



Original/*Obesidad*

Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes

Javiera Lecaros Bravo, Claudia Cruzat Mandich, Fernanda Díaz Castrillón y Catalina Moore Infante

Escuela de Psicología, Centro de estudio de la Conducta Alimentaria (CECA). Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago de Chile. Chile.

Resumen

Introducción: La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Asociado a esto, las cirugías bariátricas han ido en progresivo aumento, dada su efectividad en la baja de peso a corto plazo. Sin embargo, se ha visto que existe un alto porcentaje de reganancia de peso a partir del tercer año post cirugía y existen pocos estudios de seguimiento de estos pacientes.

Objetivo: Describir los facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso, desde la perspectiva de adultos que han sido sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Se utilizó un enfoque cualitativo, descriptivo, basado en la Teoría Fundamentada. Se realizaron entrevistas en profundidad y los datos se analizaron a través de codificación abierta. La muestra estuvo compuesta por 8 mujeres y 3 hombres adultos, intervenidos en clínicas privadas.

Resultados: Se generaron cinco categorías de análisis: (1) variables que favorecen la pérdida de peso post cirugía bariátrica, (2) variables que dificultan la pérdida y mantención de peso post cirugía, (3) evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica, (4) problematización de la obesidad, y (5) relación con la comida.

Discusión: Los principales hallazgos indican que el fracaso y el éxito en la pérdida de peso post cirugía se encuentra asociado a la posibilidad de tener una red de apoyo emocional y social, así como a la posibilidad de comprender y modificar el rol de la comida como mecanismo de regulación emocional.

(*Nutr Hosp.* 2015;31:1504-1512)

DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8515

Palabras clave: *Obesidad. Cirugía bariátrica. Reganancia de peso. Estudio cualitativo.*

BARIATRIC SURGERY IN ADULTS: VARIABLES THAT FACILITATE AND HINDER WEIGHT LOSS FROM PATIENTS PERSPECTIVE

Abstract

Introduction: Obesity has become a public health problem worldwide. Associated with this, bariatric surgeries have progressively increased, given its effectiveness in weight loss in the short term. However, it has been found a high percentage of weight reganancia from third year post surgery, and there are few follow-up studies of these patients.

Objectives: To describe variables that promote and hinder weight loss, from the perspective of adults who have undergone bariatric surgery.

Methods: A qualitative descriptive approach based on Grounded Theory was used. In-depth interviews were conducted and data were analyzed using open coding. The sample consisted of 11 adults, 8 women and 3 males, who carried on surgery in private clinics.

Results: Five categories of analysis were generated: (1) variables that promote weight loss after bariatric surgery (2) variables that hinder weight loss after surgery, (3) evaluation of bariatric surgery results, (4) problematization of obesity and, (5) relationship with food.

Discussion: The main findings indicate that failure or success in weight loss after surgery is associated with the possibility of having a network of social and emotional support, as well as the ability to understand and modify the role of food as emotional regulation mechanism.

(*Nutr Hosp.* 2015;31:1504-1512)

DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8515

Key words: *Obesity. Bariatric surgery. Weight reganancia. Qualitative study.*

Correspondencia: Fernanda Díaz Castrillón.
Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA).
Universidad Adolfo Ibáñez.
Avenida Diagonal Las Torres.
2640 Peñalolén. Santiago de Chile.
E-mail: fernanda.diaz@uai.cl

Recibido: 10-XII-2014.

Aceptado: 20-I-2015.

Introducción

Es de conocimiento general que la obesidad ha aumentado de manera alarmante en la última década. Según un estudio, realizado por la Fundación Chile¹ junto a otras organizaciones, se estima que en el mundo existen 1,46 billones de personas con sobrepeso, de las cuales 502 millones presentan obesidad, y se plantea que en el 2015 habrá más de 700 millones de personas obesas en todo el mundo. En Chile, y según la última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010², un 39,3% de la población califica con sobrepeso (versus 37,8% en el 2003), un 25,1% con obesidad (versus 21,9% en el 2003) y un 2,3% con obesidad mórbida (versus 1,3% en el 2003), existiendo para el segundo y tercer diagnóstico una mayor prevalencia de mujeres que hombres.

