cabo esta intervención.

### ***3.3 Cirugía Bariátrica en México***

Poco después de realizarse la primera cirugía para el tratamiento de la obesidad en Minnesota en 1954, en México se inicia la práctica de la cirugía bariátrica a finales de los años 60 del siglo pasado cuando dos grupos de médicos, uno del INCMNSZ y otro del Hospital Centro Médico Nacional del IMSS, realizaron derivaciones intestinales para valorar su utilidad para la obesidad, descubriendo efectos indeseables (Álvarez-Cordero, 2012). A partir del año de 1992 –después de que los Institutos Nacionales de Salud en Norteamérica declarara el papel de la cirugía como tratamiento para obesidad severa– en México se introdujeron procedimientos restrictivos del tipo de la gastroplastía vertical con banda y mixtos como la derivación gastro-yeyunal, también conocida como bypass gástrico, que es la técnica quirúrgica de primera elección y en la gran mayoría de los casos se realiza por vía laparoscópica (Romero-Ibargüengoitia et al., 2009).

La regulación de la cirugía bariátrica fue promovida por grupos de médicos organizados, entre los que se encuentran la Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad, A.C. fundada en 1993 que busca que agrupar a los cirujanos que llevan al cabo estas operaciones en todo el país. “Esta Sociedad fundó con la Sociedad Americana, la Sueca y la Italiana, la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y Desórdenes Asociados (I.F.S.O)” (Álvarez-Cordero, 2012:6).

Pero fue hasta el 2009 que se publicaron en el Diario oficial de la Federación los “Lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México”. Estos, entre varias cuestiones más, exhortan a adoptar las “Guías de Práctica Clínica, Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad severa, y la de Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad severa”; a incluir en los programas de educación superior para la salud, el tema de la cirugía bariátrica; y a “reforzar las medidas de vigilancia, regulación, control y fomento sanitario de la publicidad relativa a la práctica de la cirugía” (Consejo de Salubridad, 2009).

La cirugía bariátrica es una intervención costosa para la mayoría de los mexicanos, que puede encontrarse alrededor de los 150 a 300 mil pesos mexicanos en instituciones privadas en México (Crónica, 2014; Secretaría de Salud, 2013b), donde, de acuerdo a cifras proporcionadas en noticias, se realizan más del 90% de las cirugías en el país (Mundodehoy, 2013). Las anteriores son cifras muy relativas, pero no se encontraron fuentes confiables que mostraran la frecuencia de estos tratamientos y su distribución en instituciones públicas y privadas en México. Es importante resaltar que ese 90% no necesariamente es de mexicanos, ya que la cirugía bariátrica es una de las principales intervenciones realizadas por extranjeros como parte del llamado “Turismo Médico” en diversas ciudades de México, entre ellas el Distrito Federal donde las clínicas más importantes son privadas. Esto se explica al comparar los altos costos de países como EUA, donde es una intervención que llega a costar 32,972 dólares, mientras el mismo procedimiento en México cuesta aproximadamente 10,950 dólares y representa un ahorro del 67% para los estadounidenses (Secretaría de Salud, 2013b).

Para la mayoría de los mexicanos resulta más accesible atenderse en instituciones públicas que ofrecen este tratamiento, como la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Petróleos de México (PEMEX), el Hospital General Dr. Gea González, el Hospital General de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), que dan un servicio gratuito o de muy bajo costo, de acuerdo al nivel económico que va de los 30 mil a 90 mil pesos<sup>35</sup>.

No existen cifras oficiales del número de clínicas y hospitales que realizan cirugía bariátrica en México, con la reciente publicación de los lineamientos que regulan la cirugía bariátrica se ha exhortado a las unidades de atención médica que cumplan con los estándares y se den a conocer el número de los pacientes atendidos con cirugía bariátrica.

---

<sup>35</sup> Estos datos se obtuvieron del área del trabajo social del INCMNSZ y coincidieron con cifras reportadas en (Crónica, 2014).

A pesar de ello existen profesionales y clínicas en las que se realizan estas intervenciones con poca preparación del paciente, sin el apoyo de un equipo multidisciplinario, sin un seguimiento a mediano y largo plazo, restándole importancia al cuidado integral del paciente.

### ***3.4 Atención a la obesidad severa en la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, del INCMNSZ***

El INCMNSZ es uno de los Institutos Nacionales de la Secretaría de Salud de México que brinda atención médica de tercer nivel a adultos. Fue inaugurado en 1946 y “fue concebido desde sus orígenes como una instancia de respuesta especializada a las necesidades de salud de la población en materia de nutrición y medicina interna” (INCMNSZ, 2013b). Esta institución tiene como principal objetivo la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica.

La Clínica de Obesidad y Trastornos de la conducta alimentaria se guía por los mismos objetivos del Instituto como podemos ver en su misión:

*Construir modelos de atención de la salud para la población mexicana que presenta obesidad y/o trastornos de la conducta alimentaria, así como formar recursos humanos de alto nivel académico para poder llevar estos modelos de atención a nuevos centros de trabajo. Todo esto en el marco de la investigación, la academia y la asistencia de excelencia (INCMNSZ, 2013a).*

Por lo tanto, al ser tan específica y enfocada a la investigación, se busca que los pacientes que ingresen a la clínica cumplan los criterios de sus programas de atención e investigación. En el periodo en que fue realizada esta investigación (2013-2015) existían dos programas de atención para las personas con obesidad<sup>36</sup>:

- **Programa de Atención para el paciente con obesidad (PAPO).** Busca brindar conocimientos a los pacientes para que modifiquen su estilo de vida y así lograr la disminución de peso y mejora en su salud. Consta de visitas mensuales por 7 meses, en las cuales es atendido por un médico, nutriólogo, psicólogo y psiquiatra, quienes hacen un diagnóstico y definen un tratamiento individualizado dentro de un esquema de atención.

#### Criterios de ingreso al PAPO

---

<sup>36</sup> Los criterios y descripciones de los programas que se exponen, son los que estaban vigentes en el 2012 y 2013 y fueron tomados de la página del instituto, la cual fue actualizada en el 2013.

- Tener entre 18 y 60 años. En caso de tener 61 años o más, no haber sufrido un infarto, falla cardiaca, complicaciones de la diabetes, etc.
- Tener obesidad (Índice de Masa Corporal-IMC mayor a 30) con alguna enfermedad asociada de difícil control (ejemplo: diabetes mellitus de menos de 5 años de evolución, hipertensión, dislipidemia, etc.).
- Tener una escolaridad mínima de primaria completa. Deben saber leer y escribir.
- Debido a que se prescribe actividad física y se participa en cursos psicoeducativos, los pacientes no deben tener un diagnóstico de enfermedad renal, cirrosis hepática, esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones, demencia, discapacidad motora o mental (INCMNSZ, 2013a).

Prácticamente estos son los mismos criterios utilizados para todos aquellos pacientes con obesidad que quieran ser atendidos en la Clínica. Si en la preconsulta no se cumple con dichos criterios se canaliza a otra institución de salud.

Se busca que la mayoría de los pacientes que ingresen pasen primero por este programa, que busca al menos la disminución del 10% del peso corporal, la mejora en las comorbilidades y en la calidad de vida. Algunas ocasiones desde el inicio del programa se evalúa la posibilidad de ser candidatos para la cirugía bariátrica y se revalora dicha decisión al terminarlo. No todos los pacientes que son sometidos a la cirugía pasan por el PAPO, pero se busca que así sea. Después de terminar el programa, pueden pasar al programa de preparación quirúrgico o seguir en consulta subsecuente, que es menos frecuente y centrada en el monitoreo del peso y comorbilidades.

- **Programa Quirúrgico para el Paciente con Obesidad Severa.** Busca evaluar y preparar a los pacientes a la cirugía bariátrica, así como dar seguimiento de por vida a aquellos pacientes sometidos a ella. La cirugía es realizada por un equipo de especialistas del departamento de cirugía, quienes realizan la derivación gastro-yeyunal en Y de Roux, conocida como bypass gástrico y en ocasiones llegan a realizar la manga gástrica (INCMNSZ, 2013a). Los cirujanos se coordinan con los profesionales de la Clínica de Obesidad, pero son de diferentes áreas, por lo que la comunicación no es tan inmediata entre estos especialistas.

#### Criterios para ser candidato a cirugía bariátrica

- Edad: 18 a 65 años.

- Tener un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 40 ó un IMC mayor o igual a 35 con al menos una enfermedad asociada: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, Síndrome de Apnea Hipoapnea del Sueño (SAHOS), enfermedad cardiovascular o pulmonar derivada del incremento del peso, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), cálculos en la vesícula biliar, incontinencia urinaria, enfermedad o sintomatología articular que limiten la funcionalidad.
- Ser evaluado por el grupo interdisciplinario y concluirse que el beneficio de una cirugía es ampliamente superior a los riesgos y complicaciones de la misma (INCMNSZ, 2013a).

Lo ideal es que los candidatos pasen por un proceso de preparación que dura aproximadamente un año o más, en el cual se realizan diferentes actividades que han clasificado los profesionales de la clínica en cinco etapas:

- 1) *Diagnóstico e información:* En esta etapa se imparte un curso informativo pre-quirúrgico, dirigido por un médico, psicólogo, nutriólogo, y cirujano. También acude a las respectivas consultas de las especialidades mencionadas, donde se establecen los diagnósticos de las enfermedades y se informa al paciente de todo lo que necesita antes de tomar la decisión de operarse.
- 2) *Tratamiento:* Se recibe el tratamiento requerido para las enfermedades diagnosticadas y se refiere a otras especialidades (anestesiología, neumología y cardiología) para ser evaluado, y valorar el riesgo de la cirugía.
- 3) *Preparación:* Durante este periodo lo ideal es que el paciente pierda peso y se apegue al tratamiento indicado. Después se designa la fecha de la cirugía.
- 4) *Cirugía:* Se hace el procedimiento quirúrgico.
- 5) *Seguimiento:* Después de la cirugía se cita al paciente a la semana de haberse operado, al mes, a los 3, 6 9 y 12 meses. Con el objetivo de evaluar resultados y estar pendiente de las complicaciones. Se busca que en estas citas, sea evaluado por el cirujano, el médico de la clínica de obesidad y el área de nutrición. Después es citado una o dos veces al año, en por el cirujano, por el psiquiatra y por los profesionales de la clínica de obesidad, además de ser invitado a cursos post-quirúrgicos (INCMNSZ, 2013a).

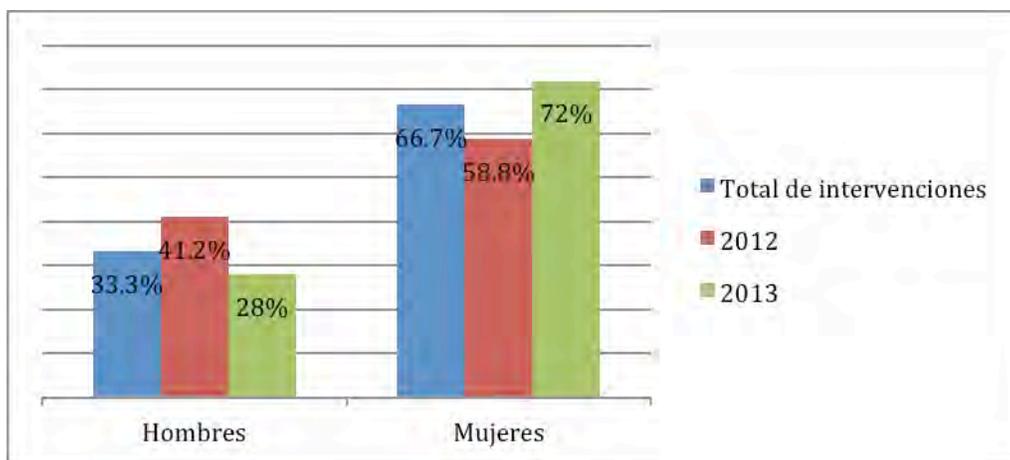
### 3.5 Descripción de las pacientes atendidas en el 2012 y 2013

Los datos que se presentan a continuación describen las características sociodemográficas, clínicas y antropométricas de las pacientes atendidas de enero del 2012 a diciembre del 2013. Es importante señalar que el siguiente análisis es de carácter descriptivo por lo que no se realizó un análisis estadístico.

Los expedientes fueron localizados a de los datos del Departamento de Estadística y Archivo Clínico del INCMNSZ. Se identificaron inicialmente 77 expedientes. Al revisar cada caso, se encontraron 28 expedientes que no aplicaban para nuestro estudio, debido a que a pesar de ser la misma cirugía (Derivación Gastro Yeyunal o bypass gástrico), ésta se había realizado como tratamiento para casos de carcinomas gástricos, pancreáticos y de las vías biliares y sólo un caso remodelación de bypass, que no pasó por ningún protocolo, ni por la clínica de obesidad, ya que fue atendida como emergencia. Por otro lado no se pudieron localizar 7 expedientes, lo que se pudo deber por defunción, inactividad o extravío.

En total se identificaron 42 derivaciones gastroyeyunales (DGY) realizadas para atender la obesidad en el periodo del 2012-2013. Durante el 2012 se practicaron 17 cirugías de las cuales 7 (41.2%) fueron hombres y 10 (58.2%) mujeres, y en el 2013 fueron 25 de los cuales 7 (28%) fueron hombres y 18 (72%) mujeres.

**Gráfico 3: Distribución por sexo y año de intervenciones quirúrgicas de los pacientes con obesidad atendidos con DGY en el INCMNSZ**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.

Para el análisis se consideraron sólo los 28 expedientes de las mujeres operadas, ya que como comenté en la introducción, el 71.6% de los mexicanos que presentan obesidad extrema, son mujeres (ENSANUT, 2012) y varios reportes apuntan que la mujer es la principal usuaria del servicio de cirugía bariátrica, lo cual coincide con nuestros resultados, donde el 66.7% de las cirugías fueron realizadas en mujeres.

### **3.5.1 Características sociodemográficas**

Se describieron las características básicas que permitiera tener un perfil de las 28 mujeres atendidas. Se identificó que el 75% residen en el D.F y el 21.5% en el Edo de México y Morelos, sin encontrar pacientes extranjeras. Fue un grupo con edades muy diferentes desde 19 hasta 65 años, donde la mediana fueron 38 años. En cuanto a la ocupación el 43% se catalogó como ama de casa, pero cabe mencionar que de acuerdo a los roles familiares en México, la mujer muchas veces además de tener un trabajo se encarga de las labores domésticas.

Con respecto a la educación, el 63.6% tenía una escolaridad de carrera técnica o preparatoria, licenciatura o posgrado. Esto nos deja ver que las mujeres operadas tienen un grado de escolaridad mayor que la media nacional, ya que en el Censo del 2010, se establecía que de cada 100 personas mayores de 15 años, 36 tienen algún grado aprobado de educación media superior (INEGI, 2010).

De acuerdo a los datos obtenidos al momento de la cirugía, el 50% de las mujeres era soltera y 40% casada, que coincide con los datos del INEGI (2010) que describe la situación conyugal de los mayores de 12 años y menciona que el 40.5% son casados. Fue importante identificar que 54% de las mujeres no tenían hijos.

**Tabla 1: Principales características sociodemográficas de las 28 pacientes con DGY atendidas el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Valor</b>	
Edad (años)	Media	41.1	
	Mediana	38	
	Mínimo	19	
	Máximo	65	
		Frecuencia	%
Residencia	DF	21	75
	Metropolitana	6	21.5
	Centro	1	3.5
Ocupación	Ama de casa	12	43
	Comerciante	3	10
	Técnica-Prof	3	10
	Estilista	3	10
	Trabajadora doméstica	2	7
	Actríz	2	7
	Estudiante	2	7
Escolaridad	Licenciatura	8	28
	Secundaria	6	21
	Preparatoria	5	18
	Carrera T.	4	14
	Primaria	4	14
	Posgrado	1	3.6
E. Civil	Soltera	14	50
	Casada	11	40
	U.Libre	2	7
	Divorciada	1	3.6
Religión	Católica	21	75
	Cristiana	2	7
	Atea	2	7
	Otras	3	10
Maternidad	Sin hijos	15	54

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.

### 3.5.2 Características clínicas

Se hizo una descripción con la intención de de integrar diferentes variables que dieran cuenta de parte de la trayectoria de atención de la obesidad, de los problemas de salud, como algunas condiciones de atención en las que se encontró la paciente desde su entrada al Instituto hasta la fecha en que fueron revisados los expedientes (Agosto-Septiembre 2014).

Tabla 2: Principales características clínicas de las 28 pacientes con DGY atendidas el 2012 y 2013 en el INCMNSZ

Categoría	Subcategoría	frecuencia	%
<b>Inicio de Obesidad</b>	Adolescencia	27	28.6%
	Niñez	8	21%
	Infancia	6	18%
<b>Recursos y Tratamientos</b>	Dietas+ Medicamentos	5	32%
	Dietas	9	21.4%
	Dietas+ Med + Cx	6	14.3%
	Dietas+ Med+Cx+ RA	4	10.7%
<b>Problemas físicos</b>	De 3 a 4	3	46.5%
	Ginecológico	13	60.7%
	Digestivos	13	50%
	Dermatológicos	10	35.7%
	Cardiopulmonares	9	32.1%
	Osteomusculares	9	32.1%
<b>Diagnósticos</b>	De 3 a 4	12	42.9%
	De 5 a 6	12	42.9%
	SAHOS	14	50%
	HAS	14	50%
	Hipotiroidismo	13	46.4%
	Depresión	13	46.4%
	Dislipidemias	9	32%
	DM	7	25%
ICHOS	7	25%	
<b>Tiempo en el programa de preparación a la cirugía bariátrica</b>	Mediana	8m	
	Mínimo	10 días	
	Máximo	10a 10m	
	<4 m	4	16%
	4-8m	8	28%
	8m-1a 6m	8	28%
	>1a 6m	8	28%
<b>Cirugía</b>	Laparoscópica	21	75%
	Abierta	3	10.7%
	Conversión Manga-Banda*	3	10.7%
	Remodelación**	1	3.6%
<b>Asistencia a consultas después de la intervención quirúrgica</b>	1 mes	26	93%
	3 mes	21	75%
	6 mes	25	89%
	1 año	17	61.5%
	1 año 6 meses	22	78%
	2 años	19	66.6%

Continúa en la siguiente página.

Categoría	Subcategoría	frecuencia	%
Servicios	No. de servicios por paciente.	Media	5
		Mínimo	1
		Máximo	10
	Cirugía Bariátrica	27	96.4%
	Obesidad Integral	24	85.7%
	Nutrición	20	71.5%
	Psiquiatría	13	46.5%
	Neumo	9	32%
Gineco	7	25%	
Cirugía plástica	6	21.50%	

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.

**Dietas+Med+Cx+RA**= dietas, medicamentos, cirugías para perder peso y recursos alternativos; **SAHOS**: síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño, **HAS**: hipertensión arterial sistémica, **DM**: diabetes mellitus, **ICHOS**: Intolerancia a los carbohidratos.

\***Conversión**: se refiere a una reintervención quirúrgica para cambiar de manga o banda gástrica a BYPASS.

\*\* **Remodelación**, que se refiere a una reintervención quirúrgica después de un BYPASS, por mala evolución o complicaciones como fistulas, estenosis, deshincencia, entre otras.

Con referencia a la edad de inicio de la obesidad, el cual es un dato que siempre se pregunta en las primeras consultas, en los expedientes se podía encontrar desde la edad en años, un momento de la vida como “después de casarse” y etapas de la vida como infancia, adolescencia, etc. Se clasificó por grupos de edades debido a la variedad de respuestas encontradas. En este rubro destacó de igual manera la variedad de respuestas. Llamó la atención que el 67% de las pacientes identificaban que comenzaron a ser obesas antes de los 18 años. De ellas, el 18% en la infancia (menos 5 años), 21% en la niñez y 28.6% (5-11 años) en la adolescencia. De acuerdo a la ENSANUT (2012) la prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupos de edades es la siguiente: el 9.7% de los niños y niñas menores de 5 años; el 34.4% entre 5-11 y 35% en adolescentes de 12-19 años. A pesar de que el dato obtenido puede ser muy variable, la percepción del inicio de la obesidad es muy importante ya que puede llevar a la atención o desatención de la misma.

Otra de las variables consideradas fue el uso de recursos y tratamientos para atender la obesidad. Al ser una población pequeña se pudo identificar las variaciones individuales identificadas por los profesionales de salud en el expediente, que al igual que la edad de inicio se expresaba de diversas maneras como “todo tipo de dietas”, “clínicas clandestinas” para reducción de peso o se mencionaba específicamente el tipo de recursos. Para fines del estudio se agruparon de la siguiente forma:

- Dietas: se incluyeron las dietas de revistas, dietas populares, de dietistas, de nutriólogos y bariatras.
- Medicamentos: se agruparon las “pastillas” de clínicas clandestinas para reducir peso, anfetaminas y los medicamentos aprobados por médicos para bajar de peso, como sibutramina<sup>37</sup>, olrlistat, etc.
- Recursos alternativos: se englobaron la mesoterapia, acupuntura, inyecciones de aminoácidos, productos naturistas, laxantes y grupos de autoayuda.
- Cirugías: se consideraron aquellas intervenciones realizadas para bajar de peso, como un dispositivo vagal, banda gástrica, la gastroplastía vertical, manga gástrica y liposucción.

Fue interesante observar cómo la dieta fue el recurso identificado en prácticamente todos los expedientes de las mujeres (89.2%), con excepción de uno de ellos que sólo menciona medicamentos, mientras que en dos no se hace referencia a algún recurso, sin aclarar si fue porque no se preguntó o porque no lo expresaron las pacientes. Los medicamentos fueron el segundo recurso más utilizado (67.8%) y llamó la atención que la cirugía fue utilizada más (25%), que los recursos alternativos (21.4%). También se identificó en estos expedientes que no se mencionó al ejercicio o la actividad física como un recurso para bajar de peso y en sólo uno de ellos se consideró a los grupos de autoayuda como un recurso para la atención. Cabe mencionar que estos datos al ser escritos por los profesionales de la salud pueden reflejar el interés de éstos por identificar tratamientos específicos, pero no es posible saber si se exploró y no se anotó algún otro, ya que aunque se busca homogenizar la forma de hacer las notas, existen diferencias entre cada una.

Con respecto a los problemas de salud, en los expedientes se observó una gama muy extensa de alteraciones de la salud. En algunos momentos se mencionaban como diagnósticos, en otras como síntomas o malestares. Para estandarizar de alguna manera la recopilación de datos, se agruparon los problemas de salud descritos por aparatos y sistemas en la historia clínica y se nombraron como problemas de salud antes de la intervención quirúrgica. Se clasificaron de la siguiente manera:

- Digestivos (46.5%): estreñimiento, cólico biliar, distensión abdominal, pirosis, incontinencia fecal, diarrea.

---

<sup>37</sup> No se encontró en el expediente si fue indicada cuando aún no se retiraba del mercado.

- Dermatológicos (35.7%): piel seca, fragilidad de uñas, tiña de pies, heridas, manchas o hiperpigmentación.
- Uro-genitales (10.7%): Incontinencia urinaria, infecciones
- Ginecológicos (60.7%): amenorrea, polimenorrea, dismenorrea, infertilidad.
- Cardiopulmonares (32.1%): fatiga, roncopatía, disnea, ortopnea, somnolencia
- Osteomusculares (32%): osteoartritis, hernias, artralgia, lumbalgia, gonalgia, dolor en articulaciones, parestesias)
- Cefalea (21.43%).
- Otros (39.3%): edema, insomnio, crisis histéricas, intolerancia al frío, venas varicosas, crisis de ansiedad o histéricas, masa en mamas.

Se llegó a identificar de 1 a 12 problemas en una misma mujer, siendo más frecuente encontrara de 3-4 problemas de salud por paciente.

**Tabla 3: Problemas de salud pre operatorios de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

<b>Problema físico</b>	Frecuencia	%
Digestivo	14	50.0
Dermatológico	10	35.7
Urogenital	3	10.7
Ginecológico	17	60.7
Cardiopulmonar	9	32.1
Cefalea	6	21.4
Osteomuscular	9	32.1
Otros	11	39.3

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\* Frecuencia: el número de pacientes de la muestra fue de 28. En cada problema físico existió una prevalencia de 21.4% (6 expedientes) donde no se mencionaba ningún problema físico.

En referencia a los diagnósticos antes de la intervención quirúrgica, sólo se analizaron los más frecuentes que se encontraban en las notas previas a la intervenció de los cuales se identificaron los siguientes: síndrome de ovario poliquístico (SOP) (85.71%), hipertención arterial pulmonar (HAP) (78.57%), diabetes mellitus (DM) (75%), síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) (50%), hipertención arterial sistémica (HAS) (50%), hipotiroidismo (46.4%), depresión (46.4%), dislipidemias (32%), enfermedad diverticular, intolerancia a los hidratos de carbono (ICHOS). También se identificó en las

últimas consultas que pacientes habían presentado remisión de diagnósticos de los cuales se observó 1 remisión de HA y SAHOS y 2 de DM2. En otros casos se mencionaba mejoría pero sin dejar de indicar medicamentos y manteniendo el diagnóstico en las notas. También es difícil detectar si existió mejoría en las pacientes por no ser explícito en las notas del expediente.

**Tabla 4: Diagnósticos pre y post operatorios de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

Diagnósticos	Antes		Después	
	Frecuencia*	%	Frecuencia	%
HAS	14	50.00	13	46.43
HAP	22	78.57	22	78.57
DM2	21	75.00	19	67.86
Dislipidemia	19	67.86	19	67.86
SAHOS	14	50.00	13	46.43
ICHOS	7	25.00	7	25.00

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\*Frecuencia: 28 pacientes. HAS: Hipertensión arterial sistémica. HAP=Hipertensión aeropulmonar. DM2: Diabetes mellitus 2. SAHOS: Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño. ICHOS: Intolerancia a los carbohidratos

Para conocer las principales complicaciones presentadas durante el seguimiento, se agruparon por tiempo: 3 meses (1-3meses); 6 meses (de 5-7 meses); 1 año (de 11-14 meses); y 2 años (22-26meses). Se decidió hacerlo de esta manera para poder integrar los datos al análisis, debido a que se perdían consultas por no llegar, se reprogramaban consultas o no coincidían exactamente con el periodo indicado. En estos meses se enunciaron gran variedad de malestares, síntomas y problemas de salud, que se decidieron llamar complicaciones para identificar que eran consecuencia de la intervención y se clasificaron por aparatos y sistemas, de la siguiente manera:

- Digestivas: Estreñimiento, distensión abdominal, dolor abdominal, diarrea, dumping, hipoglucemias, vómito, mareos y dolor precordial.
- Dermatológico: Piel seca, fragilidad de uñas, caída de cabello, manchas en la piel y ardor en la piel.
- Urogenital: Incontinencia urinaria e infecciones urinarias.
- Ginecológico: Amenorrea, riesgo embarazo, dismenorrea, disminución de la libido.
- Cardiopulmonar: Fatiga, roncopatía, disnea, ortopnea, taquicardias, insuficiencia venosa y somnolencia.

- Osteomuscular: Osteoartritis, hernias, artralgia, lumbalgia, dolor articulaciones y caídas.
- Otros: Edema, cefalea, insomnio, crisis histéricas, astenia, adinamia, ansiedad e intolerancia al frío.

**Tabla 5: Complicaciones físicas a los 3 meses después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

Complicación física	Presente		Ausente	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Digestivo	13	46.43	6	21.43
Dermatológico	6	21.43	13	46.43
Urogenital	1	3.57	18	64.29
Ginecológico	1	3.57	18	64.29
Cardiopulmonar	1	3.57	18	64.29
Osteomuscular	4	14.29	15	53.57
Otros	5	17.86	14	50.00

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\*Frecuencia: el número de pacientes de la muestra fue de 28. En cada complicación física existió una prevalencia de 7 pacientes (25%) que no asistieron a los 3 meses y 2 expedientes (7.14% ) en los que no mencionan ninguna complicación.

**Tabla 6: Complicaciones físicas a los 6 meses después de la intervención quirúrgica, de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

Problema físico	Presente		Ausente	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Digestivo	18	64.29	6	21.43
Dermatológico	3	10.71	21	75.00
Urogenital	1	3.57	23	82.14
Ginecológico	1	3.57	23	82.14
Cardiopulmonar	0	0.00	24	85.71
Osteomuscular	3	10.71	21	75.00
Otros	4	14.29	20	71.43

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\*Frecuencia: el número de pacientes de la muestra fue de 28. En cada complicación física existió una prevalencia de 3 pacientes (10.7%) que no asistieron a los 6 meses y 1 expediente (3.5%) que no mencionan ninguna complicación.

**Tabla 7: Complicaciones físicas al año después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

Problema físico	Presente		Ausente	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Digestivo	9	32.14	4	14.29
Dermatológico	4	14.29	9	32.14
Urogenital	0	0.00	13	46.43
Ginecológico	1	3.57	12	42.86
Cardiopulmonar	2	7.14	11	39.29
Osteomuscular	5	17.86	8	28.57
Otros	5	17.86	6	21.43

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\*Frecuencia: el número de pacientes de la muestra fue de 28. En cada complicación física existió una prevalencia de 4 pacientes (14.3%) que no asistieron al año y 1 expediente (3.5%) que no mencionan ninguna complicación, 10 de las pacientes (35.7%) no aplicaban porque no había pasado un año de su intervención fueron.

**Tabla 8: Complicaciones físicas a los dos años después de la intervención quirúrgica de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

Problema físico	Presente		Ausente	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Digestivo	2	7.14	4	14.29
Dermatológico	2	7.14	4	14.29
Urogenital	0	0.00	6	21.43
Ginecológico	0	0.00	6	21.43
Cardiopulmonar	0	0.00	6	21.43
Osteomuscular	3	10.71	3	10.71
Otros	1	3.57	4	14.29

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

\*Frecuencia: el número de pacientes de la muestra fue de 28. En cada complicación física existió una prevalencia de 3 pacientes (10.7%) que no asistieron a los dos años y 19 de las pacientes (67.8%) no aplicaban porque no había pasado dos años de su fueron.

Como vemos en las tablas anteriores, los problemas gastrointestinales y dermatológicos fueron de mayor prevalencia en el primer año después de la intervención, lo que tiene relación con otras investigaciones (Romero-Ibargüengoitia et al., 2009; Picot et al., 2009). También es importante señalar que estos datos sólo nos dan un panorama de la problemática que se logra identificar en las consultas. Por otro lado lo que llama mucho la atención es que desde los primeros meses empieza a disminuir la asistencia, por ello fue importante identificar algunas condiciones de la atención que influyeran en la trayectoria de atención, como fueron la duración en el programa de preparación a la cirugía bariátrica, el tipo de cirugía y la asistencia a los servicios en el periodo posterior a la intervención.

Con respecto a la duración se observó que existieron extremos: desde casos de urgencia donde fueron 10 días de preparación para la cirugía, hasta mujeres que llevaban más de 10 años en dicho programa de preparación prequirúrgica antes de operarse. En este caso se distribuyó en cuartiles el tiempo: <4meses (16%), 4-8meses (28%), 8-18meses (28%), >18 meses (28%). Se observó que el 44% se operó antes de los ocho meses y que el 28% tardó más de 1 años y medio para operarse, lo cual hace que la experiencia de la operación sea muy diferente. Por otro lado, no todas pasaron por los mismos programas y a pesar de que se busca que las pacientes antes de ser operadas tengan una preparación en el Programa de atención al paciente con obesidad (PAPO), el 52% de las pacientes no pasó por éste, lo que puede deberse a que muchas mujeres entraron cuando existía la modalidad “subsecuente” que se daba a aquellas personas que no podían asistir a las consultas mensuales y se veían cada 3 meses o medio año. Existe otro grupo de mujeres que no pasó por ningún programa de la clínica ya que fueron operadas de emergencia por complicaciones de cirugías bariátricas anteriores.

Como comenté al explicar el programa de preparación quirúrgica, la principal cirugía que se ofrece es el bypass, el mismo puede llevarse a cabo por vía laparoscópica (75%) o abierta (10.7%). Normalmente implica menos riesgos y complicaciones la vía laparoscópica, pero se llega a hacer abierta cuando existen más riesgos que beneficios, ya sea por el peso, alguna condición cardiovascular, cirugías abdominales anteriores, entre otras (Picot et al., 2009). Existieron otras dos intervenciones en los casos que se revizaron, la conversión (10.7%) que fueron reintervenciones hechas en pacientes que tenían manga o banda gástrica y se cambiaron a bypass y la remodelación (3.6%) que se refiere a otra reintervención quirúrgica por complicaciones de un bypass anterior.

Con respecto a la asistencia después de la intervención quirúrgica, se observa que a partir del año comienza a disminuir más la asistencia a los servicios. Entre las pacientes se encontró a algunas que sólo asisten un sólo servicio y una que acude a 10 servicios a la vez, en promedio asisten a 5 diferentes servicios las pacientes. Los servicios con mayor asistencia son la especialidad de Cirugía Bariátrica (96.4%), de la clínica de obesidad el área de medicina (85.7%) de nutrición (71.5%) y de psiquiatría (46.5%).

### **3.5.3 Características antropométricas**

En este apartado se describieron los cambios de peso e IMC desde su ingreso al INCMNSZ hasta las últimas consultas a las que asistieron después de la cirugía bariátrica. A pesar de que

en la clínica de obesidad se toman otras medidas antropométricas como el perímetro de cintura y la composición corporal. Son datos que no siempre se registraron en el expediente, así que se decidió analizar sólo los cambios en el peso corporal.

**Tabla 9: Descripción de los cambios de peso a lo largo de la atención de las mujeres atendidas con DGY el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**

		<b>frecuencia</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mediana</b>
<b>Antes de la cirugía bariátrica (CB)</b>	Peso INN (kg)	28	69.0	183.0	110.0
	Peso CO (kg)	27	71.6	175.0	112.4
	Peso Máx (kg)	27	95.0	185.0	116.0
	Peso antes CB (kg)	28	70.0	162.0	106.5
	IMC antes CB	28	26.0	59.0	43.6
<b>Pérdida de peso antes de la CB</b>	Peso INN (kg)	28	-26.5	50.3	-14.0
	Peso CO (kg)	27	-24.6	42.5	0.2
	Peso Máx (kg)	27	0.0	52.0	4.5
<b>Peso Post quirúrgico (kg)</b>	1º mes	26	67.0	149.0	97.9
	3º mes	21	79.8	128.0	90.1
	6º mes	25	65.0	119.0	83.0
	1º año	16	67.2	111.5	80.1
	2º año	6	67.4	83.3	74.7
<b>IMC post quirúrgico</b>	1º mes	26	25.0	54.0	39.5
	3º mes	21	30.0	47.0	38.0
	6º mes	25	25.1	44.6	33.7
	1º año	16	24.4	42.5	33.6
	2º año	6	26.9	38.0	33.1
<b>Peso perdido</b>	Último registro (kg)	26	-12.0	79.0	28.3

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

**Peso INN:** Peso al ingreso del Instituto Nacional de Nutrición, **Peso CO:** Peso al ingreso de la clínica de obesidad, **Peso Máx:** Peso máximo referido por la paciente, **Peso antes CB:** Peso tomado antes de la cirugía bariátrica, **Último registro:** último peso tomado después del 6º mes.

**Nota:** Los valores negativos indican un aumento de peso.

Debido a los casos de las cuatro pacientes que presentaron complicaciones por una cirugía bariátrica anterior, se observó que fueron operadas pacientes con IMC menores a 35 que aunque no tenían obesidad severa antes de esta intervención, se incluyeron en esta descripción porque en algún momento la habían presentado. La mediana del IMC antes de la intervención fue 43.6kg/m<sup>2</sup>.

Se describió la pérdida de peso antes de la intervención quirúrgica, con respecto al peso al ingresar al instituto, al ingresar a la clínica de obesidad y al peso máximo referido. Fue interesante observar que la pérdida de peso antes de la cirugía fue muy modesta en la

mayoría de las pacientes, sólo el 16% de las pacientes perdió el 10% o más del peso corporal y llegó a observarse pacientes que aumentaron más de 10kg de peso hasta 24.6kg durante el programa PAPO.

La pérdida de peso después de la intervención quirúrgica fue mayor el primer año como lo apuntan diversos estudios. La mediana del peso perdido después de la intervención quirúrgica fue de 28kg, considerando el último registro del peso, que fue desde un año hasta dos años de haberse operado.

### 3.5.4 Perfil de éxito y fracaso.

Como enuncié en la introducción, se llevó a cabo la construcción de tipologías a partir de caracterizar a las mujeres con buena o pobre pérdida de peso. Se tomó esta decisión por un lado por la escasa y heterogénea información encontrada en los expedientes con respecto a la calidad de vida y la mejoría de las comorbilidades, y por otro lado, por ser el porcentaje de sobrepeso perdido (PSP), uno de los criterios más utilizados en la práctica clínica. Así que se retomó la propuesta de Baltazar (1997 en Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004), donde clasifica los casos en excelentes (>65% del PSP), buenos (entre 65-50% del PSP) y fracaso (<50% del PSP). Así que se analizaron los datos en dos grupos:

- **Éxito:** aquellas que se encontraban en el grupo de excelente y buena pérdida de peso (si el PSP es superior al 50% y el IMC igual o menor de 35 )
- **Fracaso:** aquellas con pobre pérdida de peso (si el PSP es inferior al 50% y el IMC superior 35).

El cálculo de el PSP se realizó de la siguiente manera:

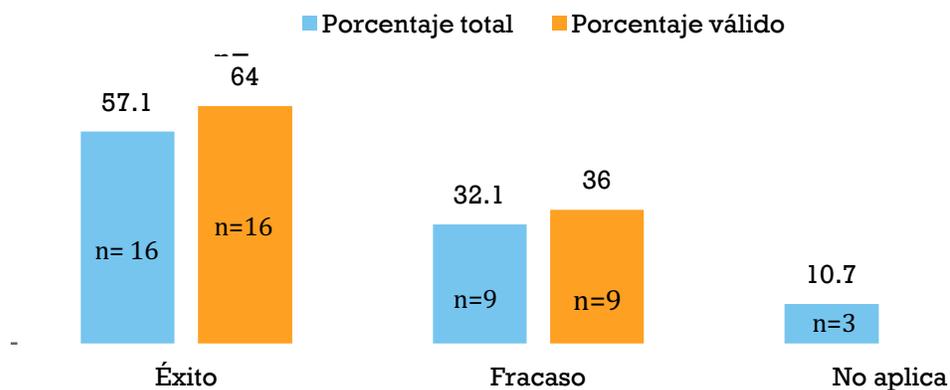
$$\text{Porcentaje de Sobrepeso Perdido} = \frac{(\text{Peso antes de la cirugía} - \text{Peso final})}{(\text{Peso antes de la cirugía} - \text{Peso ideal}^*)} \times 100$$

\*Los autores sugieren que el peso ideal que recomiendan las Metropolitan Tables. En el estudio consideramos como peso recomendable el obtenido con un IMC de 25.

Para hacer este análisis no se incluyeron a tres pacientes que habían sido operadas por complicaciones de otras cirugías bariátricas (remodelación y conversión) ya que dejaron de asistir al instituto después de su primer consulta de seguimiento (1 semana después de la intervención quirúrgica). Se consideró a una mujer con remodelación porque a pesar de faltar los primeros 3 meses después de la intervención quirúrgica, retomó sus consultas en el

Instituto y fue posible analizar sus cambios de peso. Por lo tanto la distribución en los grupos de éxito y fracaso fue la siguiente:

**Gráfico 4: Clasificación por PSP de las mujeres atendidas con DGY en el 2012 y 2013 en el INCMNSZ**



**Porcentaje total:** es considerando las 28 mujeres operadas. **Porcentaje válido:** considerando sólo los 25 casos de los que se obtuvo el dato de peso.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.

En la tabla 11 observamos las principales características generales de las mujeres operadas, así como su clasificación por PSP.

Se compararon las variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas, con el criterio de éxito y fracaso. Debido al grupo reducido de pacientes, sólo se identificaron ciertas características que diferían de manera importante y se describen a continuación.