Junto con la obesidad, las cirugías bariátricas han ido en aumento en los últimos años en Chile, llegando a superar en la actualidad las ocho mil al año, mientras que una década atrás no alcanzaban las mil (Heusser N, Muñoz, B. Cirugías para bajar de peso: explosivo aumento. Periódico digital, La Hora, 22 Agosto 2013. Disponible en <http://www.lahora.cl/index.html?2013082201#>). Por su parte, las técnicas quirúrgicas para la reducción del peso se han ido perfeccionando, especializando y renovando, al igual que los criterios de selección de sus candidatos. Las indicaciones vigentes para cirugía bariátrica han cambiado y se han flexibilizado de tal manera que se ha disminuido el IMC a < de 35 y se ha extendido la edad, pudiendo operarse adolescentes. Todo indica que, en la medida que estas técnicas sean más efectivas y seguras, las restricciones tenderán a desaparecer³.

Los tratamientos bariátricos se han orientado a personas que fracasan con otros métodos para la reducción de peso, siendo éste uno de los criterios actuales de selección, sin embargo, ha sido poco estudiado el nivel de éxito a largo plazo de esta medida. 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 Papapietro⁴, 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. 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. En este sentido, la cirugía bariátrica no es curativa⁵, lo que devela la necesidad de hacer un seguimiento a los pacientes intervenidos.

Respecto al grado de satisfacción de los pacientes con los resultados de los procedimientos quirúrgicos, Ruiz, Berrocal y Valero⁶ señalan que éstos se relacionan más con la satisfacción en las relaciones sociales y de pareja, y con la imagen corporal, que con la pérdida de peso obtenida. En relación a la imagen corporal,

Cassinello, Fernández, Álvarez, Baguena y Ortega⁷ plantean que conforme el paciente va perdiendo peso, la percepción de la imagen corporal empieza a variar, volviéndose más exigente y a veces incoherente con el peso perdido y la figura alcanzada. Al parecer, dentro de los primeros seis meses el cambio físico ocurre tan rápido que algunas personas presentan dificultades en su integración psicológica, provocando expectativas no realistas y distorsionadas de la propia imagen.

Los resultados de Cassinello et al.⁷ en una muestra sometida a bypass gástrico, indican que a los seis meses post cirugía no se aprecian cambios en la valoración de la imagen corporal, siendo la mejora de la salud el factor post operatorio que más valora el paciente con obesidad mórbida⁹. A pesar de las complicaciones secundarias, como alteraciones nutricionales y metabólicas, anemia, caída del pelo, falla hepática, formación de cálculos biliares, úlceras y hernias incisionales, entre otros^{9,10}, la percepción de la calidad de vida muestra mejoras altamente significativas después de la cirugía^{11,12,13}.

Sin embargo, los efectos a largo plazo no parecen ser tan alentadores. Un estudio realizado por Pataky, Carrard & Golay¹⁴ resume los trastornos psicológicos en los pacientes obesos antes y después de la cirugía bariátrica, y el impacto de estos factores en los resultados de la intervención. Se postula que aunque la cirugía bariátrica imposibilita la ingesta de grandes cantidades de alimentos, la pérdida de control en la alimentación puede reaparecer después de la cirugía. Según algunas investigaciones prospectivas, la recuperación de peso se produce en algunos casos en un rango que va entre los 18 meses y los 2 años después de la cirugía¹⁵.

Por otra parte, se han intentado aislar ciertas variables tales como sexo y edad como predictores de la deserción a los programas de cuidado post operatorio, encontrando resultados preliminares que indican que el sexo femenino, la menor edad y los trastornos psiquiátricos graves (como trastornos de personalidad), se asociarían a mayor deserción. Respecto a los síntomas depresivos y ansiosos, no existe acuerdo, e incluso habría cierta evidencia en que aparecen como predictores positivos de la pérdida de peso después de la cirugía^{16,17}.