	LUGAR_NA	LUGAR_RESI	NSE	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	E. CIVIL	HIJOS	Inicio OB**	RECURSOS Y TX***	Ingreso COB	PROGRAMA ****	CIRUGÍA BARIÁTRICA	EDAD CB	RESULTADO PÉRDIDA DE PESO
1	DF	DF	5	ACTRIZ	C. TÉCNICA	DIVORSIADA	2	ADULTEZ TEMPRANA	D+M+CIRUGÍA	SI	PAPO	CONVERSIÓN	65	NO APLICA
2	DF	DF	3	DES-EMPLEADA	PRIMARIA	SOLTERA	0	INFANCIA	D+M	SI	SUB	ABIERTA	38	Éxito
3	DF	DF	1	COMERCIANTE	PREPARATORIA	SOLTERA	0	ADOLESCENCIA	D + M	SI	SUB	LAP	44	Éxito
4	DF	DF	4	AMA DE CASA	SECUNDARIA	CASADA	2	JUVENTUD	D + M + CIRUGÍA + RA	SI	SUB	ABIERTA	59	Fracaso
5	DF	DF	3	AMA DE CASA	PREPARATORIA	CASADA	2	INFANCIA	D + M	SI	PAPO+SUB	LAP	58	Éxito
6	MET*	MET	3	ESTILISTA	PREPARATORIA	SOLTERA	0	INFANCIA	RA+CIRUGÍA	SI	PAPO+SUB	LAP	31	Éxito
7	DF	DF	3	AMA DE CASA	PRIMARIA	CASADA	4	JUVENTUD	NO MENCIONA	SI	PAPO+SUB	LAP	57	Fracaso
8	DF	DF	5	TÉCNICA O PROFESIONISTA	LICENCIATURA	SOLTERA	0	NIÑEZ	D + M + CIRUGÍA	SI	PAPO	LAP	31	Éxito
9	DF	DF	3	AMA DE CASA	LICENCIATURA	CASADA	2	JUVENTUD	D + M	SI	PAPO+SUB	LAP	38	Fracaso
10	DF	DF	3	AMA DE CASA	LICENCIATURA	SOLTERA	0	ADOLESCENCIA	DIETAS	SI	PAPO+SUB	LAP	36	Éxito
11	DF	DF	3	AMA DE CASA	C. TÉCNICA	CASADA	3	ADULTEZ TEMPRANA	D + M + RA	SI	PAPO	LAP	45	Fracaso
12	CENTRO	DF	3	AMA DE CASA	SECUNDARIA	CASADA	4	JUVENTUD	D + M + RA	SI	SUB	LAP	47	Fracaso
13	DF	DF	5	TÉCNICA O PROFESIONISTA	LICENCIATURA	SOLTERA	0	NIÑEZ	DIETAS	SI	PAPO+SUB	LAP	31	Éxito
14	MET	MET	3	AMA DE CASA	SECUNDARIA	CASADA	3	ADOLESCENCIA	MEDICAMENTOS	SI	PAPO+SUB	LAP	39	Éxito
15	DF	DF	4	TÉCNICA O PROFESIONISTA	C. TÉCNICA	SOLTERA	0	NIÑEZ	D + M	SI	PAPO+SUB	LAP	29	Fracaso
16	DF	DF	2	AMA DE CASA	C. TÉCNICA	SOLTERA	0	JUVENTUD	D + M + RA	SI	PAPO	LAP	32	Éxito
17	SUR	CENTRO	2	T. DOMÉSTICA	PRIMARIA	SOLTERA	0	ADOLESCENCIA	DIETAS	SI	NINGUNO	ABIERTA	36	Éxito
18	MET	DF	2	ESTUDIANTE	PREPARATORIA	SOLTERA	0	INFANCIA	D + M	SI	PAPO+SUB	LAP	19	Fracaso
19	DF	DF	4	AMA DE CASA	LICENCIATURA	CASADA	3	NIÑEZ	DIETAS	SI	PAPO	LAP	55	Fracaso
20	DF	DF	3	ESTILISTA	SECUNDARIA	SOLTERA	2	ADOLESCENCIA	D + M + CIRUGÍA	SI	NINGUNO	CONVERSIÓN	38	Éxito
21	DF	MET	3	COMERCIANTE	LICENCIATURA	CASADA	0	INFANCIA	D + M	SI	PAPO	LAP	36	Éxito
22	MET	MET	3	T. DOMÉSTICA	SECUNDARIA	SOLTERA	0	JUVENTUD	NO MENCIONA	SI	PAPO	LAP	48	Éxito
23	MET	MET	5	AMA DE CASA	PRIMARIA	SOLTERA	0	ADOLESCENCIA	D + M	SI	SUB	LAP	29	Fracaso
24	DF	DF	3	ESTUDIANTE	POSGRADO O ESPECIALIDAD	CASADA	1	NIÑEZ	D + M + RA	SI	PAPO	LAP	46	Éxito
25	DF	MET	6	COMERCIANTE	LICENCIATURA	UNIÓN LIBRE	0	NIÑEZ	D + M + CIRUGÍA	NO	NINGUNO	REMODELACIÓN	52	NO APLICA
26	DF	DF	3	ACTRIZ	LICENCIATURA	SOLTERA	0	ADOLESCENCIA	DIETAS	SI	PAPO	LAP	36	Éxito
27	CENTRO	DF	4	ESTILISTA	PREPARATORIA	CASADA	1	JUVENTUD	D + M + CIRUGÍA	SI	NINGUNO	CONVERSIÓN	52	Éxito
28	DF	DF	2	AMA DE CASA	SECUNDARIA	UNIÓN LIBRE	2	ADOLESCENCIA	DIETAS	SI	PAPO	LAP	24	NO APLICA
Total N	28	28	28	28	28	28	28	28	26	28	28	28	28	28

**LUGAR\_NA/RESI**= Lugar de nacimiento y lugar de residencia. MET, Se refiere a la zona metropolitana. **NSE**= NIVEL SOCIO ECONÓMICO asignado por la institución

**Inicio OB**= Inicio de obesidad, se refiere a la etapa en la vida en la que identificó que inició el problema de obesidad

**RECURSOS Y TX**= Recursos y tratamientos para bajar de peso, D= dieta, M= medicamentos, RA= Recursos Alternativos **Ingreso CO**= Se refiere si ingresó o no a la clínica de obesidad.

**PROGRAMA** : Se refiere al tipo de consulta al que ingresó antes de la cirugía, PAPO= Programa de Atención al Paciente con Obesidad. SUB= Se refiere a la consulta subsecuente.

**CIRUGÍA BARIÁTRICA**= Se refiere al tipo de cirugía que se llevó a cabo, CONVERSIÓN= De manga o banda gástrica a BYPASS. ABIERTA= BYPASS abierto. LAP= BYPASS Laparoscópico.

**Edad CB**= Edad al momento de la cirugía

**RESULTADOS DE PÉRDIDA DE PESO**: Se clasificaron de acuerdo a los criterios de Porcentaje de peso perdido (PSP) excelentes si el PSP es superior al 65% y el IMC inferior a 30 kg/m2; buenos o aceptables si el PSP está entre el 50 y el 65% y el IMC, entre 30-35 kg/m2, y fracasos si el PSP es inferior al 50% y el IMC, superior a 35 kg/m2.

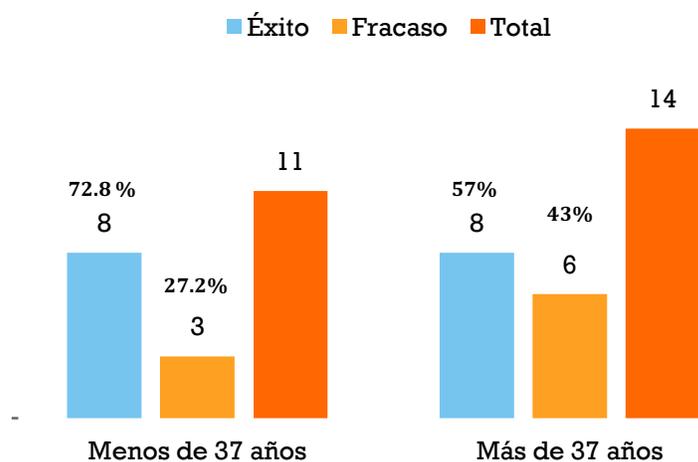
Tabla 10: Características generales de las pacientes atendidas en el protocolo de obesidad y cirugía bariátrica en el periodo 2012-2013

### **Análisis de variables sociodemográficas:**

Debido a las consideraciones detalladas en el apartado anterior, la siguiente descripción será solamente de las 25 mujeres que se pudieron clasificar en términos de éxito y fracaso.

La edad ha sido un criterio polémico con respecto a su asociación con mejores resultados post operatorios, el grupo estudiado presentó mayor prevalencia de mujeres con edad mayor a los 37 años (56%) al momento de la intervención quirúrgica. En ambos grupos de edad existió una buena pérdida de peso. Para que exista una buena pérdida de peso, la edad mayor de 37 años, no representó un elemento importante, pero en el grupo de mujeres menores de 37 años existió menor frecuencia de casos de fracaso (27%) comparado con los casos de fracaso en el grupo de mayores de 37 años (43%).

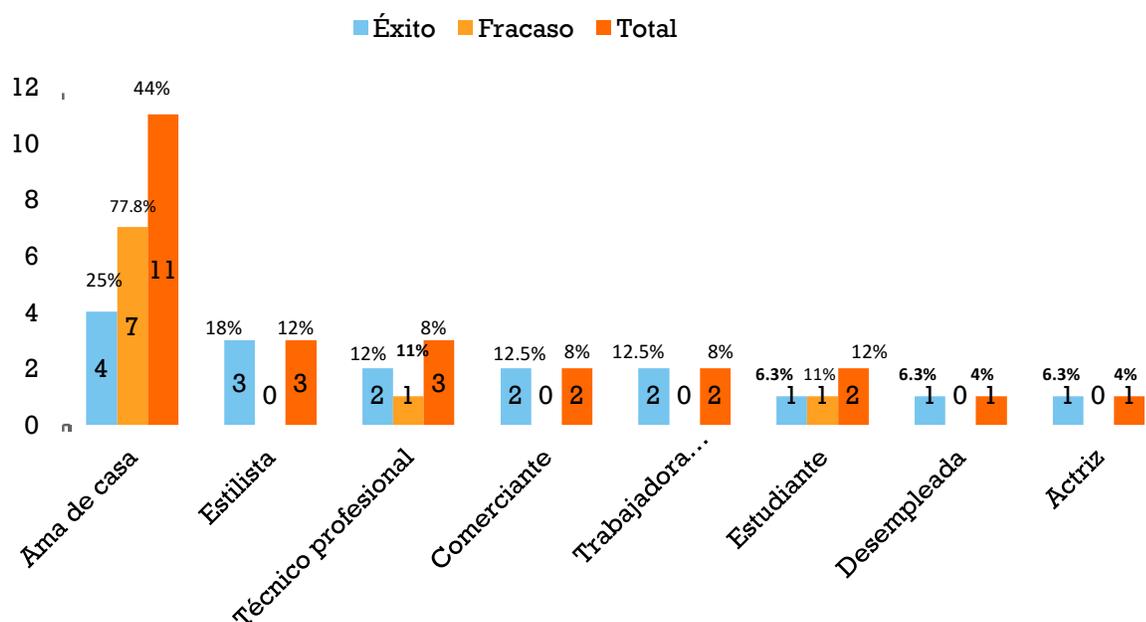
**Gráfico 5: Distribución por grupo de edad de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ

Otro dato llamativo en los grupos de éxito y fracaso fue la ocupación. Como se mencionó antes el ser ama de casa, fue la ocupación con mayor prevalencia en el grupo (43%). Al momento de comparar por grupos de éxito y fracaso, se observó que el mayor porcentaje de amas de casa se encontraba en el grupo de fracaso.

Gráfico 6: Distribución por ocupación de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ

Dentro de estas variables otras que presentaron diferencias importantes fue el estado civil y la maternidad, se observó que en el grupo de mujeres con éxito el 68.8% eran solteras y sin hijos en el grupo de fracaso el 66.7% eran casadas y con hijos (entre 1-4 hijos).

Tabla 11: Distribución por estado civil de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico

ESTADO CIVIL	RESULTADO				Total	
	Éxito		Fracaso			
<b>Soltera</b>	11	68.8%	3	33.3%	14	56%
<b>Casada</b>	5	31.3%	6	66.7%	11	44%
<b>Total</b>	16	100%	9	100%	25	100%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ

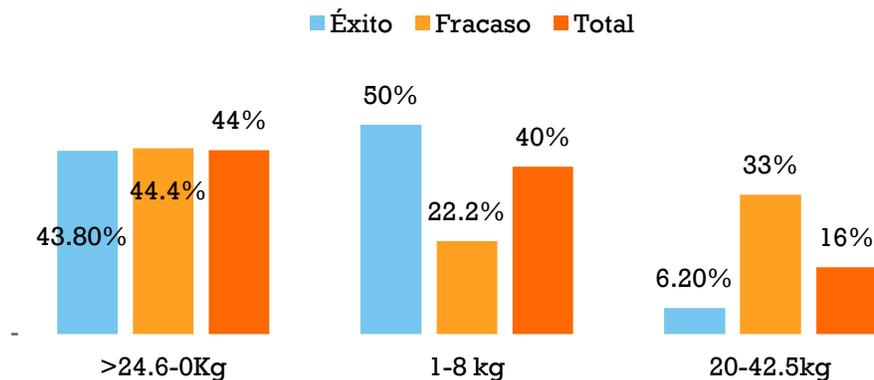
### Análisis de variables clínicas

En relación a los datos como la edad de inicio de la obesidad, el tipo de programa en el que fue atendida en el Instituto, la técnica utilizada en la cirugía, el tiempo en el programa de preparación para la cirugía, los diagnósticos antes de la cirugía y los problemas o complicaciones después de la cirugía; el grupo de mujeres no representaron diferencias importantes al analizarlas por grupo de éxito y fracaso. Llamó la atención que de las 4 mujeres que se habían practicado una cirugía anteriormente para atender su obesidad, 3 estuvieron en el grupo de éxito y 1 en el grupo de fracaso.

### Análisis de variables antropométricas

En el caso de las variables antropométricas, se encontró un dato importante en la pérdida de peso antes de la cirugía: una pérdida de peso mayor en pacientes con perfil de fracaso. Como se ha explicado anteriormente, uno de los objetivos del programa de preparación pre quirúrgico es favorecer a una disminución de peso el 10% (lo mínimo recomendado es 5%) antes de la cirugía.

**Gráfico 7: Distribución por pérdida de peso pre quirúrgico de las mujeres con éxito y fracaso post quirúrgico**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ

Se observó que un porcentaje importante de mujeres que entraron en dicho programa, llegaron a mantenerse en el mismo peso y hasta aumentar 24.6kg (44%). Esta situación ocurrió en prácticamente la misma proporción en el grupo de éxito que en el de fracaso, con la peculiaridad que fue en el grupo de éxito en donde se presentaron aumento de mayor proporción. En el caso de las mujeres que perdieron peso, sin llegar a ser mayor del 10% es

decir entre 1-8kg, fue mayor el porcentaje de mujeres del grupo de éxito (50%). Lo que llamó más la atención fue que aquellas mujeres con una pérdida importante de peso de 20-42.5kg antes de la cirugía, fueron las que se encontraban en el grupo de fracaso.

### ***3.6 Las mujeres seleccionadas. Descripción general***

Fue a partir de las diferencias antes descritas de las 25 mujeres en los grupos de éxito y fracaso, que se identificaron algunas características fuertes que permitieron establecer una tipología que incluyera características sociodemográficas y antropométricas relevantes.

Las siguientes características fueron más prevalentes en el grupo de éxito:

- Edad <37 años
- Soltera y sin hijos
- Ocupación diferente a ama de casa.
- Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía.

Las siguientes características fueron más prevalentes en el grupo de fracaso:

- Edad  $\geq$  37 años
- Casada y con hijos
- Ocupación ama de casa.
- Buena pérdida de peso antes de la cirugía.

Es importante señalar que la caracterización anterior no tiene valor significativo o relevancia estadística, debido a que fue una muestra pequeña y que la diferencia entre las variables fue modesta. Sin embargo, existen variables como la edad y la pérdida de peso pre quirúrgico que han sido estudiadas en muestras más grandes. En el caso de la edad han identificado que la menor edad se ha relacionado con mayor deserción posquirúrgica (Herpertz et al., 2004), contrario a lo observado en el grupo de mujeres estudiado. Con respecto a la pérdida de peso, se ha sugerido que la disminución del 10% favorece la recuperación y el riesgo durante la cirugía, pero poco se sabe de su relación con la disminución de peso postquirúrgico, en nuestro grupo se observó que una tercera parte de las mujeres del grupo de fracaso habían disminuido más del 20% de su peso. Por otro lado, el estado civil, la maternidad y la ocupación, son variables que no se han estudiado con anterioridad y en nuestro grupo presentaron diferencias que sugieren ser estudiadas a profundidad.

Por lo tanto, las características anteriores permiten ordenar, clasificar y analizar la trayectoria de atención desde diferentes ángulos. Lo que se busca no es identificar la asociación de variables aisladas con el éxito y fracaso de la intervención quirúrgica, sino comprender la interacción de diferentes dimensiones (biológica, social y cultural) durante la trayectoria de atención de las mujeres sometidas a la cirugía bariátrica.

A continuación se presenta la tabla de las tipologías y el número de personas que coincidieron con dichas tipologías, así como el número de mujeres seleccionadas para este estudio.

**Cuadro 9: Características de las tipologías, candidatas y seleccionadas**

<b>Tipología</b>	<b>Características</b>	<b>No. Candidatas</b>	<b>Mujeres seleccionadas</b>
<b>Tipología 1</b>	<p><b>Mujer con éxito post quirúrgico</b>  Mujer con perfil de éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad &lt;37 años</li> <li>- Soltera</li> <li>- Sin hijos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupación diferente a ama de casa.</li> <li>- Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía</li> </ul>	3	1
<b>Tipología 2</b>	<p><b>Mujer con éxito post quirúrgico</b>  Mujer con perfil de fracaso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad ≥ 37 años</li> <li>- Casada</li> <li>- Con hijos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupación ama de casa.</li> <li>- Buena pérdida de peso antes de la cirugía.</li> </ul>	2	1
<b>Tipología 3</b>	<p><b>Mujer con fracaso postquirúrgico</b>  Mujer con perfil de fracaso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad ≥ 37 años</li> <li>- Casada</li> <li>- Con hijos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupación ama de casa.</li> <li>- Buena pérdida de peso antes de la cirugía.</li> </ul>	2	2
<b>Tipología 4</b>	<p><b>Mujer con fracaso postquirúrgico</b>  Mujer con perfil de éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad &lt;37 años</li> <li>- Soltera</li> <li>- Sin hijos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupación diferente a ama de casa.</li> <li>- Aumento o poca pérdida de peso antes de la cirugía</li> </ul>	2	1

**Fuente:** *Elaboración propia a partir del análisis de los expedientes del INCMNSZ.*

Para la selección de las mujeres, se hizo un análisis de cada candidata con un equipo multidisciplinario de profesionales de salud de la clínica de obesidad del instituto, quienes conocían a las pacientes. Fue a partir de su experiencia y sus comentarios que se identificó a aquellas mujeres para quienes representaba un riesgo invitarlas al estudio por su estado emocional (fue el caso de una de ellas) y aquellas que presentaban mayor posibilidad de participar. Se invitó a las candidatas por vía telefónica, pero no fue posible localizar a 3 de ellas y sólo un caso refirió que no estaba en disposición de ser parte del estudio por su estado de salud actual.

Al final cinco de ellas aceptaron participar en las entrevistas. A continuación se describen sus principales características sociodemográficas, clínicas y antropométricas, de acuerdo a sus expedientes.

**Cuadro 10: Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas**

Tipología	Pseudónimo*	Edad	Estado Civil	Hijos	Ocupación	Escolaridad	Residencia
Éxito/Perfil Éxito	Linda	31	Soltera	0	Estilista	Preparatoria	Chalco
Éxito/Perfil Fracaso	Marina	39	Casada	3	Ama de Casa	Secundaria	Álvaro Obregón
Fracaso/Perfil Fracaso	Karina	38	Casada	2	Ama de Casa	Licenciatura	Gustavo A. Madero
	Julia	47	Casada	4	Ama de Casa	Secundaria	Tlalpan
Fracaso/Perfil Éxito	Montse	29	Soltera	0	Comerciante	Carrera Técnica	Tlalmanalco

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ

**Cuadro 11: Características clínicas de las mujeres entrevistadas**

Mujer	Recurso s y Tx	Edad inicio de obesidad	Tiempo en la CO**	Programas de atención	Tiempo en PCB	Fecha de CB	CB
Linda	D+M+RA	Infancia	12 años 9 meses	PAPO+sub	10 años 8 meses	16/11/13	Lap
Marina	M	Adolescencia	3 años	PAPO+sub	1 año 3 meses	18/06/13	Lap
Karina	D+M	Juventud	5. años	PAPO+sub	2 meses	07/12/12	Lap
Julia	D+M	Juventud	3 años 8 meses	Subsecuente	3 años 5 meses	01/06/12	Lap
Montse	D+M	Adolescencia	9meses	Subsecuente	8 meses	28/05/13	Lap

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.

**Recursos y Tx:** se refiere a los recursos y tratamientos utilizados para atender la obesidad, detectados en el expediente. D= dietas, M=medicamentos y RA= recursos alternativos.

**Tiempo en la CO:** se refiere al tiempo que estuvo en la Clínica de Obesidad antes de la cirugía.

**Programas de atención:** Se identifica los programas por los que pasó en la clínica de obesidad. PAPO=Programa de atención al paciente con obesidad y SUB= subsecuente.

**Tiempo en PCB:** se refiere al tiempo que pasó desde que en el expediente se registró que entraba al programa de preparación para la cirugía bariátrica hasta la cirugía.

**CB:** se refiere a la técnica de cirugía bariátrica Lap= laparoscópica.

**Cuadro 12: Características clínicas de las mujeres entrevistadas**

Mujer	DX previos	Complicaciones	Asistencia	Servicios
Linda	HAS, SOP, IVP, trastorno depresivo mayor, SAHOS, intolerancia a los carbohidratos	Estenosis postquirúrgica (un día después de la cirugía)	100%	Cirugía bariátrica, obesidad integral, nutrición
Marina	Hipotiroidismo, SAHOS moderado, trastorno por atracón, depresión	Dumping, intolerancia alimentos, dolor de articulaciones, anemia leve y hernia abdominal	100%	Cirugía bariátrica, obesidad integral, nutrición, psiquiatría, neumología y cirugía general.
Karina	SAHOS, Asma, trastorno depresivo recurrente, glucosa alterada en ayuno.	Dumping	Dejó de asistir el último año	Cirugía bariátrica, obesidad integral, psiquiatría, neumología, planificación familiar y estomatología.
Julia	HAS, DM2, Dislipidemia, SAHOS, miomatosis uterina	Dolor en articulaciones, colgajo, urolitiasis	100%	Cirugía bariátrica, obesidad integral, nutrición, ortopedia, neumología, urología, cirugía plástica
Montse	SAHOS, HAP, HAS, ICC, Absceso mamario	Vómito auto-inducido	100%	Cirugía bariátrica, obesidad integral, nutrición, dermatología

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

**Dx previos:** Se refiere a los diagnósticos detectados antes de la cirugía. HAS: Hipertensión arterial sistémica, SOP: Síndrome de ovario poliquístico, IVP: Insuficiencia venosa periférica, SAHOS: Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño, HAP: Hipertensión arterial pulmonar. DM2: Diabetes mellitus 2, ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva.

**Complicaciones:** aquellas ocurridas en la cirugía y después de ella.

**Asistencia:** a sus consultas de seguimiento.

**Servicios:** aquellos a los que acude después de la cirugía.

**Cuadro 13: Características antropométricas de las mujeres entrevistadas**

	Tiempo de operada	Pérdida de peso pre CB	Peso pre CB kg/IMC	Talla	Peso mín post CB/IMC	Tiempo	Máx. kg / PSP
Linda	1 año 6 meses	>8	145/50.56 Súper obesidad	167	91.8/32.9 Obesidad clase I	1 año	54.7kg/72
Marina	2 años	0.2	101/43.7 Obesidad extrema	1.52	67.3/27. Sobrepeso	1 año	34kg/78.6
Karina	2 años 6 meses	28.9	92.9/35.4 Obesidad clase II	1.62	80/30.5 Obesidad clase I	1a 4 m	12.4kg/45.4
Julia	3 años	27.6	107.4/49.03 Obesidad extrema	1.48	81.6/37.2 Obesidad clase II	1 año	24.1kg/45.7
Montse	2 años	42.5	132.7/55.3 Súper Obesidad	1.55	97.5/40.5 Obesidad extrema	1 año	35.7kg/49.1

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de los expedientes del INCMNSZ.*

**Tiempo de operada:** se refiere al tiempo que pasó de la cirugía al momento de la entrevista.

**Pérdida de peso pre CB:** es la pérdida o aumento de peso desde que entró a la clínica de obesidad hasta antes de la cirugía.

**Peso pre CB/IMC:** Peso tomado antes de la cirugía/Índice de Masa Corporal y clasificación basada en la SEEDO.

**Peso mín. post CB/IMC:** Peso mínimo alcanzado después de la cirugía bariátrica.

**Tiempo:** es el tiempo en el que se logró esta la pérdida máxima de peso.

**Más kg/PSP:** es el peso máximo perdido en kilogramos y el porcentaje de sobrepeso perdido.

### ***3.7 La adaptación como estructura heurística***

Como mencioné al iniciar del capítulo, a partir de algunas de las variables que surgieron en esta etapa del estudio se plantearán algunas hipótesis con base en el concepto de adaptación desde un enfoque biocultural.

Para (McElroy, 1990) el concepto de adaptación debe extenderse a los dominios culturales y del comportamiento y no restringirse a los cambios evolutivos, ya que se llega a ignorar los grandes paralelismos que se tienen con otros mecanismos de cambios y ajustes. Dependiendo de la unidad de análisis (individuo, comunidad, población, especie) será la categoría elegida (cambios genéticos, ajustes fisiológicos y ambientales, respuestas culturales y afrontamiento individual) para analizar la adaptación, considerando que el nivel individual y de grupos de parentesco es un nivel crítico.

Si consideramos ésta definición de adaptación, es posible comprenderla en sí misma como una estructura heurística como menciona Martínez (2000), ya que no se reduce a respuestas funcionales que pueden ser explicadas por un algoritmo (por ejemplo relación entre genes y

fenotipo). Al contrario se entiende la adaptación como “resultado de procesos históricos evolutivos (que involucran aspectos de desarrollo ontogénico y ecológico)” (Martínez, 2000: 49) y permite generar explicaciones que pretenden reconocer el origen de las adaptaciones y sean posible moldear, así como una estructura heurística.

No pretendo profundizar este análisis, lo que se busca resaltar aquí, es la potencialidad de éste concepto para guiar el descubrimiento de nuevos elementos, plantear nuevos problemas y si es posible diseñar nuevas propuestas.

Por lo tanto situaremos nuestro análisis en el nivel individual, a partir de las siguientes categorías:

**Ajustes fisiológicos.** En este nivel se han descrito en la literatura médica, las adaptaciones o ajustes fisiológicos que llegan a tener diferentes sistemas (endócrino, osteomuscular, neurológico, cardiovascular, renal...) en una condición de exceso de peso. Normalmente estas descripciones han sido para identificar los riesgos de morbilidad y mortalidad. Pero existen pocas investigaciones de las adaptaciones que favorecen el desarrollo de lo que se ha caracterizado como obesidad metabólicamente sana (Primeau et al., 2011). Lo que nos daría información importante para estimular dichos cambios en la población con obesidad, utilizando la cirugía para casos extremos. De igual manera se han identificado diferentes adaptaciones en el aparato digestivo después de la cirugía bariátrica, adaptaciones positivas en el sentido de que promueven la disminución de peso y la mejora de comorbilidades como la diabetes, que han permitido una mejor comprensión del rol de la digestión y absorción en la obesidad (Seeley, et al 2015). Paralelamente se han descrito ajustes fisiológicos que han asociado la cirugía bariátrica con el desarrollo de procesos inflamatorios abdominales u oncológicos (Burguera y Ruiz de Adana, 2012) y complicaciones gastrointestinales, biliares, hernias internas y diferentes problemas de etiología obstructiva (Bradley et al., 2015), con esto me pregunto ¿es posible que se den ajustes positivos y negativos a la vez?, ¿se podrían dar los cambios positivos con una disminución modesta de peso?, ¿qué relación tiene la etapa ontogénica de las personas con el desarrollo de nuevos riesgos? Y ¿cuáles son los nuevos riesgos a los que se enfrenta el paciente con cirugía bariátrica, a corto, mediano y largo plazo?

**Respuestas culturales.** En este nivel se podrían enunciar múltiples respuestas culturales con respecto a las tradiciones alimentarias y su adaptación a los contextos actuales de disponibilidad de alimentos. Pero lo que se quiere señalar aquí son las respuestas de atención al problema de la obesidad. El problema de la obesidad es reciente en la sociedad mexicana,

por lo cual no era común tener remedios o recursos populares para la disminución de peso, todo lo contrario, se buscaba tener estrategias para no padecer algún tipo de desnutrición. El hecho de que la mayoría de los recursos y tratamientos para su atención hayan sido promovidos principalmente por agentes nuevos, como la biomedicina, medicinas alternativas y la mercadotecnia, ha implicado cierta adaptación cultural a las formas de comprender la disminución de peso, la cual ha hecho que las personas que padecen un exceso de peso, se ajusten a los requisitos de dichas propuestas terapéuticas. El que las personas se hayan ajustado a los modelos propuestos por clínicas de dudosa reputación, a las terapias y productos promovidos para una rápida disminución de peso, hace que muchas veces los efectos negativos a su salud (malestar, taquicardias, pérdida de cabello) y el famoso “rebote”, sean situaciones que aceptadas que favorecen su reutilización para lograr una disminución de peso. Por otro lado, al llegar a instituciones como hospitales o clínicas donde se ofrecen tratamientos quirúrgicos a la obesidad, las usuarias deben adaptarse a los requisitos para ser atendidas, por lo que en algunas ocasiones han buscado subir de peso para lograr ser aceptadas en los programas de atención. Ante esta problemática surgen más preguntas: ¿cuál es el efecto del contexto histórico, económico y político en las formas actuales de atención a la obesidad en México?, ¿será posible adaptar las formas de atención a las necesidades y contextos culturales de las personas que padecen obesidad?, ¿qué implicaciones tendría esto?

## ***Conclusiones del capítulo***

En este capítulo se mostró parte de los resultados y análisis preliminares de la fase de contrastación y análisis. En un primer momento se expuso el panorama epidemiológico de la obesidad a nivel nacional e internacional, con algunas de las acciones que han surgido para atender esta condición. Todo ello me llevó a identificar que de las estrategias analizadas, la de México es la única que pone énfasis en la cirugía bariátrica como parte de las acciones en contra de la obesidad y que a pesar de ser impulsada por instituciones importantes aún hace falta una mejor regulación en el ámbito privado y público.

Posteriormente se realizó la descripción sociodemográfica, clínica y antropométrica de los pacientes atendidos en el 2012-2013. Esto me permitió identificar las características más relevantes del grupo, es decir qué tipo de mujeres están siendo operadas en el Instituto. A partir de esto se comparó cada una de las variables por grupos de éxito y fracaso. Ello me llevó a identificar ciertas características importantes para la construcción de una tipología que considerara elementos sociales y antropométricos. ¿Qué diferencia ésta propuesta de análisis con una descripción epidemiológica tradicional?

- a) La aproximación de la epidemiología sociocultural como herramienta conceptual nos permitió integrar diversos medios descriptivos y analíticos, en función a los problemas detectados. En este caso a pesar de ser un grupo pequeño, se integraron en el análisis los recursos y tratamientos anteriores, los tiempos y tipos de programas en los que fueron atendidas, los servicios en los que fueron atendidas, el seguimiento en sus consultas, sin descuidar datos notables como los cambios de peso, los diagnósticos y los problemas de salud, que nos permitieron una descripción más profunda de parte de la trayectoria de atención de las mujeres operadas.
- b) Al analizar los casos a partir del criterio de éxito y fracaso por PSP se tiende a reducir los resultados de la intervención quirúrgica a una sola variable: el peso. Esta propuesta que se centra más en la valoración a partir de la obtención de un peso final, lo más próximo al peso recomendado, no nos permite ver la mejora de comorbilidades y la reducción de la mortalidad. Por lo anterior, esta tipología está construida a partir de una concepción reducida del éxito y fracaso por lo que existe la necesidad de construir una propuesta que le de la palabra a los usuarios de estos tratamientos.
- c) Usar el concepto de adaptación desde un enfoque biocultural, nos permitió cuestionar algunos ajustes fisiológicos y respuestas culturales en el proceso salud-enfermedad-

atención-desatención. Concepto que considero de gran relevancia para el estudio de la obesidad.

- d) El centrar la atención en el daño evitable acercará el análisis posterior a profundizar aún más las situaciones de riesgo que permiten el desarrollo de la obesidad severa y sus complicaciones, los facilitadores y obstaculizadores en el proceso de atención.

## CAPÍTULO 4

### **CUERPO CONSCIENTE EN LA MUJER CON OBESIDAD SEVERA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (Resultados)**

*...si no hubiera sido por Nutrición, que me empiezan a decir que el peso me está matando (...), por todo eso estoy aquí: ¿Te imaginas lo que yo le debo a Nutrición? Si a mí Nutrición me dice “párate de cabeza”, me paro, si a mi Nutrición me dice “aviéntate de la montaña”, me aviento, porque me salvaron la vida...*

Karina

En este capítulo presento las narraciones de las cinco mujeres que aceptaron ser parte del estudio. Todas fueron contactadas por vía telefónica, donde les hice una invitación inicial en la que les explicaba a grandes rasgos en qué consistía la investigación, acordando con ellas lugar y fecha para explicar más a fondo el estudio. En ese encuentro expliqué a detalle la investigación y les solicité su consentimiento, previa información. Ellas se llevaron un formato que explicaba a detalle toda la información del estudio para leerlo con detenimiento y me lo entregaron en nuestro siguiente encuentro. Para mi sorpresa, algunas iniciaron a platicarme parte de su experiencia al saludarnos y otras, con más cautela, lo hicieron hasta resolver todas sus dudas. A pesar de las diferencias, a cada una se le explicó detenidamente y se les incluyó en el estudio hasta responder sus dudas y hasta el momento de otorgar su consentimiento en el formato firmado, explicándoles claramente que su participación era voluntaria.

Los relatos fueron recopilados a través de entrevistas semiestructuradas con profundidad hechas en distintos lugares y fechas. Aproximadamente se hicieron entre 5-8 entrevistas por persona. El número de encuentros se relacionó con el tiempo que disponían las mujeres (a veces me hacían espacio entre sus consultas y el encuentro podía ser de 1-2 horas), por lo que nos reunimos más veces; en otras ocasiones los encuentros podían extenderse más debido a que nos reuníamos en su casa y disponían de más tiempo.

A continuación presentaré las narraciones de cada una de las mujeres entrevistadas. Haré una presentación de su historia personal y expondré los elementos más importantes de su identidad narrativa y trayectoria de atención.

## **4.1 Narrativas del padecer**

### **4.1.1 Linda**

Linda al momento de las entrevistas tenía 33 años. Es alta, de piel morena y cabello oscuro a la altura de los hombros. Siempre acude muy arreglada a todas sus entrevistas: le gusta usar botas, pantalones o *leggings*. Es estilista, lo que demuestra en sus uñas y su arreglo personal. Las entrevistas se llevaron a cabo en Tláhuac, Chalco y el Instituto. Es originaria de Cuatzingo, Chalco. Siempre ha vivido ahí con su familia. Es la mayor de tres hermanos, pero tiene dos medios hermanos mayores que ella. Actualmente vive en la casa de sus padres con su hermana menor, su mamá y su papá.

Linda ha vivido experiencias intensas desde pequeña. Su mamá es hija del pastor de una iglesia cristiana y su papá era católico. Por lo anterior, su abuelo materno no asistió a su boda. Linda comenta que con eso se vinieron muchos problemas, pues cree que su abuelo se molestó de que su hija no tomara en cuenta lo que le enseñó por quedar bien con su esposo. A su mamá la hicieron bautizarse, hacer la primera comunión y confirmarse para poderse casar con su papá.

Ella me enseña una foto de su confirmación a los 3 años, donde expresa que "...mira aquí ya estaba gorda, mi mamá dice que yo era muy tragona..." y señala a su abuelo materno: "...mi abuelo ya estaba muy enfermo, ya se iba a morir...", expresa con tristeza. La casa en la que siempre han vivido era de sus abuelos paternos, donde en un principio vivieron junto con ellos.

El papá de Linda tuvo otro dos hijos con otra mujer, pero su mamá enfatizaba que era ella la primera mujer con la que vivía. La mamá de Linda no le creía al principio, pero cuando Linda cumplió 5 años llegaron a vivir a su casa sus medios hermanos "los gemelos". Linda comenta que "al principio yo lloraba y decía que no quería a esos niños"; explica que la mamá de sangre de sus hermanos los ponía a vender chicles y eran como niños de la calle, así que su mamá de los registró con sus apellidos.

Linda habla de su infancia con relación a su peso: menciona que al principio no se daba cuenta que estaba gordita, hasta que entró al *kínder* y los niños se lo decían. Tiene vagos recuerdos con respecto a esta época, ya que cuando fue con la psicóloga a los 20 años identificó que "estaba traumada", no sabe por qué. Todo el tiempo tenía miedo. Miedo de ir al baño, miedo

de que fuera domingo: "...yo sentía como que el domingo iba a ser feo, como que se me iba a acabar la vida, no sé, así estaba media loquita".

En ese entonces a su papá le iba muy bien económicamente: tenía camiones de transporte que rentaba a empresas y particulares para comercializar sus productos, por lo que le pudo pagar escuelas particulares de religiosas hasta el segundo año de primaria. Comenta que en estas escuelas la molestaban mucho: "como era una escuela de paga eran las chamacas más groseras". Ella, en consecuencia, les pegaba a las niñas. Cuenta que realmente no tenía amigos, se juntaba con dos niños, pero nada más. En esa escuela no se sentía a gusto; comenta que hasta una maestra que era una monja le dijo que no la quería. En tercero cambiaron las cosas, pues pasó a una escuela de gobierno y tuvo un maestro muy "consentidor" que la quería mucho y ahí sí hizo buenos amigos. A pesar de eso resalta: "...pero siempre fui gordita... todos los chamacos me molestaban. Pero como yo estaba grandota pues no me dejaba". Al hablar de su estatura se siente orgullosa, porque tenía ventajas como en 6º de primaria todas querían bailar con el muchacho más alto y guapo del salón, "...y me tocó bailar con él... porque era la más alta. Pero siempre fui gordita". Su mamá le explica que ella es más alta que su hermana, debido a que ella sí se tomó las vitaminas que le dio un doctor cuando era chiquita, quien dijo: "aunque esté gordita, esté muy alta". Con respecto a su papá confiesa que la dejó traumatizada porque le decía: "si no adelgazas nadie te va a querer". Después, en sus terapias con la psicóloga, se dio cuenta de que pensaba que era verdad.

Linda platica de su experiencia en la secundaria y en donde estudió para técnico en administración de empresas. Fue una buena época: "siempre, en la primaria como en la secundaria decían: -Ay, está bonita pero está gorda-, era tolerable". Se describe como "matada", porque le costaba trabajo la escuela; todos los semestres reprobaba pero no le decía a sus papás. Ella no era como sus amigas que salían con el novio, pero sí salía con su grupo de amigos y su mamá siempre le daba permiso. En esa época le iba muy bien a su papá, porque llevaba de vacaciones a la familia, de paseo. Así conoció la playa y muchos lugares.

Su papá siempre había tomado mucho alcohol, pero a partir de que vendió sus camiones, su problema con la bebida empezó a ser más evidente en su casa. Linda comenta que quizá antes no fue tan notorio porque "económicamente a mi mamá le daba más". Hoy día tienen una tienda de abarrotes en casa. Cuando dejó de trabajar con los camiones, su papá llegaba a tomar diario pues tenía el alcohol a mano. Al hablar del alcoholismo de su papá reconoce que era "medio tormentoso" pues ella siempre fue quien tenía que atender sus borracheras. Su

mamá la mandaba a atenderlo porque no quería discutir con él. Linda lo escuchaba, le ponía música, “le daba otra cubita”, y lo acostaba.

Al terminar la carrera técnica no siguió estudiando: se sentía muy deprimida y siempre lloraba. Fue cuando comenzó a asistir al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. A la par, asistió a terapias psicológicas con profesionales del DIF cerca de su colonia. Considera que gracias a esas terapias fue que logró aguantar el problema de alcoholismo de su papá, ya que sabía que era una enfermedad y que “una de dos: se tiene que dar cuenta, tiene que reaccionar... o se muere”.