Canetti, Berry & Elizur¹⁸, tras un año de seguimiento a 44 pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica, concluyeron que los rasgos de personalidad y la percepción de apoyo social, juegan un papel muy importante en la reducción de peso. Sus resultados apuntan a que el neuroticismo, la baja autoestima y el miedo a la intimidad se asociarían negativamente con la pérdida de peso, prediciendo el fracaso en la baja de peso posterior a la cirugía bariátrica. La mayoría de los estudios así como la experiencia clínica, sugieren un tipo de conducta alimentaria prevalente en estas personas, caracterizada por comer compulsivo, atracones, pastoreo y alimentación nocturna, en que la ingesta constituiría un refugio contra amenazas externas y/o presiones internas, así como un medio para regular las emociones¹⁹.

Lo anterior indicaría que, para mejorar el tratamiento de los pacientes obesos sería necesario identificar las variables que se asocian y/o intervienen en los resultados de los mismos. Esto puede proporcionar información relevante sobre los procesos de cambio y orientar el desarrollo de nuevos programas que consideren las diferencias individuales y ofrezcan intervenciones alternativas para pacientes que no responderán a la cirugía.

Actualmente, son pocas las investigaciones orientadas al seguimiento de los pacientes obesos que se realizan cirugía bariátrica en Chile y en el mundo, quedando un vacío respecto a las consecuencias favorables y desfavorables de dichas intervenciones. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer qué aspectos psicológicos y sociales inciden en los resultados de la cirugía a largo plazo, desde la perspectiva del propio paciente.

Métodos

Diseño y enfoque metodológico

La presente investigación utiliza un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio, orientado a la descripción de los procesos subjetivos que vivencian las personas que se han realizado cirugía bariátrica.

Se enmarca en la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss, pues se espera construir la propia perspectiva de los participantes en relación a su realidad psicosocial²⁰. La Teoría Fundamentada hace referencia a un método de investigación en el que la teoría -que pretende dar cuenta de un fenómeno- emerge desde los datos, y se encuentra en estricta relación con la recolección y análisis de los mismos^{21,22}.

Participantes y estrategia de muestreo

Para la selección de participantes se utilizó un muestreo teórico, que alude a una estrategia gradual en donde la elección y reunión de los casos se realiza al mismo tiempo que se recogen y analizan los datos²³. Se seleccionan nuevos casos según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos²⁴, hasta llegar a la saturación teórica, es decir, cuando no emerge nada nuevo²². La selección de nuevos casos se realizó a través de informantes clave y bola de nieve²⁴.

La muestra fue intencionada, siendo los criterios de inclusión los siguientes: 1) pacientes que se hubieran realizado cirugía bariátrica con independencia de su evolución clínica, esto es, tanto los que perdieron como los que mantuvieron/aumentaron su peso, 2) preferentemente entre 18 y 60 años, 3) que el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el momento de la recolección de datos fuese mayor a 12 meses, y de preferencia de 2 años, pues este vendría a ser el período crítico en que el peso se tendería a estabilizar¹².

La muestra quedó conformada por 3 hombres y 8 mujeres. El tiempo promedio desde la fecha de la operación hasta el momento de la entrevista fue de 4 años y 1 mes, siendo 10 años con 9 meses el lapso temporal mayor, y 11 meses el menor (ver Tabla I).

En cuanto al tipo de operación, 7 participantes se realizaron gastrectomía en manga y 4 bypass gástrico, de los cuales 10 tenían diagnóstico nutricional preoperatorio de obesidad mórbida y 1 de obesidad, correspondientes a IMC que oscilan entre 51.94 y 34.45. Con respecto al peso y clasificación de IMC actuales, 4 presentan IMC normales, 4 sobrepeso y 3 obesidad (ver Tabla II).

Estrategia de recolección y análisis de datos

Se realizaron entrevistas en profundidad²⁶, semi-estructuradas, utilizando una pauta basada en los objetivos específicos y preguntas directrices. Las entrevistas duraron entre 40 y 90 min, y todas fueron grabadas y transcritas. Dado que 2 de los 11 participantes de la muestra no residían en Santiago, dichas entrevistas se realizaron de modo virtual a través de la herramienta *Skype*, y su registro se realizó mediante *Call Graph Toolbar*.