En esa época comenzó a estudiar belleza. Tardó aproximadamente 3 años, porque a la par ella iba a sus consultas en el Instituto y al DIF. Expresa que en esa época la invitaron a participar en una cirugía experimental para bajar de peso, tenía como 22 años, pero su papá le dijo que no participara porque después ya no iba a poder comer nada. Piensa que habría tenido otra vida si se la hubiera hecho en esa época, porque dejó de ir al Instituto y subió mucho de peso después de eso. Al INCMNSZ regresó nuevamente años después cuando comenzó a tener problemas más serios de salud, principalmente una úlcera varicosa.

En esa época, empezó a trabajar y a hacerse más independiente, a viajar a seminarios de belleza y a salir mucho con sus amistades. Linda platica que tenía una amiga llamada Karla, con la que trabajaba y explica que con ella se “desbocó”: salía mucho a fiestas a otros pueblos en donde tomaba, fumaba y bailaba. En esas fiestas salió con varios muchachos y hace 8 años empezó la relación con su novio actual. Su novio ha tenido varios trabajos: de mecánico, policía, guardia de seguridad. Él, como su papá, también es cristiano pero pertenece a otro grupo. Linda comenta que también su novio tenía problemas con la bebida, pero enfatiza que hace un año que no toma, reconociendo que cuando se conocieron ella una “apapachadora de borracheras”. Cuatro años antes de operarse tuvo un problema intenso en su familia. Esto lo relaciona a una ocasión que llegó su papá borracho y a una discusión que tuvo con su mamá porque su novio llegó tomado a buscarla a su casa; explica que se “armó un pleito”. Al día siguiente, cuando regresó de una diligencia a su casa, su mamá y sus hermanos menores se habían ido de la casa a vivir con un tío suyo. Estuvieron alrededor de cinco meses viviendo solos su papá y ella. En esa temporada se “destrampó; salía mucho y hacía lo que quería”; a su papá solo le avisaba cuando llegaba y se iba. Después su papá fue a buscar a su mamá y le prometió que iba a cambiar y hasta fue a un psicólogo mormón y a la iglesia. Entonces su mamá y su hermana regresaron a la casa, pero después tres meses volvió a tomar su papá y se fueron nuevamente. Linda se decía a sí misma: “-Ah, pues yo voy a seguir con mi vida... y

regresaba al desmadre y todo eso”. En esa época ella iba al Instituto y se estaba preparando nuevamente para la cirugía. En las consultas le decían que no estaba bajando de peso y ella se excusaba en que no tenía tiempo de hacer la dieta por su trabajo. Confiesa que era realmente porque al irse su mamá y su hermana “me olvidaba de la dieta... no me importaba nada”. Hasta que ocurrió un evento que le marcó la vida: una amiga con las que salía de fiesta murió. La chica tenía como 17 años, salieron todos de fiesta y “tomaron todos hasta embriagarse”. Después de la fiesta se adelantaron a la casa de Linda y la chica se quedó con otras amigas, diciendo que después los alcanzaría. En cambio, llegó un automóvil que la arrojó de casa de Linda; su amiga traía dos balazos y se estaba desangrando. Ella pensó que su amiga iba a morir ahí, pero llegó la ambulancia y la pudieron llevar al hospital. Parecía que iba a sobrevivir pero tiempo después murió. Nunca supieron quién había sido; sabían que en esa época las cosas estaban muy feas, que había mucha delincuencia y estaba la Familia de Michoacán. Linda se puso muy mal. A raíz de eso su mamá regresó a su casa y en el Instituto le comentaron que tenía que estar bien emocionalmente para operarse.

Ese año fue difícil. Cuenta que también tuvieron problemas con su hermano menor, porque lo acusaron de un robo que no había cometido y estuvo dos o tres días en la cárcel. Meses después fue cuando falleció su hermano mayor, uno de los “gemelos”, en un accidente en el que él iba en una motoneta y unos borrachos lo impactaron. Todo esto sacudió mucho a su familia, a partir de eso su papá dejó de tomar y ella “empezó a cambiar su vida”. Menciona que han sido cosas muy difíciles las que ha vivido, que antes creía que sus tíos y su familia cristiana eran unos fanáticos, pero a partir de esto su papá y ella empezaron a acercarse más a la iglesia y a Dios. Ella hizo una gran fiesta cuando cumplió 30 años, se sentía muy agradecida por estar viva, ya que piensa que ella pudo ser la que hubiera muerto el día que le dispararon a su amiga. En el Instituto le dijo la psiquiatra que tenía que seguir en terapia para poder operarse y un año después fue operada al fin.

Al hacer el recuento de estas situaciones Linda expresa:

*...haz de cuenta que todo como que se juntó ¿no?... primero fue todo como un ataque y después ya fue todo como un periodo de tranquilidad... ahora ya estás viendo todo lo nuevo, lo bonito, lo que nunca... te digo fue así como primero tres, cuatro trancazos, primero eso de la chica, luego lo de mi hermano, luego ya después la recompensa ¿no? Yo digo que es como la recompensa, ya me operaron y mi hermana siempre me dice que ahora soy feliz. O sea, soy más feliz, pero antes pues sí era feliz pero tenía más problemas, o más situaciones, y tiene pues aproximadamente tres años que no tomo ni fumo, porque yo entendí que pues Dios tenía un propósito en la vida mía...*

Actualmente expresa su deseo de ser mamá, de casarse y seguir bajando de peso.

## Identidad Narrativa

En el caso de Linda, se buscó identificar el papel de la obesidad en la construcción de su identidad narrativa. En su historia de vida podemos observar que el ser gordita juega un papel central en la narración de la primera etapa de su vida. Sin embargo, conforme transcurre su relato y ocurren acontecimientos impactantes en su vida, la obesidad se convierte en un tema periférico, aunque siempre presente. En los últimos años de su vida el “no ser gordita” es lo que la define.

Los siguientes fragmentos nos ayudan a comprender esto:

### Infancia

*...siempre fui la niña gordita. Siempre me decían los niños –Ay, tú estás bien grandota-  
...no recuerdo a alguien más gordita que yo...  
...cuando hice la primera comunión me decían –No hay vestido para ti porque estás  
gorda- ...Mi tía me traía ropa pues de señora, de muchacha y pus yo era niña...  
...en la primaria como en la secundaria decían, –Ay, está bonita pero está gorda-...*

### Juventud

*...aunque estaba gordita siempre me arreglaba, por ser estilista. Tenía mi pelo largo y  
todo... Siempre usaba mis anillos y tenía personalidad. Y siempre la gente me ha dicho  
–Es que tú tienes mucha personalidad-. Un amigo dice –Linda siempre ha sido una  
gordita así como muy fashion-.  
Yo siempre he sido muy independiente... tal vez por eso fue de que mi mamá se fue, mi  
papá, y yo era como que otra.*

### Después de la cirugía

Existen contradicciones con la forma de identificarse a ella misma, expresa que ella era feliz a pesar de ser gordita y le cuesta trabajo identificarse. Siente que el haber cambiado de cuerpo la ha hecho cambiar en sus sentimientos.

*...También eso es algo que siento, ahora ya no soy como antes, la gordita bonita  
romántica. Ahora siento que soy fea, en los sentimientos. Antes sí era más tierna. Como  
que ahora estoy más banal...*

### Corporalidad

Con respecto al cuerpo Linda señala que ha cambiado su forma de entenderlo a partir de involucrarse más con su religión cristiana y la cirugía:

*...nuestro cuerpo es el templo de Dios. Lo debes de cuidar de lo que comes, de lo que le  
des. Ahorita yo veo mi cuerpo y es un cuerpo nuevo. Me veo al espejo y me veo desnuda*

*y veo un cuerpo normal. Luego digo, que si me quito este pellejo ya estaría plana. Pero primero voy a tener un hijo y después me voy a operar...*

Ha sido difícil aceptar los cambios en su cuerpo, reconocerse, querer el nuevo cuerpo, había trabajado mucho por quererse “gordita”, que ahora ha implicado volver a conocerse y quererse, los pellejos y la pérdida de cabello han sido de los cambios más difíciles de asimilar en su cuerpo:

*A veces me cuesta trabajo identificarme. Veo mis manos muy chiquitas, antes estaban gorditas llenas de vida. Pero también he aprendido a querer el hueso casi casi. Cuando se me empezaron a notar estos huesos de aquí [señalando la clavícula] y estos huesos [señalando la pelvis]. Era feliz, decía o sea esos huesos que nunca en la vida me había sentido me los sentía (...) El hueso de la pelvis también nunca me lo había sentido, y yo si sentía toda la carne floja aguada de un lado y de otro. Pero ahorita si siento que la carne si ya agarró, se está haciendo maciza.*

*Esa sí era yo. Con mi cabello largo. Ahora ya no soy yo, porque yo tenía mi cabello largo. Y si cuesta trabajo identificarte con los cambios. (...) No me lo puedo peinar, no me lo he pintado desde hace un buen. Yo soy estilista, cómo voy a tener un cabello así, si es lo que vendo.*

Con respecto a la otros cambios que percibe con relación a su cuerpo y la ansiedad, expresa que, sospecha que se encontraba en la parte del cuerpo que le quitaron:

*La ansiedad se controló bastante. A lo mejor me cortaron el pedazo de la tripa donde da la ansiedad (...) Por el trabajo me echaba un taco, no masticaba, comía muy rápido, por la ansiedad o por algo que uno siente. Ahora ya la siento más controlada, antes me daba más.*

El reconocimiento de los otros influye en el proceso de aceptarse y quererse, pero también en la práctica diaria de su profesión:

*Y varias gentes que entran ya no me conocen. Dicen: -¿Ya no está Linda? - y les digo: - No, no está-. Dicen: -Ah bueno-. Y les digo: -No, ¡si soy yo!-. Ya no te conocen porque ya eres diferente porque ya eres otra (...) Luego si me da coraje que pregunten: -¿No está Linda? -. ¡Qué no ven que aquí estoy!*

Para Linda la maternidad comienza a ser importante en su vida, antes no era algo que deseara, pero ahora los cambios en su vida y las muertes en su círculo cercano, la han hecho desear más tener un hijo, eso la motivó a operarse y ahora es una parte importante en el querer seguir bajando de peso:

*Algo que me motivó hacerme la operación, fue tener un hijo. Pero una doctora me dijo que, para qué quería tener un hijo si me iba a morir como a los 40 años y iba a dejar al niño huérfano de 10 años.... Esa fue la más grande motivación. Poder embarazarme sin complicaciones... Ahora yo considero que estoy más sana y sí puedo tener un hijo. Esa fue la más grande motivación.*

## Trayectoria de atención

**Cuadro 14. Trayectoria de atención de Linda**

<b>Momento de vida</b>	<b>Profesional/Recurso/tratamiento</b>	<b>Resultados</b>
8-9 años	Médico: vitaminas para crecer que sabían a semitas.	Creció más que sus hermanos y tenía más apetito.
14 años/Antes de los XV	Clínicas clandestinas: Le daban pastillas, dietas y carnets. Acudía semanalmente y bajaba 3-4kg a la semana. Acudía 3-4meses.	Taquicardias, deshidratación, pérdida del apetito, caída de cabello, insomnio, boca y piel reseca. Bajó 10 kilos Rebote de 80 a 100kg.
	Mamá le ponía fajas de arcilla con agua mineral toda la noche	Sentía que no bajaba y no dormía bien.
17 años/Carrera técnica	Mesoterapia: Inyecciones en todo el cuerpo para quemar grasa en áreas específicas, y se lleva a cabo en varias sesiones. Le recomendó una amiga su mamá y estaba cerca de la escuela. Descubrió que era una charlatana y dejó de ir.	Calor, bochornos, diarrea, moretones, tardaban en cicatrizarle. Al principio bajó y después en una zona de la pelvis se le hizo un absceso que se infectó y llenó de pus y algo pastoso.
Amistad con Karla/20-25 años	Licuaos de guayaba, naranja y perejil. Laxantes, ejercicio, dietas, vomitar.	Bajó de peso y se mantuvo en los 90-100kg.
	Metaboltonics: tomaba cápsulas antes de las comidas. Por 3 meses y lo dejaba.	Pérdida del apetito, bochornos, mareos, taquicardias, escalofríos, sudoración, mareos y piel reseca. Bajaba 10 kg.
18 años/ Terminando carrera técnica	Nutrióloga esposa de su tío: Empezó atender su alimentación y le ayudó a entrar al INCMNSZ, ya que ella trabajaba ahí. La estuvo atendiendo a la par de la clínica de obesidad.	Aprendió a comer, bajó un poco pero volvía a subir por su problemas emocionales. Logró entrar al INCMNSZ.
Empieza a estudiar belleza/18 años -22 años	INCMNSZ. Entra a clínica de obesidad: Le diagnostican hipertensión arterial y empieza a tomar tratamiento.	Empieza a controlar su hipertensión.
	Ginecología: Le diagnostican síndrome de ovario poliquístico y empieza a llevar tratamiento.	Se regularizan sus periodos menstruales. Le cuesta trabajo bajar de peso. Empieza a sentir más dolor en sus piernas.
22 años	Programa pre quirúrgico: La invitan a bajar de peso para	Comienza a bajar de peso, pero se desmotiva de los resultados. Deja

	operarse. Le insisten en seguir con su atención psicológica.	de ir al Instituto también por cuestiones familiares.
28 años/Trabaja, viajes de trabajo y toma mucho.	Médico cerca de su casa: Atendió las úlceras y le dijo que estaban muy graves. (Llevaba 8 meses con una úlcera que no cerraba)	Se da cuenta de la gravedad de su salud y decide regresar al INCMNSZ.
28 años, se empezó a complicar el dolor de piernas	INCMNSZ: Angiología: Tratamiento a sus úlceras.  Clínica de Obesidad: Proponen iniciar protocolo de cirugía (4 años)  Médicos de obesidad: Le empiezan a pedir que baje de peso.	En una semana logran cerrar la cicatriz que llevaba 8 meses sin cerrar.  Vuelve a asistir a todas las especialidades y empieza a bajar poco a poco de peso.  Preparación para la cirugía.
Mamá se fue de casa	Herbalife®: Licuados para sustituir desayunos y cenas, los ocupó antes de la cirugía para no subir de peso.	Le ayudó a no subir de peso en el periodo que su mamá se fue de casa.
Muerte de su amiga y de su hermano.	INCMNSZ Psiquiatría: Le diagnostican trastorno depresivo mayor y le advierten que si ella no está de acuerdo con su operación, no la operan.	La motiva a buscar ayuda en otro lado.
	Sertralina: Se la indicaron en el INCMNSZ y en un hospital psiquiátrico.	Quitaba la ansiedad, el apetito y se sentía menos triste. Pero también se le olvidaban las cosas.
	Le prescriben Prozac®: Lo usó 3 meses antes de la cirugía, para poder bajar de peso.	Pérdida del apetito, ardor y rozaduras por evacuaciones frecuentes y grasosas. Disminución de peso 13kg.
31 años	INCMNSZ Cirugía  Seguimiento -Cirugía bariátrica -Obesidad Integral -Angiología -Nutrición -Ginecología.	Se pone muy mal por complicaciones en la cirugía, tiene que estar 7 días en vez de 2 que era lo más común. Tuvo muchos problemas gastrointestinales al principio. Mejoría en sus problemas de circulación. Ha bajado 55kg. Ya no toma medicamentos para la hipertensión. Sigue con problemas hormonales. Ahora es lo que quiere mejorar para poder embarazarse el próximo año.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

#### **4.1.2 Marina**

Marina es una mujer de 41 años, de estatura baja, piel blanca, cabello castaño a la altura de los hombros. Se arregla de manera natural, sin maquillaje y suele usar pantalones o faldas. Es muy formal y respetuosa, al principio parece un poco tímida, pero le encanta platicar y hacer bromas. Vive en Iztapalapa con su esposo de 51 años y con sus hijos: una adolescente de 14 años, una niña de 9, y un pequeño de 7 años. Han pasado dos años de la cirugía y las entrevistas se realizaron en el Instituto, en la cafetería. Ella prefirió que fueran ahí porque iba frecuentemente al instituto en esas fechas.

Marina nació en el Estado de México, pero sus papás son de Michoacán. Se mudaron al Estado donde tuvieron a sus nueve hijos: siete mujeres y dos hombres. Marina es la quinta. Ella fue la primera de sus hermanos que nació en sanatorio, ya que los anteriores habían nacido con partera en casa. Cuando se mudaron la colonia no estaba muy poblada, así que su papá puso su negocio, era un aserradero: vendían toda clase de madera para la gente que empezaba a construir sus casas y para el boiler y los fogones. Platica que cuando eran chiquitas vivían en tres cuartos de lámina y cartón, “eran la cocina y dos cuartos”; en la parte de atrás estaba la bodega, donde guardaban y vendían las maderas. Poco a poco su papá fue construyendo su casa, hasta que entre los once y doce años, se cambiaron a la parte de atrás: “ya al fondo construyó lo que era una casa bien, sala, comedor, las recamaras, todo pero mientras si vivimos en tres cuartitos, muy amontonados”. Cuenta que aunque no tenían lujos, nunca pasaron hambre. Ella recuerda que aunque no tenían televisión a ella le gustaba mucho jugar con el aserrín y ayudar a empacar la madera para los *boilers*. Siempre tenían una tarea asignada: barrer, acomodar, empacar, apilar la leña... ella cree que por eso casi no peleaban entre hermanos porque siempre estaban ocupados, además de que su mamá procuraba hacerlos comprender las cosas cuando se peleaban.

Marina empezó a ir a la escuela cuando tenía 5 años. Llevaba a su hermano pequeño al kínder y veía que sus hermanos grandes iban a la primaria. Ella sentía que el *kínder* era para niños y como ella se consideraba grande le dijo a su mamá que quería ir a la primaria. Una maestra que vivía por su casa y daba en primer año le dijo a su mamá que la mandara de oyente y como vio que se lo tomó en serio, que tomaba apuntes y entregaba las tareas, al terminar el curso la pasó a segundo teniendo apenas 6 años. Expresa: “Se me hacía imposible... yo no llevaba uniforme porque yo no era alumna de la escuela, yo iba nada más a distraerme y a acompañar a la maestra... y yo pasé a segundo, me compraron mi uniforme y me compraron todo...”. En segundo año le tocó un maestro muy bueno que le terminó de enseñar a leer,

sumar, restar y multiplicar en los recreos. Está muy agradecida con ellos porque gracias a su dedicación ella nunca reprobó. De ahí se le quedó el hábito de estudiar en el recreo, por lo que nunca fue de las niñas que anduvieran corriendo y jugando en los descansos. En la secundaria ella fue de la sociedad de alumnos por buen promedio y porque su planilla ganó. Su hermana mayor se avergonzaba de que anduviera en esas cosas y no le gustaba que fuera a su salón ni salir al mandado con ella porque le daba pena que Marina siempre saludara a todos. Reconoce que siempre ha sido “cotorrilla” y que no le daba pena decir lo que pensaba. Le encantaba estudiar y antes de terminar la secundaria ya sabía a qué prepa quería irse, pero entonces ocurrió algo que cambiaría la vida de toda su familia.

Su papá tuvo un accidente y falleció cuando Marina tenía 14 años. Ella tiene muy marcada esa muerte. Cuando cumplió los 14, su papá le preguntó que si ya sabía qué iba a querer para sus XV años: “Me dijo que lo pensara. Que si quería dinero, un vestido, dinero, si llevarme a algún lugar... en julio fallece y cuando fueron mis quince años, todavía no cumplía ni un año de haber fallecido”.

Debido a que su hermano mayor se había ido a los Estados Unidos de América y su hermana mayor estaba casada, tuvieron que dejar el negocio y buscar trabajo. Su mamá entra en una depresión muy fuerte, ella es la que tiene que hacerse cargo. Un amigo de su papá les ofrece trabajar vendiendo ropa y después de terminar la secundaria deja de estudiar para poder sacar para los gastos. Su hermana mayor se quedó un año sin estudiar y después entró al CONALEP. Su mamá le prometió que entraría ella al siguiente año, que ahora le tocaba a ella quedarse a ayudar en el trabajo. Pero pasó el tiempo y su mamá le decía que no alcanzaba para que las dos estudiaran y como su hermana ya había entrado tenían que apoyarla para que terminara. Ella comenta que muchos años después cuando tomó terapia psicológica comprendió que eso había sido un trauma, que no había superado la muerte de su papá y el no poder estudiar, porque lo sentía muy reciente a pesar de que hubiera pasado mucho tiempo ya.

Marina puso su propio negocio de ropa y apoyó con los gastos de sus hermanos pequeños. Ahora su mamá reconoce que si la hubiera dejado estudiar habría llegado muy lejos. Ella le responde: “-Madre, el hubiera no existe, ahora lo sé pero yo creo que... ya las cosas son así... a lo mejor ya mi destino era así-”. Explica que como su mamá no sabía leer ni escribir y su papá se hacía cargo de todo, cuando su papá murió se le cerró el mundo a su mamá y tardó como tres años en comenzar a hacerse cargo de sus hermanos. Explica que ella puso su negocio ya que además de la ropa que les traía el amigo de su papá, ella conoció a otras personas con las

que acordaba vender sus productos. Vendía por su parte aparatos eléctricos, perfumes, instrumentos para la cocina, colchas, etc. Con la comisión que ganaba ayudaba a pagar el predial, los gastos de su hermanita. Platica que se le quedó el hábito, porque ya casadas las dos, su hermana le seguía pidiendo cosas.

La relación con su hermana menor siempre ha sido más cercana, tanto que ellas se casaron con dos hermanos. Platica que duró cuatro años de novia con su esposo y su hermana 5 años de novia con el hermano de su esposo.

Conoció a su esposo cuando tenía 15 años, pero explica que fue hasta tres años después que le dio la oportunidad de salir con ella. Explica que la primer Navidad que pasaron sin su papá, su hermana mayor -la segunda- le pidió que hiciera la cena para poder presentar a su novio, ya que su hermana estaba embarazada y urgía planear la boda. Como su mamá estaba deprimida -pues a penas habían pasado 6 meses de la muerte de su papá- Marina se encargó de organizar la fiesta, pero con mucho poco ánimo, ya que su papá era el que normalmente hacía la cena e invitaba a todos los trabajadores de la colonia un taco o a festejar con ellos. Eso, dado que había muchos que venían de fuera a trabajar y no tenían donde pasar las fiestas. En ese festejo el novio de su hermana mayor llevó a sus primos, uno de ellos era su esposo. En esa ocasión platica:

*...yo estaba ahí recargada en una bugambilia pensando, pero así como muy triste, en que pues era el primer año que no estaba y pensando tanta cosa, no... sale él y me dice -Vamos a bailar-, y le digo -No, yo no sé bailar-. Yo así como que evitándolo (...), nada más por no ser grosera le contestaba. Pero de ahí insistió, y insistió, y insistió... y mira, me vine a quedar...*

Como ella lo veía muy grande, siempre pensó que era casado, hasta que su cuñado le insistió en que le diera una oportunidad a su primo. Ella expresa su preocupación al decirle que no era adecuado salir con alguien casado. Cuando su cuñado le explica que es soltero, ella decide darle una oportunidad. Tres años después su esposo fue a pedir su mano a su mamá para casarse en cuatro meses, pero su mamá les puso de condición que esperaran un año. Ellos insistieron en que fuera antes, hasta que accedió a dejarlos casar por el civil en septiembre y por la iglesia en un año.

Marina cree que a su mamá le preocupaba quedarse sin su apoyo, todavía poco antes de su boda le decía que aún estaba a tiempo para arrepentirse. Pero en ese lapso ocurrió algo que le llenó de alegría: su mamá le pidió que le enseñará a leer y escribir. Aprovecharon las tardes, mientras sus hermanos menores se iban a la escuela, para practicar y hacer ejercicios. En seis meses ya sabía leer y escribir bien. Su mamá se sintió muy orgullosa de poder firmar su acta

de matrimonio, le decía: “-Estoy bien orgullosa hija... porque es la primera vez que voy a firmar, y me tocó firmar tu acta de matrimonio-. Y se puso pues nerviosa, y pues las letras no se fueron derechas (...) y le dije -No importa, no importa-”.

Marina se casó a los 22 años y aún en la luna de miel le llamaron para que se regresara, debido a que su mamá cayó en cama. Ella cree que fue la depresión y no regresó hasta que se terminó su luna de miel, pero estuvo al pendiente de su mamá que se recuperó antes de que regresara.

Su esposo es de Guanajuato. Desde el principio decidieron vivir independientes de sus papás, en el D.F. Su esposo siempre ha sido transportista, hay ocasiones que sale toda una semana a rutas más largas, pero normalmente son rutas locales y llega en la noche a su casa. Actualmente tienen 18 años de casados. Su primer hija la tuvo a los 26 años, como venía muy grande le hicieron cesárea. Su segunda hija la tuvo a los 31 años, ella quería tenerla normal, así que se puso a dieta y se atendió desde antes. Tuvo su segunda hija en la clínica de una doctora que había acondicionado su casa para atender partos. A pesar de que Marina y su esposo le insistieron en que fuera parto normal, al final le hicieron cesárea.

*...mi esposo le dice: -Doctora, alíviela normal, aunque sea que nos cobre la cesaría pero... intente que se alivie normal... que ella quiere aliviarse normal-. Y ella pues en el momento nos dijo -Sí-. Pero me programó y nació la niña...*

La médica que la atendió le dio medicamentos para ella y su bebé. Ahora Marina sospecha que fue porque tenía perros en su casa y era para evitar riesgos de infección y al tercer día la dio de alta con el mismo medicamento. Se fue a pasar la cuarentena con su mamá y allá su hija se complicó y se puso morada, no respiraba bien. La llevó con un pediatra que le dijo que el medicamento que le estaba dando a su bebé era para un niño de 6 años y que le estaba causando una gastritis, además le dijo que su niña era prematura, que todavía le faltaba un mes de gestación. Su hija estuvo delicada y la estuvo llevando cada semana al pediatra, hasta los nueve meses después de ponerle las vacunas del neumococo se enfermó cada vez menos. Con la primer hija también había sufrido, ya que los dos primeros años se enfermó mucho de las anginas y ahora le dicen los médicos que tiene que quitárselas. Con el que menos ha batallado es con el pequeño. Comenta con gusto que los tres son bien diferentes, hasta del color de piel: “Le digo a mi mamá: -Es que se me pasó de cocimiento [al referirse a su hijo]-, el segundo ahí medio me quedó, y el otro [al referirse a su hija mayor] se me andaba tostado...”.

Después volvió a quedar embarazada, pero no se logró. Cuenta que después de eso decidieron no tener más hijos. Pero, sin planearlo a los 34 años tuvo a su tercer hijo que pesó 4 kg, también por cesárea, y aunque reconoce que estuvo muy grande su hijo, cree que no fue tan

malo porque nunca se le ha enfermado. En este embarazo fue el primero en el que supo lo que era una contracción y que se le rompiera la fuente.

Marina comparte lo que ha aprendido de sus terapias psicológicas. Dice que ahí se dio cuenta que en los primeros años de ser madre, no dio lo que tenía que dar, porque estaba en su frustración, estaba en su mundo y siente que le falló y no disfrutó a su primer hija. Dice que ahora con sus hijos pequeños ha podido disfrutarlos gracias a los tres años que estuvo en terapia psicológica.

Explica que ella empezó a subir de peso después de la muerte de su papá y con la falta de actividad al dejar de ir a la escuela. A los 16 años acudió al médico general por un problema de oídos, quien le recomendó que se tomara unas pastillas para bajar de peso. Bajó como 10kg en tres meses pero después volvió a subir como 20 kg. Después ella intentó hacer dietas, tomó té, licuado de nopal con naranja y limón, hizo ejercicio, empezó a tomar productos termogénicos de Omnilife®... pero bajó poco. Con el embarazo volvió a intentar bajar de peso y comenta que era cuando mejor se sentía, se regularizaban sus evacuaciones y bajaba de peso o se mantenía mientras estaba amamantando. Pero al terminar la lactancia, se disparaba nuevamente y aumentaba de peso, porque se volvía a estreñir. Con su último hijo subió más de 20 kilos y llegó a pesar más de 100kg.

Después de que tuvo a su tercer hijo, se lastimó un pie y el quiropráctico que atiende a toda su familia le recomendó una nutrióloga con la que su esposa había bajado mucho de peso. Fue cuando comenzó a buscar nuevamente ayuda. Acudió tres meses la nutrióloga que le recomendaron, quien, al ver que no bajaba de peso y que al contrario aumentaba, le recomendó que fuera al Instituto de Nutrición. Le explicó todo el procedimiento de la pre-consulta, y le dijo que lo suyo tenía que tratarse con más médicos.

Fue en el Instituto que le detectaron que tenía hipotiroidismo. Al principio la regañaban por no bajar de peso y después de que le hicieron pruebas tiroideas, le explicaron lo que tenía. Ella estuvo en el PAPO y después de un tiempo, le recomendaron que lo más conveniente era que se operara.

A pesar de que al principio fue juzgada por sus hermanos, ella comenta que no se arrepiente por todos los cambios en su salud, en su estado de ánimo y en su cuerpo. Comenta que espera seguir bajando de peso y hacerse las cirugías que le faltan, ya que actualmente tiene hernias umbilicales y son su principal preocupación.

*...sí quisiera... esos colgajos... ver si me los puedo operar, si me los pueden quitar... sin correr el mayor riesgo, que sí me da mucho miedo, también porque siento como que tenemos muchos vasos sanguíneos... de ahí en fuera, pues, bajar el peso... operarme las hernia, si se pudiese los colgajos (...) y si no, no tengo mayor problema...*

Con respecto a su vida personal habla sobre mejorar y disfrutar la relación con sus hijos. Además, en las últimas ocasiones que nos vimos emprendió un nuevo negocio de comida con una amiga suya. Ahora la gente que va a comer ahí le piden consejos para bajar de peso y estar como ella:

*...yo no imaginé... que fuera hacer lo que... estoy haciendo... y quizás... mucha gente cuando entra [al referirse al negocio] me lo ha comentado (...)—Si me voy a poner como tú, dame las ensaladas que tengas— (...) o —¿Hoy qué puedo desayunar?—... cuando salen del cardio y eso. Por eso te digo que quizás en mí ven un poco su puerta de salida (...) de mejorar su... alimentación...*

### **Identidad narrativa**

A lo largo de la narración Marina expresa poco interés en el tema del peso, al hacer la historia de vida no lo mencionó hasta que habló del proceso para entrar al Instituto donde le detectaron hipotiroidismo, pero no mencionó la obesidad ni la gordura.

En Marina, el hilo conductor de su historia se centró en su rol de hija independiente y de apoyo para su familia, rol que sigue presente hasta el momento.

#### **Infancia**

*Es que siempre he sido, así como que... he sido como que... como ahorita me ves, como, cotorrita porque... [risa] porque hablo mucho. Era de la sociedad de alumnos por promedio (...) y para proponer mejoras para la escuela.*

#### **Adolescencia y juventud**

*...yo creo que... fui la que más le duró [refiriéndose a su mamá], la que la hizo más fuerte mientras no había en que apoyarse pues las otras ya estaban... la otra se casó, seguido que faltó mi papá se casó la segunda, mi hermano se fue al otro lado, mi hermana se mete a estudiar y yo era la que siempre estaba con ella, en el negocio, en la casa...*

#### **Adulta**

*...la primera vez que voy al rancho, a su casa de él [su esposo], mi suegra me dice que le ayude a hacer tortillas (...), obviamente yo no sabía porque... nunca, o sea sí las había hecho en máquina y ahí medias chuequecitas (...), pero yo en mi vida había hecho una en a mano [risas] pero no, ya al tiempo ya... cuando te casas experimentas tantas cosas que con el tiempo te ríes, ¿no?...*

Fue hasta entrevistas posteriores que se enfocaron en el tema, cuando empezó a hablar de ello y relató dos acontecimientos que marcaron su vida con respeto al peso. La muerte de su padre

y sus embarazos. Del primer acontecimiento no habla mucho, pero del segundo evento habla en repetidas ocasiones durante las entrevistas, fue la primera vez que le dijeron que estaba “gorda”:

*y... estaba yo... donde me alivié [de su segunda hija] el baño estaba en el cuarto pero el baño no tenía puerta, entonces... yo le dije a mi esposo: -No te vayas por si me siento mal- (...) y me acuerdo que se paró la doctora en la puerta del baño y le dice a mi esposo... yo estaba desnuda (...), y le dice a mi esposo: -Pero mira cómo quedó bien... gorda, véle, ¡qué feas tiene sus piernas de las varices!- Yo sentía... una pena horrible... te imaginas que está tu esposo, tú sin nada, y ella diciendo esas cosas... fue así como un trauma total.*

*...el embarazo fue demasiado delicado... nace el niño, andar corriendo, mamilas, pañales, este, lavar la ropita hacer esto, a la grande a la escuela, y sólo te da tiempo de bañarte, comes cuando puedes, a la hora que tienes tiempo, porque si llora el chiquito hay que amantarlo... la otra empezaba a caminar, y empezaba a que estaba que se caía o no se caía...*

## **Corporalidad**

Con respecto al cuerpo, Marina reconoce que es algo que empezó a tomar conciencia a partir de la cirugía:

*El cuerpo (...) pues es la parte esencial de uno y... quizás uno no lo toma tanto en cuenta... cuando pasa por un proceso como este... o sea... te das cuenta que... lo maravilloso que es cuerpo humano. Porque cómo da vida y cómo hace de la nada (...) un ser tan... tan perfecto (...) y en cuestión yo con el bypass... de tener un sobrepeso enorme... a regresar...*

*...me doy cuenta que... el sobrepeso es... ¿cómo te diré? Todos tenemos el mismo cuerpo... esquelético... huesos... pero algunos nada más como que lo forramos más de grasa...*

Para Marina el valor del cuerpo está en su funcionalidad y la sensación de bienestar:

*...como que se limita muchísimo teniendo sobrepeso... ahorita a lo mejor hago muchas actividades... que antes no podía hacer...*

*...cada día quieres estar mejoer... porque te sientes bien. Yo a mi hija se lo digo: -Ahorita que tú estás jovencita y eso... haz ejercicio-. A lo mejor y yo no lo tomé tanto en cuenta... tuve hijos y... como que todo eso lo olvidé... pero no hay que olvidarlo porque es parte de ti, de tu cuerpo... sentirte bien...*

La maternidad es uno de los valores que más sentido le dan a su vida:

*...mi concuña... no tiene bebés y así como que la veo, así como que... no tiene el mismo, aliento que uno. Hay veces que no me levanta el ánimo... pero sí me levanta ver su carita o saber que me están esperando... o saber que son mi responsabilidad (...) dice mi marido: -Tienes el instinto tan maternal-...*

*...gracias a dios en mi casa... todos tenemos bebés... uno, dos, a lo mejor... la que está enferma que le quitaron sus ovarios y tiene quistes (...) tuvo uno... pero tuvo... yo digo*

*que sería más triste no tener nada... no. No saber tu prolongación, tú... "creación" [risas]...*

Después de su último hijo la operaron para ya no tener bebés y a pesar de haberlo decidido, eso afectó su estado emocional:

*...pero sí como que... me deprimí al saber que (...) ya no iba a poder tener bebés... como que sí me deprimí un poco...*

El reconocimiento de sí misma es difícil al principio, porque no se reconoce. Aún ahora ha sido un problema presentar su IFE porque no le creen que sea ella.

*Cuando empecé a bajar así mucho... mucho... me decía [su esposo] –Ay... ¿cómo irás a quedar?–.*

*[Le dice una maestra del DIF] –Es importante que cambie esa credencial, porque nada que ver... o sea si usted no trae de su acta de nacimiento y usted pues me insiste... no se parece, la verdad, es que no se parece–...*

## Trayectoria de atención

**Cuadro 15. Trayectoria de atención de Marina**

<b>Momento vida</b>	<b>Profesional/Recurso/tratamiento</b>	<b>Resultados</b>
Después de la muerte de su papá a los 16 años	Médico general: Le indicó pastillas para bajar de peso (anfetaminas). Tomó por 3 meses. Lo dejó por ser muy caro.	Efectos parecidos a los del orlistat. (diarrea, gases, caída del cabello y debilidad) Bajó 10kg en 3 meses. Rebote de 20kg
Juventud	Clientas de la tienda: Té, café termogénico de omnilife®. Licuados de nopal. Ejercicio (caminar, escaladora) Balines para quitar el apetito.	Diurético. Se le quedó el gusto por el café.  Con todos bajaba muy poco.
Segundo embarazo /31 años	Médico que atendió el parto: Le quitó alimentos para no subir de peso durante el embarazo y no le indicó vitaminas. Primera vez que alguien le dice "gorda".	No subió de peso pero su hija nació prematura.  Trauma por el peso.
Después de sus embarazos/36 años	Nutrióloga: Dieta y recomendaciones específicas para su alimentación. Por 3 meses.	No bajó de peso. Le explicó como entrar al INCMNSZ:
36 años	INCMNSZ: Clínica de Obesidad/ PAPO: Le diagnostican hipotiroidismo, le indican tratamiento psicológico. UNAM:Terapia psicológica por 3 años.	Comienza a bajar poco a poco de peso. Llega a bajar 6-7 kg. Se siente mejor emocionalmente por la terapia.

39 años	<p>Unidad del Paciente Ambulatorio INCMNSZ: El cambio dicha unidad le permitió tener mejor atención.</p> <p>Interconsulta neumología (INER): Le realizan una polisomnografía y entra a protocolo.</p> <p>Angiólogo: Le dijo que no podía hacer nada por ella hasta que bajara 20kg.</p> <p>Médico de obesidad: Le propone cirugía bariátrica. Inicia protocolo.</p>	<p>La atendía siempre la misma doctora y le daba confianza.</p> <p>Detectan SAHOS e indican CPAP<sup>38</sup>. (Tiene problema para rentarlo (1200/mes), hasta que otra paciente se lo vende.</p> <p>No se atendió sus várices ni sus hemorroides.</p> <p>Preparación para la cirugía.</p>
39 años	<p>Cirugía INCMNSZ:</p> <p>Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Obesidad Integral</li> <li>- Neumología</li> <li>- Nutrición</li> <li>- Cirugía general.</li> </ul>	<p>Comienza a bajar poco los primeros meses y después bajó muy rápido.</p> <p>Mejora en problemas de circulación, respiración, estado emocional y movilidad.</p> <p>Ha bajado 34kg.</p> <p>Espera ser operada pronto de sus hernias y colgajos.</p>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

#### 4.1.3 Julia

Julia es una mujer de 50 años, de estatura baja, morena, cabello corto y castaño oscuro. Le gusta usar vestidos o faldas largas y siempre diferentes mandiles tipo casaca, de colores pastel y encajes. En primera instancia parece seria y tímida, pero es muy expresiva con la mirada, sonriente y siempre con mucha disposición para las entrevistas. Éstas se realizaron en diferentes lugares: el Instituto, su casa y un café cerca de su casa. Ella vive en Topilejo con su esposo, una hija y un nieto de 7 años. Tiene cuatro hijas y cuatro nietos.

Julia nació en Tlaxcala, pero en los primeros años de su vida vivió con sus papás y sus cuatro hermanos menores en Morelos. Su papá murió de insuficiencia renal cuando ella tenía 6 años y su mamá dos años después de “unos gusanos que se le metieron en la cabeza”. O al menos eso les dijeron. A la muerte de su mamá, expresa indignada Julia que su abuela materna “regaló a mis hermanos”. Es decir que los repartió entre otras personas porque decía que ella no los podía cuidar, ya que tenía otros cinco nietos a su cuidado. Estuvieron un mes separados, pero después la madrina de su papá los juntó y se los llevó a vivir con ella a la

<sup>38</sup> CPAP es la sigla en inglés de presión positiva continua en la vía aérea. La CPAP es un dispositivo que bombea aire manteniendo una presión constante en las vías respiratorias para conservarlas abiertas. Es un tratamiento eficaz para la mayoría de las personas con apnea obstructiva del sueño y otros problemas respiratorios.

ciudad de México. Su madrina era una mujer mayor, que era portera de un edificio del centro del D.F. Ahí vivía con una de sus dos hijas, una más grande y la otra menor que Julia, y tres nietos de otra hija que se murió. Cuando llegó Julia con sus cuatro hermanos los adoptaron. Eran 9 niños viviendo con dos adultos, la madrina, a quien llamaban “abuela” y una de sus hijas, que le decían “tía”. Platica que aunque la vida fue muy dura, siempre se vieron todos como hermanos y que todos ayudaban en el trabajo. Ayudaban con el quehacer del edificio y cualquier “chamba” que se necesitara. Su abuela fue muy estricta con ellos. Cuenta: “Nos hablaba con groserías, no nos dejaba salir de la casa con amigos, teníamos que pedirle permiso por todo y hablarle de usted siempre con respeto”. Expresa que tuvo que ser una adulta desde los 8 años, porque su hermana menor tenía apenas un año cuando su mamá murió y su abuela le decía que ella tenía que cuidar a sus hermanitos. Entró a la primaria a los siete años en Michoacán y siguió estudiando en el D.F. Le gustaba ir a la escuela, pero era difícil para ella, porque no tenía para comprar útiles, monografías, papel y no podía entregar las tareas, tampoco podía hacer los trabajos en equipo porque no la dejaban salir, explica que eso la hizo cohibida y no tenía muchos amigos. Ella no acostumbró mucho a hacer amigos, y acepta que hasta la fecha no es de tener muchas amistades.

El periodo más difícil fue en la secundaria, porque los compañeros eran muy crueles con ella:

*Como yo no era niña que llevara ropas nuevas, ni nada, me decían aborígen (...) yo no entendía que era esa palabra, pero me decían aborígen. Entonces en la escuela yo no hice amistad para no estar en conflictos. La secundaria sí fue más difícil, ahí era donde lo humillaban a uno más, lo sobajaban a uno de pies a cabeza, insultos en el sentido de que como no tiene uno papá le decían a uno huérfano... por eso prefería no tener amistades.*

Julia siempre tuvo que soportar todas las responsabilidades por ser la mayor. Explica que ella tenía que dar el ejemplo, que tenía que trabajar. No podía salir a pasear y cuando su abuela se enojaba ella tenía que soportar todos los golpes y los insultos. Ella comenzó a trabajar a los 16 años, al terminar la secundaria. Despachaba pan en una panadería. Todo lo que ganaba lo entregaba a su abuela. Alguna ocasión que les llevó pan la regañaron porque les daba menos de su sueldo. A los 17 años Julia tenía un novio, quien le insistía que fueran a dar una vuelta, ella le decía que no porque no la dejaban, pero al final accedió. Cuando regresó a su casa su tía y su abuela, estaban muy enojadas. Platica que le dijeron que estaba de loca y no la bajaban de ser un prostituta y le pegaron:

*Llegué a mi casa, estaban enojadas y... ya me habían pegado antes ¿no?, pero ese día estaban muy enojadas y esta vez fue muy fuerte y yo me dije –No, no ya, esto ya es*

*mucho, todavía que trabajo que les doy mi dinero, que no me permiten hacer muchas cosas-. Fue cuando yo ya definitivamente me fui a vivir con una amiga.*

Su abuela demanda a Julia, acusándola de robo y argumentando que se había ido con su novio, todo eso salió en un periódico, platica. Al hacer la investigación y la valoración médica, le encontraron los golpes, las cicatrices de los cables de la luz en la espalda y las marcas de golpes y pellizcos pasados que aún conserva. Y cuando confirmaron que no había estado con ningún hombre, que estaba viviendo con su amiga, le creyeron. Le ayudaron a sacarla de la casa de su abuela y la llevaron a vivir en Neza con otros tíos, de hecho le dijeron sus tíos que ellos eran los que tenían formalmente la tutela, de ella y sus hermanos.

Empezó entonces a trabajar en otra panadería, donde conoció a su esposo. Él era el encargado de la tienda y era cuatro años mayor que ella. Comenzaron a salir y se hicieron novios, duraron 3 meses y después decidieron juntarse. Van a cumplir 33 años de casados. Julia cuenta que ella y su esposo pudieron sacar a sus hermanos menores de la casa de su abuela, y aunque sólo les podían apoyar en el hospedaje –“porque tampoco tenían mucho”– al menos los mantuvieron juntos y en un ambiente menos estresante. Sus hermanos consiguieron trabajo y sus hermanas se casaron chicas. Para Julia es un orgullo que todos sean gente de bien, con trabajo y familia. A pesar de todo lo que vivieron, platica que está agradecida con su abuela y su tía, porque los mantuvieron juntos y les dieron un lugar para vivir. Pero ella resalta que no los mantuvieron, que todo se lo tenían que ganar:

*...pero así como nos mantuvieron nos lo tuvimos que ganar, porque nada fue gratis...Porque yo sabía que teníamos una pensión alimenticia, yo sabía que teníamos un seguro social. Entonces van saliendo muchas cosas... y cuando uno va siendo grande prefiere un olvidarse...*

Los primeros años de su matrimonio fueron complicados. Su esposo trabajaba impermeabilizando y “la situación estaba muy crítica para nosotros”; vivían en un cuarto que les construyó su suegra pero vivían ellos por su parte. Tuvo a su primer hija a los 19 años de parto normal, pero un mes después se complicó su vesícula. Llegó a la Clínica 25 pero no la atendieron. Su esposo se la llevó a Hospital Siglo XXI y tampoco la querían atender, hasta que aceptaron valorarla y vieron que estaba muy mal y se había reventado su vesícula. Estuvo internada un mes, en que le diagnosticaron muchas cosas: gastritis, colitis y un tumor pequeño en la boca del estómago. Durante todo ese tiempo no pudo ver a su bebé, lo que lamenta mucho. La regresaron a su casa en ambulancia porque no tenían medio de transporte y como su esposo trabajaba, ella tenía que irse sola a quitar los puntos y a atender. Comenta: “Gracias a Dios me recuperé y todo salió bien”. En una de las consultas de revisión de los

puntos en el Siglo XXI se dan cuenta que estaba embarazada. Ella no sabía cuánto tiempo tenía así que el médico le dijo que esperaran y un año después de que naciera su primer hija, nace la segunda. Platica que no tuvo complicaciones y que en esa ocasión le pusieron el dispositivo porque ya no quería tener más bebés.

Un poco después de que naciera su segunda hija se cambiaron de casa al lugar donde viven actualmente. Cuatro años después fue a una clínica para hacerse su chequeo y ella cree que movieron su dispositivo porque volvió a quedar embarazada de su tercer hija. Como no tenía seguro en esa ocasión se atendió en un particular y se quería operar para ya no tener más hijos, pero como era muy cara se esperó a que tuvieran seguro. En ese embarazo estuvo muy delicada y la trasladaron a 3 hospitales: pasó de un particular en los Reyes, a la Clínica de Troncoso hasta llegar al Gineco-Obstetricia 4 del IMSS. En los dos primeros lugares no la pudieron atender porque se le subió mucho la presión y tuvo un embarazo de alto riesgo. Meses después del parto por fin tuvieron seguro, pero ya había quedado embarazada de su cuarta hija que nació once meses después de la tercera. Después del último parto ya “se pudo operar”. Platica que no es que no quisiera más hijos pero “la verdad la situación estaba muy dura”.

Julia cuenta que después de su embarazo no volvió a tener problema con la presión hasta seis años después, cuando ella tenía 30 años, cuando estando en un tianguis casi se desmaya. Ahí le diagnosticaron por primera vez hipertensión y desde entonces estuvo tomando medicamentos hasta después de la cirugía. “Hace casi tres años que me operaron del bypass que no tomo medicamento para la presión”, dice con orgullo.

Platica que considera que empezó a subir de peso por los embarazos, explica que antes de embarazarse, con su primer embarazo subió como 15 kg, llegando a 70kg, los cuales no pudo bajar ya que se embarazó casi inmediatamente y volvió a subir -piensa- otros 15 kg. Ella considera que después del segundo embarazo con el dispositivo sentía que subía poco a poco de peso. Lo notó por la ropa, cuando tuvo que usar talla 40. En su tercer embarazo volvió a subir de peso entre 90 y 100 kg; en ese momento le explicaron que el exceso de peso era lo que había ocasionado el embarazo de alto riesgo. Cuenta que ella sentía que comía por ansiedad, no por hambre. Seis años después, cuando le diagnosticaron hipertensión arterial, también le dijeron que tenía obesidad. En ese entonces pesaba como 115 kg y en la misma Clínica del Seguro comenzaron a darle dietas y medicamentos. Ella intentaba hacer ejercicio y buscar otras formas para no subir más de peso. Le decían que tenía que ir con un nutrióloga para que le diera una dieta adecuada, pero no la referían con ninguna.

Fue así que una amiga suya -quien es médica- le ayudó a bajar de peso hasta 80 kg durante medio año. Le estuvo dando pastillas que le quitaban el hambre, le daban bochornos, náuseas, escalofríos, mucha sudoración, mareos y se le reseca mucho la piel. En ese momento ella no se preocupaba tanto porque veía resultados y podía seguir haciendo sus cosas. Platica que dejó el tratamiento porque:

*Se vinieron las altas y las bajas del trabajo, porque ya empezamos a trabajar por nuestra parte... y como no había dinero dejé de ir con la doctora y otra vez volví a subir de peso y fue cuando llegué a pesar de 80 a 120 kilos*

Platica que no le gustaba verse al espejo, que sentía que no era ella: "Sentía que no era yo, que era otra persona la que estaba en mi cuerpo, que estaba opacada con lo que había subido". Siempre buscó muchas formas para bajar de peso. Intentó ir a otros lugares, tomar té termogénicos, medicamentos como dermogras®, pastillas naturistas, gotitas para quitar el apetito que le indicaban en diferentes lugares a los que fue y veía pocos resultados.

*Yo sentía mucho coraje porque decía -Si yo me cuido, ¿por qué vuelvo a subir de peso?- Era lo que yo no entendía entonces. Luego no eran tanto los malos hábitos alimenticios, sino que dicen que es la misma depresión lo que no lo deja a uno.*

Con sus hijas tuvo problemas de salud los primeros años cuando la tercera tuvo bronquitis y estuvo internada en el hospital una semana. A la mayor tuvieron que operarla de anginas a los 6 años y las otras dos hijas tuvieron accidentes, arritmia. Todas tuvieron sarampión pero Julia considera que han sido sanas y se han cuidado mucho entre ellas, que aún ahora que son grandes se siguen buscando. Platica que las ha educado para que sean independientes y no dependan de ningún hombre, y explica que todas tienen una carrera y trabajo.

Gracias a que una de sus hijas se atendía con un médico que trabajaba en el INCMNSZ, fue que se enteró de la clínica de obesidad. Le dieron un pase para que entrara su hija y le pidió uno para su mamá, Julia. Al fina sólo Julia se siguió atendiendo en la clínica. Cuando entró pesaba 135 kg y le sugirieron de inmediato la cirugía, pero le dijeron que no se podría operar hasta bajar de peso y atender su depresión. En las terapias con la psicóloga se dio cuenta de los traumas que tenía de la infancia y de la adolescencia; pudo hablar de cosas que no había sacado antes, como que la había intentado violar un familiar de su abuela varias veces y comprendió por qué era tan callada y reservada. Ahí se dio cuenta de otros problemas que tenía: le diagnosticaron diabetes, dislipidemia y SAHOS. Le dijeron que tenía que controlar su presión, el azúcar, los triglicéridos y el colesterol antes de operarse. Acudió a muchos servicios y se dio cuenta de todo lo que le estaba afectando el exceso de peso. Ella se comprometió y bajó casi 30 kilos en 4 años, siguiendo las recomendaciones que le daban:

*Mi esposo me dijo –¿Estás segura de que lo quieres hacer?– Yo le dije –Sí, porque me quiero ver mas bonita, yo me quiero cambiar hacia mí, no hacia fuera sino hacia dentro, ya estoy fastidiada de tomar tantas pastillas, de que nada más por cualquier cosita ya estoy mal, ya estoy fastidiada de todo–, le digo: –Y nada más por estar uno gordito–. Y él me dijo –Si tú estás segura de que quieres hacerlo, en ti está el que bajes de peso todo lo que te han dicho–. Fue cuando yo puse de mi parte y me comprometí a la dieta, bajé los kilos que me requerían. Me pedían 10, y bajé más de 20 y aun así me regañaban y me pedían que bajara más...*

Por fin la decidieron operar, y explica que ella comprendió lo que era la operación hasta después de que se la hicieron. Ha aprendido poco a poco por la experiencia, las consultas, otra médico que la atiende cerca de su casa y por los programas de televisión donde ve que operan a otras personas con obesidad. Platica que si hubiera sabido lo que iban a hacer tal vez no lo habría hecho.

Julia se siente feliz del peso que ha bajado. Cuenta que ahora se puede ver en el espejo y se siente bien con los resultados que tiene. Dice que en el hospital le piden que llegue a los 70 kg, pero que ella no ha podido bajar más de 80 y que ya hasta los está subiendo nuevamente. Ella explica que no tiene muchas expectativas en otras cirugías o en bajar más de peso, que prefiere no pensar tanto en los kilos y seguirse cuidando para no subir lo que ha bajado con tanto esfuerzo.

*...Pues nada, más que nada, que uno mismo se vaya cuidando, que uno mismo vaya buscando la forma de que todo lo que tuviste atrás de sobrepeso, no recuperarlo para que puedas seguir teniendo más años de calidad que de cantidad (...) Aunque uno vaya forjando su camino y tengas muchas cosas adelante de uno, luego no se pueden respetar, pero con lo que viene en el camino en la actualidad, puedes ir buscando la forma de que no te vuelva a pasar lo mismo y no me vuelva a desilusionar de mi misma, por eso desde ahorita a cuidarse poco a poco...*

Actualmente apoya a una de sus hijas que puso una kínder-guardería con el desayuno, la comida y las colaciones de los niños. También apoya a su esposo en su trabajo. Ahora que ya sus hijas son mayores, ella y su esposo se dan la oportunidad de pasear más y de vez en cuando salen de la ciudad a Cuernavaca o Acapulco. Julia espera disfrutar más el tiempo con su esposo, a quien admira y ama mucho. Piensa que ahora sí van a poder cuidarse entre los dos y “dejar que sus hijas vuelen”.

## **Identidad Narrativa**

En el relato de Julia, al igual que en el de Marina, el tema de la obesidad no surge en las primeras etapas de su vida. De hecho, ella no menciona tampoco el término “obesidad”. Habla

normalmente de sobrepeso, exceso de peso o “estar gordita”. Para Julia, el peso comienza a ser un problema a partir de sus embarazos y del diagnóstico de hipertensión.

En un inicio, el hilo que guía el trama de su historia es la constante lucha por mantener unida a su familia y sacarlos adelante.

La maternidad es un elemento importante, al principio por la ausencia de ella. Como platica ella, desde los 8 años asumió el rol de mamá, mismo que ha llevado hasta ahora. En cuanto a su rol de madre, busca no repetir los errores de su abuela y ayudarles a sus hijas a ser independientes.

En este periodo de su relato, se encuentra en una etapa de recompensa por todos sus esfuerzos y de lucha por no regresar a los problemas de salud que antes tenía.

### **Corporalidad**

Con respecto al cuerpo, Julia platica que empieza a identificar sus cambios a partir de la ropa. Ella siempre ha usado vestidos, por lo que no notaba tan rápido los cambios en su cuerpo. Primero no se veía en el espejo por falta de tiempo y después, ya casada, porque no le gustaba lo que veía.

Para ella sentirse bonita tiene más que ver con el reconocerse en el espejo, con sentirse activa y no tener problemas de salud.

La maternidad para ella al principio es una responsabilidad que no quería, que asumió por necesidad. Pero también, algo que ha aprendido a disfrutar más con sus hijas y en el último periodo de su vida.

Ahora Julia se reconoce cuando se ve. Le gusta su cuerpo y está aprendiendo a disfrutar otras actividades que antes no le gustaban, como el ejercicio y específicamente la natación.

## Trayectoria de atención

**Cuadro 16. Trayectoria de atención de Julia**

<b>Momento vida</b>	<b>Profesional/Recurso/tratamiento</b>	<b>Resultados</b>
Después de diagnóstico de hipertensión a los 30 años.	Médico general del IMSS: Le dio medicamento para la presión arterial y recomendaciones para bajar de peso	Pocos resultados y volvía a recuperar peso. 115 kg.
Antes de los XV años de su hija mayor/33 años.	Médica amiga de ella le indica pastillas para bajar de peso, que toma durante medio año. Las deja porque no puede seguir pagándolas y porque cerró su consultorio.	Bajó 35 kilos en medio año. Quitaban el apetito, daban bochornos, mareos, taquicardias, escalofríos, sudoración, mareos y piel reseca. Rebote de 40 kilos en un año.
Intermitente entre sus hijas como adolescentes y ya adultas.	Recomendaciones de conocidos: Dermograss®: Té “quema grasa” Los tomaba durante algún tiempo y luego lo dejaba porque no veía muchos efectos y volvía a retomar después. Los dejó de tomar definitivamente cuando entró al INCMNSZ.	Retortijones, diarrea con grasa, náuseas y falta de apetito. Bajó como 5 kg.
Empezó a sentir mal de su hipertensión.	Consultorio de naturistas, donde iba Alejandra Guzmán: Le daban dietas y gotitas para tomarse en los líquidos antes de cada alimento. Estuvo asistiendo por 1 año.	Se le quitaba el hambre, sudaba mucho y se sentía débil. Bajó 20-25 kg en un año. Llegó a pesar 105kg y tuvo el rebote hasta llegar a 130 en medio año.
44 años, se empezó a complicar el dolor de piernas.	INCMNSZ: Clínica de Obesidad/Subsecuente: Le diagnostican diabetes, dislipidemia, SAHOS y le indican tratamiento psicológico.  Proponen protocolo de cirugía (4 años) Médicos de obesidad: Controlaban su hipertensión y diabetes.  Psiquiatría: La atendió la misma médico y además de terapia le indicó medicamentos para la depresión.  Nutriología: La motivó a seguir el plan de alimentación y explicaba los	Comienza a bajar poco a poco de peso. Llega a bajar 23 kg.  Se siente mejor emocionalmente por la terapia.  La regañaban y le pedían que bajara más para poderse operar. Siempre le tocaban médicos diferentes.  Le ayudó mucho a identificar que estaba deprimida. La motivaba cuando los médicos la regañaban.  Casi siempre la ha atendido la misma nutrióloga y la ha enseñado a hacer los cambios en

	cambios que tenía que hacer.	la alimentación, también la motivaba mucho antes de la cirugía.  Preparación para la cirugía.
47 años	Cirugía INCMNSZ:  Seguimiento - Cirugía bariátrica - Obesidad Integral - Neumología - Nutrición - Ortopedia - Urología/Urgencias	Se pone muy mal por infecciones en las vías urinarias al principio. Cirugía de rodillas. Presenta problemas de circulación. Comienza a bajar mucho de peso desde los primeros meses hasta el año. Bajó 24 kg con la cirugía. Mejora en su hipertensión, diabetes, respiración, estado emocional y movilidad.
Actualmente	Médico familiar: Le ha indicado otros suplementos más baratos, para atender sus deficiencias nutricionales y la ha atendido cuando ha tenido accidentes por caídas.	La orienta para atender sus deficiencias y problemas de piernas. Y evita tener que esperar hasta la siguiente consulta en el Instituto.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

#### **4.1.4 Karina**

Karina es una mujer de 40 años, piel clara, de estatura media y cabello rubio y largo. Es muy alegre, expresiva y extrovertida. Le gusta arreglarse de manera juvenil, usar tacones y pintarse los labios en tonos rojos. Las entrevistas se realizaron en su casa y en restaurantes cercanos a su hogar. Karina actualmente vive en Lindavista en la casa de sus papás, con sus padres, su esposo y sus dos hijos.

Karina nació en el D.F. Es la segunda de tres hermanos, una mujer mayor y un hombre menor. Me explica que antes de que ella naciera, su mamá perdió una bebé, por lo que cuando se embarazó de Karina, su mamá se metió hormonas y vitaminas para que no le volviera a pasar, lo que relaciona con que ella fuera más grande. Resalta el gran ejemplo que ha sido para ella su padre, ya que tuvo una infancia difícil y a pesar de que vivió mucha hambre, trabajó desde pequeño y pudo sacar sus estudios y ser abogado. Siempre procuró que no les faltara nada y que su mamá nunca trabajara. Explica que: “de niña no padecí de nada, ahora es cuando padezco pero por otras circunstancias”.

Vivían en un departamento en Tlatelolco y se mudaron 3 años antes de que ocurriera el terremoto al lugar donde ahora viven, platica asombrada. Asistió a escuelas privadas de religiosas y de puras mujeres hasta tercero de secundaria. Platica que en esas escuelas fue muy feliz, le gustaba iba muy bien en calificaciones, dice que las maestras la querían mucho y ayudaba a otras compañeras a hacer la tarea:

*...yo siempre hacía las tareas solita. Yo ayudaba a todas las niñas que no sabían. Entonces eso provocó que en su mayoría me quisieran y se peleaban por mí, ¡porque querían juntarse conmigo todas!...*

Ella platica que en la pubertad fue cuando comenzó a subir de peso, porque su mamá la consentía mucho con la comida. Siempre repetía plato. Dice que ahí empezó el problema:

*...de niña, aunque yo era muy feliz, me daba tristeza que yo no era la más rápida corriendo... porque pesaba más que mis amiguitas, nunca fui delgada delgada, de niña no, siempre estuve gordita... aunque sí, feliz.*

Entonces su papá consiguió un trabajo en Ixtapa, Zihuatanejo y se fueron a vivir a la playa. Platica que fue la etapa más feliz de su vida. En la playa no había colegios. Donde estudió tercero de secundaria era una escuela que no tenía puertas y ventanas, pero que como estaba en la montaña tenían la mejor vista del lugar. Me confiesa con orgullo que en esa época realmente no estudió nada, porque todo lo que enseñaban ella ya lo había aprendido en su escuela anterior. Y platica con gusto cómo se hizo amiga de los niños de grandes hoteleros, y cómo aprovechaba para salir siempre a la playa a hacer deportes acuáticos.

Al terminar la secundaria unos amigos de su papá le ofrecieron llevarse a Karina a Estados Unidos para que estudiara un año de intercambio. Explica que ese fue su regalo de XV años, que para ella fue mucho mejor que una fiesta, porque no quería lucir un vestido por su peso. Entonces Karina estudió el primer año de High School en San Francisco, acudía a la misma escuela de los hijos de la familia que la hospedó, ahí aprendió muchas cosas entre ellas a hablar inglés de manera fluida. Pero también me expresa con vergüenza que fue cuando más subió de peso: “Pero ahí fue donde más me inflé, la comida, los helados, los roles de canela, pero eso era antojo, puro antojo”.

Regresó a seguir estudiando la prepa al D.F. con sus abuelos porque en Zihuatanejo no era tan buena la educación en esa época y ahí se quedaron sus papás por un tiempo. Estudió la preparatoria y la universidad en escuelas particulares y se tituló como licenciada en Derecho. Platica que sus hermanos no pudieron estudiar en esos momentos porque se casaron muy chicos y ahora están separados de sus parejas. Para ella es algo que le duele mucho pero que admira a su hermana que siendo madre soltera terminó de estudiar.

Al graduarse su papá le regaló un piano, porque era algo que siempre había querido y dice que así fue como encontró a su esposo:

*...fue como yo supe lo que quería mi corazón porque fue como encontré a mi esposo, por eso te lo comento. Mi esposo es una gran compositor es un gran músico, es un gran pianista, pues ahí está el detalle, que no fácilmente encuentras trabajo...*

Se conocieron en un rosario al que iban sus mamás –de Karina y su esposo– en la casa de una señora donde estaba la Virgen de visita y en esa ocasión coincidieron los dos:

*Pero la verdad que fue muy mágico, porque ni siquiera le había yo visto la cara, yo ni sabía quien era, yo sentía una emoción muy grande en mi alma, dije pues qué será, quién está porqué esto y tan emocionada, ¡emocionadísima, eh!...*

Hablaron en esa ocasión y se volvieron a encontrar en una visita al santísimo. Empezaron a salir y tardaron dos años en casarse. Karina se casó cuando tenía 26 años y actualmente llevan 12 años de casados. Los primeros 6 años de matrimonio vivieron en casa de su suegra, comenta que ha sido difícil porque son de personalidades muy diferentes, pero han logrado llevarse mejor y a la fecha sigue viviendo con ellos, pero ahora en la casa de los papás de Karina. Los primeros dos años casados todo iba bien ella estaba trabajando y sacaban los gastos.

Karina, al hablar de su peso, comenta que nunca ha sido delgada, que siempre fue talla 9, pesaba como 65kg y se casó de 95 kg. Lo explica también porque su esposo trabajaba tocando en muchas fiestas, y tomaba refrescos, “copitas”, pastel, y siempre al terminar la jornada acababan comiendo tacos, cuenta: “Pero bueno, era culpa mía, me descuidé por entero... estaba tan enamorada... que bueno: –Ay, después bajas de peso–”.

Su primer embarazo lo tuvo a los 28 años. Lo empezó con 104 kilos, aumentó a 136 kilos y para los días que estaba programado el embarazo ella deja de sentir al bebé, el médico le dijo que la bebé ya estaba muerta. Y la meten inmediatamente a cesárea:

*...Cuando la sacan es curioso, porque aquí es donde tengo yo mis dudas, la niña está totalmente en morada totalmente, yo la vi y dije: –Ay, qué raro color de piel–. Ya después recobró su color y se puso muy roja, pero no lloró... Dicen que está muerta y la niña revive o como quieras llamarlo, para mí esto fue un milagro de vida, gracias a Dios se logra...*

Al año de nacida comienza a tener muchos problemas de respiración serios y tienen que darle nebulizaciones constantemente. Entonces se embaraza nuevamente y tiene su segundo hijo a los 30 años. Es atendida en el Hospital de Perinatología y Obstetricia debido a que le diagnosticaron asma y calificaron su embarazo como de alto riesgo, ya que tuvo muchas crisis asmáticas durante el embarazo. Estaba programado un parto normal, pero en el parto,

“debido al tamaño del bebé, se rompe el útero”. Karina se desmaya y la meten a quirófano, ella despierta cuando ya había pasado el parto. Le comentan que su bebé no se quería desprender de ella, y le llaman “súper bebé” por la fuerza que tenía. Le advirtieron: “Si te vuelves a embarazar, no la cuentas”.

A los seis meses de vida del segundo bebé presentó muchos problemas de reflujo, fiebre, lo hospitalizaban muy seguido y los médicos “no le atinaban”. A la par, le diagnostican a su primer hija asma. Logra meter a sus dos hijos al Instituto Nacional de Pediatría (INP). En ese momento su hija mayor estaba más controlada, pero el pequeño se enfermaba mucho. En una ocasión se puso muy mal y lo llevaron al INP, donde le dijeron que tenía anginas y tos y los mandaron de regreso a su casa. Karina sintió que su hijo no iba a sobrevivir esa noche y le dijo a su esposo: “José, vámonos, vamos mejor al INER [Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias], porque esto no es normal”. Y “allí empieza un viacrucis”. En el INER le detectaron un derrame pleural y una neumonía grave porque un pulmón ya había dejado de funcionar y el otro le faltaba la tercera parte para que se llenara de agua. Lo metieron a quirófano inmediatamente:

*...me dijeron que el niño iba a morir, que no había ni el 1% a favor de él... la oración, lo que tú quieras, hasta me dijeron los médicos: -¿Sabe rezar? -. Nunca me habían dicho eso los médicos. Y le digo: -Sí-, pero yo estaba como jerga. -Pues empiécele, porque no hay nada que hacer por él, de verdad vayan preparando las cosas, lo que es el funeral-. Fue terrible, eh, la experiencia más dura de mi vida...*

En esos momentos Karina estaba sufriendo mucho. Al día siguiente le habían programado una cirugía a su hija en el INP para quitarle unos quistes que tenía en sus manos, habían esperado un año para que tuvieran espacio y no sabía si cancelarla, si ir o quedarse en el INER. Después de varias horas salieron los médicos de la cirugía y estaban asombrados de que el bebé hubiera podido sobrevivir. Le advirtieron que no era seguro que volvieran a funcionar los pulmones, que tenían que esperar, que había mucho riesgo de paro respiratorio o cardiaco. A pesar de los riesgos un médico que conocía su situación le aconsejó que dejara a su esposo con su hijo y que ella se fuera a acompañar a su hija a su operación. Y así lo hizo:

*...me fui a la cirugía y la fui a internar a mi hija... entonces la niña pues gracias a Dios reacciona, y aguanta la cirugía ahí en el quirófano. Mientras mi hijo no se sabía si venía el paro cardiaco, el paro respiratorio, o qué pasa, entonces estoy en una crisis muy fuerte... y mi esposo se queda allá y yo con la niña acá, salió al tercer día del hospital la niña, yo me quedé en el hospital de la niña en Pediatría, y en los ratos que podía salirme de ahí, me iba al INER, lo que tenía el INER, que yo a la fecha sigo bendiciendo es que no sacan a los papás, estás día y noche con tu hijo. Pero Pediatría sí aplica horarios...*

Después de eso, la mamá de Karina se encarga de cuidar a su hija y ella la lleva a sus terapias de rehabilitación. Mientras tanto Karina se queda en el INER, todo el mes que su hijo estuvo internado. Sobrevivió ese tiempo y pudo regresar a casa. A la par tenía consultas en el Instituto de Nutrición; ya había entrado a la Clínica de Obesidad y le habían diagnosticado SAHOS y glucosa alterada en ayuno, pero durante todo este periodo estuvo faltando a sus consultas. Ella entra en un dilema, porque para la atención de su hijo debe decidir en qué institución debe seguir atendiendo a su hijo, si en el INP o en el INER. A pesar de que confiaba más en el INER ahí no tenían servicio de gastroenterología y en pediatría le habían hecho algunos exámenes a su hijo, donde detectaron que tenía una alergia severa a la leche, que debido a que el reflujo no lo sacaba todo, sino que se iba hacia los pulmones y que sus pulmones estaban llenos de “macrófagos” y que sus pulmones eran inoperables, explica que cada consulta que iba le decían: “Yo creo que por lo mucho tendrá un año de vida”. En esa ocasión todos querían operarlo para darle alimentación por sonda gastroenteral, pero gracias al apoyo del jefe de departamento comenzó a recuperarse con leche de arroz. A estas fechas Karina ya había renunciado a su trabajo porque estaba de tiempo completo con sus hijos. En el INER, le sugieren hacerle una cirugía para sus anginas, para él y su hija, de la que salieron bien ambos.. Sin embargo, siete días después su hijo tuvo fiebre y una hemorragia muy prolongada:

*...tuvo una hemorragia en tu casa, terrible, que yo pensé que ya, él ahí ya había llegado a su fin, pero sacó tanta sangre, era tanta sangre que de ahí, pues yo le pedí mucho a Dios, dije: -Si me lo vas a dejar, déjamelo-. Porque habían mamás que me decían: -Ya déjalo en paz, déjalo, si Dios quiere llevárselo, ya déjalo, déjalo ir-. (...)Y yo dije: -¿Hasta dónde es bueno luchar? ¿Por qué te debates?-. Y es donde te digo que a veces sientes que te vas a volver loca...*

Cuando su hijo empieza a estabilizarse, a su hija le detectan SAHOS. Gracias a un estudio que le hicieron en la cirugía de anginas es que lo detectan, y la tienen que operar debido a un Foramen oval percutáneo<sup>39</sup>. Le explicaron que lo ideal era operarla pero que la iban a tratar de controlar con radiación cada año y si crecía el foramen sería necesario operarla. Hoy día lleva 3 años con radiación y está controlada.

Poco después de estos sucesos su esposo tiene una peritonitis y fue necesario quitarle en apéndice. Ya cuando se tranquilizaron un poco las cosas fue que pudo regresar a atenderse en Nutrición y bajar de peso para la cirugía. Ella siente que el bypass fue como un regalo, porque sentía que ya no podía bajar más de peso. Está muy contenta con los resultados, pero no ha

---

<sup>39</sup> El foramen oval percutáneo o permeable es una lesión cardíaca congénita presente en el 25% de la población adulta. Esta condición tiene relación con diversas patologías como el ictus o accidente cerebrovascular, el síndrome platipnea-ortodesoxia, el síndrome de descompresión o las migrañas.

podido regresar a sus consultas de seguimiento desde hace un año, debido a la situación económica y por miedo a que la regañen, porque no ha bajado más de peso.

*...ahorita sí me ha costado mucho trabajo levantarme, y quieras o no, lo que ahorita a mí me trae sufriendo mucho es la cuestión económica, porque está muy difícil, pero mucho muy difícil, porque nosotros adquirimos deudas muy fuertes en todo, de todo, la cirugía costó, yo, con los dos niños, y todos los tres hospitales, y obviamente quieras que no vas pagando en todas las consultas, los estudios de todos, medicamentos, tratamientos, son mil cosas, yo tuve que dejar mi trabajo por lo mismo, entonces mi pobre marido, sin un trabajo fijo, o sea es un infierno de verdad...*

Después de los cuatro meses de entrevistas, Karina pudo conseguir un trabajo con una tía suya de bienes raíces y empezó a ir al Instituto nuevamente, donde le detectaron riesgo de presentar una embolia, por lo que está nuevamente en tratamiento. Ella es optimista y siente que las cosas van a ir cada vez mejor y está orgullosa de lo que ha logrado:

*...digo, yo no tengo un sueldo, no tengo un cargo, no he destacado en ningún trabajo porque tuve que renunciar a ello, pero para mí, mi éxito esta en que mis hijos están vivos, o sea aquí está en lo que yo he luchado, te lo juro, ahí está...*

### **Identidad Narrativa**

Para Karina la preocupación por su peso inicia desde la infancia, pero no es el trama principal en su historia. Lo que reluce en su historia de vida y en las entrevistas subsecuentes, es la preocupación por la estabilidad económica y la lucha por mantenerse viva.

En los primeros años de vida se califica a sí misma como “gordita pero feliz”, porque tiene amigos, puede estudiar, viajar, trabajar, no existen problemas económicos en su familia.

Posteriormente a partir de su primer embarazo, el trama principal son los problemas de salud de sus hijos, su esposo y de ella. Se convierte en una lucha constante por mantener vivos a sus hijos y mantenerse viva ella misma. Es una historia que ella califica llena de milagros. Esto muestra la esperanza y el optimismo con el que busca tomar siempre las cosas.

### **Corporalidad**

Para Karina, la forma de ver el cuerpo está influida por las experiencias que ha vivido tan cercanas a la muerte:

*El cuerpo es el mejor instrumento que Dios nos dio para tener vida y si no lo cuidamos, no podremos vivir (...) Y en el caso de la obesidad si uno se abandona a sí mismo, es una forma de suicidarse, lentamente...*

Para Karina el cuerpo es el reflejo del alma:

*Yo sí creo que (...) estamos formados de dos partes (...) alma y cuerpo. Tu alma es tu motor, son todos tus sentimientos, la parte espiritual y el cuerpo cubre toda esa alma para poder vivir. Entonces realmente tu persona, es tu alma y tu cuerpo es una forma de reflejar como esta tu alma (...) y por ejemplo en el caso de la depresión pues una de las formas que se manifiesta es en el cuerpo, cuando se deja engordar mucho la persona, es mi caso... tu alma está triste y lo refleja tu cuerpo...*

Karina considera que antes su cuerpo no le gustaba porque “no funcionaba”, lo que le gustaba era y sigue siendo su sonrisa, su forma de ser. Ahora con la cirugía lo valora más por todo lo que puede hacer, por eso los colgajos y la pérdida de cabello no le preocupan tanto.

*Mi sonrisa... que siempre me sonreía a pesar de todo. Porque hay gente que no conoce una sonrisa (...) Creo que lo que me gusta de mi es mi forma de ser. No doy importancia a como están mis brazos (...) la panza forzosamente queda aguada pero qué importa(...) Cuando pasé los 100 kilos... ya empecé a amar mi cuerpo realmente. Me fascina porque aguanta de todo.*

Para ella la maternidad es lo que la ha motivado a seguir adelante, ha sido una experiencia difícil y dolorosa pero también es el ser madre es su mayor logro.

Explica que aunque siempre ha tenido buenas amistades la obesidad si afectó su relación con su esposo, familia, amigos y ahora con la cirugía ha cambiado:

*Ahora siento que me ve [su esposo] con ojos de admiración. Me valora mucho más. Aunque siempre me apoyo, (...) me dijo que él me vio como una extraña muchos años. Por eso ahora quiero desquitar todo ese tiempo que perdimos. Ahora es como que nos volvemos a encontrar (...) dice que volví a ser la persona con la que él se casó. A pesar de mi obesidad jamás tuve problemas de relacionarme con personas. Bueno si había gente que no quería ser mi amiga, bueno “amiga” entre comillas porque amigos amigos los cuentas con tu manita ¿no? Pero me refiero así gente buena onda, siempre, pero ahora hay más personas. Pero hay quienes me súper ultra critican. Ya sabes, por bajar de peso. Como te ven der pies a cabeza*

Con relación a su sexualidad ha sentido un cambio positivo a partir de la cirugía:

*Claro que puedes obviamente no vas a tener la satisfacción completa, eso sí. Pero de que se puede se puede hasta donde yo llegué a pesar, pues sí se podía. Pero, sabes una cosa, es que yo recuerdo, qué triste era, que mi corazón se me iba a parar. Horrible. Sentía un miedo. Sientes el peligro. (...) Pero ahora si puedo gozar ese momento, interviene todo porque lo amo demasiado. Ahora el me valora a mi. Mucho tiempo no nos valoramos. El llego a sentir mucho coraje. La cirugía fue el empujón mas padre.*

## Trayectoria de atención

**Cuadro 17. Trayectoria de atención de Karina**

<b>Momento vida</b>	<b>Profesional/Recurso/tratamiento</b>	<b>Resultados</b>
8 años/ primaria le dicen a su mamá que la lleve con una dietista.	Dietista: Dietas estrictas, basadas en fruta y gotitas. Por 3-4 meses.	Debilidad, hambre, pérdida de cabello. Bajó 10 kg en 3 meses. Rebote de 10 kg
Adolescencia.	Dietas de revistas, la luna, de la cebolla y ayunar.	Ligera disminución que recuperaba nuevamente. Vómito frecuente por reflujo, lo atribuye a ciertos alimentos.
Juventud/ 16 años.	Clínicas clandestinas: Le indicaban dietas y pastillas semanales. Acudía por 2-3 meses y bajaba 15 kilos. Dejó de ir porque la cerraron.	Taquicardias, deshidratación, pérdida del apetito, caída de cabello, insomnio, boca y piel reseca.
20, 22 y 24 años un novio la dejó y la mamá de él la convenció a que fueran juntas.	Clínica clandestina en colonia popular: Le indicaban dietas y pastillas semanales. Acudía por 2-3 meses y bajaba 15 kilos.	Taquicardias, deshidratación, pérdida del apetito, caída de cabello, insomnio, boca y piel reseca.
20 años	INER: Acude a urgencias por una neumonía. Es la primera vez que le dicen que tiene obesidad mórbida y que tiene que bajar de peso. La mandan al INCMNSZ.	Empieza a buscar ayuda médica para la obesidad.
30 años/Embarazo	Perinatología: Durante el embarazo la mandan al área de nutrición para controlar su peso, le indican un plan de alimentación.	Aumento poco de peso durante el embarazo.
31 años  39 años	INCMNSZ: Preconsulta: Está embarazada y le dan su consulta inicial en 10 meses, para que hubieran pasado 3 meses del embarazo Clínica de Obesidad/ PAPO: Diagnostican SAHOS, alteración de la glucosa en ayuno y le indican tratamiento psicológico.	Empieza a hacer cambios junto con las recomendaciones de perinato.  Comienza a bajar poco a poco de peso. Llega a bajar 25kg. Se siente mejor emocionalmente por la terapia.

	Interconsulta Neumología/Clínica del Sueño.  Médico de obesidad: Le propone cirugía bariátrica, inicia protocolo (3 meses).	Detectan SAHOS e indican CPAP.  Preparación para la cirugía.
39 años	Cirugía: Seguimiento  - Cirugía bariátrica - Obesidad Integral - Psiquiatría - Neumología - Planificación familiar	Ha bajado 12 kg, durante el primer año. Mejora en problemas de respiración, estado emocional y movilidad. Dejó de acudir por cuestiones económicas y porque no ha bajado más de peso. Regresó nuevamente y está en un protocolo para atender el riesgo de embolia.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

#### **4.1.5 Montse**

Montse es una joven de 31 años, de estatura baja, piel blanca y cabello oscuro y corto. Le gusta maquillarse discretamente y arreglarse el cabello, usar pantalones y blusas formales y femeninas. Tiene una personalidad alegre, segura, reservada al principio y directa. Vive en Tlalnepantla con su familia; sus padres y sus cinco hermanos. Es la mayor de los 5 hermanos, su hermana que es un año menor que ella y vive en la misma casa con su esposo e hijos.