El análisis de los datos se realizó conforme a lo planteado por la Teoría Fundamentada de Glaser & Strauss,²⁷ en que a través del método de la comparación constante se analizan y codifican los datos simultáneamente²⁰. Para esta investigación se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos por medio de codificación abierta. Este es un proceso inductivo que consiste en construir categorías generales a partir de datos particulares, con el fin de que emerjan conceptos desde lo señalado por los propios entrevistados. En primer lugar, la información transcrita es fragmentada, con el fin de examinar párrafo por párrafo. Cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, es decir, se le adscribe una etiqueta verbal que interprete el significado de la información recogida. Los conceptos obtenidos se agrupan en categorías, las que se organizan jerárquicamente²² (Krause M. La reconstrucción de la estructura interna de las representaciones sociales a través de un análisis cualitativo y relacional. Presentado en la IV Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales, 1998; Ciudad de México, México).

En relación a los criterios de rigor científico, se utilizó la triangulación de analistas, ya que se contó con más de un analista para examinar los datos en sus diferentes fases, y de esta manera se pudo dar mayor profundidad a los resultados²¹.

Consideraciones Éticas

La participación en las entrevistas fue voluntaria, y no implicaba riesgos. Se resguardó la plena confidencialidad de los datos en cuanto a la identidad de los participantes, quienes firmaron un consentimiento informado, donde se explicaba el objetivo de la investigación y se solicitaba autorización para grabar.

Tabla I
Caracterización sociodemográfica de la muestra

Nº entrevistado	Sexo y Edad	Ocupación	E. Civil	Nivel Socio Económico
I	H/34 años	Productor de eventos	Soltero	Medio Alto
II	M/30 años	Chef de pastelería	Soltera	Medio
III	M/32 años	Trabajadora social	Casada	Medio Alto
IV	H/40 años	Ejecutivo de cuentas bancarias	Soltero	Medio Alto
V	M/21 años	Estudiante de ingeniería de información y control	Soltera	Medio Alto
VI	M/59 años	Dueña de casa	Casada	Medio
VII	H/57 años	Gerente de división iluminación en empresa privada	Soltero	Alto
VIII	M/51 años	Oficial administrativo de institución educacional	Casada	Medio
IX	M/34 años	Psicóloga	Casada	Medio Alto
X	M/25 años	Ingeniero Comercial	Soltera	Medio Alto
XI	M/30 años	Ingeniero en Geomensura	Soltera	Medio

Resultados

De acuerdo al análisis descriptivo de los datos se desprenden cinco categorías: 1) variables que favorecen la pérdida de peso post cirugía bariátrica, 2) variables que dificultan la pérdida y mantención de peso post cirugía bariátrica, 3) evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica, 4) problematización de la obesidad, y (5) relación con la comida.

Variables que favorecen la pérdida de peso post cirugía bariátrica

En esta categoría se describen las variables asociadas a la pérdida de peso después de la cirugía, lo que sirve para comprender las diferencias entre aquellas personas que perdieron peso y se han mantenido en rangos de IMC normales, y las que han recuperado peso, llegando incluso a IMC que indican obesidad.

Variables socio-familiares

Algunos entrevistados (cinco) valoran que su núcleo familiar más cercano cambie sus hábitos alimentarios en conjunto con ellos, adecuándose a las restricciones que se imponen a la alimentación después de la cirugía. Esto ayuda a que el paciente no se sienta solo en este proceso de cambio de hábitos

“Mi señora empezó a hacer dieta conmigo, o sea no comía lo mismo que yo, porque no iba a comer papillas, pero trataba de comer más sano también, aprovechando el impulso, fue como en una energía positiva en la que todos entramos en la casa” (IV, 10).

Preocupación actual por el peso

En las entrevistas se ve reflejado que el sobrepeso no era considerado un problema hasta que ocurre un evento que gatilla el uso de algún método de control de peso y que finalmente lleva a la cirugía.