Durante los primeros años de vida de Montse vivieron en la misma zona, pero en otra casa que rentaban. Platica que su abuelo paterno era carnicero y les heredó ese trabajo a sus hijos, así que el papá de Montse los ha mantenido gracias a su carnicería y su mamá se ha dedicado a vender productos de belleza por catálogo desde hace mucho tiempo y se dividen los gastos entre ella y su papá. Al principio eran sólo ella y su hermana, recuerda que sus papás salían a trabajar y las dejaban encargadas con sus vecinas. Al inicio su mamá no quería tener más hijos, pero después de 12 años, empezó a llevar un tratamiento hormonal para poderse embarazar, por lo que su tercer hermano fue muy esperado por la familia. Cinco años después del nacimiento de su hermano, la mamá de Montse volvió a embarazarse. A pesar de no ser un embarazo planeado Montse me expresa que había una emoción muy grande en su familia porque les habían dicho que sería cuates. Sin embargo se complicó el embarazo y nacieron prematuramente, por consecuencia estuvieron internados en el Instituto de Perinatología por 15 días (el niño) y 27 días (la niña). Montse me cuenta que ella estuvo al pendiente todo ese

tiempo de su mamá y los cuates, para todos fue muy importante este acontecimiento, hasta los médicos decían que era un milagro que estuvieran vivos.

Desde que nació su tercer hermano, Montse y su hermana su tuvieron que hacer cargo de los menores y de la casa, porque sus papás casi nunca estaban en casa y su mamá “nunca ha sido muy hogareña”.

Cuando me platica de su infancia, recuerda que en el kínder había una maestra que les pellizcaba los pies cuando no les salía el vals. En primaria tenía una amiga “la más inteligente” y un “profesor bien consentidor”. No recuerda nada malo de la escuela, sólo que desde entonces era “muy miedosa para la calle”. Le daba miedo regresarse sola de la escuela y que le fuera a pasar algo y en secundaria se regresaba con su primo Ramón, que vivía con ellos y era como un hermano para ella. Aún ahora sale con un poco de miedo pero procura siempre ir acompañada.

En la secundaria ella se califica como “un relajó”. Tenía un grupo de amigos que la llamaba “Piña” y siempre le quitaban su mochila, pero no le criticaban ni ofendían. Le gustaba ir a la escuela por los amigos, no por estudiar. Mandaban llamar a sus papás constantemente a la escuela y le rogaban que estudiara más. Después de terminar la secundaria estuvo un semestre en la preparatoria. Por influencia de su primo Ramón, quien dejó la escuela para trabajar en la carnicería y le dijo que no tenía caso que hiciera gastar a sus papás si no le gustaba estudiar, Montse decidió salirse y dedicarse más a “ser más hogareña”. Sus papás se decepcionaron porque querían que fuera un ejemplo para los demás porque “era la mayor de los Piña”. A partir de eso, la limitaron para salir con sus amigos y considera que fue lo que influyó en que subiera más de peso: “Es que imagínate estar todo el tiempo en casa”.

En ese periodo fue cuando se dieron los problemas más fuertes entre sus papás. Montse tenía 16 años y su papá le platicaba todos los conflictos, señala que no eran problemas por terceras personas si no personales, porque su mamá siempre ha sido “muy autosuficiente”. Así que su papá decidió irse de la casa junto con Montse a casa de una tía. Pero no aguantó mucho fuera y regresó al poco tiempo. Montse tenía mucho resentimiento con su mamá pero volvieron a estar todos juntos. Después de eso su papá comenzó a ser más “consentidor” y comprarles más cosas, pero también la presionaron a estudiar una carrera de asistente educativa, pero su mamá se embarazó de los cuates y dejaron la escuela ella y su hermana.

Montse platica que antes en la escuela tuvo algunos “enamoramientos” pero no fue correspondida. A los 18 años se enamoró de un empleado de la carnicería, y como su papá las

limitaba a no salir y menos con hombres, comenzaron a verse a escondidas. Ella decía que salía con la hermana de su novio para verlo a él, y cuando llegaba a regresar fuera de la hora, su papá le pegaba. La mamá y hermana de su novio la querían mucho y ella también estaba muy enamorada. Un día su papá los vio cuando su novio la iba a dejar a su casa. Él ignoró al muchacho y le pegó muy fuerte a ella al llegar a casa. Montse decidió terminar la relación para no tener problemas con su papá.

A los 20 años empezó a trabajar en una lavandería de una amiga de su mamá. Le gustaba mucho trabajar, estar en contacto con la gente y tener su propio dinero. Pero lo dejó “no porque no le gustara” sino porque “ya me empezaban a doler mis pies de mi sobrepeso”. En ese periodo tuvo uno que otro pretendiente, pero eran casados y por “los principios que sus papás les inculcaron” nunca se prestó a eso. Sí le insistían, pero “yo por mi miedo a mi papá pues entonces no”. Dejó el trabajo a los 25 años cuando ya no pudo aguantar más el dolor en sus pies.

Desde los 20 años comenzó a someterse a dietas para bajar de peso, acudió a una clínica clandestina en la que le daban pastillas, gotas y dietas. Acudía por 3-4 meses y bajaba de peso, como 12 kg, pero dejaba de ir y los recuperaba. Estuvo yendo por cuatro años a esta clínica, a la que dejó de ir por el trabajo y “por falta de decisión”. Cuando deja el trabajo siente que en los dos años que estuvo en su casa sube mucho de peso: de 113 kilos llegó a pesar 180. Se empieza a enfermar cada vez más frecuentemente. No sale de casa y llega a tal grado que no podía ir sola al baño porque no podía respirar. Ella se preocupa porque su peso ya no le permite más hacer el quehacer. Sus papás, a petición de conocidos, la llevan al Hospital General para que le hagan una cirugía, pero se decepcionan porque tenían que realizarle muchos estudios para ver si era candidata para la cirugía y sus citas son muy retiradas. Ella se quedaba dormida a donde iba porque se le iba la respiración. Cuando comienza a enfermarse más va a hacerse un electrocardiograma al Hospital General. Allí, como para ella los pasillos eran “grandísimos, grandísimos”, pide ir en silla de ruedas pero su papá le insiste en que camine “pues tiene que hacer ejercicio”. Ella recuerda cómo todo el mundo se le quedaba viendo: “¡180 kilos!”. Ahí se dan cuenta que no estaba respirando bien y que su corazón estaba latiendo muy despacio. Le hablan a los camilleros para que traigan una silla y se dan cuenta que necesitan una más grande. Ese día recuerda que un médico les dijo que tenían llevarla a urgencia por los latidos de su corazón y que no estaba oxigenando bien. Ahí llega una trabajadora social y le pregunta si puede tomar una fotografías, pues su caso le permite exhibir que necesitan tener equipo más adecuado para las personas que tienen sobrepeso.

Tardaron muchas horas en atenderlas y ese día se quedó internada. La dan de alta al día siguiente.

Al día siguiente va a verla su tía e insiste con su papá que está muy mal. Ella insiste en que vayan al Hospital de La Raza, donde conocía a un doctor internista. Van, llevándola en silla de ruedas. Entran todas menos su papá. Ella (su tía) le platica todo lo que pasó; el médico le pregunta su peso, no la valora y le pide a su papá que se pase. El médico les dice que ella necesita más de 20 médicos para que la atiendan. Ofrece su clínica pero dice que saldría carísimo, por lo que le extiende una hoja para que la atiendan en el Zubirán. Espera que corra con suerte y urge a que la lleven directo al Zubirán. De urgencias la atienden “luego, luego”, por lo mal que estaba.

En el INCMNSZ recuerda haber estado nueve horas “en un cuartito con personas tomándole estudios”. Ella se cayó sobre sus rodillas (por eso está mal de un pie). Esa vez, en el Instituto, sólo pasó su mamá. Cuando “escuchó que la iban a entubar”, pide a su mamá que cuiden a sus sobrinos. Estuvo 21 días en terapia intensiva: “Me entubaron”. Ahí fue donde se dieron cuenta de lo de sus pulmones: ella sentía que se estaba ahogando, dejó de saber de sí “haciendo oración pues soy católica”, y pudo descansar. A los 21 días despertó y no entendía por qué su familia estaba con ella. No recuerda haber estado estar intubada. Su enfermedad “fueron muchas cosas”: el sobrepeso, el ya no poder caminar, el que le faltara el aire, en un seno le drenaba pus con sangre (le hacen una cirugía en el seno en esa estancia). Se dio cuenta de lo difícil que había sido para sus papás, porque pensaron que se iba a morir. Le preguntaban mucho que si había sufrido, pero ella siente que durante ese periodo ella no sufrió, porque recuerda un buen servicio y que su familia podía estar con ella. Cuando sufrió más fue cuando no se podía mover. En su casa le adaptaron una cama en la planta baja, porque no podía caminar y batallaban mucho para trasladarla. Es entonces cuando comienza a llevar una dieta “forzosa” y a bajar de peso.

Como consecuencia de la falta de movilidad le salieron llagas en los glúteos y debido a que se le infectó una es llevada a urgencias. No la pueden recibir en el INCMNSZ porque no tienen camas, pero le dicen que necesita ser operada urgentemente. Ella y sus padres peregrinaron de hospital en hospital hasta que la aceptaron en un hospital de Xochimilco. Ahí vivió una muy mala experiencia que recuerda con tristeza y coraje. Ella no quería quedarse: recuerda haber sido grosera con los médicos y su mamá, pero su papá le llamó por teléfono llorando diciéndole que se quedara, que era por su bien. Estuvo 13 días internada y recuerda que ha sido de las peores experiencias de su vida. Platica que hubo mucho maltrato por parte de las

enfermeras: la obligaban a pararse cuando ella no podía, explica con coraje. La anesthesióloga se refería a Montse como “*esta*”: “a ver cómo voy a anestesiar a *esta*”. La regañaron cuando tosió mientras le ponían la raquia. Al ver que supera la infección la dan de alta.

Después de ese incidente, siguió atendiéndose en la Clínica de Obesidad y bajando de peso, estuvo siete meses en la preparación para la cirugía y bajó de 183 kg hasta 132 kg. Todos se pusieron felices en su casa al saber que sería operada pero expresa que no es fácil: “te preparas para una operación no para cambiar toda tu vida”. Después de la cirugía regresó a su casa, estuvo con oxígeno un año y en rehabilitación medio año para poder caminar.

Poco después de la segunda cirugía, su abuelo paterno se pone delicado por una caída. Él era un hombre muy generoso y muy querido por todos. Es internado pero no permite que lo entuben. Montse va a visitarlo a pesar de que no le habían dado permiso sus papás. En ese momento puede estar con su abuelo 5 minutos, porque aún seguía con el oxígeno. Su abuelo muere después de ver a todos sus hijos. Montse estaba muy triste y preocupada por su papá, pero éste le dijo:

*¿Sabías que tu abuelo me dijo que le pidió a Dios que tú te quedaras y se lo llevara a él?  
[Llanto].*

Ella siente que tiene una familia muy unida. Cuando estaba internada y el médico les dijo que ya la desconectarán, su mamá “nunca perdió la fe, decía que ella iba a salir”. Estaban 40 personas de su familia en el hospital y en ese momento hicieron todos una cadena de oración apoyando a lo que decidieran sus papás. Hoy le da sentimiento recordar todo lo que sufrieron por ella. Pero, a la vez, siente bonito por ver tanta gente que estuvo con ella: “es algo que no explicas”.

Siente que Dios le dio otra oportunidad de vida. Después de la cirugía todo cambió: ahora disfruta de salir con sus amigos, arreglarse, salir al mercado, ir a sus juntas para vender productos de belleza y de cuidar a su familia. Incluso dice que aún no quiere tener hijos “al menos por ahora no, ni casarme [risas]”.

### **Identidad Narrativa**

En el relato de Montse se identifica una preocupación importante por la unión de su familia. La obesidad no es para ella consecuencia de algún problema emocional, sino de “el no saber comer”. Tampoco menciona o nombra la obesidad a lo largo de su relato; se refiere a esta como “el exceso de peso” o “mi sobrepeso”.

Si bien el sobrepeso le trae problemas graves y habla de su “peregrinar” en todos los hospitales, esto tiene una importancia particular para ella ya que considera que “gracias a Dios, después de lo que viví, mi familia está más unida”. El hilo conductor de la historia de Montse es la capacidad de su familia de seguir juntos gracias a ella, de tomar el rol de madre cuando nacieron sus hermanitos, de dejar su novio para evitar problemas con su familia, de unirlos más por su enfermedad. Ahora sigue asumiendo este rol, pero desde una posición más activa: ahora ella toma decisiones en cuanto a los gastos del hogar, decisiones importantes del negocio de su papá y, actualmente, también en el de su mamá.

Antes, Montse procuraba que las personas no se enojaran con ella, aunque ella no tuviera la culpa. Ahora “puedo darme ese lujo, o bueno, no ese lujo, el yo poder ser así”, es decir, puede decidir no ser la que busca para arreglar las cosas: “la cirugía sí te cambia totalmente”.

El valor del cuerpo estriba en la capacidad de trabajar sin dolor, no de verse bien, pues no le preocupaba mucho lo que le dijeran los demás. Actualmente le preocupa verse bonita dado que muchas personas la van a visitar.

El ser madre o casarse es algo que en estos momentos no desea, pero se refiere a ella como hogareña y que ha jugado el rol de madre para sus hermanitos, quienes ahora tienen 13 años (los cuates) y 18 el mediano.

## Trayectoria de atención.

Cuadro 18. Trayectoria de atención de Montse

Momento vida	Profesional/Recurso/tratamiento	Resultados
21 años/Comienza a trabajar	Clínica clandestina: Le indicaban dietas, gotitas y pastillas semanales. Acudía por 2-3 meses. Dejaba de ir por el costo y falta de decisión. Lo retomaba después de un año.	Pérdida de apetito, diarrea. Bajaba 12-15kg en 3 meses. Rebote de 10kg-20 kg
22-15años/ Mientras trabajaba	Té termogénico: Tomado 2-3 veces al día. Lo dejó por falta de decisión y por no ver resultados.  Herbalife: Licuados en desayuno y cena. Lo llevó por 15 días.	Evacuaciones frecuentes. Poca o nula disminución de peso.  Se aburrió por la misma dieta y no disminuyó de peso.
27 años/ Problemas más fuertes de salud (no puede respirar).	Hospital General: Le dicen que su corazón está latiendo muy despacio, que no está respirando bien. Le ponen inyecciones en el estómago y oxígeno. Está 2 días interna. Le piden hacerse muchos estudios.	No siente mucha mejoría. Se desilusionan de que haya tantos requisitos para ver si es candidata a la cirugía. Le dan cita muy lejana.
Su tía interviene/ 28 años	Médico internista de la Raza: Le dice que su situación es muy grave y atenderse en un particular le saldría carísimo. Le da extiende una solicitud para que la atiendan en el INCMNSZ.	Conoce otra opción. Acuden a Urgencias del INCMNSZ y es aceptada.
28 años/ Peregrinar por hospitales	INCMNSZ: - Urgencias: Está inconsciente por 21 días debido a complicaciones por coágulos en el pulmón. Le drenan un absceso mamario que ha tenido desde pequeña. Conoce a una doctora de la clínica de obesidad que le dice que al recuperarse la vaya a visitar, porque les interesa su caso.  - Clínica de Obesidad: Va dos semanas después de salir de urgencias. Comienza a ir a consultas subsecuentes y pasa a nutrición.  - Urgencias: Regresa por abscesos en las los glúteos. No hay camas disponibles y	Le detectan los coágulos pulmonares, la operan y sobrevive a pesar de los pronósticos.  Permanece inmovilizada en su casa y comienza a llevar una dieta “forzosa”, porque todo es controlado por su mamá.  Empieza a cambiar su alimentación y a bajar mucho de peso.

	tiene que atenderse en otro lugar.	
29 años	Hospital Xochimilco: La operan de sus abscesos. Es una experiencia traumate para Montse. Dura 12-13 días.	Trauma por la atención. Valora la atención del INCMNSZ y mejora su infección.
29 años	INNCMNSZ: Programa pre quirúrgico: Un mes después de entrar a la Clínica de Obesidad inicia la preparación a la cirugía. Acude al curso y a todas las consultas (7 meses).	Le diagnostican hipertensión arterial pulmonar y SAOHS. Le indican oxígeno. Le diagnostican Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Recomiendan rehabilitación. Empieza a hacer rehabilitación con una fisioterapeuta en su casa. Sigue llevando su dieta y baja 50 kg antes de la cirugía.
29-31 años	Cirugía INCMNSZ Seguimiento: - Cirugía bariátrica - Obesidad Integral - Neumología - Dermatología	Ha bajado 30 kg en dos años. Mejora en problemas de respiración, estado emocional y movilidad. No ha presentado problemas gastrointestinales severos. Al contrario ha tenido más hambre. Tiene muchas dudas en cuanto a cómo quedó su estómago y tiene miedo de subir de peso.

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.*

A partir de las trayectorias de atención es posible ver que existen múltiples estrategias de atención usadas por las mujeres durante su vida antes y después de la cirugía, que pocas veces es posible identificar en una consulta de salud como es posible ver en el siguiente cuadro, que compara los recursos identificados en los expedientes clínicos y los enunciados por las mujeres:

**Cuadro 19. Recursos de atención identificados en el expediente y por las mujeres**

<b>Expediente</b>	<b>Mujeres entrevistadas</b>
<p>a) Dietas: se incluyeron las dietas de revistas, de populares, de dietistas, de nutriólogos y bariatras.</p> <p>b) Medicamentos: se agruparon las “pastillas” de clínicas clandestinas para reducir peso, anfetaminas y los medicamentos aprobados por médicos para bajar de peso, como sibutramina, orlistat, etc.</p> <p>c) Recursos alternativos: se englobaron la mesoterapia, acupuntura, inyecciones de aminoácidos, productos naturistas, laxantes y grupos de autoayuda.</p> <p>d) Cirugías: se consideraron aquellas intervenciones realizadas para bajar de peso, como un dispositivo vagal, banda gástrica, la gastroplastía vertical, manga gástrica y liposucción.</p>	<p>a) Dietas: de la luna, de la cebolla, de clínicas para bajar de peso y de revistas.</p> <p>b) Clínicas para bajar de peso con pastillas o gotitas.</p> <p>c) Licuados naturales, suplementos o sustitutos de alimentos, café, laxantes, té quema grasa.</p> <p>d) Fajas de arcilla, de metal, mesoterapia, balines, cremas para quemar grasa.</p> <p>e) Medicamentos: metaboltonics, sertralina, prozac, vitaminas, dermogross.</p> <p>f) Psicólogo</p> <p>g) Vomitar y ayunar</p> <p>h) Ejercicio</p> <p>i) Cirugía bariátrica</p>

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas*

Es importante resaltar que de los recursos mencionados en el expediente por profesionales de la salud, todos son reconocidos por las mujeres en sus trayectorias de atención pero algunos de los recursos reconocidos por las mujeres no son identificados en el expediente y son de gran importancia como son: los licuados, suplementos, sustitutos de alimentos, laxantes, café y té quema grasa, que algunas mujeres reconocen que siguen tomado como los laxantes y las bebidas termogénicas. En el caso de recursos como las fajas, los balines, la mesoterapia y las cremas quema grasa no son identificados por los profesionales, y las fajas y cremas siguen usándose después de la cirugía. Las estrategias como ayunar y vomitar tampoco son identificadas por los profesionales, pero después de la cirugía las mujeres los identifican como prácticas para mejorar malestares gastrointestinales, no para bajar de peso.

A pesar de los datos encontrados es importante explorar más los recursos y estrategias ya que algunos pueden implicar riesgos para su salud, antes y después de la cirugía.

## ***Conclusiones del capítulo***

Al presentar la construcción de las narrativas del padecer a través de la información proporcionada por las mujeres en las entrevistas, es posible visibilizar su historia personal por medio de la trayectorias de atención en diferentes momentos: la construcción de la obesidad, del uso de la cirugía y la nueva condición. En las narrativas de las entrevistadas se enmarca el contexto y las diferentes formas de vivir la obesidad en la zona metropolitana (D.F y Estado de México). A pesar de que las historias tienen personajes de generaciones diferentes, que viven en zonas opuestas, con momentos de vida distintos y resultados diversos, es posible encontrar similitudes entre ellas:

- Podemos ver que cada historia tiene experiencias con tramas muy intensos e impactantes que se relacionan con el inicio de la obesidad y el aumento de peso en diferentes momentos de la vida.
- Todas han tenido una trayectoria de atención larga antes de llegar al Instituto. Una de las prácticas con las que coincidieron todas, fue la asistencia a clínicas privadas o clínicas clandestinas para bajar de peso. En todas ocuparon pastillas que les provocaron efectos parecidos a los de la cirugía bariátrica (disminución de peso rápida, náuseas, mareos, debilidad, caída de cabello, piel reseca) pero con diferencias importantes en la magnitud de la pérdida de peso y en el tiempo en que duran los síntomas y problemas físicos, ya que normalmente era difícil mantener estos tratamientos por más de 3-4 meses y los efectos de la cirugía (dumping, mareos, molestias gastrointestinales, debilidad, caída de cabello, etc.) permanecen por más tiempo y son más evidentes. Sin embargo en las experiencias anteriores a la cirugía el resultado a mediano plazo era el rebote. Esto genera nuevas preguntas en cuanto a la forma de vivir las consecuencias de la cirugía: ¿Cómo influye esta experiencia previa en la forma de vivir los resultados de la cirugía bariátrica?; el uso frecuente y constante de recursos para bajar de peso, con aumento de peso posterior, ¿puede favorecer a un aumento de peso después de la cirugía por cuestiones biológicas, por aspectos conductuales o culturales?, ¿es posible que se sigan usando estos recursos después de la cirugía?.

Los elementos anteriores muestran la riqueza del proceso narrativo, no sólo desde una perspectiva psicoterapéutica donde se acentúa la importancia de la narración en el proceso de

curación, sino también la narración en el proceso de construcción de saberes y conocimiento. Por lo tanto considero que en el estudio de la obesidad extrema las narrativas nos permiten:

- La reconstrucción (de contar y recontar las experiencias), da oportunidad de establecer nuevas formas de entendimiento del mismo padecimiento. Se identificó en algunas de las mujeres (Linda y Montse) que el hecho de relatar su experiencia implicó un esfuerzo importante, fue difícil el expresar una narrativa coherente de sí mismas, pero se fue facilitando más en las últimas entrevistas.
- Con la narración fue posible acceder a una parte importante de la experiencia de cada una de las mujeres entrevistadas y permitió analizar el problema de la identidad, del padecimiento, la trayectoria de atención y la corporalidad.
- El dar voz a las mujeres entrevistadas las posicionó como expertas ya que en sus narrativas se asumían como agentes que facilitan cambios en las personas que las rodean. Ahora con las entrevistas asumieron la responsabilidad de proporcionar información que ayude a más mujeres en su situación.

Lo anterior da pauta para crear nuevos escenarios de investigación e intervención. Escenarios donde los pacientes sean actores con un nuevo protagonismo y una nueva manera de cambiar la trama de su padecimiento. Por ello a continuación presento algunas de las herramientas de trabajo que nos brindaron las mujeres expertas en obesidad severa y cirugía bariátrica.

## CAPÍTULO 5

### LA OBESIDAD DESDE UN ENFOQUE COMPREHENSIVO<sup>40</sup> (Discusión)

*...viviendo en esta ciudad tan grande donde lo hay... todo... pero hay sobre todo mucha  
ignorancia...*

Julieta

La labor de análisis es una tarea sumamente reflexiva: involucra una constante elaboración, selección y discriminación de elementos que ponen en crisis al investigador. La sensación de que puedes decir más siempre está presente, por ello los criterios que guían este capítulo son la comprensión y función, a partir de las siguientes preguntas: ¿qué elementos de cada nivel de análisis nos ayudan a comprender mejor el proceso salud/enfermedad/atención/desatención de la obesidad?, ¿a partir de qué explicaciones podremos contribuir a la construcción de un modelo comprehensivo de la obesidad?, ¿cuáles recursos nos permitirán diseñar una propuesta para mejorar la atención de las mujeres atendidas en el INCMNSZ?

Por lo tanto en este capítulo se presentan elementos clave para resolver las preguntas anteriores. Se desarrollarán de acuerdo a los niveles de análisis del cuerpo consciente y del modelo propuesto en el capítulo 2 de una nueva representación comprehensiva (específicamente en el apartado 2.5), para al final desarrollar una cédula de atención y seguimiento para las pacientes con obesidad severa del INCMNSZ.

#### ***5.1 Cuerpo Individual (biológico-psicosocial)***

En este nivel no podemos olvidar que la construcción de la identidad se ancla en un cuerpo, que padece y sufre y la comprensión de este cuerpo nos puede ayudar a comprender la representación del mismo y su relación con el ambiente.

---

<sup>40</sup> Como se explicó en el capítulo dos, con un modelo comprehensivo me refiero a aquel que tome en cuenta diferentes visiones, especialmente que contenga la visión de las personas que la padecen. No se busca una visión integral, porque representa una tarea inalcanzable para esta investigación.

Se han identificado desde la biomedicina factores de riesgo que favorecen a la obesidad, como el excesivo aumento de peso en el embarazo, la falta de la lactancia materna, la desnutrición en la infancia, la mala alimentación, el sedentarismo, etc. Pero, ¿de qué manera se desarrollan estas condiciones en la vida de una persona? Para responder a esto fue fundamental exponer la historia de vida y la trayectoria de atención de cada mujer en el apartado anterior, que nos permiten visualizar cómo estas situaciones rebasan a ser una decisión o responsabilidad individual.

En una consulta médica el profesional define a la paciente que tiene en frente a partir de su peso y de los riesgos de la obesidad. Pero es importante comprender cómo define a la persona que está frente a nosotros ese peso, esa condición, esa obesidad. Se identificaron en las narraciones de las mujeres tres formas de definirse con respecto a la obesidad que enuncié de la siguiente forma:

- *Gordita pero bonita*: cuando el ser gordita es parte de tu identidad y lo incorporas de manera positiva por la belleza que identificas en otras partes de tu cuerpo, por lo que al afectarse esas partes (cabello y piel) es complicado reconocerse después de la cirugía (Linda).
- *Gordita pero buena onda*: cuando se incorpora de manera positiva el ser gordito por la personalidad, por lo que es más fácil reconocerse después de la cirugía (Karina y Montse).
- *Gordita desapercibida*: cuando el ser gordita pasa desapercibido y es identificado hasta que es un problema (de salud, social, movilidad), por lo que no te reconoces con ese cuerpo y es más fácil reconocerse después de la cirugía (Marina, Julia).

Podemos ver que el proceso de construcción de la identidad después de la cirugía depende de la forma en que se vive la obesidad antes de la cirugía. En general se buscan estrategias para vivir con ella, ya sea valorándola al reconocer de manera positiva partes del cuerpo o de la personalidad o ignorándola al no reconocerla como parte de su identidad. En todas las mujeres, se convirtió en un problema y ciertas experiencias motivaron su decisión de realizarse la cirugía: problemas de salud que las hicieron sentirse cercanas a la muerte (Karina y Montse), disminución de la calidad de vida por comorbilidades (Marina y Julia) y una muerte cercana que la hizo valorar más su vida (Linda).

Para Ricoeur (1996) en el proceso de construcción de identidad personal –y también colectiva– es necesario configurar las historias fragmentadas del pasado –prefiguración– de modo que puedan refigurar la experiencia actual y reorientar el futuro. Se trata del arco

mimético que consta de tres momentos: Mímesis I (pre-configuración), Mímesis II (configuración) y Mímesis III (re-figuración). Ricoeur retoma elementos de estos 3 momentos para abordar el tema de “sí mismo como otro” en diferentes niveles de análisis, la triple mimesis: describir, narrar y prescribir. La descripción abarca el nivel lingüístico y el práctico, la narración el nivel narrativo y la prescripción el nivel ético y moral. La narración cumple una función mediadora entre la descripción y la prescripción de la acción (Ricoeur, 1996).

Por ello el acto de narrar, particularmente las historias de vida son importantes no sólo en la expresión, sino en la formación de la identidad personal. De acuerdo con Ricoeur (1995) el íntimo vínculo entre la actividad de narrar y la existencia humana se encuentra a partir de la correlación de la configuración temporal de una y otra. No quiere decir que se reduzca la vida a la dimensión narrativa, sino que se reconoce que el narrar, el “contar una historia” sobre eventos vividos, es una dimensión fundamental de la vida misma de las personas y constituye el significado de la experiencia.

A partir de esto se hace relevante mostrar el proceso de configuración narrativa que permite a las mujeres describirse y nombrarse. A la vez, da pie a una reconfiguración constante de su identidad, por los cambios en su cuerpo, en su personalidad y en las formas de atender a su cuerpo/persona. Es a través de la configuración narrativa es que las mujeres evalúan sus acciones, su curso de vida, el valor del cuerpo, la salud y se elaboran, enmarcan e interpretan eventos y concepciones del pasado, dándole sentido al presente y orientando futuros posibles.

Lo anterior está muy relacionado con los procesos de socialización primaria, secundaria y alternación que proponen Berger y Luckmann, (1968). En este momento las mujeres han atravesado o siguen experimentando un proceso de resocialización, ya que deben volver a poner acentos en su realidad, como en su cuerpo, sus formas de comer, de dormir y de pensar su cuerpo y su futuro. Por ello, es un proceso complejo y depende mucho la identificación afectiva con este nuevo cuerpo y el reconocimiento de los otros.

Se identificó que las mujeres que más peso han perdido, han tenido un proceso de alternación colectivo, es decir, que su núcleo familiar ha asumido los cambios que ella ha hecho en su alimentación: ya sea por solidaridad (caso de Linda), o por imitación (Marina) y el reconocimiento positivo de los otros, hechos que las impulsan a seguir con la actividad física y las restricciones alimentarias.

A continuación se presenta de la forma en que fue interpretada la identidad narrativa de cada mujer entrevistada:

**Cuadro 20. Identidad narrativa de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

	<b>Linda</b>	<b>Marina</b>	<b>Julia</b>	<b>Karina</b>	<b>Montse</b>
<b>Identidad narrativa</b>	<p>El ser gordita define su identidad desde la infancia. Ella logra integrarla de tal manera que no sea un problema central en su vida. "Ser gordita pero bonita" "ser una gordita fashion"</p> <p>El trama se centra en los problemas de alcoholismo de su papá, la separación de su familia, la muerte de su hermano y amiga y la resolución de todos estos problemas.</p> <p>A partir de la cirugía, está en un proceso de re-identificación y redefinición de ella misma.</p>	<p>La identidad de Marina es muy clara en su infancia, el ser extrovertida, independiente y decidida. A raíz de la muerte de su papá, el no poder estudiar y la crítica de su cuerpo por una doctora en su segundo embarazo, empieza a diluirse su identidad y el peso acaba ocultando quien realmente es ella.</p> <p>Ahora que ha bajado de peso y mejorado su estado emocional vuelve a reconocerse como era, "cotorrita", ocurrente e independiente.</p>	<p>En la primera etapa de su vida, su identidad se define a partir de las ausencias que tiene que llenar. Ser la protectora y proveedora de sus hermanos y después la de sus hijas. La obesidad no determina su identidad, sino su situación de vida familiar y económica.</p> <p>Ahora con la cirugía, empieza a ver más por ella y su esposo y a construir otra identidad.</p>	<p>El ser gordita es un elemento que define su identidad, pero no cobra relevancia gracias su personalidad, alegre, optimista y amiguera. Y la estabilidad económica, ayuda que no sea un conflicto.</p> <p>La trama se centra en los problemas de salud de sus hijos y ella y las consecuencias económicas de éstos.</p> <p>Ahora su identidad se construye a partir de los cambios en su cuerpo y los milagros que ocurren en la salud de ella y su familia.</p>	<p>El peso no define la identidad de Montse al inicio de su historia. Ella asume el rol de hogareña y pilar que permite la unión de su familia. El peso y sus problemas de salud se vuelven importantes porque permite que su familia se una más.</p> <p>Con la disminución de peso, busca seguir teniendo esta identidad, de mamá y pilar, pero de una manera más activa.</p>

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.*

Con respecto a la imagen corporal, el problema que se plantea para su análisis se da en la medida en que se reconoce que el cuerpo no es sólo un objeto sino que constituye el fundamento y la base misma de la experiencia, esto es el vehículo para pensar, sentir y actuar (Kirmayer, 1992, citado por García, 2009). El cuerpo, entonces, no es sólo la imagen corporal que puede ser analizada exclusivamente en el ámbito representacional. Por lo tanto, el desafío que se presenta es justamente restituir en nuestro análisis este doble carácter.

En el ámbito representacional se identificaron tres elementos importantes que sobresalieron en las entrevistas de las cuatro participantes: el cambio de forma de pensar el cuerpo, los cambios en las formas de reconocerse a sí mismas y la idea de maternidad, como motivación o como riesgo.

## Corporalidad

La construcción significativa del propio cuerpo es central para comprender la relación dialéctica entre las representaciones que subyacen en la atención y desatención del cuerpo con obesidad extrema. En las entrevistas hechas se identificaron tres temas que tuvieron relevancia: la comprensión del cuerpo a partir de la cirugía, el reconocimiento que el otro hace de su cuerpo y la maternidad como un proceso fundamental en la mujer (tenga o no tenga hijos).

En el siguiente cuadro retomo las ideas principales de cada mujer con respecto a estos temas:

**Cuadro 21. Elementos del análisis de la corporalidad de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

	<b>Linda</b>	<b>Marina</b>	<b>Julia</b>	<b>Karina</b>	<b>Montse</b>
<b>Maternidad</b>	El deseo de ser madre es la motivación principal para hacer la cirugía y seguir bajando de peso.	Es lo más importante para ella y lo que la motiva a seguir.	Es parte de la vida de la mujer y que implica sacrificios. Ahora puede disfrutar ser abuela.	Ha sido un riesgo pero fue lo que la motivó a hacerse la cirugía, seguir viva para sus hijos.	Ha asumido ese rol con sus hermanos pero por ahora no es algo que ella quiera para su vida.
<b>El cuerpo</b>	La religión y la cirugía han reformulado su forma de entender el cuerpo, como un cuerpo sagrado y un cuerpo nuevo.	La cirugía le permite ver de otra manera el cuerpo, como un esqueleto al que cubrimos de grasa y volumen. Pero que tiene una capacidad impresionante para recuperarse y dar vida.	La cirugía le permite comprender que hay muchas cosas que pasan en el cuerpo sin darse cuenta y que son cosas que se pueden detectar y revertir a tiempo.	La religión y la medicina son los medios por los que comprende el cuerpo, como un instrumento de Dios milagroso y complejo que sólo los médicos pueden atender.	Su cuerpo se vuelve relevante para ella a partir de los problemas de salud que sufrió. Ahora comprende los problemas que pueden darse por el peso.

<b>Reconocimiento</b>	<p>No siente que sea ella debido a la pérdida de cabello y los colgajos. "Está en un proceso de volverse a conocer y querer". Existe una preocupación por el reconocimiento de los otros (novio y clientes). Reconoce y platica sobre la cirugía, cree que es importante que otros sepan sobre eso.</p>	<p>A pesar de que ella se reconoce en el cuerpo que tiene ahora, al igual que su familia. Le preocupa que otros no la reconozcan (identifiquen). Prefiere que nadie sepa sobre la cirugía, por miedo a ser juzgada y a pensar que es algo fácil.</p>	<p>Antes, no tenía tiempo para verse al espejo y cuando tuvo tiempo ya no se reconocía en el cuerpo que tenía antes de la cirugía. Ahora siente que está en el cuerpo que le corresponde. No tiene problema de compartir que se hizo una cirugía a quien le pregunta.</p>	<p>Se reconoce en el cuerpo que tiene, pero aún siente que no es ella, siente que necesita bajar más de peso para sentirse a gusto en su cuerpo. Existe un reconocimiento positivo por parte de su familia e hijos. No habla de la cirugía, porque teme que la juzguen y no valoren su esfuerzo.</p>	<p>Ella se reconoce en el cuerpo que tiene ahora, porque puede hacer todo lo que no hacía antes. El reconocimiento de su familia nuclear y extensa es amplia. Comparte su experiencia como un ejemplo para los demás y para motivar a que su familia haga cambios. Tiene miedo de regresar al cuerpo de antes.</p>
-----------------------	---	--	---	--	--

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.*

Como parte de esta corporalidad es importante no perder de vista los problemas que se viven a través del cuerpo y como consecuencia de sus transformaciones internas. Por lo tanto, se recopilaron los malestares que han vivido después de la cirugía y las formas o estrategias que han integrado para atenderlos:

**Cuadro 22. Problemas de salud post operatorios del Bypass en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

<b>Cambio</b>	<b>Explicación/estrategia</b>	<b>Ejemplos</b>
Atragantarse (Más el primer año)	<p>Por no masticar, bocados grandes.</p> <p>Vomitara, aprender a masticar bien y bocados pequeños.</p>	<p><i>...fijese lo que la máquina perfecta que es el cuerpo humano... yo sentía que se me atoraba... pues yo sentía como me bajaba... la saliva... y era lo que yo vomitaba... porque yo no vomitaba el alimento... yo vomitaba esa salivación que se hacía...</i></p>
Intolerancia y náuseas. (Al principio más y menos frecuentes ahora)	<p>Por comidas muy calientes o no bien cocidas .</p> <p>Consumir los alimentos tibios. Calentar más las tortillas y cocer más los alimentos.</p>	<p><i>Ya se compensó a la intolerancia que había y que había... ahora muchas cosas las asimilo y como que ya se... estabilizó.</i></p>
Caída de	Por la falta de vitaminas.	<i>No es fácil que te vayas a quedar</i>

cabello (después de los primeros 6 meses)	Tomar vitamina E	<i>sin cabello... [risas] se cae tanto que dices tú: -¿y por qué tanto? -... o sea... "dejas la coladera..." lo que nunca...</i>
Peso (primer año y medio)	La cirugía funciona el primer año y medio, después deja de funcionar.	<i>... haz de cuenta... empecé lento y después fum! (...)se puede decir que fue año y medio trabajando y en este medio año... gané peso... porque yo quede en sesenta y tres sesenta y cuatro kilos... y ahorita peso setenta...</i>
Cansancio e insomnio (primer año)	Por la descompensación (algunas veces no sabían que tenía que ponerse bedoyecta® y tomar hierro)  Pastillas para dormir. Inyectarse cada 6 meses.	<i>Sí tuve dolor a la hora de que por ejemplo este... dormía... en ese tiempo usaba pastillas... para dormir por el... "CPAP..."</i>
Dolor en el estómago (más al principio y ahora menos frecuente)	Cuando se consume más de la cantidad de alimentos que tolera el estómago se satura y causa presión y dolor.  Recostarse del lado derecho para que se vacíe el estómago.	<i>Y ahora lo que hago es recostarme... sobre este lado... pasa una media hora y como que empieza el proceso de digestión se va vaciando y se pasa...</i>
Dumping	Es una sensación de mareo, se baja la presión a falta de energía y aire, somnolencia, agitación, visión borrosa y debilidad (como estar borracha).  El café de grano sin azúcar, agua mineral y un traguito de brandy.	<i>Por ejemplo, si tomo chocolate o un twinky, que no lo hago, me lo tomo y bum se me va para abajo. Me han explicado en Nutrición que ese un dumping (...) retortijones y pura náusea, pero sobre todo, que me baja la presión y lo peor que no puedo ni respirar bien...</i>
Gases y olor fuerte de las evacuaciones	Los primeros meses, los gases son más frecuentes, después disminuyen, pero las evacuaciones siguen teniendo olores muy desagradables y penetrantes.  Identificar los alimentos que causan mal olor, usar cerillos y aromatizantes más potentes.	<i>...me da pena con mi esposo... - ¡Cállate con mis hijos!-, ¿cómo les digo que no lo hagan en público si yo luego no puedo controlarlos?...</i>
Depresión (más el primer medio año)	Por la sensación de cansancio, de falta de fuerzas, de miedo de no saber qué le está pasando con su cuerpo, por dudas sobre	<i>Él [su esposo] me hacía entender... y me hacía como... que conformarme y como que para mí fue lo mejor que me</i>

	<p>si habían tomado la mejor decisión.</p> <p>Se supera al ver las mejoras, por las terapias y por el apoyo de familiares.</p>	<p><i>podieron hacer: -Si no, ¿te imaginas... cómo estarías de tus venas?- (...) pero muchas veces sí llore y sí me sentía tan mal... ya con la terapia... con todo eso, como que te hacen asimilar las cosas.</i></p>
<p>Dolor en los huesos (desde el primer año y más los últimos meses)</p>	<p>Por la descalcificación del embarazo y de la cirugía.</p> <p>Aumentar dosis de vitaminas.</p>	<p><i>...pues muchas veces que me siento mal... o que me dan así ... esos dolores, que me duelen los huesos y que no me quiero levantar porque me siento mal...</i></p>
<p>Colgajos (después del año)</p>	<p>Piel que sobra, por la disminución de peso.</p> <p>Fajas y cremas.</p> <p>El hacer ejercicio, caminar y ejercicio más intenso, permite compactarse.</p> <p>Cirugía plástica es una opción accesible.</p>	<p><i>Yo sí tengo colgajos, pero casi no..., así como que mi piel sí alcanzo a regenerarse (...) por ejemplo yo me veo en el espejo... ya perdí... más o menos por donde está mi ombligo... [señalando su abdomen alto], como que esta piel que está aquí [agarrándose piel del abdomen bajo]... ya sobra...</i></p>

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.*

Si comparamos los problemas identificados por las mujeres con los encontrados en los expedientes es posible identificar los percibidos y desapercibidos por cada grupo:

**Cuadro 23. Comparación de problemas percibidos por las mujeres y los identificados en los expedientes**

<b>Expediente</b>	<b>Mujeres entrevistadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digestivas: Estreñimiento, distensión abdominal, dolor abdominal, diarrea, dumping, hipoglucemias, vómito, mareos y dolor precordial.</li> <li>• Dermatológico: Piel seca, fragilidad de uñas, caída de cabello, manchas en la piel y ardor en la piel.</li> <li>• Urogenital: Incontinencia urinaria e infecciones urinarias.</li> <li>• Ginecológico: Amenorrea, riesgo embarazo, dismenorrea, disminución de la libido.</li> <li>• Cardiopulmonar: Fatiga, roncopatía, disnea, ortopnea, taquicardias, insuficiencia venosa y somnolencia.</li> <li>• Osteomuscular: Osteoartritis, hernias, artralgia, lumbalgia, dolor articulaciones y caídas.</li> <li>• Otros: Edema, cefalea, insomnio, crisis histéricas, astenia, adinamia, ansiedad e intolerancia al frío</li> </ul>	<p>Digestivas: atragantarse, intolerancia, nauseas, dolor en el estómago, dumping, gases y olores fuertes de las evacuaciones,</p> <p>Dermatológicas: caída del cabello,</p> <p>Cansancio e insomnio</p> <p>Depresión</p> <p>Dolor en los huesos</p> <p>Colgajos</p>

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas y datos de los expedientes.*

El cuadro anterior muestra la gran cantidad de problemas desapercibidos por las mujeres e identificados por los profesionales. Sobre todo es importante identificar en primer lugar si son percibidos, y en segundo si son reconocidos como problemas, y por último si son asociados a la cirugía bariátrica por las mujeres y por los profesionales. Sobre todo, los problemas ginecológicos no fueron identificados por las mujeres como problemas de índole médica o asociados a la cirugía: dos mujeres me compartieron problemas de esta índole (aborto espontáneo y disminución del deseo sexual) sin asociarlos a la cirugía. Puede ser que en los casos de las otras mujeres entrevistadas no hayan presentado ninguno de estos problemas o no los perciba como tal. La depresión es un problema identificado por todas las mujeres, aunque en ocasiones mencionaron que ellas no lo padecieron, pero que si no hubieran estado preparadas no habrían podido sobreponerse a la tristeza que genera el dejar de comer y la inseguridad que sienten sobre su decisión de operarse. Debido a la falta de seguimiento en la consulta de psicología o psiquiatría, es necesario retomar el seguimiento de esta debido a las implicaciones que esto puede tener.

De igual manera se identificaron cambios positivos con respecto a la cirugía y la utilidad que las mujeres perciben de la misma, se describen a continuación:

**Cuadro 24. Cambios o mejorías post operatorios del Bypass en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

<b>Cambios</b>	<b>Linda</b>	<b>Marina</b>	<b>Julia</b>	<b>Karina</b>	<b>Montse</b>
Disminución de medicamentos	Dejó de tomar medicamentos para presión arterial y el síndrome de ovario poliquístico.	Dejó de usar el CPAP.	Dejó de usar medicamentos para la diabetes y la presión arterial.	Dejó de tomar metformina.	Disminuyeron con respecto al inicio del tratamiento y dejó de usar oxígeno todo el tiempo.
Disminución dolor de piernas	Ahora nada y tiene mejor condición. Pero sigue teniendo problemas de circulación.	Ahora sale a caminar, sube y baja escaleras y va al gimnasio. Mejoró circulación e inflamación de piernas.	La operaron de las rodillas y aún tiene molestias, pero puede caminar más e ir a natación.	Tiene mejor condición física y se inflaman menos.	Ahora ya puede caminar y sale a la calle. Aún le cuesta trabajo subir y bajar escalones y no ha podido empezar con el ejercicio.
Mejora de la respiración	Si, no usaba CPAP desde antes.	Si, dejó CPAP	Sí, dejó el CPAP	Si, aunque sigue con CPAP	Si, dejó de usar Oxígeno, sigue con CPAP

Mejoraron evacuaciones	Más frecuentes cuando no consume hierro.	Más frecuentes cuando no consume hierro.	Más frecuentes cuando no consume hierro.	Más frecuentes cuando no consume hierro.	Más frecuentes cuando no consume hierro.
Estado de ánimo mejoró	Le está costando trabajo, siente que se enoja con más facilidad y tiene menos paciencia. Disminuyó la ansiedad.	Considera que mejoró mucho su autoestima y confianza. Se enoja menos y tiene menos ansiedad.	Mejoró su autoestima y su confianza en sí misma.	Se enoja menos, disminuyó la ansiedad y tiene más paciencia con sus hijos. Pero se deprime en ocasiones por complicaciones económicas.	Tiene más confianza y mayor autoestima.
Calidad de vida	Con relación a su actividad física, cada vez la disfruta más. Le gusta comer menos que antes.	Se siente con energía y se siente tranquila, cómoda para hacer sus actividades. Mientras consuma de vitaminas.	Puede hacer más cosas, andar en transporte público, viajar sola y no cansarse.	Tiene más energía, puede trasladarse a más lugares y se siente más cómoda con su cuerpo.	Ya puede salir de su casa, hacer todas sus actividades, ser más independiente.

**Fuente:** *Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.*

Con respecto a estos cambios, las mujeres que han presentado con más frecuencia e intensidad problemas gastrointestinales son aquellas que mayor disminución de peso han tenido (Marina y Lina). Aquellas que no presentaron tantos problemas gastrointestinales pero han tenido problemas de movilidad posquirúrgicos, como cirugía de rodilla (Julia) y un lento proceso de rehabilitación (Montse) han tenido una disminución moderada después de la cirugía, en comparación a la gran cantidad de peso que bajaron antes de la misma y, en el caso de Karina que no tuvo problemas gastrointestinales pero expresa que sus problemas más importantes están relacionado con la depresión postquirúrgica, ha tenido una disminución menor de peso.

En general las cinco mujeres evalúan como positivos los resultados de la cirugía y tienen una percepción de éxito y beneficios en diferentes ámbitos de su vida, sobre todo los cambios a nivel físico, el impacto positivo en la realización de las actividades cotidianas y, en el caso de las mujeres casadas, mejoras en la sexualidad con la pareja.

Esto nos puede llevar a considerar que entre mayores problemas físicos, es más probable tener un mayor seguimiento y acompañamiento de profesionales en salud. Pero los problemas

emocionales favorecen a la desatención y la inasistencia al seguimiento a pesar de la presencia de problemas de salud. Es importante considerar lo anterior para buscar estrategias de atención que ayuden a evitar dichas situaciones.

## 5.2 Cuerpo Socio-cultural

Es importante comprender las formas de entender la obesidad que son construidas a partir de la experiencia y los discursos que nos rodean. ¿De qué manera influye en las prácticas de atención o desatención en salud, los modelos explicativos de la obesidad? En las mujeres entrevistadas, las formas de entender la obesidad han cambiado a lo largo de su trayectoria de atención y sobre todo los cambios ocurridos a raíz de la cirugía, han influido de manera importante en la comprensión actual. A continuación se presentan los elementos principales que coincidieron en las narrativas de las mujeres entrevistadas.

### Modelos Explicativos

La cirugía no sólo cambia la forma de entender el cuerpo. También, la forma de entender la obesidad, las causas, consecuencias de la misma, los recursos para atenderla y la forma de entender la misma cirugía. Con el modelo comprensivo se posiciona esta forma de comprender la obesidad como un conocimiento valioso y que necesita ser considerado y estudiado con mayor profundidad.

**Cuadro 25. Modelos Explicativos (MES) de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Obesidad	Lo comprende como volumen de grasa que recubre el cuerpo (todas). Enfermedad silenciosa y mortal (Linda y Karina). Ejerce cambios importantes en el cuerpo de manera desapercibida (todas). Antes pensaban que al engordar, todo su cuerpo engordaba. Ahora saben que el esqueleto se queda igual (Marina y Linda). Lo asocia a enfermedades pero no la define como enfermedad (Marina, Julia y Montse). Enfermedad que está relacionada con las emociones (Marina, Karina y Julia). No está relacionada a las emociones (Montse). Diferencia del nombrar a alguien gordito como una forma de hablar con cariño y el	<i>...es que tú cuerpo está muy... sobrepasado, de grasa, volumen (...)</i>  <i>Yo imaginaba... que al engordar yo engordaba todo... pero en realidad lo que engorda es el volumen, y la masa, y el cuerpo... pero el esqueleto de todos es el mismo...</i>

	de nombrarle obeso es hiriente, más cruel (todas).	
Causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genética: no cree que tenga tanta influencia, considera que son cosas que desarrolla el cuerpo (Marina). La genética ejerce una gran influencia (todas las demás).</li> <li>• Enfermedades: hay enfermedades que no te deja bajar de peso, aunque llesves la dieta y hagas ejercicio (como el hipotiroidismo y problemas hormonales) (todas).</li> <li>• Medicamentos: por las anfetaminas que te dañan tu cuerpo (todas).</li> <li>• Mala alimentación y falta de ejercicio: menciona que los dos van de la mano (todas).</li> <li>• El descuido: piensa que es todo lo que dejas de hacer por atender a tu familia, dejando de lado tu cuerpo y tu salud (todas).</li> <li>• Depresión: se relaciona con el descuido, pero es más difícil de resolver (Marina, Karina, Julia).</li> <li>• No se tiene cultura de prevención: uno se atiende hasta que está enfermo (Marina, Julia).</li> <li>• Económicas: por falta de dinero para comprar alimentos y cocinarlos (Montse y Karina).</li> </ul>	<p><i>...es descuido porque por ejemplo... se te va en que... lavar mamilas, pañales y ya no piensas en ti ...</i></p> <p><i>...ya entiendes muchas cosas, cosas que (...) vives en la ignorancia o te crían tan a la antigua que no hay esa... como comunicación (...) vas al médico porque ya estas enfermo, no antes...</i></p>
Consecuencias	<p>Enfermedades: diabetes, hipertensión, mala circulación, de la respiración, várices.</p> <p>Problemas: no poder embarazarse, fracturas y lesiones, cansancio, falta de energía.</p> <p>Emocionales: poca autoestima, inseguridad, frustración, retraimiento, mal humor, culpa.</p> <p>Falta de ropa, asientos, medias para las várices.</p> <p>Dolores de cabeza, estreñimiento.</p> <p>Falta de movilidad, no poder trasladarse en transporte público.</p> <p>Relaciones con otros: vergüenza, dependencia y búsqueda de aceptación.</p>	<p><i>A mí me daba mucha pena caminar, o sea intentaba correr un poco en el campo y así como que todos te voltean a ver...</i></p> <p><i>Pero ahora veo... y ahora salgo a la calle... porque antes no salía (...) como que todo te lleva a una depresión... a un círculo del que no sales...</i></p>
Recursos para la atención	Milagrosos: algunos son peligrosos y dañan tu cuerpo (sobre todo los tomados), otros sólo te hacen gastar mucho dinero como los	<i>Porque un balín no va hacer ejercicio... por ti... un balín no</i>

	<p>que venden en la televisión.</p> <p>Naturales: balines, dietas, acupuntura, te ayudan “un poco como 2%”, pero se basa en la dieta y el ejercicio que hagas. Todo lo que se unte.</p> <p>Médicos: no todos son buenos, hay que saber escogerlos. Hay que investigar que hace y para que sirve cada uno.</p> <p>Psicólogo, nutriólogo, endocrinólogo, cirujano, psiquiatra, neumólogo.</p>	<p><i>va a comer (...) yo pienso quizás sí tenga... un poco de, que acción sobre... pero un 100%... lo pone uno... eso será dos por ciento... y el restante es de uno...</i></p> <p><i>..hay que ir con un especialista porque... no sabes la realidad que tenemos dentro... no sabes qué es una terapia ni para qué te sirve...porque vienes de una familia donde no es algo normal... donde no sabes ni para qué sirve.</i></p>
<p>Cirugía bariátrica</p>	<p>Coinciden en que en el momento de la cirugía no comprendieron lo que pasó, no sabían el riesgo que corrían. Le explicaron en el curso y en el folleto de qué se trataba, pero sólo veían los beneficios y no sabían sobre las complicaciones. Ahora gracias a los programas que han visto en la televisión les queda más claro.</p> <p>Aún tienen dudas de qué operación les hicieron, si manga o bypass, de cómo quedó su estómago.</p> <p>Piensan que es difícil prepararse para lo que viene después de la cirugía.</p> <p>Les gustaría que su familia asistiera a los cursos, porque a veces no los apoyan.</p> <p>Consideran que es una cirugía de gran magnitud que no se debe indicar a cualquiera.</p> <p>Tres de ellas siguen pagando la cirugía, debido a que subieron los costos por complicaciones.</p>	<p><i>Decían que hacían dos cirugías, que el de la manga... y el baipás... cuando cortan el estómago y cortan... y el intestino... queda como más directo... algo así...</i></p> <p><i>No abordo lo de la cirugía porque, hay gente que no lo va entender y se va querer operar así de la nada y hay que pasar por un proceso muy largo no es de que “quiero, vengo y opérenme”.</i></p>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

## Alimentación

Ahora la alimentación es la principal conducta que ha cambiado en las mujeres. Explican que el primer año es el más difícil: por un lado no toleran muchos alimentos y por otro sienten más hambre que nunca. Señalan algunas que fue la primera vez en su vida que sintieron hambre de verdad.

La forma de explicarse esto es debido a la “descompensación” que comprenden como la situación que se da cuando tu cuerpo no está nutriéndose. Lo ejemplifican diciendo que los primeros seis meses es cuando sienten que el cuerpo se descompensa, porque no es suficiente para el cuerpo que tenían, pero después se va adaptando:

*...y antes yo sentía que lo poquito que ingería, no alimentaba el cuerpesote que tenía... al principio, [mmh]... como a los primeros siete meses... ahora que... pues que ya son tantos kilos menos, como que se adaptó, ahora lo que ingiero ya es lo que necesita mi cuerpo...*

En cuanto a los cambios que sintieron en su cuerpo después de a cirugía, me comentan que a pesar de que les explican cómo se debe comer, muchas cosas las comprendieron hasta que las experimentaron sobre todo el primer año.

*El primer año es siempre de experimentación, ver que le cae bien a cada persona. Yo creo que por haber comido o haber probado algo indebido que no sabía que no me caía y que me causaba cosas...*

Me explican que han identificado lo que le pasa a su cuerpo con ciertos alimentos, pero que muchas veces tiene más que ver con la cantidad y que el modo de preparación, pero en términos generales experimenta lo siguiente:

**Cuadro 26. Alimentos y sus efectos post operatorios de las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

Clasificación	Alimentos	Descripción
<i>Alergia</i>	Carne de puerco, huevo y carne de res	Comezón en las heridas Escalofríos y estremecimiento
<i>Irritantes</i>	Salsa de jitomate, chiles rojos, mole, cátsup, suplemento de hierro	Gastritis, dolor lado izquierdo y reflujo
<i>Intolerancias</i>	Lácteos pesados (yogurt, rema, queso amarillo y Oaxaca), papaya, mango, nopales	Diarrea y retortijones
<i>Obstruye</i>	Arroz, tortilla, atún	Náuseas, salivación y dolor
<i>“Abotijan”</i>	Frijoles, lentejas, habas	Gases, inflamación
<i>Dumping</i>	Azúcar, pan, harinas, café de tiendas de la esquina	Corazón acelerado, ganas de desmayarse y mucho sueño.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

## **Modos de comer y cocinar**

Identifican aquellas que asistieron al Programa de Atención a Pacientes con Obesidad (PAPO) de la Clínica de Obesidad del INCMNSZ que aprendieron a comer sus colaciones, a tener horarios, a comer más despacio.

Comentan que las formas de cocinar han cambiado, antes le dedicaba más tiempo a cocinar y ahora es más rápida la preparación porque ya no guisan:

*..mucho antes a lo mejor comía porque... pues era la hora de comer... pero no le pones el mayor cuidado, a lo mejor, desayunas comes y cenas... ahora desayuno, como y ceno pero también tengo mis colaciones intermedias...*

*Sí cambia, todo cambia. O sea, el tiempo, el espacio ahora digo: -Creo que cocino más rápido-... Como que todo era muy... haz de cuenta, que si con su salsita, que si con su jitomate, que si esto... Ahora, a lo mejor desinfecto todas las verduras y las puedo juntar, la llevo a la vaporera y los meto cinco minutos y les pongo un poquito de sal...*

Las mujeres que han tenido mayores problemas gastrointestinales son las que más han acudido a su seguimiento y menos peso han ganado, ya que han cambiado sus modos de comer. Por ejemplo Marina nos dice:

*Ahora yo como la mitad de lo que tengo (...), mastico y espero, que te gusta unos diez minutos, (...) una pausa para darle tiempo a que baje (...) y me lo puedo comer todo...*

El ser las encargadas de la alimentación de la familia favorece el apego al plan de alimentación como el caso de Marina y Julia. Pero, cuando dependen de los que otros preparen, tienen dificultad para llevar algunos los cambios en su alimentación como son los casos de Karina y Linda. En el caso de Linda a pesar de no preparar sus alimentos, su familia últimamente se ha solidarizado con ella porque también desean bajar de peso. Montse es la encargada de preparar los alimentos, siempre tienen visitas en la casa y le piden que prepare otro tipo de alimentos, por lo que llega a estar picando de más y con mayor frecuencia, porque come con todos los que van llegando y las visitas. Desde hace tiempo ha usado como estrategia tomar mucho líquido durante las comidas para llenarse, sin saber que eso le aumenta el volumen de su estómago. Al saberlo piensa que eso puede ser lo que haya influido en su aumento de apetito y tolerancia.

## **Actividad física**

Antes de la cirugía el incorporar la actividad física era un aspecto difícil para las mujeres entrevistadas. Se percibía como una actividad difícil, poco agradable y con pocos resultados.

De las razones que antes de la cirugía obstaculizaban realizar ejercicio era falta de hábito, falta de tiempo, desidia, pena por las críticas, falta de energía, dolor en las rodillas y pies, falta de ropa cómoda, actividades poco accesibles (como la natación, o caminar en un parque).

Ahora, cuatro de ellas han incorporado la actividad física como parte de sus hábitos, una de las razones son los efectos que tiene en la piel (disminución de colgajos), por la disminución de dolor en las rodillas y pies, por el aumento de energía y porque la cirugía ya dejó de funcionar y quieren seguir bajando de peso.

**Cuadro 27. Actividad física y sus resultados post operatorios en las mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

<b>Participante</b>	<b>Ejercicio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Linda</b>	Natación 30-60min, 3 días a la semana. Al principio intentó hacer zumba pero se lastimó y descubrió que la natación le gusta y la disfruta.	Mejora en la tonificación de sus brazos y abdomen. Siente que le acelera el metabolismo.
<b>Marina</b>	Caminadora o clases de cardio 30-60min 2-3 días a la semana.	Se siente con más energía y ánimo en el día. Piensa que eso la a compactado y evitado colgajos.
<b>Julia</b>	Natación 2hrs. Un día a la semana.	No puede ir más días por cuestión de tiempo. Pero comenta que lo disfruta y no ha visto resultados pero sigue yendo porque es un tiempo para ella.
<b>Karina</b>	Caminadora y trotar 30min 3-4 días a la semana.	Le gusta y se siente con más energía. Cree que es lo que más le ha ayudado a bajar de peso y mejorar su respiración.
<b>Montse</b>	Rehabilitación los primeros 6 meses después de la cirugía.	Antes y después de la cirugía estuvo yendo una fisioterapeuta a su casa, gracias a esos ejercicio pudo volver a caminar. No ha empezado el ejercicio porque no ha encontrado un buen lugar para hacerlo.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

### **5.3 Cuerpo Político**

El concepto de estructura de Giddens (1995) es importante para el estudio ya que nos permitió identificar cómo las reglas y normas institucionales son utilizadas e interpretadas por las mujeres para atender sus problemas de salud.

En este nivel, es importante considerar que influye el tiempo generacional de la paciente, en la forma de interpretar las reglas y normas, no sólo institucionales, también de la relación médico-paciente:

- Para Marina y Julia, ha sido un reto el comprender, qué diferencia hay entre cada nivel de atención y entre cada especialidad. Han aprendido a respetar a los médicos, por lo tanto muchas veces se guardan sus preguntas y cuando las han llegado a regañar a pesar de estar equivocados no dicen nada.
- En los casos de Linda y Karina, han aprendido a atenderse en diferentes instituciones y a expresar sus dudas y molestias, Linda gracias a su tío médico y Karina por su experiencia con sus embarazos y la atención a sus hijos.
- Montse, a pesar de ser la más joven, no ha tenido mucha experiencia en tratar directamente con los profesionales, porque su familia siempre ha sido mediadora y la tomadora de decisiones. Ahora cada vez más se hace cargo de su atención.

**Cuadro 28. Interpretación de las reglas y normas de mujeres entrevistadas en el periodo de mayo-agosto 2015**

<b>Regla o norma</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Ejemplo</b>
En el INCMNSZ se atienden a personas sin seguro social y/o con un problema de salud que no pueda ser atendido en otra institución.	Para ser atendidos en el INCMNSZ, no puedes tener algún tipo de seguridad social.	<i>A mí alguna vez me dijeron que si tenía seguro no me atendían... nunca he tramitado, ni el Popular...pero, qué crees que sí... estoy así, como que tentada hacerlo porque muchos estudios o muchos tratamientos médicos para mis hijos son caros...</i>
En la Clínica de Obesidad se atienden personas con un IMC mayor a 30 y con un problema de salud de difícil control.	Sólo se atiende a personas que pesen más de 100kg.	<i>Ella vino aquí para ver si la trataban por sobrepeso... pero dice que cuando ella pidió la consulta, le dijeron que tenía que pesar más de cien kilos...</i>
El Instituto tiene protocolos de investigación en los cuales pueden participar los pacientes, su participación no afectará en su atención.	Si participas en protocolos es más probable que te operen.	<i>Yo me sometí al PAPO... yo me metí muchos como protocolos... fue lo que me ayudó a llegar hasta cirugía...</i>
Es necesario bajar de peso antes de la cirugía para disminuir el riesgo quirúrgico y poder incorporar los cambios en la alimentación, con mayor facilidad.	Si no bajas de peso antes de la cirugía no te pueden operar.	<i>...pero ese lo tomé (Prozac® y azafrán) cuando me dijeron que tenía que bajar para que me operaran. Este me lo tomé. Y sí, bajé 13 kilos...</i>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

## Biopoder

La noción de *biopoder* permitió identificar los mecanismos que permiten el control de los cuerpos individuales y sociales de las mujeres entrevistadas. El control no se califica *a priori* como negativo o positivo, sino después de identificarse en las narrativas de las mujeres entrevistadas, es evaluado por los efectos en el cuerpo vivido y en el cuerpo social. En las narrativas sobresalieron tres esferas de control de los cuerpos que llamé autocontrol, control público y control médico.

Con respecto del *autocontrol*, se enfatiza la responsabilidad individual de mantener un peso ideal. El autocontrol es bien visto, por reflejar disciplina y voluntad, al mismo tiempo el autocontrol se relaciona con prácticas alimentarias estrictas, complicadas y que implican mucho esfuerzo. Cuando el autocontrol es parte de nuestros hábitos y están en consonancia con nuestro entorno social, tiene efectos positivos. Pero cuando el autocontrol implica prácticas alimentarias o de actividad física incongruentes con nuestra realidad, tiene efectos negativos, sobre todo a nivel emocional. Antes de la cirugía es difícil llevar un autocontrol en la alimentación y en la práctica de ejercicio, por lo tanto la cirugía es un tratamiento que ayuda limitando al cuerpo para que se autocontrole.

El *control público* busca vender la idea de que el control del peso es algo fácil, accesible y sin esfuerzos. A partir de este discurso lo importante no es la salud o la prevención de enfermedades, más bien es la disminución de peso a toda costa. Lo que ayuda al control es el uso de clínicas clandestinas para bajar de peso, productos de moda, licuados, vendas, terapias usadas por artistas, suplementos, etc. Como lo importante es verse bien y tener un cuerpo delgado las consecuencias de dichos tratamientos pasan a segundo plano, ya que se logra bajar de peso aunque se ponga en riesgo la salud. Se considera este tipo de control como negativo.

El *control médico* busca promover un estado de salud individual el peso es un elemento clave para ese estado de salud, pero algunas prácticas médicas pueden confundirse y tener efectos negativos. A continuación se hace un balance de las mismas, observando que es posible llevar a cabo las mismas prácticas de control de los cuerpos de forma negativa y positiva.

**Cuadro 29. Balance de las prácticas de control del cuerpo**

<b>Práctica</b>	<b>Negativa</b>	<b>Positiva</b>
<b>Control del peso corporal</b>	Enfatizando el peso normal como sano y el anormal como enfermo y en la responsabilidad individual, sin abordar otros elementos sociales.	Con un enfoque integral que permita ver el peso como parte de un todo en el mantenimiento de una buena salud y ponga el foco en los hábitos colectivos y ambientes saludables.
<b>Discurso contra la obesidad</b>	Al no contar con políticas públicas que promuevan el control de formas de atención peligrosas para la salud (productos milagro, clínicas clandestinas). Éstas se convierten en la primer forma de atención.	Favorecer políticas que permitan un mayor acceso a servicios de calidad en el primer nivel de atención y profesionales sensibles a la problemática del paciente con obesidad.
<b>Atención y prevención a la obesidad.</b>	En modelos pasivos y paternalistas. Donde el éxito de los programas se centran en el peso, se pierde el interés en cuanto no hay cambios.	Modelos participativos y de promoción a la salud, que empoderen a los pacientes y profesionales de salud.
<b>Atención quirúrgica de la obesidad</b>	Clínicas que no incluyan modelos integrales y de preparación pre-quirúrgica, atención y seguimiento y control post-quirúrgico adecuado. Que posicionen a la cirugía al nivel de las clínicas clandestinas.	Favorecer la aplicación de protocolos integrales y participativos donde los pacientes tengan un rol activo y se conviertan en promotores de estilos de vida saludables.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

### ***Conclusiones del capítulo***

A lo largo del capítulo se perfilaron los principales elementos de los niveles de análisis del cuerpo que nos permiten comprender desde diferentes perspectivas la obesidad y su atención.

- Desde el nivel individual, se pudo identificar que la propuesta de identidad narrativa de Ricoeur, (1995) nos permite analizar el papel de la obesidad en el proceso de construcción de la identidad individual, en el caso de las mujeres entrevistadas se pudo identificar tres procesos diferentes: gordita pero bonita, gordita pero buena onda y gordita desapercibida. Cada proceso tiene efectos diferentes en la re-configuración y re-conocimiento del propio cuerpo después de la cirugía, siendo más difícil aceptarse en el primero (gordita pero bonita), que en los últimos dos. Estos procesos influyen en la re-configuración de la identidad después de la cirugía. Dicho proceso de re-configuración al ser abordado con la propuesta de alternación de Berger

y Luckmann, (1968) nos permite comprender la importancia del nivel afectivo y emocional para una alternación exitosa.

- A partir del análisis de la corporalidad, se identificaron los elementos más relevantes que influyen en la manera de concebir su cuerpo, que fueron la forma de comprender el cuerpo después de la cirugía, el reconocimiento de su propio cuerpo como suyo y la maternidad. También a partir de la corporalidad se pudieron identificar los principales problemas de salud que experimentan las mujeres después de la cirugía y las formas de entenderlos y atenderlos. La mayoría de las estrategias se encuentran en el nivel de la autoatención. También se identificaron los problemas que no son percibidos por las mujeres y sí son percibidos en el expediente por profesionales de salud, lo cual implica un riesgo para el desarrollo o complicación de algunos problemas.
- En el nivel social, se identificó que la trayectoria de atención es la herramienta conceptual que mejor nos permite comprender la construcción de la obesidad. Ya que es posible entender a través de ella, cómo se van configurando los modelos explicativos de la obesidad antes y después de la cirugía y al igual que los hábitos de alimentación y actividad física.
- Se expusieron las principales coincidencias y diferencias entre las formas de entender la obesidad de cada mujer, se observa que tienen mucha concordancia con el discurso médico y nutricional, sin embargo también están relacionadas con su experiencia y resultados después de la cirugía. Llama la atención que una causa de obesidad es “el descuido”, el cual es un elemento que debe ser estudiado y abordado en la consulta.
- Se tiene un conocimiento amplio de los recursos para la atención y se coincide en aquellos que son más riesgosos (“milagrosos” y tomados), los menos riesgosos (naturales y “untados”) y los más seguros (los médicos). Coinciden en la falta de comprensión sobre la cirugía que les hicieron, los efectos a largo plazo y la forma en que ahora funciona su estómago.
- En el nivel del cuerpo político, se mostraron cómo las formas de interpretar las reglas y normas institucionales influyen en la atención de la obesidad y que muchas veces el tiempo generacional, influye en las formas de interpretar estas normas y de llevar la relación médico-paciente.
- Con respecto al biopoder, es un concepto útil para identificar las prácticas de control de los cuerpos que favorecen la construcción de la obesidad. Considero que ciertas

prácticas de control pueden ser llevadas de manera positiva, al regresarle al sujeto –en este caso a la mujer– el poder sobre su cuerpo y se orienten más a la salud y no al peso corporal.

La información compartida por las mujeres entrevistadas nos permiten comenzar a delinear propuestas que permitan una atención más incluyente y que permita prevenir problemas de salud. A continuación se mencionan algunas propuestas:

- 1) Incluir la trayectoria de atención de la obesidad, su percepción, efectos y evaluación, como elemento de análisis en la historia clínica de los pacientes antes de ser considerados para la cirugía bariátrica.
- 2) Favorecer el proceso narrativo en las interacciones terapéuticas, no sólo con los psicólogos o psiquiatras, sino en cada especialidad y área. Lo anterior con el objetivo de dar la oportunidad de establecer una colaboración activa y crear nuevas formas de entender el mismo padecimiento (tanto para los pacientes como los profesionales de salud).
- 3) Identificar el rol de la obesidad en la construcción de la identidad narrativa y que tipo de problematización de la obesidad es la que motiva a cada usuaria a optar por la cirugía bariátrica.
- 4) Tener cursos de preparación a la cirugía más incluyentes, que pueda ser de más de una sesión y se aborden no sólo temas médicos, también económicos, sociales y psicológicos.
- 5) En el seguimiento después de la cirugía, además de atender los diagnósticos o complicaciones médicas, incluir en los problemas que ellas han identificado como importantes para su evolución.
- 6) Construir modelos participativos, donde las mujeres operadas se conviertan en promotoras de nutrición y ejercicio, tanto para la preparación de las pacientes que buscan ser operadas y para el seguimiento de aquellas que ya han sido operadas.

## ***Propuesta: Cédula de atención y seguimiento con indicadores bioculturales***

Esta propuesta es una guía de elementos que pueden ser incluidos para comenzar el proceso narrativo en las interacciones terapéuticas e identificar elementos clave para el seguimiento. Para que el uso adecuado de esta cédula, es importante una capacitación previa de los profesionales, con relación a las narrativas del padecer y el modelo comprensivo de la obesidad.

### **1. Datos Generales:**

**2. Inicio de obesidad** (Momento(s) o evento(s) de la vida y edad con las que relaciona el aumento de peso)

*Ej.: Infancia después de la muerte de su madre empezó a subir de peso, a los 15 años por el rebote después de la restricciones hechas para bajar de peso para la fiesta de XV, a los 30 años después del primer embarazo, etc....*

### **3. Motivo de la elección de la cirugía**

*Ej.: Porque se la ofrecieron en el instituto y se la recomendó una amiga.*

### **4. Problemas relacionados con la obesidad**

*Ej.: Incapacitantes (no puede moverse sin ayuda de alguien más, tienen problemas severos de SAHOS y diabetes),  
No incapacitantes (no presenta complicaciones en sus comorbilidades, várices, dolor de rodillas, glucosa alterada en el ayuno)*

### **5. Expectativas de la cirugía**

*Ej.: tener hijos cuando baje de peso.*

### **6. Función de la cirugía y consecuencias positivas y negativas.**

*Ej.: Cree que se corta el intestino y que eso le va ayudar a que se le quite el hambre, a bajar rápidamente de peso y curar sus enfermedades. Los cambios negativos que identifica es que ya no va a poder comer lo que le gusta.*

### **7. Trayectoria de atención** (Ver cuadros del capítulo 4)

<b>Momento de vida</b>	<b>Profesional</b>	<b>Recurso/tratamiento</b>	<b>Resultado</b>

### Seguimiento de problemas después de la cirugía

A continuación se proponen algunos elementos que serían importantes incluir en el seguimiento para pacientes ya operados. Comparando lo que percibe el profesional de salud con lo que identifican los pacientes.

### Problemas de salud relacionados a la cirugía

Profesional de salud	Paciente
<ul style="list-style-type: none"><li>• Digestivas:</li><li>• Dermatológico:</li><li>• Urogenital:</li><li>• Ginecológico:</li><li>• Cardiopulmonar:</li><li>• Osteomuscular:</li><li>• Otros:</li></ul>	

**Trayectoria de atención** (Ver cuadros del capítulo 4) Es importante seguir explorando los recursos que se utilizan después de la cirugía.

Momento de vida	Profesional	Recurso/tratamiento	Resultado

### Identificación de alimentos y sus efectos

Malestar	Alimentos	Descripción
<i>Alergia/ ronchas y comezón.</i>		
<i>Irritantes/gastritis</i>		
<i>Intolerancias/diarrea</i>		
<i>Obstrucción (atragantarse)</i>		
<i>Estreñimiento</i>		
<i>Inflamación y gases</i>		
<i>Dumping</i>		
<i>Escalofríos</i>		

## CONCLUSIONES FINALES

Al acercarme a la antropología en salud para abordar la problemática que gira alrededor de la obesidad extrema, buscaba tener una perspectiva reflexiva que me permitiera cuestionar el carácter natural de muchas nociones que han hecho posible la construcción de la misma obesidad como enfermedad. El reto al diseñar el modelo teórico-metodológico para el desarrollo de una representación comprensiva de la obesidad extrema (capítulo 2), estribó en cómo hacer objeto de estudio el cuerpo/persona con obesidad mórbida, sin despojarlo de su carácter vivo. Ya que muchas veces al incluir el cuerpo en disciplinas sociales la cuestión de las prácticas, las emociones, la identidad, las representaciones, pueden entenderse ignorando la condición corporal humana, así como en las ciencias médicas puede estudiarse la obesidad sin incluir a la persona.

El modelo comprensivo que diseñé para el análisis de la obesidad tiene como eje central el cuerpo/persona. Es decir, que parte del reconocimiento de la experiencia de la persona con su padecimiento, su historia de vida, sus emociones y de sus características biológicas, para comprender cómo se articulan elementos específicos de los componentes biológico, psico-social, socio-cultural y político, en la trayectoria de atención. Por lo tanto, la nueva representación comprensiva no excluye las representaciones de la obesidad como una enfermedad, como un trastorno de la conducta alimentaria, como un padecimiento o como un problema social: al contrario, las incluye en la medida que van siendo relevantes en la trayectoria de atención. Por ello, la trayectoria de atención del padecimiento de la persona con obesidad es una herramienta que no puede ser ignorada si lo que se busca es comprender la construcción de la obesidad, los efectos de los tratamientos, las condiciones que llevan a las mujeres a usar la cirugía bariátrica y la construcción de la nueva condición después de la cirugía.

Ante la pregunta de investigación planteada al inicio de la tesis sobre *cómo se relaciona la trayectoria de atención del padecimiento, con el desarrollo de la obesidad severa y el uso de la cirugía bariátrica*, considero que la tesis pudo mostrar que la trayectoria de atención de la obesidad forma parte fundamental del desarrollo de la obesidad severa en las mujeres que formaron parte de la investigación. Partimos de que en las mujeres entrevistadas se inició dicha trayectoria atendiendo el problema del peso, no de la obesidad. Por esto, los elementos principales que se relacionan con el desarrollo de la obesidad severa son:

- Que la obesidad pasa desapercibida por las mujeres entrevistadas, lo que hace que el inicio de la trayectoria de atención esté mediado por la percepción de otros, hecho que favorece a que se sigan utilizando recursos y tratamientos a pesar de los efectos secundarios, ya que sólo se busca aliviar o resolver el problema del peso.

- Los efectos de los recursos y tratamientos utilizados inicialmente, son los que favorecen un mayor aumento de peso y por consiguiente la obesidad severa.

- Hasta que es vista como un problema de salud relevante comienza a ser atendida, es decir ocuparse de ella de manera más interesada e intencionada, y es entonces cuando entra la cirugía bariátrica como una opción que busca atender la obesidad como enfermedad.

Una de las hipótesis iniciales consideraba que la mujer con obesidad severa inicia la atención de su padecimiento mucho antes de presentar obesidad o problemas de salud, donde la elección de tratamientos está mediada por la percepción de la obesidad como un problema permanente. Una pensaría que lo más normal es que hasta que una persona presenta obesidad o algún problema de salud derivado de ellos, inicia su atención. En este estudio dos de las mujeres iniciaron su atención presentando ya obesidad, pero en el caso de tres de las mujeres entrevistadas se pudo observar que se inicia a tratar el peso (no la obesidad), antes de presentar obesidad o un problema de salud. En lo que sí coincidieron todas las mujeres entrevistadas, fue que la decisión de iniciar su tratamiento (ojo, no atención) más que estar mediada por la percepción personal de la obesidad como un problema, fue influida por otras personas (maestra, mamá, familiares, amigas y médicos) que eran quienes identificaban el peso como problema y recomendaban el tratamiento (dietas y gotitas o pastillas para bajar de peso). Al iniciar la trayectoria de atención la percepción del problema no es propia de las mujeres, sino que está mediada por otro.

En esta misma hipótesis se planteaba que al percibir la obesidad como un problema permanente, la seguirían considerando como problema después de la cirugía. Sorprendió escuchar en las entrevistas, que ellas ya no consideraran que padecen obesidad. Pero, si consideramos la clasificación por IMC cuatro de ellas siguen presentando obesidad clase 1, clase 2 o extrema. Después de 2 o 3 años de haberse operado, todas han empezado a aumentar de peso, de 1-5kg, pero su valoración personal de la cirugía sigue siendo de éxito. Ya no consideran el peso un problema de salud, ahora su principal problema son los colgajos.

A pesar de no percibir la obesidad como problema, siguen padeciendo cierta insatisfacción o preocupación por el peso. Se observó que el discurso del riesgo permanece en sus relatos, ya

que el hecho de que todas estén presentando un aumento de peso, las hace temer regresar a la condición incapacitante en la que llegaron a estar y, por otro lado, existe preocupación y desconocimiento de los efectos que pueda tener la cirugía en su salud a largo plazo.

Con respecto a las decisiones tomadas a lo largo de la trayectoria de atención, se había propuesto la hipótesis sobre la dependencia de éstas con respecto a los modelos explicativos de la enfermedad, la imagen corporal, las relaciones interpersonales, los cambios físicos y el estilo de vida. Como resultado de las entrevistas vimos que a pesar de que los modelos explicativos de la obesidad y la imagen corporal toman relevancia antes y después de la cirugía, no determinan del todo las decisiones tomadas por las mujeres. Las principales influencias en las decisiones para la atención al peso o a la obesidad de las mujeres entrevistadas, fueron la percepción de los otros sobre su problema y los efectos incapacitantes (emocional o físicamente) de su obesidad.

Anteriormente consideraba que la cirugía bariátrica entraba en la trayectoria de atención como un recurso más para la reducción de peso. Para las cinco mujeres la cirugía bariátrica era vista como la cura para su obesidad, por lo tanto la decisión de operarse fue por deseo personal o sugerencia médica y fue vista como un premio por su esfuerzo.

Podemos ver que además de poder refutar la mayoría de las hipótesis iniciales fue posible encontrar otros elementos importantes que nos ayudan a comprender un poco más la relevancia de estudiar con profundidad la trayectoria de atención, lo que influye en el uso recursos y formas de atención.

Pudimos identificar algunas representaciones sociales del cuerpo, la alimentación y el riesgo, que pueden influir en la percepción de la obesidad como problema estético, social, mental o de salud, que favorece o no la búsqueda e integración de una o más formas de atención.