Luego de ésta, gran parte de los entrevistados (ocho) reconoce un cambio en su estilo de vida, traducido en un mayor control de la ingesta calórica, así como también en la valoración e incorporación de actividad física en sus rutinas diarias, con la finalidad de mantenerse en el peso alcanzado tras la operación.

“(…) Yo tengo terror a subir, entonces por ejemplo yo ahora ya me puedo comer un churrasco, te puedes comer una mitad, pero después de un rato la otra mitad, y así hasta comerlo entero, entonces yo me controlo ahora, por ejemplo yo me llevo galletas de agua light a la oficina, y me di cuenta que el paquete que me dura 4 días me duró 2, eso quiere decir que comí el doble por lo que hoy volví a mi porción” (IX, 12).

De esta manera, se observa que el cambio de hábitos alimentarios se relaciona con el temor a volver a subir de peso, lo que constituye para muchos entrevistados una preocupación nueva, que alude a la medición de calorías en los alimentos, y por lo tanto, a un mayor control en lo que se come y en cómo se come. En este sentido, esta categoría podría considerarse como un indicador clave para no volver a recuperar el peso post cirugía.

Adherencia a controles post operatorios

En tres de las cuatro personas con IMC normal, éste aparece como uno de los factores más relevantes, sobre todo para la mantención del peso. El apoyo de los especialistas se valora de manera positiva en la medida

que educa a las personas en su proceso post quirúrgico, lo que daría la base para el cambio en el estilo de vida descrito con anterioridad.

“(…) Te pueden operar de todo, pero no de la cabeza, donde no tienes asegurado el 100%..yo aspiro a que tiene que ser un tema completo, donde el apoyo psicológico, sin desmerecer a los otros, porque el nutricional tiene que estar, pero sí es una de las partes más importantes (…) lo que te tienen que cuidar aquí es que el apoyo donde te vayan contando lo que te va a pasar…” (XI, 4).

“(…) Yo creo que para mí lo más fundamental fue el tema del apoyo psicológico, en el que a mí me fueron contando, y por ejemplo, tener personas que ya hayan vivido este proceso, en apoyarme así como “¿Qué sentiste? ¿Qué te pasó?”, y no tampoco en encerrarme así como “no, yo lo voy a lograr sola” no, sí, yo necesitaba pedir ayuda, poner alertas, por ejemplo en el tema de que la agresividad o algunas cosas que tu antes no tenías y ahora sí (…) (XI, 12, 15)”.

Variables que dificultan la pérdida y mantención de peso post cirugía bariátrica.

Los aspectos que resultan más significativos en esta categoría son el regreso a la conducta alimentaria

pre-cirugía bariátrica y la conformidad con un cierto peso alcanzado luego de ésta.

Como se observa en la tabla II, cuatro de los once entrevistados tienen actualmente un IMC normal, cuatro un IMC que indica sobrepeso y tres obesidad. Los aspectos que se describirán en esta categoría corresponden al estado nutricional de aquellas personas que luego de la cirugía y de haber llegado a IMC normales en un promedio de un año de realizada la operación, subieron de peso. Cabe destacar que cuatro de los once entrevistados nunca llegaron a IMC normales, aunque se incluye el entrevistado de menos tiempo transcurrido desde la operación, por lo que se encontraba en proceso de seguir bajando de peso.

Regreso a conducta alimentaria pre cirugía bariátrica

Gran parte de los entrevistados (seis) reconoce en este período el deseo de comer los alimentos que solían estar presentes en su vida diaria. Cabe destacar que este fenómeno resulta común en las personas que se han realizado bypass gástrico, aunque no es exclusivo de este grupo, lo que podría estar relacionado con las implicancias fisiológicas de una u otra técnica quirúrgica.

En un primer momento el control de la ingesta la impone el propio cuerpo, sin embargo, pasado los pri-

Tabla II
Caracterización clínica de la muestra

ID	Operación	Tiempo de operado	Talla	Peso pre operatorio/ IMC	Peso min post operado/IMC	Peso Actual/IMC
I	Gastrectomía en manga	2a 9m	2.05 mt	H: 155 kg/36.88: Obesidad Mórbida	100 kg/23.80: Normal	100 kg/23.80: Normal
II	Gastrectomía en manga	2a 11m	1.66 mt	M: 105 kg/38.10: Obesidad Mórbida	63 kg/22.86: Normal	70 kg/25.40: Sobrepeso
III	Gastrectomía en manga	6a 7m	1.58 mt	M: 86 kg/34.45: Obesidad	58.5 kg/23.23: Normal	73 kg/29.24: Sobrepeso
IV	Gastrectomía en manga	11m	1.72 mt	H: 140 kg/47.32: Obesidad Mórbida	89.9 kg/30.08: Obesidad	89.9 kg/30.08: Obesidad
V	Gastrectomía en manga	2a 10m	1.70 mt	M: 110 kg/38.06: Obesidad Mórbida	68 kg/23.53: Normal	80 kg/27.68: Sobrepeso
VI	Bypass Gástrico	10a 9m	1.63 mt	M: 138 kg/51.94: Obesidad Mórbida	75 kg/28.23: Sobrepeso	92 kg/34.63: Obesidad
VII	Gastrectomía en manga	3°	1.91 mt	H: 131 kg/35.91: Obesidad Mórbida	94.5 kg/25.77: Sobrepeso	105 kg/28.78: Sobrepeso
VIII	Bypass Gástrico	11°	1.73 mt	M: 145 kg/48.45: Obesidad Mórbida	90 kg/30.07: Obesidad	91.5 kg/30.41: Obesidad
IX	Bypass Gástrico	1a 10m	1.56 mt	M: 87 kg/35.75: Obesidad Mórbida	45 kg/18.49: Bajo peso	49 kg/20.13: Normal
X	Gastrectomía en manga	1a 4m	1.52 mt	M: 87 kg/37.66: Obesidad Mórbida	55 kg/23.81: Normal	57 kg/24.67: Normal
XI	Bypass Gástrico	1a 6m	1.74 mt	M: 130 kg/42.94: Obesidad Mórbida	68 kg/22.46: Normal	68 kg/22.46: Normal

meros seis meses aproximadamente, las personas ya pueden ir incorporando mayor variedad y cantidad de alimentos. Es aquí donde se establece la diferencia entre las personas que mantienen su peso y las que suben. Todos los entrevistados que actualmente han subido de peso reconocen haber vuelto a comer alimentos hipercalóricos, donde la cantidad de estos está mediada por lo que tolera el organismo y no por una restricción que realice la persona sobre su conducta.

“He subido, he llegado a pesar 97-98 kilos pero he vuelto a bajar porque hay períodos en que, si bien uno come menos, uno igual aprende a hacer trampa, los operados también pueden hacer trampa porque a ti te dicen: “tú no puedes comer azúcar”, pero tú puedes comerte todo, a cada rato un pedacito de chocolate, tú te puedes comer un chocolate en el día...” (VIII, 9); “(...) me gusta mucho comer, me da hambre, soy una persona que le da hambre, y entonces tengo la comida, me gusta, me gustan los sabores...” (III, 15).

De esta manera, aunque las personas tienen mayor conciencia sobre cómo se alimentan después de la cirugía, les cuesta controlar la ingesta de los alimentos hipercalóricos, los que en forma progresiva van formando parte nuevamente de su dieta alimentaria.

Conformidad con el peso alcanzado

Durante el proceso de disminución del peso, parte de quienes tienen regañancia (cinco de siete) deciden mantenerse en un peso que no corresponde al estipulado por los tratantes. No se encontró un patrón común de argumentos que justifiquen esta conducta, sin embargo, en los hombres se relaciona más con cierta limitación dada por la edad, y en las mujeres con temores respecto a la flaccidez de la piel y estética en general.