Con respecto a la integración de una o más formas de atención, se identificó en algunas mujeres su utilización durante la preparación para la cirugía y después de ella, ya que algunas continúan usando recursos que consideran inocuos, para seguir bajando de peso y evitar los colgajos como pastillas, licuados, cremas y fajas.

Con esto se resalta la importancia que tiene que los profesionales de salud nos intereseamos más por conocer y la trayectoria de atención de nuestros pacientes, dado que se suele asumir que los pacientes comprenden al igual que nosotros la obesidad: que comprenden claramente lo que implica la cirugía y que consideran la medicina como el único recurso válido para atender sus problemas de salud y que ya no se recurrirá a otras formas de atención.

Gracias a la riqueza de conocimiento que puede construirse a partir de las trayectorias, una parte importante de la propuesta hecha para la atención y seguimiento a las mujeres con obesidad es el incluir la trayectoria de atención al padecimiento como un elemento de análisis en las historias clínicas, ya que no sólo es una herramienta que proporciona medios para una mejor atención de los profesionales de la salud, también permite a las usuarias hacer conscientes las consecuencias de esas decisiones y fomenta un proceso de reflexión y evaluación de los recursos usados para la atención de sus problemas. Por consiguiente, favorecer el proceso narrativo en las interacciones terapéuticas es un reto con muchas posibilidades para los usuarios y los profesionales de la salud.

Considero que la propuesta presentada empieza a afrontar el reto de estudiar el cuerpo y el padecimiento, sin perder de vista la condición corporal ni a la persona gracias a la articulación hecha entre el enfoque biocultural, la perspectiva epidemiológica y la narrativa, a través de las bisagras de la antropología en salud.

El enfoque biocultural me permitió delimitar el problema de investigación y analizar por medio del concepto de adaptación los ajustes fisiológicos y las respuestas culturales ante la obesidad. Con ello surgieron preguntas que faltan por responder pero que empezaron a abordarse en este estudio, como si es posible, con la cirugía bariátrica, presentar ajustes (físicos y conductuales) positivos y negativos a la vez, o bien, cuáles serían los nuevos riesgos que enfrenta la paciente con cirugía bariátrica a corto, mediano y largo plazo. Se empezaron a conocer los ajustes positivos que las mujeres identifican, tales como la disminución de peso, mayor movilidad, mejoría en la respiración y estado de ánimo, el menor gasto en medicamentos. A la vez, los ajustes percibidos por el equipo médico como son la mejoría en el metabolismo de la glucosa, el control de la presión arterial y la mejoría en la calidad de vida.

Con respecto a los ajustes negativos percibidos se identificaron problemas gastrointestinales, caída de cabello, depresión, cansancio y debilidad (el primer año), gases y evacuaciones malolientes, dolor en los huesos y colgajos. Pero aquí fue donde se considera que empiezan a observarse algunos riesgos como son los problemas de salud desapercibidos por la mujer con relación a problemas ginecológicos, cardiovasculares, osteomusculares, entre otros y puede ser que haya más que no sean reconocidos como problemas debido a la satisfacción que se tiene en estos momentos por la disminución de peso. También se observaron algunos riesgos con respecto al uso de otros tratamientos para seguir bajando de peso después de la cirugía.

Desde este enfoque también se propuso que en contextos contemporáneos, las mujeres suelen adaptarse a las características y propuestas de los recursos y tratamientos ofrecidos para bajar de peso, en vez de que fuera lo contrario. Al plantear la necesidad de adaptar las formas de atención a las necesidades y contextos culturales de las personas que padecen obesidad, comenzó a orientarse el análisis en el diseño de propuestas que vayan encaminadas a esa posibilidad.

Las consideraciones anteriores develan problemas éticos relevantes, como las dudas que siguen presentes en las mujeres con respecto a la intervención realizada, el desconocimiento de problemas y efectos de la cirugía y, por otro lado, la falta de regulación de los recursos de atención para la obesidad.

La perspectiva epidemiológica me permitió describir y analizar el grupo de las mujeres operadas en el 2012 y 2013 con múltiples variables como los recursos y tratamientos anteriores, los tiempos y tipos de programas en los que fueron atendidas, los servicios en los que fueron atendidas, el seguimiento en sus consultas, todo esto sin descuidar datos relevantes como los cambios de peso, los diagnósticos y los problemas de salud, que nos permitieron una descripción más profunda de la trayectoria de atención de las mujeres operadas. Esta información puede ser integrada en las bases de datos actuales y posteriores de los pacientes operados, ya que permite conocer datos importante que podría ser analizada en muestras más grandes.

Aunque no fueron exploradas con profundidad, se identificaron algunas variables clínicas que necesitan ser estudiadas como el periodo de preparación para la cirugía donde vimos casos desde 10 días de preparación hasta de 10 años, así como el tipo de programa en el que fueron atendidas y los resultados del mismo, ya que se relaciona con la pérdida de peso antes de la cirugía y las posibles complicaciones durante y después de la cirugía.

En esta descripción, resultaron relevantes la edad, el estado civil, la ocupación y la pérdida de peso antes de la cirugía. Fue a partir de este análisis que se pudo construir una tipología para la selección de las mujeres clave del estudio cualitativo, que favoreció una multiplicidad de perspectivas y experiencias diferentes.

A pesar de que las historias presentadas eran de mujeres de generaciones diferentes, que viven en zonas opuestas de la Ciudad de México y del Estado de México, con momentos de vida distintos y resultados diversos, fue posible identificar similitudes como las tramas y experiencias impactantes, la trayectoria de atención larga con clínicas y recursos clandestinos,

las formas de incluir o no la obesidad como parte de su identidad narrativa, los problemas de salud después de la cirugía, las formas de entender la obesidad y la cirugía, las nuevas estrategias para atender sus malestares, los efectos de los alimentos, las maneras de interpretar las reglas y normas institucionales así como la forma de llevar la relación médico-paciente.

Con respecto al aporte teórico metodológico de este trabajo considero que permite comenzar a cuestionar la perspectiva de las ciencias sociales y ciencias médicas, para comprender desde un enfoque crítico la función del discurso de la obesidad en diferentes escalas. Por ello fue importante identificar el objeto de estudio, que varía de manera importante dentro de un mismo campo de investigación; la formación, donde la emergencia del discurso de la obesidad tiene coincidencia en tiempo; la enunciación, que me permitió identificar los diferentes profesionales e instituciones considerados expertos; la formalización, que me permitió identificar los sistemas de verificación que normalmente está relacionado con el tipo de paradigma; y la función del discurso, que regularmente está relacionado con intereses económicos, intereses académicos y relacionados con el orden social y la práctica médica.

El análisis inicial me permitió posicionarme en la perspectiva de la antropología en salud y desarrollar el modelo teórico-metodológico de análisis e interpretación (Figura 5) que constituyó un sistema con conceptos explicativos que ayudaron a comprender el proceso para la elaboración de un modelo comprensivo de la obesidad (Figura 7).

Con base en las conclusiones anteriores, vuelvo a insistir en la necesidad de perspectivas incluyentes que permitan poner el acento en la problemática que padecen las personas en sus contextos. Por ello considero que este modelo teórico-metodológico propuesto es un esfuerzo que abona a la comprensión de la obesidad y la trayectoria de atención de la misma.

Con este estudio, podemos diferenciar que los elementos hegemónicos que han favorecido la crítica al modelo biomédico no siempre tienen que ver con el diseño, la práctica clínica y las preocupaciones de los profesionales de la salud. Existen intereses económicos muy fuertes que obstaculizan la promoción, prevención y atención segura a la obesidad, pero sólo siendo aliados, las ciencias médicas y sociales pueden contribuir a la construcción de modelos más incluyentes y reflexivos.

El modelo desarrollado en esta investigación tiene muchas limitantes que son necesarias considerar. La tipología diseñada fue elaborada a partir de datos de pocos pacientes, lo que resultó en la identificación de mujeres con características no muy diferentes en cuanto al

tiempo de la cirugía y es necesario considerar en próximos estudios diferentes periodos de atención, sobre todo aquellas que llevan más de 5 años y 10 años con la cirugía. De igual manera, para llegar a una comprensión más incluyente es necesario estudiar la experiencia de hombres y mujeres con obesidad extrema, de grupos atendidos en zonas rurales, urbanas, grupos étnicos, la perspectiva de los diferentes profesionales de la salud, de instituciones públicas y privadas e incluir a otros terapeutas alternativos que se encuentran atendiendo a gran número de personas, ya que lo ideal sería integrar esfuerzos por una preocupación común. Lo anterior implicaría el diseño de un nuevo modelo que permita, ahora sí, hacer una propuesta integral, multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Considero que para los fines de este estudio el modelo propuesto fue operativo para la construcción de propuestas viables para la atención de las mujeres con obesidad extrema y cirugía bariátrica del instituto.

Para próximas investigaciones tendría una riqueza importante el seguir de cerca la evolución de las mujeres de este estudio para continuar comprendiendo los cambios corporales, la identidad personal, las formas de atender y de comprender su propia experiencia. Es necesario un análisis más profundo de cada nivel del cuerpo propuesto, que integre una perspectiva psico-social porque, aunque fue un componente en el modelo, no fue abordado de manera profunda en este estudio. Sin embargo, considero que el análisis de las narrativas a la luz de la teoría social, articulada con diversas perspectivas, como con la propuesta de “el cuerpo consciente”, permitió dar cuenta del papel del cuerpo en el mundo contemporáneo y darle sentido a los testimonios, superando la visión biomédica de la salud/enfermedad/atención, para abrir otras perspectivas de estudio, entre ellas las narrativas del padecer en la antropología en salud.

Por último, reconozco que en México y a escala internacional existen esfuerzos muy importantes que surgen a partir de la preocupación por el aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo que ha favorecido que la obesidad sea considerada como una enfermedad y una pandemia. Existen muchos adelantos a nivel genético, quirúrgico, conductual, farmacológico, nutricio, etcétera que han permitido conocer más elementos que ayudan a entender las causas y efectos de la obesidad, pero aún existe mucho desconocimiento de los efectos de la mala alimentación, del sedentarismo, del estrés, de los tratamientos y recursos utilizados para bajar de peso, de las cirugías bariátricas, de los contextos sociales, políticos y económicos, en su etiología y su desarrollo.

Por ello, considero que estudios como éstos abordan problemas socialmente relevantes, puesto que de alguna u otra manera, el peso corporal, la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo, los problemas de salud relacionados con el peso nos afectan a todos, ya sea porque los padecemos, porque buscamos no padecerlos o porque convivimos con personas que lo padecen.

Sin embargo, existen problemas de carácter ético que subyacen en esta investigación, que a pesar de que rebasan sus objetivos no pueden pasarse por alto. Por un lado, ¿qué implicaciones éticas tienen los discursos que rodean la obesidad? Como he mencionado, los discursos predominantes atribuyen a la persona con obesidad la principal responsabilidad (con una carga moral) de su condición. Pensemos que los discursos estuvieran acompañados de acciones públicas, que favorecieran la prevención de enfermedades y el cuidado de salud. En ese contexto un discurso que atribuyera la responsabilidad al individuo, quizá podría impulsarlo a asumir el control de su padecimiento, pero no estoy aceptando que sea adecuado reducirlo a una elección individual. Lamentablemente, el contexto actual ha sido hasta denominado por algunos autores como *obesogénico*, por lo tanto el responsabilizar a la persona, permite adjudicar a los sujetos las fallas de las estrategias de prevención y atención de la obesidad, y permite que las instancias responsables sigan manteniendo el problema a costa de intereses de ciertos grupos (como la industria alimentaria, farmacéutica, de seguros de vida, entre otros).

Por otro lado, a pesar de que la cirugía bariátrica es una intervención efectiva para la reducción de peso, y de acuerdo a ciertos estudios representaría una opción que reduciría los costos atribuibles a la obesidad, ¿qué implicación tiene el que se fomente esta cirugía sin atender las causas sociales que favorecen la obesidad?

En el ámbito clínico existe una preocupación importante por el auge de la cirugía bariátrica y la demanda que puede tener o que ya está teniendo en nuestro país. Pocas veces existen las condiciones como las del INCMNSZ para llevar una atención multidisciplinaria y constante a los pacientes. Me puedo arriesgar a decir que en su mayoría no existe una preocupación por generar una preparación y seguimiento adecuado de los pacientes. En algunos casos, aún teniendo buenas condiciones de atención, existen situaciones que favorecen la desatención y la complicación de la cirugía, entre ellas podría ser la excesiva confianza en la cirugía y en las ciencias médicas, lo que puede favorecer la falta de reconocimiento de la perspectiva de las personas que padecen la obesidad.

Por ello, antes de impulsar políticas públicas que favorezcan el acceso a la cirugía, es necesario saber qué está pasando en los contextos donde se desenvuelven las personas que viven la obesidad extrema. Tenemos que esforzarnos porque las intervenciones que provengan de los profesionales de la salud no acaben favoreciendo la idea de que el autocontrol es algo inaccesible, pensando que la única forma de mantenerse sano es mediante cirugías y medicamentos. Pero tampoco podemos ser ingenuos y no reconocer las implicaciones sociales que tienen las desigualdades laborales, la disponibilidad de alimentos, la disminución de oportunidades para hacer ejercicio, las diferencias de género y los intereses económicos que rodean a las personas que padecen la obesidad.

Como nutrióloga tengo una postura que busca la prevención y promoción en salud que considera que es posible crear estrategias accesibles y seguras para mantener un estado de bienestar y, gracias a la reciente formación antropológica a la que he podido acceder, se ha reforzando mi postura que considera que las respuestas para alcanzar ésto se encuentran escuchando a las personas que la padecen.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones. Ambassade de France- CCC IFAL* (1a ed.). México, D.F.: Ediciones Coyoacán.
- ADA. (2009). Position of the American Dietetic Association: Weight Management. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 330–346. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2008.11.041>
- Aguado, J. C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. México: UNAM:Facultad de medicina/Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., y Hermoso Rodríguez, E. (2014). Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 606–20. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8458>
- Aguirre-Beltrán, G. (1986). *Zongolica, encuentro de Dioses y Santos Patronos*. Xalapa, Veracruz: Editorial de la Universidad Veracruzana.
- Allison, D. B., y Heshka, S. (1993). Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 289–95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477301>
- Álvarez, G., Eroza, E. J., y Ramírez, C. E. (2009). Diagnóstico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán , Chiapas. *Medicina Social*, 4, 1, 35–51.
- Álvarez-Cordero, R. (2012). *Cirugía bariátrica*. México, D.F.
- Arrizabalaga, J. J., Vidal, J., Masmiquel, L., Monereo, S., Moreiro, J., Moreno, B., ... Cordido, F. (2003). For the management of overweight and obesity in adults. *Endocrinología Y Nutrición, Supl 4*, 1–38.
- Berger, P. L., y Luckmann, Y. T. (1968). *Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires, Amarrortu. 1-240.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67), 135–156.
- Borders, T. F., Rohrer, J. E., y Cardarelli, K. M. (2006). Gender-Specific Disparities in Obesity. *Journal of Community Health*, Retrieved November 21, 2015, from <http://search.proquest.com/openview/c250f554335959090763e4b70e2d1bd9/1?pq-origsite=gscholar>
- Bourdieu, P. (1993). Estructuras, habitus, prácticas. In *El Sentido Práctico* (pp. 91–111). Madrid, España: Taurus.
- Bradley, J. F., Ross, S. W., Christmas, A. B., Fischer, P. E., Sachdev, G., Heniford, B. T., y Sing, R. F. (2015). Complications of bariatric surgery: the acute care surgeon's experience. *American Journal of Surgery*, 210(3), 456–61. <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.03.004>

- Bruner, E. (1986). Ethnography as narrative. In V. Turner y E. Bruner (Eds.), *The Anthropology of Experience* (pp. 139–155). United States of América,: University of Illinois. Library of Congress Cataloging.
- Burguera, B., y Ruiz de Adana, J. C. (2012). Repercusiones a largo plazo de la cirugía bariátrica. *Cirugía Española*, 90(5), 275–6. <http://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.11.005>
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E., y Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 58(16), 481–485.
- Cambiasso, M. (2011). *La teoría de la estructuración de Anthony Giddens: un ensayo crítico*.
- Campagne, D. M. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 38(5), 301–311. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359312000056>
- Campos, F. (2013). Impulsa GDF programa de cirugía bariátrica en apoyo a personas de escasos recursos. *Al Momento Noticias*, 2013–2014. Retrieved from <http://www.almomento.mx/impulsa-gdf-programa-de-cirugia-bariatrica-en-apoyo-personas-de-escasos-recursos/>
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., y Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55–60. <http://doi.org/10.1093/ije/dyi254>
- Casanueva, M. (2005). Los modelos de la filosofía de la ciencia del siglo XX. In A. López-Austin (Ed.), *El modelo en la ciencia y la cultura* (1ª ed., p. 29.53). México, D.F.: UNAM.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Madrid, España: Siglo XXI. Retrieved from [http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/El\\_vocabulario\\_de\\_Foucault.pdf](http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/El_vocabulario_de_Foucault.pdf)
- Castro, R. (1995). The Subjective Experience of Health and Illness in Ocuituco: A Case Study. *Social Science and Medicine*, 41(7), 1005–1021.
- Charmaz, K. (2011). Grounded theory methods in social justice research. In N. Denzin y W. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 507–535). Thousand oaks: Sage.
- Chávez-Arellano, C. (2003). Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). *Revista Del Hospital General "La Quebrada,"* 2(1), 1–2.
- Christakis, N. A, y Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, 357(4), 370–9. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- Chuaqui-Fajreldin, V. (2006). Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural . Elementos para la Interdisciplina. *Ciencia Y Trabajo*, 20,

95-102.

- COFEPRIS. (2014). *Alerta Sanitaria: la cofepris alerta sobre productos de la empresa slim beauty usa: magic slimcápsulas, dr. Ming's cápsulas chinas y dream body slimming cápsulas*. México, D.F. Retrieved from [http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/COMISI?N\\_DE\\_OPERACI?N\\_SANITARIA\\_Documentos para publicar en la secci?n de MEDICAMENTOS/Alertas/Alertas\\_suplementos SLIM BEAUTY\\_17012014.pdf](http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/COMISI?N_DE_OPERACI?N_SANITARIA_Documentos_para_publicar_en_la_secci?n_de_MEDICAMENTOS/Alertas/Alertas_suplementos_SLIM_BEAUTY_17012014.pdf)
- CONAPO. (2014). Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa. Retrieved September 20, 2014, from [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos)
- Consejo de Salubridad. (2009) Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México., Pub. L. No. Primera Sección (2009). México, D.F.: Diario Oficial.
- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanitas, Humanidades Médicas.*, 16, 1-22.
- Corella, D. (2011). Dieta, genética y obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 9(2), 60.
- Corella, D., y Ordovás, J. M. (2014). Predictores de la obesidad: el "poder" de las ómicas. In M. Cascales-Angosto, F. Sánchez-Muñíz, & B. Ribas-Ozonas (Eds.), *Primer curso avanzado sobre obesidad* (Vol. XXXVIII, pp. 214-228). Madrid, España: Real Academia Nacional de Farmacia.
- Crónica. (2014, March). Senadora propone combatir la obesidad con cirugía bariátrica. *Crónica.com.mx*. Retrieved from <http://www.cronica.com.mx/notas/2014/820491.html>
- Cruz, S. M., Tuñón, P. E., Villaseñor, F. M., Álvarez, G. G., y Nigh, N. R. B. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región Y Sociedad AÑO XXV, XXV*, 165-202.
- Cu F, L., Villarreal, E. R., Rangel, B. P., Galicia, L. R., Vargas, E. D., y Martínez, L. G. (2015). Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(2), 139-144.
- Diamant, A., Milner, J., Cleghorn, M., Sockalingam, S., Okrainec, A., Jackson, T. D., y Quereshy, F. A. (2014). Analysis of Patient Attrition in a Publicly Funded Bariatric Surgery Program. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(5), 1047-1055.
- Díaz, J. L. (2005). Modelo científico: conceptos y uso. In A. López-Austin (Ed.), *El modelo en la ciencia y la cultura* (1ª ed., pp. 11-28). México, D.F.: UNAM.
- Díaz, R. G., Souto-Gallardo, M. C., Bacardí, G. M., y Jiménez-Cruz, A. (2011). Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos:revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 26(14418), 1250-1255. <http://doi.org/10.3305/nh.2011.26.6.5273>
- Díaz-Salazar, C., Gastélum, D. H., Flores-Escalera, H., y Merodio-Reza, L. (2015)

- Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona el Capítulo III Bis al Título Séptimo De La Ley General De Salud, en materia de cirugía bariátrica. (2015). <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=cp&mn=4&id=56019>.
- Echebur, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91–96.
- ENSANUT. (2012a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. (J. Gutiérrez, J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, S. Villalpando-Hernández, A. Franco, L. Cuevas-Nasu, ... M. Hernández-Ávila, Eds.). Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ENSANUT. (2012b). *ENSANUT 2012 Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. (S. Barquera, I. Campos-Nonato, L. Hernández-Barrera, y J. Rivera-Dommarco, Eds.).
- Enzi, G., Busetto, L., Inelmen, E. M., Coin, A., y Sergi, G. (2003). Historical perspective: visceral obesity and related comorbidity in Joannes Baptista Morgagni's "De sedibus et causis morborum per anatomen indagata". *International Journal of Obesity and Related Metabolic disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 27(4), 534–5. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802268>
- Farrell, S. W., Finley, C. E., McAuley, P. a., y Frierson, G. M. (2011). Cardiorespiratory Fitness, Different Measures of Adiposity, and Total Cancer Mortality in Women. *Obesity*, 19(11), 2261–2267. <http://doi.org/10.1038/oby.2010.345>
- Fausto Guerra, J., Valdez López, R. M., Rodríguez Aldrete, M. G., y López Zermeño, M. D. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación En Salud*, VIII, 91–94.
- Fernández-Sánchez, A., Hernández-Corral, S., y Ojeda-Vargas, M. G. (2013). Determinantes sociales en salud: su relación con el síndrome metabólico. *Enfermería Neurológica*, 12(3), 122–127.
- Figueroa Pedraza, D. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. *Saúde Soc*, 18(1), 103–117. Retrieved from <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/11.pdf>
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. (U. Guiñazú, Ed.) *Ulises Guiñazú, México: Siglo XXI* (1ª 1976 ed.). México, D.F.: Siglo XXI. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+Historia+de+la+Sexualidad+1.+La+Voluntad+de+Saber#3>
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. (G. del C. Trad, Ed.) (1ª ed.). Argentina: Siglo XXI.
- Foz, M. (2006). Historia de la obesidad. *Monografías Humanitas*, 6, 3–19. Retrieved from <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono6/Articulos/articulo1.pdf>
- Freyermuth, G., y Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, 20, 9–28.

- Gaines, A., y Davis-Floyd, R. (2004). Encyclopedia of medical anthropology. In C. Ember y M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology* (Vol. I, pp. 95–109). Yale University.
- Galindo, C. L. J. (1998). *Sabor a ti. Metodología cualitativa en investigación social*. (2nd ed.). Xalapa, Veracruz: Universidad de Veracruz.
- García, G. (2009). Cuerpo y narrativa : una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 247–272.
- García, U. P. (2012). *La alimentación de los mexicanos*. (Guadarrama, Ed.) (1a ed.). México, D.F.: Cámara Nacional de la Industria de Transformación.
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, T. M., Raúl-Calzada, L., Vázquez-Velásquez, V., ... Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública . Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530–547.
- García-García, E., y Mancillas-Adame, L. (2010). El tratamiento farmacológico de la obesidad y el adiós necesario de la sibutramina. ¿Hemos recargado la escalera en la pared equivocada? *Revista de Endocrinología Y Nutrición*, 18(3), 132–134.
- Giddens, A. (1995). Elementos de la teoría de la estructuración. In *La Constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. (1984th ed., pp. 1–197). Buenos Aires, Argentina: Amarrortu editores.
- Gil-Montes, V. (2002). Las ciencias sociales y sus vínculos con la ciencia médica. *Política Y Cultura*, 18, 220–236.
- Gómez-Córdova, A. I. (2011). La medicina genómica un cambio de paradigma de la medicina moderna. Retos para la bioética y el derecho. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 11(2), 72–85.
- González-González, J. J., Sanz-Álvarez, L., y García, C. (2008). La obesidad en la historia de la cirugía. *Real Academia de Medicina Del Principado de Asturias*, 84(4), 188–195.
- González-Moro Zincke, M. E., y Caldoro Fernández, J. (1993). Las Ciencias Sociales: concepto y clasificación. *Revista de Pedagogía de La Universidad de Salamanca*, (5), 67–72. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=122473&orden=2378>
- Gorgojo, M. J. J., Almodóvar, R. F., Álvarez, A. M., y Arias, H. F. (2011). Los polimorfismos AAT (7-15) del receptor CB1 y A385C de la enzima FAAH no modifican los resultados de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas*, 9(2), 82.
- Gracia-Arnaiz, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev. Nutrición Campiñas*, 22(1), 5–18.

- Gracia-Arnaiz, M. (2011). La obesidad como enfermedad , la obesidad como problema social. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 54(3), 20–28.
- Grad, M. (2011). *The End of the Obesity Epidemic* (1º ed.). EU: Routledge. Retrieved from [https://books.google.com.mx/books?id=fvWc6\\_nwYXEC&pg=PR10&lpg=PR10&dq=Gard,+M.+\(2009\).+Friends,+enemies+and+the+cultural+politics+of+critical+obesity+research.+In+J.+Wright+&+V.+Harwood+\(Eds.\),+Biopolitic&source=bl&ots=alxF3sMbHp&sig=5Jb4-W5xzOeJHn\\_wOaN](https://books.google.com.mx/books?id=fvWc6_nwYXEC&pg=PR10&lpg=PR10&dq=Gard,+M.+(2009).+Friends,+enemies+and+the+cultural+politics+of+critical+obesity+research.+In+J.+Wright+&+V.+Harwood+(Eds.),+Biopolitic&source=bl&ots=alxF3sMbHp&sig=5Jb4-W5xzOeJHn_wOaN)
- Gutiérrez Galindo, R. (2011). *Análisis ético del trato a las pacientes con obesidad de la asociación de jubilados del IMSS en la consulta de medicina familiar*. Instituto Politécnico Nacional.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., ... Hernández-Ávila, M. (Eds.). (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales* (1st ed.). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hamui, S. L. (2011). Las narrativas del padecer : una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18, 51–70.
- Haro, J. A. (2011). *Epidemiología sociocultural:Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios en Salud y Sociedad. El Colegio de Sonora.
- Haslam, D. (2007). Obesity: a medical history. *Obesity reviews:An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 8 Suppl 1, 31–6. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00314.x>
- Hernández, C., Orozco, E., y Arredondo, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev. Salud Pública*, 14(2), 315–324.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A., Hebebrand, J., y Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*, 12(10), 1554–69.
- Herrick, C. (2007). Risky bodies: Public health, social marketing and the governance of obesity. *Geoforum*, 38(1), 90–102. <http://doi.org/10.1016/j.geoforum.2006.06.003>
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. *Salud Publica de Mexico*, 55(5), 512–518.
- Heshka, S., y Allison, D. B. (2001). Is obesity a disease? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(10), 1401–1404.
- Holm, S. (2007). Obesity interventions and ethics. *Obesity Reviews*, 8(1), 207–210.
- Hsu, L., Benotti, P., Dwyer, J., Roberts, S., Saltzman, E., Shikora, S., ... Rand, W. (1998). Nonsurgical Factors That Influence the Outcome of Bariatric Surgery: A Review.

- Psychosomatic Medicine*, 60(3), 338–346.
- INCMNSZ. (2013a). Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Retrieved from <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/ClinicasAtencion/obesidad/mision.html>
- INCMNSZ. (2013b). Conoce al INCMNSZ.
- INEGI. (2010). Censo de Población y Vivienda. Retrieved from <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
- Jáuregui, L. I. (2006). Gordos, obesos y obsesos. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 4, 295–320.
- Kelly, T., Yang, W., Chen, C.-S., Reynolds, K., y He, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*, 32(9), 1431–1437. <http://doi.org/10.1038/ijo.2008.102>
- Khongsdier, R. (2007). Bio-cultural Approach : The Essence of Anthropological Study in the 21 st Century. In *Anthropology Today: Trends, Scope and Aplications* (Vol. 50, pp. 39–50). Kamla-Raj Enterprises.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Kuczmarski, R., y Flegal, K. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults. *JAMA: The Journal of ...*, 272, 205–211. Retrieved from <http://jama.ama-assn.org/content/272/3/205.short>
- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A., y Schragger, S. (2011). Obesity and Women ' s Health : An Evidence-based Review. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1), 75–85.
- Kumanyika, S. K., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A. E., Fortmann, S. P., ... Hong, Y. (2008). Population-based prevention of obesity: The need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: A scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Commi. *Circulation*, 118(4), 428–464. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.189702>
- Kushner, R. F. (2012). Clinical assessment and management of adult obesity. *Circulation*, 126(24), 2870–2877. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.075424>
- Larrad, Á., y Sánchez-Cabezudo, C. (2004). Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cirugía Española*, 75(5), 301–304. [http://doi.org/10.1016/S0009-739X\(04\)72326-X](http://doi.org/10.1016/S0009-739X(04)72326-X)
- Larrañaga, A., y García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387–391. Retrieved from <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1/1v62n1419a130267>

- 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. *Nutr Hosp.Nutr Hosp*, 3131(4), 1504–1512. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8515>
- Lindon, A. (1999). Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social. *Economía, Sociedad Y Territorio.*, II(6), 296–310.
- Llarga, F. (2015). Pérdida ponderal, orlistat y lipemia posprandial, 15(3), 111–113.
- López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A. G., Aguilera-Cervantes, V., Demaria-Pesce, V. H., Katz, M., y Espinoza-Gallardo, A. C. (2014). Obesidad: ¿evolución, estatus, cultura, condición, enfermedad, epidemia o negocio redondo? In A. López-Espinoza, A. G. Martínez-Moreno, & P. J. López-Uriarte (Eds.), *México obeso* (1º ed., pp. 15–26). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Editorial Universitaria.
- Lorence-Lara, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*, 26, 51–68.
- Macías-Macías, A., y Sevilla-García, Y. L. (2014). ¿Tenemos la culpa de estar gordos? In A. López-Espinoza, A. G. Martínez-Moreno, y P. López-Uriarte (Eds.), *México obeso* (1º ed., pp. 27–43). Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, Editorial Universitaria.
- Marcos, A. (2011). Filosofía post-genómica. *Investigación Y Ciencia.es*, 2–3.
- Martínez, S. F. (2000). El concepto de heurística de las explicaciones en las ciencias naturales a la epistemología. In A. Velasco (Ed.), *El concepto de heurística en las ciencias y las humanidades* (pp. 38–57). México, D.F.: Siglo XXI.
- Martínez-Ramos, D., Salvador-Sanchis, J. L., y Escrig-Sos, J. (2012). Pérdida de peso preoperatoria en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Cirugía Española*, 90(3), 147–155. <http://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.10.020>
- Mattingly, C., y Garro, L. C. (1994). Introduction: Narrative representations of illness and healing. *Social Science and Medicine*, 38, 77 –74.
- Mattingly, C., y Garro, L. C. (2000). Narrative as construct and construction. In C. Mattingly & L. C. Garro (Eds.), *Narrative and Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press, Berkeley. Retrieved from [http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=8mTSn\\_rf\\_DYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Mattingly,+C.+y+Garro+L.+C.+Narrative+representations+of+illness+and+healing.&ots=WyOms2il1L&sig=mrqJgKyat11XDKa\\_MGISMJlg7zc#v=onepage&q=Mattingly,+C.+y+Garro+L.+C.+Narrative+representations+of+illness+and+healing.&f=false](http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=8mTSn_rf_DYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Mattingly,+C.+y+Garro+L.+C.+Narrative+representations+of+illness+and+healing.&ots=WyOms2il1L&sig=mrqJgKyat11XDKa_MGISMJlg7zc#v=onepage&q=Mattingly,+C.+y+Garro+L.+C.+Narrative+representations+of+illness+and+healing.&f=false)
- Mazagatos, B., Ingles-borda, S., y López-Picado, A. (2015). El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos con antecedentes de abuso sexual . *Asociación*

*Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 267–275. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200003>

- McElroy, A. (1990). Biocultural models in studies of human health and adaptation. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(3), 243–265. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1990.4.3.02a00010/abstract>
- Mechanic, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Spitz, A. F., ... Guven, S. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric . *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17 Suppl 1(i), S1–70, v. <http://doi.org/10.1038/oby.2009.28>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos : de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185–207.
- Menéndez, E. L. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región Y Sociedad*, XX(2), 5–50.
- Mercado-Martínez, F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. Experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. (A. Emanuelle, Birn, C. Eibenschutz, Hartman, E. Menéndez, Spíndola, E. Duarte, Nunes, & R. Leyva, Flores, Eds.). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- MILENIO. (2014). Suspende COFEPRIS publicidad irregular de productos milagro. Retrieved from [http://www.milenio.com/region/Suspende-COFEPRIS-publicidad-irregular-productos\\_0\\_260974022.html](http://www.milenio.com/region/Suspende-COFEPRIS-publicidad-irregular-productos_0_260974022.html)
- Montero, J. C. (2001). *Obesidad: Una visión antropológica*. Universidad de buenos aires.
- Montt, D., Koppmann, A., y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(1), 282–288.
- Morales, González, J. A. (2010). *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (1° ed.). Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Moreno, V. M., Gómez-Gandoy, J. B., y Antoranz-González, M. J. (2001). Medición de la grasa corporal mediante impedancia bioeléctrica, pliegues cutáneos y ecuaciones a partir de medidas antropométricas. Análisis comparativo. *Revista Espanola de Salud Publica*, 75(3), 221–236. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272001000300006>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63–70.
- Moreno-Velásquez, L. (2010). *Cuerpos modelos, cuerpos moldeables*. Pontificia

Universidad Javeriana.

- Mundodehoy. (2013, June). Obesidad y cirugía bariátrica. *Mundodehoy.com*. Retrieved from <http://www.mundodehoy.com/index.php/noticias/14110.html>
- Mussi, R. (2012). *La teoría de la estructuración en Giddens y su silencio*.
- Neel, J., Weder, A., y Julius, S. (1998). Type II diabetes, essential hypertension, and obesity as “syndromes of impaired genetic homeostasis”: The “thrifty genotype” hypothesis enters the 21st century. *Perspect. Biol. Med.*, 42, 44–74.
- Ogden, J., y Sidhu, S. (2006). Adherence, behavior change, and visualization: A qualitative study of the experiences of taking an obesity medication. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 545–552.
- Oliver, E. (2006). The Politics of Pathology: How Obesity Became an Epidemic Disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(4), 611–627. Retrieved from [http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/perspectives\\_in\\_biology\\_and\\_medicine/v049/49.4oliver.html](http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v049/49.4oliver.html)
- OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (2004). Ginebra, Suiza.
- OMS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz-Espinosa, R. M., Nava-Chapa, G., Muñoz-Juárez, S., y Veras-Godoy, M. (2010). Epidemiología de la Obesidad. In J. A. Morales-González (Ed.), *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (pp. 75–99). Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Osorio, Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, D.F.: INI-CIESAS- INAH.
- Papapietro V, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(1), 83–87. <http://doi.org/10.4067/S0718-40262012000100015>
- Parra, V. J. (2010). Tratamiento farmacológico del paciente con obesidad. In *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (pp. 219–226). Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Pedraza, G. Z. (2007). Perspectivas de los estudios del cuerpo en América Latina . *XXVI Congreso de La Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.*, 0–26.
- Peña, S. E. Y. (2012). *Enfoque biocultural en antropología alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo* (1st ed.). México, D.F.: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Peretti Lara, M., Romero Mercedes, M., y Rovetto, A. (2009). Obesidad en la pobreza. Prácticas y representaciones asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos. *INVENIO*, 12(23), 81–94.

- Pérez-Gil, S. E., y Díez-Urdanivia, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49(6), 445–453. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342007000600012>
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., y Clegg, A. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 13(41). <http://doi.org/10.3310/hta13410>
- Politi, M. T., y Isolabella, D. (2013). Nuevas drogas en el tratamiento de la Obesidad y el Sobrepeso. *Actualización En Nutrición. Revisiones*, 14(3), 182–193.
- Prats, J. (2012). Las Ciencias Sociales en el contexto del conocimiento científico. *La Investigación En Ciencias Sociales*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona. Retrieved from [http://www.ub.edu/histodidactica/images/documentos/pdf/prats- que son las ccss.pdf](http://www.ub.edu/histodidactica/images/documentos/pdf/prats-que_son_las_ccss.pdf)
- Primeau, V., Coderre, L., Karelis, a D., Brochu, M., Lavoie, M.-E., Messier, V., ... Rabasa-Lhoret, R. (2011). Characterizing the profile of obese patients who are metabolically healthy. *International Journal of Obesity (2005)*, 35(7), 971–981. <http://doi.org/10.1038/ijo.2010.216>
- Puerto-Sarmiento, F. J. (2014). La obesidad en la historia. In M. Cascales-Angosto, F. Sánchez-Muñiz, y B. Ribas-Ozonas (Eds.), *Primer curso avanzado sobre obesidad* (pp. 352–387). Madrid, España: Real Academia Nacional de Farmacia.
- Rail, G. (2012). The Birth of the Obesity Clinic: Confessions of the Flesh, Biopedagogies and Physical Culture. *Sociology of Sport Journal*, 29, 227–253.
- Ranasinghe, C., Gamage, P., Katulanda, P., Andraweera, N., Thilakarathne, S., y Tharanga, P. (2013). Relationship between Body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 13(1), 797. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-797>
- Ribas-Ozonas, B. (2014). Tratamiento farmacológico de la obesidad. In M. Cascales-Angosto, F. Sánchez-Muñiz, y B. Ribas-Ozonas (Eds.), *Primer curso avanzado sobre obesidad* (pp. 306–339). Madrid, España: Real Academia Nacional de Farmacia.
- Ricoeur, P. (1995). Tiempo y narración: la triple mimesis. In *Tiempo y narración I: configuración del tiempo en el relato histórico*. (pp. 113–168). México: Siglo XXI.
- Rivera-Dommarco, J., Barquera C, S., Campos N, I., y Moreno S, J. (2012). México. In M. Serrano Ríos (Ed.), *La obesidad como pandemia del siglo XXI: Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica* (1ª ed., pp. 219–246). Madrid, España: Real Academia Nacional de Medicina y Fundación MAPFRE.
- Robinson, A. H., Adler, S., Stevens, H. B., Darcy, A. M., Morton, J. M., y Safer, D. L. (2014). What variables are associated with successful weight loss outcomes for bariatric

surgery after 1 year? *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 10(4), 697–704. <http://doi.org/10.1016/j.soard.2014.01.030>

Rodó, A. (1987). El cuerpo ausente. *Proposiciones*, 13, 107–164.

Romero-Ibargüengoitia, M. E., Lerman-Garber, I., Herrera-Hernández, M. F., Pablo-Pantoja, J., Sierra-Salazar, M., López-Rosales, F., ... García-García, E. (2009). Bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux y obesidad mórbida . Experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Revista de Investigación Clínica*, 61(3), 186–193.

Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... Vidal, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 5(3), 135–175.

Ruiz Moreno, M. a., Montiel, C. B., y Aguayo, L. V. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577–582.

Salazar-Estrada, J. G., y Martínez-Selva, J. M. (2014). Aspectos epidemiológicos de la obesidad y su relación con la calidad de vida. In A. López-Espinoza, A. G. Martínez-Moreno, y P. J. López-Uriarte (Eds.), *México obeso* (1st ed., pp. 44–55). Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara, Editorial Universitaria.

Sánchez-Samayoa, M. E. (2004). *Historia de la Nutricion. Maestría en Docencia Universitaria*. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Saucedo-Molina, T. de J., y Pérez-González, S. (2010). Trastorno por atracón, comedor nocturno y obesidad. In *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (pp. 329–346). Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Scheper-Hughes, N., y Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work. *Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 61–41.

Secretaría de Salud. (1998). NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. México.

Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013). México.

Secretaría de Salud. (2013b). Turismo de Salud. *Pro-México*.

Secretaría de Salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad., Secretaría de Salud (2010). México. Retrieved from [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)

Seeley, R. J., Chambers, A. P., y Sandoval, D. A. (2015). The role of gut adaptation in the potent effects of multiple bariatric surgeries on obesity and diabetes. *Cell Metabolism*, 21(3), 369–78. <http://doi.org/10.1016/j.cmet.2015.01.001>

Serrano Ríos, M. (2012). Prólogo. In M. Serrano Ríos (Ed.), *La obesidad como pandemia*

- del siglo XXI: Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica* (1° ed., pp. 1–327). Madrid, España: Real Academia Nacional de Medicina y Fundación MAPFRE.
- Sparkes, A. C., y Devís-Devís, J. (2006). *Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte*.
- Strasser, G. (2011). *Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay*. Universidad Nacional de La Plata.
- Susser, M., y Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86(5), 668–73. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1380474&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Tapia-Saavedra, A. (2005). Estrés oxidativo y depresión: ¿Un posible rol etiológico? *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(4), 329–336. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000400007&script=sci_arttext)
- Tindle, H., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J., y Kuller, L. (2010). Risk of Suicide after Long-term Follow-up from Bariatric Surgery. *American Journal of Medicine*, 123(11), 1036–1042. Retrieved from [http://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds\[\]=citjournalarticle\\_213221\\_18](http://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_213221_18)
- Ulijaszek, S. J., y Lofink, H. (2006). Obesity in Biocultural Perspective. *Annual Review of Anthropology*, 35(1), 337–360. <http://doi.org/10.1146/annurev.anthro.35.081705.123301>
- Vargas, L. A. (1991). Una Mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta Médica de México*, 127(1), 3–6.
- Vargas, L. A. (2006). Antropología y Medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido. *THULE Rivista Italiana Di Studi Americanistici*, 20(21), 77–87.
- Vargas, M. N. (2010). Tratamiento nutricional del paciente con obesidad. In *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario* (pp. 187–1999). Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Vásquez-Garibay, E. (2009). Importancia de la transición nutricia en la población materno-infantil: Parte II. Experiencias en América Latina y otras regiones. *Boletín Médico Del ...*, 66, 124–131. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462009000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462009000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., y Jones, L. (2007). Estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: ¿qué se puede esperar antes y después de la cirugía? *Médicas Clínicas de Norteamérica*, 91, 451–469. Retrieved from <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinicas-medicas-norteamerica-509/estado-psicosocial-conductual-pacientes-sometidos-cirugia-bariatricaque-13122933-seccion-2007>

- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Technical Report Series*, (894), i–xii, 1–253. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)
- WHO. (2015). Obesidad y sobrepeso. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Wilborn, C., Beckham, J., Campbell, B., Harvey, T., Galbreath, M., La Bounty, P., ... Kreider, R. (2005). Obesity: prevalence, theories, medical consequences, management, and research directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 2, 4–31. <http://doi.org/10.1186/1550-2783-2-2-4>
- Wiley, A. S. (1992). Adaptation and the Biocultural Paradigm in Medical Anthropology: A Critical Review. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3), 216–236. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1992.6.3.02a00030/abstract>
- Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.

**ANEXO I. Descripción epidemiológica / Cuadro de variables y unidades de medida**

<b>Variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Descripción</b>
Expediente	Nominal	Número asignado por el hospital
Fecha de ingreso al INN	Intervalo	Fecha corta
Sexo	Nominal	Femenino =1 Masculino=2
Fecha de nacimiento	Intervalo	Fecha corta
Lugar de nacimiento	Nominal	1 =DF 2= Zona centro: Jalisco, Nayarit, Colima, Michoacán, Ags, Gto, SLP, Qro, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Veracruz, Tabasco. Zona 3=Metropolitana: Edo México y Morelos. 4=Zona Sur: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Quintana Roo, Yucatán. 5= Zona norte: BC, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Durango, Zacatecas, Coahuila, NL, Tamaulipas.
Lugar de residencia	Nominal	Igual al anterior
NSE asignado por INN	Ordinal/continua	Nivel asignado por la institución. Del 1 al 9
Ocupación al momento de la cirugía	Nominal/Categórica	0=Ninguna, 1= Ama de casa, 2=Estilista, 3=Trabajadora doméstica, 4=Comerciante, 5=Estudiante, 6=Maestro, 7=Actriz, 8=profesionistas y técnicos (investigadora en educación, diseño gráfico, médico.
Escolaridad al momento de la cirugía	Nominal/Categórica	1= Primaria, 2=Secundaria, 3=Preparatoria, 4=Carrera técnica, 5=Licenciatura, 6=Posgrado o especialidad
Estado civil al momento de la cirugía	Nominal/Categórica	1=Soltero, 2=casado, 3=Unión Libre, 4=Divorciado o separado, 5=Viudo
Religión al momento de la cirugía	Nominal/Categórica	0= sin religión, 1=Católica, 2=Cristiana, , 3=agnóstica 4=ateo 5=otros, evangelista, bautista
No. De hijos al momento de la cirugía	Razón/continua	Número de hijos vivos
Peso al ingreso al INN	Razón/continua	En kilogramos, con dos decimales
Talla al ingreso al INN	Razón/continua	En metros, con dos decimales
IMC al ingreso al INN	Razón/continua	Kilogramos/metros cuadrados
Ingreso a la Clínica de obesidad	Nominal/Categórica	No=0 Si=1
Fecha de ingreso a la Clínica	Intervalo/continua	0=No entró Fecha corta
Peso al ingreso a la clínica	Razón/continua	En kilogramos, con dos decimales
Programa al que ingresó	Nominal/Categórica	0=No entró 1=PAPO, 2=Subsecuente, 3=PAPO+Subsecuente,
Inicio de obesidad	Razón/continua	0=infancia (0-6 a) 1= Niñez (7-11 a) 2= adolescencia (12-18) 3= juventud (19-35) 4= Adulthood temprana (36-50) 5= Adulthood madura (51-65) 6=Adulto mayo (>66)
Recursos y tx para bajar de peso	Nominal/Categórica	0=No hay dato, 1=Dietas, 2=Medicamentos, 3=Cirugías, 4=Recursos Alternativos, 5=Dietas+Medicamentos, 6=Dietas+Medicamentos+Cirugías, 7=Dietas+Medicamentos+Cirugías+RA 8=RA + medicamentos, 9=RA + dietas + medicamentos aprobar
Protocolo de cirugía	Nominal/Categórica	0=no 1=si
Fecha de inicio protocolo de cirugía	Intervalo/continua	Fecha corta

No. De problemas físicos asociados a la obesidad		0=No menciona, Total de problemas
Digestivos		Estreñimiento, cólico biliar, distensión abdominal, pirosis, incontinencia fecal, diarrea
Dermatológicos		Piel seca, fragilidad de uñas, tiña de pies, heridas, manchas o hiperpigmentación.
Uro-genitales		Incontinencia urinaria, infecciones
Ginecológicos		Amenorrea, polimenorrea, dismenorrea, infertilidad,
Cardio-pulmonar		Fatiga, roncopatía, disnea, ortopnea, somnolencia
Osteo-muscular		Osteoartritis, hernias, artralgia, lumbalgia, gonalgia, dolor en articulaciones, parestesias
Otras		Edema, Insomnio, crisis histéricas, intolerancia al frío, venas varicosas, crisis de ansiedad o histéricas, masa en mamas.
Cefalea		
No. De Diagnósticos antes de cirugía s/n	Razón/continua	Total de dx
Diagnósticos antes de cirugía s/n	Nominal/Categórica	10 primeros 1= HAS 2=DM 3=HAP 4= SAHOS 5=Hipotiroidismo primario 6=Trastorno Depresivo 7= Dislipidemia 8= Hernia (umbilical o inguinal) 9=SOP 10 =Enfermedad diverticular 11= ICHOS 11= otros
Valoración de psiquiatría antes cirugía	Nominal/Categórica	0=no pasó, 1=sin contraindicación, 2=Sin contraindicación + estricto seguimiento, 3=pasó pero no mencionan valoración
Peso antes de la cirugía	Razón/continua	En kilogramos, con dos decimales
Talla antes de la cirugía	Razón/continua	En metros, con dos decimales
IMC antes de la cirugía	Razón/continua	Kilogramos/metros cuadrados
Pérdida de peso máximo a antes de la cirugía (referido) PPmax 00	Razón/continua	En kg= (peso max-peso antes de la Cx)100/ Peso al ingreso máx.
Pérdida de peso del ingreso al INN a la antes de la Cx PP 1	Razón/continua	En porcentaje= (peso al ingreso INN-peso antes de la Cx)100/Peso al ingreso del INN
Pérdida de peso del ingreso a la Clínica a antes de la Cx PP2	Razón/continua	En porcentaje= (peso al ingreso de la CO-peso antes de la Cx)100/Peso al ingreso de la CO
Médico que realiza la cirugía	Nominal/Categórica	1=Dr. Pantoja, 2=Dr. Herrera, 3=Dr. Sierra, 4=Dr. Manraz,
Fecha de cirugía bariátrica FCB	Intervalo/continua	Fecha corta
Tiempo en el INN antes de la CxBa TINN	Ordinal/continua	1=(0-1 año), 2=(1-3 años), 3=(3-5años), 4=(5-10años), 5=(10-15años)
Tiempo en la CO antes de la CxBa TCO	Ordinal/continua	1=(0-1 año), 2=(1-3 años), 3=(3-5años), 4=(5-10años), 5=(10-15años)
Tiempo en el programa pre-Qx TPre CB	Ordinal/continua	0=No entró, 1=(0-1 año), 2=(1-3 años), 3=(3-5años), 4=(5-10años), 5=(10-15años)
Edad al momento de la cirugía	Razón/continua	Edad en años
Cirugías anteriores	Nominal/Categórica	10 más frecuentes 0= ninguna 1= Apendicetomía 2= Histerectomía 3= Banda gástrica o manga gástrica o dispositivo vagal, 4= Hernioplastia

		5= Cirugía estética (de reducción): mastoplastia 6= Artroplastia 7= Colectomía 8= Cesáreas 9= Mastectomía
Intervención CB	Nominal/Categórica	1=DGY Laparoscópica, 2=DGY abierta, 3=conversión manga-banda, 4=Remodelación de bypass
Días de hospitalización días h	Razón/continua	Número de días
Complicaciones Qx c. cb	Nominal/Categórica	0=ninguna, 5 más frecuentes 1= Dehiscencia de anastomosis 2= Perforación intestinal 3= Estenosis 4= Sangrado 5= Filtración de la anastomosis
Consulta 1-2 meses después de la Cx	Nominal/Categórica	0=No asistió, 1=Si asistió
Fecha consulta 1º,3º,6º,12º,18º y 24º mes.	Intervalo/continua	0= No hay dato o Fecha corta
Peso 2	Razón/continua	0= No hay dato o kilogramos, con dos decimales
IMC 2	Razón/continua	0= No hay dato o Kilogramos/metros cuadrados
Complicaciones 1	Razón/continua	0= No se mencionan 1=si hay dato
C1. Digestivas com1digestivas		Estreñimiento, distensión abdominal, dolor abdominal, diarrea, dumping, hipoglucemias, vómito, mareos, dolor precordial,
C1. Dermatológicas		Piel seca, fragilidad de uñas, caída de cabello, manchas en la piel, ardor en la piel,
C1. Uro-genitales		Incontinencia urinaria, infecciones urinarias
C1. Ginecológicas		Amenorrea, riesgo embarazo, dismenorrea, disminución libido
C1. Cardio-pulmonar		Fatiga, roncopatía, disnea, ortopnea, taquicardias, insuficiencia venosa, somnolencia
C1.Osteo-muscular		Osteoartritis, hernias, artralgia, lumbalgia, dolor articulaciones, caídas,
C1.Otras		Edema, cefalea, Insomnio, crisis histéricas, astenia adinamia, ansiedad, intolerancia al frío
No. De diagnósticos 1		0= No hay dato
Diagnósticos 1	Nominal/Categórica	0= No hay dato, 1= Mismos, 2=Nuevos, 3=Remitidos
DX nuevos 1		1= Anemia 2=Deficiencias: de calcio y vit D, vit b 3= HAS 4= dermatitis en pliegues 5=Esteatosis hepática 6=Trastorno Depresivo 7= Gonartrosis 8= Hernia (umbilical o inguinal) 9=SOP 10 = Ichos 11= otros: ca, miomatosis uterina, 12= fistula gastroyeyunal
Dx remitidos 1		1= HAS 2=DM 3= deficiencias nutricionales 4= SAHOS
No. De Medicamentos 1	Razón/continua	0= No hay dato, Incluye medicamentos y

		complementos y suplementos
Tratamientos 1	Nominal/Categórica	0= No hay dato, 1=Medicamentos, 2=multivitamínicos, 3=Pasarse a otro servicio 4=medicamentos+mv, 5=mv+ otro servicio 6=med+ mv+ otro servicio,
Éxito o fracaso en la pérdida de peso	Nominal/Categórica	1=Éxito (PSP>50%) + IMC <35, 2=Fracaso (PSP<50% +IMC >35)
Servicios a los que pasó después de la cirugía	Nominal/categórica	1= Cx bariátrica 2=Med/integral 3= Nutrición integral 4= Psiquiatría/obesidad 5= Neumología 6= Cardiología 7= Ginecología 8=Ortopedia 9= Planificación familiar 10=oncología 11=cirugía general/plástica y reconstructiva 12= Otras (Reuma, urgencias, matología)



## INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

### *Anexo II. Carta de consentimiento informado para participar en el proyecto:*

**"PROCESO BIOCULTURAL SALUD-ENFERMEDAD DE LA OBESIDAD SEVERA, EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN"**

ABRIL 2015 VERSIÓN 2.0

Investigador principal: Dra. Martha Kaufer Horwitz

Teléfono de contacto del investigador: 54870900 ext 5535, emergencias celular 55 54 53 52 99 y 55 18 76 57 28

Investigadores participantes: Edith Yesenia Peña Sánchez, Avelina Landaverde Martínez, Marcela Rodríguez Flores, Valeria Soto Fuentes.

Nombre del patrocinador del estudio: No existe organismo patrocinador

Dirección del patrocinador: No aplica

Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación: Versión 2, 27 de abril de 2015.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios que implica, con el fin de tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con algún miembro del equipo de investigadores. El investigador le explicará ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y tendrá todo el tiempo que requiera para pensar solo o con quien usted decida consultarlo para decirle al investigador acerca de su decisión. Esta decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el Instituto

Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Procedimiento para dar su consentimiento: Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar en esta investigación, y se puede solicitar todo el tiempo que requiera para considerar esta invitación.

°Vasco de Quiroga No. 15  
Tlalpan 14000, D.F. México

El investigador le explicará ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y tendrá todo el tiempo que requiera para pensar solo o con quien usted decida consultarlo para decirle al investigador acerca de su decisión. Esta decisión no tendrá efecto alguno sobre su atención médica en el Instituto. Al final de esta explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que se utilizarán y su propósito, incluyendo la identificación de que son procedimientos experimentales.
- III. Los riesgos o molestias previstos.
- IV. Los beneficios que se pueden observar.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento de la materia.
- VII. Tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicio para continuar con su atención y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se va a identificar al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque podría afectar a la disposición para continuar su participación.
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y compensación a que legalmente tiene derecho, en el caso de que ocurran daños causados directamente por la investigación. Puede solicitar más tiempo o llevar a casa este formulario antes de dar una decisión final en los días futuros.

## **INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Estimada

Sra. \_\_\_\_\_

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: Analizar la trayectoria de atención del padecimiento y su relación con el desarrollo de la obesidad severa y el uso de la cirugía bariátrica, en mujeres adultas con cirugía bariátrica del INCMNSZ.

La duración del estudio es de dos años y su participación constará de 2 a 4 meses.

El número aproximado de participantes será de 6 mujeres.

Usted fue invitada al estudio debido a que tiene las siguientes características: Es paciente del programa de cirugía bariátrica del Instituto, del género femenino, fue operada de cirugía bariátrica (por su obesidad) en el año 2012 o 2013, vive en el Distrito Federal o en el área metropolitana y tiene interés y disposición para participar.

---

**°Vasco de Quiroga No. 15  
Tlalpan 14000, D.F. México**

**Su participación en el estudio consiste en:**

Acudir a una serie de entrevistas (de cuatro a seis) con una de las investigadoras. Dichas entrevistas se llevarán a cabo en tres fases; en la primera se buscará conocer la trayectoria de atención de su problema de peso desde antes de entrar a la Clínica de Obesidad; en la segunda fase se abordarán temas sobre la forma en la que usted entiende y ha atendido los problemas que rodean su peso antes y después de la cirugía. Lo que se busca en esta fase es comprender los cambios que ha tenido en su estilo de vida y las relaciones sociales, por último se abordarán temas emergentes (en caso de haber) y se hará un cierre y conclusión. Las entrevistas tendrán una duración de aproximadamente una hora y se llevarán a cabo semanal o quincenalmente en un lugar y horario convenientes para usted. Las sesiones serán grabadas en audio, se transcribirán para su análisis y posteriormente serán destruidas para resguardar su anonimato. La transcripción no llevará su nombre, sino un código de identificación que sólo conocerán los investigadores. La información derivada de la presente investigación no será consignada en el expediente clínico. Si usted lo solicita, se le podrá hacer entrega de una copia de la transcripción de su entrevista.

**RESPONSABILIDADES**

Sus responsabilidades incluyen asistir a las entrevistas cumpliendo con las citas en las fechas, horarios y lugares programados. En caso de tener inconvenientes para acudir a la cita, avisar máximo con 24 horas de anticipación para reprogramarla. Se le pide compartir información mediante un diálogo sincero, siendo clara en los datos que se pueden y no se pueden brindar.

**RIESGOS E INCONVENIENTES**

Los datos acerca de su identidad, su información médica y personal no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, ni afectarán en el tratamiento o atención dados por el instituto. Por tanto, en las entrevistas, usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante el uso de claves o pseudónimos para el manejo de su información. Se tomarán las precauciones necesarias para que los temas tratados en las entrevistas no le generen incomodidad. Sin embargo, en caso de generar estrés y de ameritarlo se le ofrecerá una entrevista con una psicóloga de la Clínica de Obesidad.

**BENEFICIOS POTENCIALES**

Este estudio no está diseñado para beneficiarla directamente. Sin embargo favorecerá al entendimiento de los procesos que vive la mujer que busca atención para la obesidad severa y ha sido sometida a la cirugía bariátrica.

Por lo tanto como productos de este trabajo se buscará:

- Proporcionar información que permita mejorar las estrategias de atención y generar nuevas opciones de tratamientos que consideren la realidad de la mujer con obesidad severa.

- Proporcionar bases para contribuir a la mejora de los protocolos de atención de las mujeres que solicitan cirugía bariátrica.

Gracias a su participación altruista su comunidad se puede beneficiar al encontrar nuevas formas de atender esta condición médica.

### **CONSIDERACIONES ECONÓMICAS**

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Los gastos de su transporte no serán cubiertos por el estudio. Sin embargo la investigadora le pedirá que usted seleccione el lugar de la entrevista para que le genere el menor gasto y la mayor comodidad posibles.

### **COMPENSACIÓN.**

Si sufre lesiones como resultado de su participación en este estudio la referiremos, en caso de ameritarlo, al especialista médico que requiera. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán no brinda ningún tipo adicional de compensación para cubrir daños.

### **ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:**

Su participación es voluntaria por lo que usted puede elegir no participar en el estudio.

### **POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES DERIVABLES DEL ESTUDIO:**

Los materiales serán propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Si un producto comercial es desarrollado como resultado del estudio, tal insumo será propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o de quienes ellos designen. En tal caso, usted no recibirá un beneficio financiero.

### **ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:**

Usted puede solicitar los resultados de la investigación a la Dra. Martha Kaufer Horwitz del INCMNSZ (tel: 54870900 extensión 5535) o a la Lic. Avelina Landaverde (celular: 5518765728). La investigación es un proceso largo y complejo. Obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses

### **PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:**

Su participación es VOLUNTARIA. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). En caso de interrumpir su participación, se le solicitará una última sesión para cerrar y recabar los últimos datos del estudio.

## **CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN**

Su nombre no será usado en ninguno de los estudios. Las grabaciones obtenidas no contendrán datos que permitan identificarla mediante la asignación de códigos a su información. El código es un número de identificación o pseudónimo que no incluye datos personales para evitar cualquier posibilidad de identificación. Sus grabaciones podrán ser almacenadas por los investigadores hasta por 2 años o el tiempo que termine la interpretación de la información.

Los códigos que identifican su grabación estarán solo disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados, por Ley, a no divulgar su identidad. Los códigos y grabaciones serán guardados en una memoria externa, a la cual solo tendrán acceso los investigadores. El contenido de las grabaciones no será consignado en el expediente clínico y sólo se analizará la información necesaria para cumplir con los objetivos del estudio.

Existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley. Monitores o auditores del estudio podrán tener acceso a la información de los participantes.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información, incluyendo las grabaciones y la transcripción de las mismas. Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre.

El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición aprobó la realización de éste estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con dicho Comité de Ética que supervisa el estudio para decidir la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice re contactarla, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

### ***IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:***

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con Martha Kaufer Horwitz en el INCMNSZ (teléfono: 54870900 extensión 5535).

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con Avelina Landaverde Martínez (teléfono: 5518765728).

---

**°Vasco de Quiroga No. 15  
Tlalpan 14000, D.F. México**

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ el Dr. Arturo Galindo Fraga al teléfono: 54870900 extensión 6101).

### **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas me han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, y de acuerdo con todos los siguientes puntos:

y de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

y de acuerdo en proporcionar información en las entrevistas para ser utilizadas en éste estudio. Así mismo, mi información médica extraída de los expedientes podrá ser utilizada con los mismos fines.

y de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere colectar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

- |  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Ha leído y entendido la forma de consentimiento informado, en su lenguaje materno?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo al participar en este estudio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Entiende que el investigador puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no cumplió con los requerimientos del estudio o si considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- j. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales? SI  NO

**Declaración del paciente:**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informada que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atención médica o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con la Lic. Avelina Landaverde Martínez (tel: 5518765728). Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio puede hablar con el coordinador del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Telefono: 54870900 extensión 6101).

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirla y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre de la Participante	Firma de la Participante	Fecha
---------------------------	--------------------------	-------

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**(El presente documento es original y consta de 8 páginas)**

**ANEXO III. Guía de categorías y subcategorías**

<b>Objetivo general</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Analizar la trayectoria de atención del padecimiento y su relación con el desarrollo de la obesidad severa y el uso de la cirugía bariátrica, en mujeres adultas con cirugía bariátrica del INCMNS.	Describir y analizar la trayectoria de atención del padecimiento	Trayectoria del padecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ausencia de problemas de salud</li> <li>b) Identificación del problema</li> <li>c) Diagnóstico(s)</li> <li>d) Tratamiento(s)</li> <li>a) Proceso anterior al protocolo de cirugía bariátrica</li> <li>b) Durante el protocolo</li> <li>c) La cirugía bariátrica</li> <li>e) Después de la cirugía</li> </ul>
	Analizar los modelos explicativos de la obesidad severa a lo largo de la trayectoria de atención.	Modelo explicativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Causas</li> <li>b) Clasificación</li> <li>c) Temporalidad</li> <li>d) Formas de pronóstico y diagnóstico</li> <li>e) Consecuencias</li> <li>f) Recursos para la atención</li> <li>g) Percepción de los recursos y terapeutas</li> </ul>
	Analizar la corporeidad a partir de la imagen corporal y las consecuencias (corporales y en las relaciones sociales), a lo largo de la trayectoria de atención.	Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Representaciones del cuerpo</li> <li>b) Representaciones del peso</li> </ul>
		Consecuencias corporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Representaciones de la ganancia de peso</li> <li>b) Representaciones de la pérdida de peso</li> <li>c) Prácticas de la ganancia y pérdida de peso</li> <li>d) Representaciones de los problemas de salud</li> <li>e) Diagnósticos (autodiagnóstico y de los otros)</li> </ul>
		Consecuencias en su entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Roles (pareja, madre, hija, hermana...)</li> <li>b) Relaciones (dependencia, rechazo, aceptación, apoyo...)</li> <li>c) Actividades familiares</li> <li>d) Económicas</li> </ul>
		Consecuencias en su grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Roles (amiga, compañera de trabajo, iglesia, grupos)</li> <li>b) Relaciones (dependencia, rechazo, aceptación, apoyo...)</li> <li>c) Actividades sociales</li> </ul>

		Consecuencias en su estado de ánimo	a) Estado de ánimo cotidiano b) Estado de ánimo en situaciones especiales de la vida (boda, nacimiento de hijos, divorcio, cambios de trabajo, cambios en la menopausia...)
		Consecuencias en su sexualidad	a) Representaciones de la sexualidad b) Prácticas en la sexualidad c) Vinculación afectiva
	Analizar el estilos de vida, a partir de las prácticas (de cuidado a la salud, alimentarias y de actividad física) a lo largo de la trayectoria de atención.	Representaciones y prácticas alimentarias	a)Representaciones de la alimentación b)Representaciones de la dieta c) Prácticas de compra y consumo alimentario
		Representaciones y prácticas de actividad física	a)Representaciones de la actividad física b)Representaciones del ejercicio c) Prácticas de actividad física y ejercicio
		Representaciones y prácticas de cuidado a la salud	a)Representaciones estilos de vida saludables y de riesgo b)Representaciones conductas saludables y de riesgo c) Prácticas de cuidado a la salud

### **ANEXO IV. Guía de entrevista semi-estructurada/Historia de vida**

<i>Temas</i>	<i>Posibles preguntas</i>
<b>-Entorno sociocultural de la familia</b>	¿de dónde es su familia? En caso haber vivido en el campo ¿su familia era propietaria de alguna tierra? ¿qué cultivaban? ¿había otros ingresos? Para todas: ¿quiénes trabajaban en la familia? ¿Podría hacer una descripción de su casa (el entorno y luego detalle plantas, cuartos, disposición de interiores, materiales construcción, tipo de piso, techo, mobiliarios)? ¿cuáles eran las tareas cotidianas?
<b>-La infancia</b>	¿Cuáles son sus primeros recuerdos de la infancia? personas con las que vivía o se relacionaba, número de hermanos, oficios de la madre, el padre, costumbres y hábitos de éstos. Su vida entre los niños, en su casa, los juegos, sus recuerdos gratos, travesuras, malos recuerdos.
<b>- La escuela</b>	¿A que edad comenzó la escuela?, tipo de escuela (privada, pública, religiosa etc.) ¿Cuántas escuelas había en la zona? ¿Sabía leer o escribir cuando ingreso?, ¿Le gustaba hacer? ¿Había diferencias entre sus compañeros?. Número de compañeros?. ¿Juegos, recuerdos de maestros, castigos. ¿Qué hacía después del colegio?. Personas importantes en la escuela. Lugares importantes en la escuela. Años escolares. Recuerdos gratos y malos recuerdos
<b>-Juventud</b>	¿Qué hacía en esa edad? escuela, trabajos, juegos, amistades, novios,etc. Relación con sus padres. Conflictos personales.
<b>-Vida de pareja y matrimonio</b>	¿A qué edad comenzó a salir sola?. ¿Qué hacía los fines de semana?. ¿Cuándo comenzó a ganar dinero, como? ¿Cómo han sido sus relaciones de pareja? ¿Ha vivido con alguna pareja estable? ¿Cuándo y por cuánto tiempo? Relación con ella y la familia <b>En caso de ser casada:</b> ¿Cuándo conoció a su esposo? ¿De dónde es originaria? ¿Tiempo de noviazgo?. ¿Sus padres estaban de acuerdo? Preparativos del matrimonio. Costumbres. <b>En caso de tener hijos:</b> Número y descripción Relación con ellos. Comentarios.
<b>-Vida religiosa</b>	¿Profesa alguna religión? cuál, por que. Recuerdos de su pasado religioso.
<b>-La muerte</b>	¿cómo ha sido su experiencia con personas fallecidas? ¿hay muertes que han marcado su vida? ¿de quiénes? ¿cómo ha sido el duelo?. ¿Que piensa usted de la muerte?
<b>-Vida laboral</b>	¿en qué ha trabajado? ¿cuándo y por cuánto tiempo? ¿cómo ha sido tu relación con compañeros de trabajo y jefes? Recuerdos gratos y malos recuerdos. ¿actualmente a qué se dedica o cuál es su principal ocupación? ¿cuáles son sus fuentes de ingreso?
<b>- Actividades de esparcimiento</b>	¿Qué hacía los días libres? Los fines de semana, vacaciones. ¿Cuáles son sus actividades favoritas? Personas más cercanas, amigos.
<b>- Política y Sindicalismo.</b>	¿Le interesa la Política? ¿Partidos? ¿Ha participado?. de que manera. ¿Ha asumido responsabilidades sindicales? ¿Luchas sociales?.

**ANEXO V. Guía de entrevista semi-estructurada/Trayectoria de atención**

Temas	Posibles preguntas
<p><b>Causas</b></p> <p><b>Clasificación</b></p> <p><b>Temporalidad</b></p> <p><b>Consecuencias</b></p> <p><b>Recursos para la atención</b></p> <p><b>Percepción de los recursos y los terapeutas o profesionales</b></p>	<p>En su opinión ¿a qué se debe la obesidad? ¿Cómo se da la obesidad? ¿a quién le da obesidad? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿por qué? ¿cuál es la causa de su obesidad? ¿es diferente a las de los demás?</p> <p>¿Hay alguna clasificación? ¿Cuáles son los tipos de obesidad? ¿cuándo se puede decir que alguien es obeso y cuando no? ¿de qué tipo considera que es su obesidad? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? Por qué?</p> <p>¿La obesidad tarda en aparecer? ¿se da en una edad o tiempo específico? ¿cómo empieza? ¿Cuánto tarda en aparecer la obesidad? ¿la obesidad termina? ¿cuánto tardó en aparecer en su cuerpo? ¿cuánto tarda en aparecer en el cuerpo de los otros*? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? Por qué?</p> <p>¿Qué consecuencias tiene la obesidad? ¿hay beneficios? ¿qué problemas relaciona con la obesidad? ¿qué consecuencias (beneficios y problemas) ha vivido usted relacionadas con su obesidad? ¿tiene algún efecto en su economía? ¿tiene efectos en su trabajo? ¿qué consecuencias tiene en la vida de los otros*? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿tiene cura la obesidad? ¿cómo se atiende la obesidad? ¿qué se hace para evitarla? ¿qué se hace para solucionar la obesidad? ¿qué recursos médicos existen? ¿qué recursos alternativos conoce? ¿cómo se atienden los problemas relacionados con la obesidad? ¿hay algo que no se deba hacer para atender la obesidad? ¿qué recursos ha usado para prevenirla, atenderla y atender los problemas de que se relacionan con ella? ¿qué recursos han usado otros para prevenirla, atenderla y atender los problemas de que se relacionan con ella? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿qué piensa de los tratamientos para la obesidad? ¿qué ventajas y desventajas tiene cada uno? ¿qué tanto son o no eficaces? ¿qué terapeutas o profesionales pueden dar atención a la obesidad? ¿qué hace cada uno? ¿qué ventajas o desventajas tiene cada uno? ¿Qué otros recursos pueden usarse para atender la obesidad? ¿qué ventajas y desventajas tiene cada uno? ¿qué tanto son o no eficaces? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p>
<p><b>Representación de la obesidad antes y después</b></p> <p><b>Representación de la obesidad severa</b></p> <p><b>Representaciones de la cirugía bariátrica antes</b></p>	<p>¿Para usted qué es la obesidad? ¿qué pensaba de la obesidad antes de la cirugía? ¿se le puede llamar de otra forma? ¿se da más antes que ahora?</p> <p>¿qué es la obesidad severa? ¿Pensaba eso antes de la cirugía? ¿Por qué? ¿qué piensa usted de su obesidad? ¿pensaba diferente antes de la cirugía? ¿por qué? ¿qué piensa de la obesidad de otras personas? ¿Pensaba eso antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué es la cirugía bariátrica? ¿qué es el BYPASS? ¿Pensaba eso antes de la cirugía qué? ¿Por qué? ¿qué piensa usted de la cirugía que le hicieron? ¿pensaba diferente antes de la cirugía? ¿por qué? ¿qué piensa de la cirugía de otras personas? ¿Pensaba otra cosa antes de la cirugía? ¿por qué?</p>

## *ANEXO VI. Guía de entrevista semi-estructurada/Corporalidad*

Temas	Posibles preguntas
<p><b>Representaciones del cuerpo</b></p>	<p>En su opinión ¿qué es el cuerpo? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿cuáles y cómo son los tipos de cuerpo? ¿hay algún tipo mejor que otro? ¿existe alguna relación entre el cuerpo y la mente, el espíritu, la sociedad? ¿cómo se relaciona el cuerpo con los órganos? ¿cómo se relaciona con la composición del cuerpo? ¿por qué? ¿existe alguna relación entre el cuerpo y la alimentación? ¿entre el cuerpo y la dieta? ¿cómo ha considerado su cuerpo a lo largo de su vida? ¿a qué le atribuye que su cuerpo sea así? ¿qué zonas del cuerpo tienen más importancia para usted? ¿cómo describiría su cuerpo antes de la cirugía? ¿cómo lo describiría ahora? ¿por qué? ¿qué le gusta de su cuerpo? ¿qué no le gusta de su cuerpo? ¿Cómo es el cuerpo de los otros? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>Revisar expediente o datos de clínica de obesidad (imagen corporal) y percepción corporal</p> <p>Realizar entrevistas con (familia, acompañante, cuidador?)</p>
<p><b>Representaciones del peso</b></p>	<p>¿qué es el peso corporal? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿cuáles y cómo son los tipos de peso? ¿hay algún tipo mejor que otro? ¿por qué? ¿cómo se gana peso? ¿cómo se logra perder peso? ¿cómo ha considerado su peso a lo largo de su vida? ¿cómo lo considera ahora? ¿qué expectativas tiene de su peso corporal? ¿por qué? ¿Cómo es el peso de los otros? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>Revisar expediente (expectativas, cambios y registros de peso corporal )</p> <p>Considerar pedir fotos para elaborar que ella pueda tener un soporte físico para la reconstrucción de la experiencia.</p>
<p><b>Consecuencias en su entorno familiar</b>  <b>Roles (pareja, madre, hija, hermana...)</b>  <b>Relaciones (dependencia, rechazo, aceptación, apoyo...)</b>  <b>Actividades familiares Económicas</b></p> <p><b>Consecuencias en su grupo de pares</b>  <b>Roles (amiga, compañera de trabajo, iglesia, grupos)</b>  <b>Relaciones (dependencia, rechazo, aceptación, apoyo...)</b>  <b>Actividades sociales</b></p> <p><b>Consecuencias en su estado de ánimo</b>  <b>Estado de ánimo cotidiano</b>  <b>Estado de ánimo en situaciones especiales de la vida (boda, nacimiento de hijos, divorcio, cambios de</b></p>	<p><b>Entrevista:</b>          ¿la obesidad afecta a la familia? ¿cómo? ¿por qué? ¿cómo cree que afecta la obesidad en otras familias? ¿cómo ha afectado en su entorno familiar? ¿ha tenido consecuencias positivas y negativas? ¿cuáles y por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿por qué?</p> <p><b>Expediente:</b>          Notas psiquiatría de apoyo familiar</p> <p><b>Entrevista:</b>          ¿la obesidad afecta en otras relaciones sociales, fuera del hogar? ¿cómo? ¿por qué? ¿cómo ha afectado en su relación otros? ¿cómo afecta la obesidad de otras personas en su relación con otros? ¿tiene relación con otras personas con obesidad? ¿cómo la describiría? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿por qué?</p> <p><b>Expediente:</b> Descripción laboral y social. Cuestionarios de calidad de vida</p> <p><b>Entrevista:</b>          ¿la obesidad afecta en las actividades diarias? ¿cómo? ¿por qué? ¿cómo ha afectado en sus actividades diarias? ¿considera que hay consecuencias positivas y negativas? ¿cuáles y por qué? ¿cómo afecta la obesidad de otras personas en sus actividades diarias? ¿cómo describirías esas consecuencias? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿por qué?</p> <p><b>Expediente:</b>          Cuestionarios de calidad de vida          Registro de actividades en un día</p>

<p><b>trabajo, cambios en la menopausia...)</b></p> <p><b>Consecuencias en su sexualidad</b></p> <p><b>Representaciones de la sexualidad</b></p> <p><b>Prácticas en la sexualidad</b></p> <p><b>Vinculación afectiva</b></p>	<p>¿qué significa para usted la sexualidad? ¿es diferente la sexualidad en personas con obesidad? ¿es diferente la sexualidad en mujeres que en hombre? ¿cómo afecta la obesidad a la sexualidad? ¿qué ventajas y desventajas tiene la obesidad en la sexualidad? ¿qué es permitido y no permitido en la sexualidad? ¿y cuando se tiene obesidad? ¿cómo describiría su sexualidad? ¿qué expectativas tiene de su sexualidad? ¿qué es una relación de pareja para usted? ¿qué es una relación sexual para usted? ¿qué es el amor para usted? ¿Cómo describiría la sexualidad de los otros?</p> <p>¿qué características físicas busca en una pareja? ¿que características de personalidad busca en una pareja? ¿Cuántas parejas ha tenido? ¿qué le parece atractivo de su pareja? ¿qué le parece atractivo de usted ¿de qué maneras seduce a su pareja? ¿tiene encuentros sexuales? ¿con qué frecuencia? ¿afecta la obesidad en sus encuentros sexuales? ¿cómo?</p> <p>¿Cómo afecta la obesidad a su relación con otras personas? ¿afecta igual a hombres que a mujeres?</p>
--	--

## ANEXO VII. Guía de entrevista semi-estructurada/Estilo de vida

Temas	Posibles preguntas
<p><b>a) Representaciones de la alimentación</b></p> <p><b>b) Representaciones de la dieta</b></p> <p><b>c) Prácticas de compra y consumo alimentario</b></p>	<p>¿qué es la alimentación? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿hay algún tipo mejor que otro? ¿Cómo es la alimentación de los otros? ¿qué relación tiene la alimentación con la obesidad y la obesidad severa? ¿qué relación tiene la alimentación con la cirugía bariátrica? ¿por qué? ¿cómo es la alimentación antes de la cirugía? ¿cómo es después de la cirugía? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿qué es la dieta? ¿existe diferencia entre dieta y alimentación? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿hay alguna mejor que otra? ¿por qué? ¿qué dietas conoce? ¿cómo las conoció? ¿qué dietas ha seguido o empezado? ¿cómo las considera? ¿qué tan eficaces son? ¿por qué? ¿lleva alguna dieta actualmente? ¿Cuáles son su ventajas y desventajas? ¿qué relación tiene la dieta con la obesidad y la obesidad severa? ¿qué relación tiene con la cirugía bariátrica? ¿por qué? ¿Cómo es la dieta de los otros**? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>Realizar diario de alimentación actual y Registros de expediente de dieta antes y después de la cirugía</p> <p>¿dónde compra su comida? ¿suplementos? ¿medicamentos? ¿cada cuanto va de compras? Descripción de la última ocasión que fue de compras de alimentos. ¿Quién cocina? ¿dónde come? Comida favorita y comida que no le gusta, que no tolera...</p>
<p><b>a) Representaciones de la actividad física</b></p> <p><b>b) Representaciones del ejercicio</b></p> <p><b>c) Prácticas de actividad física y ejercicio</b></p>	<p>¿qué es la actividad física? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿hay algún tipo mejor que otro? ¿Cómo es la actividad física de los otros? ¿qué relación tiene la actividad física con la obesidad y la obesidad severa? ¿qué relación tiene la actividad física con la cirugía bariátrica? ¿por qué? ¿cómo es la actividad física antes de la cirugía? ¿cómo es después de la cirugía? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿qué es el ejercicio? ¿existe diferencia entre actividad física y el ejercicio? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación? ¿hay alguna mejor que otra? ¿por qué? ¿qué dietas conoce? ¿cómo las conoció? ¿qué el ejercicio s ha seguido o empezado? ¿cómo los considera? ¿qué tan eficaces son? ¿por qué? ¿realiza alguno dieta actualmente? ¿Cuáles son su ventajas y desventajas? ¿qué relación tiene con la obesidad y la obesidad severa? ¿qué relación tiene con la cirugía bariátrica? ¿por qué? ¿Cómo es el ejercicio de los otros**? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>Realizar diario actividad física Registros de expediente de actividad física</p>
<p><b>a) Representaciones estilos de vida saludables y de riesgo</b></p> <p><b>b) Representaciones conductas saludables y de riesgo</b></p> <p><b>c) Prácticas de cuidado a la salud</b></p>	<p>¿qué es la salud? ¿para qué sirve? ¿hay alguna clasificación de la salud? ¿Cómo es la de los otros? ¿cómo es un estilo de vida saludable? ¿cómo es un estilo de vida no saludable? ¿qué relación tiene el estilo de vida la con la obesidad y la obesidad severa? ¿cómo es antes de la cirugía? ¿cómo es después de la cirugía? ¿por qué? ¿pensaba lo mismo antes de la cirugía? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué acciones hacía para cuidar su salud? ¿Qué piensa de ellas? ¿Qué actividades o acciones hace para cuidar su salud actualmente?</p>