“(...) El nutricionista quiere que llegue a 78 kg. y la verdad yo no quiero, o sea, si llego, feliz pero difícil que llegue a 78 kg., y te lo explico no es antojadizo, yo estuve en la fuerza aérea a los 19 años y ahí corría 6 kms. diarios, era joven, me sacaba la mugre haciendo ejercicio, y llegue a 81 kg., así que yo mantenerme en lo que estoy, no subir, mantenerme no más, eso es lo que yo espero” (IV, 18).

“(...) Yo no quiero llegar a tener el peso de ella porque yo después quedé suelta de estas partes, no quiero seguir operándome de nada más, entonces si bajo más de peso, más se me van a soltar las piernas, entonces que suplí, empecé a hacer ejercicio, baile (...) yo dije no, no más, no quiero bajar más. Me mantengo ahí no más, si bien me operé pero no llegué al peso ideal ¿Qué querían que llegara a los 60 kilos, 70 kilos? No, estaría demacrada, no, no más (VIII, 10, 16).

Evaluación de los resultados de la cirugía bariátrica

Esta categoría da cuenta de la percepción que tiene el propio sujeto en relación al resultado de la cirugía

bariátrica, y abarca los beneficios y efectos secundarios adversos de la cirugía.

Cabe destacar que, en general, evalúan de manera positiva los resultados de la cirugía bariátrica, lo que se resume en la percepción de éxito y beneficio en algún ámbito de su vida. Para los que bajaron de peso, esta percepción se asocia al cumplimiento de las expectativas pre quirúrgicas, y a un cambio radical en los hábitos alimentarios y de actividad física.

“Para mí, si vemos el 100% del éxito si, yo creo que fue para mí exitoso, tanto en los 3 aspectos, en el tema de que logre el peso, en que cambié mi forma de vida, para mi hacer yoga no es burlarme de las personas que hacían yoga, si no que si puedo hacer yoga, en que el gimnasio para mi ahora es rutina...” (XI, 12).

Por otra parte, y para los que subieron de peso en los meses posteriores a la cirugía bariátrica, también se constata la percepción de éxito y beneficio, independiente de la recuperación de peso. Las personas perciben cambios tanto físicos como psicológicos, en el sentido que la cirugía evitó niveles mayores de obesidad y tuvo un impacto positivo sobre las enfermedades o limitaciones asociadas al sobrepeso.

“(...) Yo estoy segura que de no hacerme la operación hoy yo pesaría 100 kg., te puedo asegurar que yo pesaría 100 kg, por mi forma de ser, por los embarazos, porque siempre fui buena para comer (...) no es rico tener anemia, pero yo prefiero tener anemia y estar media débil un tiempo a sentirme súper gorda, sentirme que mi cuerpo no me pertenece, porque yo siempre tuve esa sensación, de que el cuerpo no me acompañaba, de que yo era mucho más rápida que el resto, y ahora ya no la tengo tanto” (III, 14)

Entre los beneficios más significativos a nivel físico, destaca el impacto positivo en la realización de actividades cotidianas, tales como abrocharse los zapatos, caminar, estar de pie, entre otros; y mejoras en la sexualidad con la pareja. A nivel psicológico, destaca como beneficio el aumento de la autoestima, la seguridad y confianza personal, y el encontrar ropa.

En el otro extremo, y dentro de los efectos secundarios adversos, lo más significativo se refiere a la desregulación metabólica que sufre el cuerpo luego de la cirugía, dando lugar a anemia, pérdida de piezas dentales, alopecia, flaccidez de la piel y uñas, problemas a la vesícula e intolerancia a algunos alimentos, entre otros.

Problematicación de la obesidad

Esta categoría alude al hecho de que los entrevistados (seis) mencionan no haber vivido la obesidad como un problema, por lo que la decisión de operarse pasa por un enfrentamiento con el cuerpo. Describen una experiencia negativa que gatilla la decisión de realizarse la cirugía, tal como un rechazo y/o falta de reconocimiento laboral, no poder ir a estudiar fuera o disminución de la calidad de vida, entre otros. La

persona vivencia un quiebre en el modo de percibir, experimentar e interactuar con su corporalidad.

“Mira yo siempre fui gorda, desde como los 11 años en adelante yo fui una típica gorda, pero yo hacía deporte, nadaba, practicaba natación casi todo el tiempo, tenía un tremendo círculo de amigos además, siempre fui súper polola, nunca tuve problemas con eso, nunca nadie me rechazó por ser gorda, nunca nadie me sancionó socialmente por el tema de la comida nada, pero cuando la obesidad(...) me cerró la puerta como que me vi contra la pared y dije: haber aquí algo está pasando, no puede ser que el trabajo soñado para mí se me cierre porque estoy guatona (abdomen abultado), entonces eso generó la consulta” (IX, 3).

Así, podría establecerse que a partir de una experiencia emocional negativa, y en la medida que se empieza a percibir como una barrera tanto para la propia aceptación, como para la validación y aprobación externas, la obesidad toma el carácter de problema. Con esta problematización de la obesidad como contexto, surge la decisión de realizar la cirugía bariátrica, externalizando así la solución a esta sensación de malestar.

Posteriormente se observa que la persona atraviesa por una etapa en que decantan física y psicológicamente las secuelas de la intervención. Este es el momento en que la mayor parte de los entrevistados refiere darse cuenta de las implicancias que esta operación dejará en su vida, generando distintos estados emocionales, entre los que destaca la sensación de limitación. Esto se asocia a dos aspectos clave, uno corresponde al deseo de querer comer y no poder, y el otro al cambio de imagen que, al ocurrir con tanta rapidez, sigue estando fuera de control.

Es en este período en que se produce la toma de conciencia de la conducta alimentaria pre quirúrgica, como consecuencia de despejar y reconocer los aspectos involucrados en la vivencia de limitación que acompaña la recuperación. Esto incluye identificar la función de la comida en la vida, y también apropiarse de un discurso que incluye al cuerpo en la experiencia emotiva.

“Yo creo que todas las personas y estoy segura de eso, todas las personas tienen que tener su vicio, unos fuman, otros se vuelven viciados, etc., y creo que hay personas en que no sabemos manejar el tema de la comida y cuando tú ya asumes eso como un tema, en que no es que tú quieras ser gorda (...), ahí yo creo que está la solución al tema, en que tú dices, ¿yo para qué como?(...) (XI, 14)”.

Relación con la comida

Algunos entrevistados (dos) describen una relación adictiva con la comida, otros (cinco) describen que ésta tiene un efecto calmante sobretodo frente a afectos como tristeza, rabia y ansiedad. Podría establecerse que este rasgo está relacionado con que la comida mantiene dentro de límites tolerables esas emociones,

al mismo tiempo que las reemplaza por un estado más placentero.

“(…) De verdad que en el tema de la comida, donde antes no lo había visto de esa forma, después del tratamiento sí, es casi como que si tu tuvieses algún tipo de droga, lo malo es que es una droga aceptada y que la tienes en las manos en cualquier momento, porque lamentablemente asimilamos el tema de la comida con el tema de sentimiento, en que tú si estas triste te comes un chocolate si estás feliz y quieres celebrar algo, haces un asado con tus amigos y ese es el problema y darte cuenta de eso y como tratarlo, es lo que viene después de la operación, te pueden operar de todo, pero no de la cabeza, donde no tienes asegurado el 100%.(...) (XI, 4)”.

Esta función reguladora se ve alterada cuando la persona se somete a cirugía bariátrica. Es a partir de las dificultades que impone seguir el régimen alimentario donde se devela para el sujeto la relevancia de la comida en su día a día. Cabe recordar que las personas obesas presentan un patrón alimentario que suele caracterizarse por una alta ingesta calórica a lo largo de todo el día, y en algunos casos, parte de la noche. Esto solo es modificado ocasionalmente, por ejemplo, ante la realización de dietas hipocalóricas; no obstante, tras una cirugía bariátrica la persona se ve obligada a realizar un cambio radical en su modo de alimentarse como consecuencia inherente a este tipo de intervención.

Es común que en este período de restricción alimenticia las personas tengan deseos de comer sus comidas habituales, haciendo referencia a que les cuesta controlar estos deseos porque habrían establecido una relación de dependencia con la comida, considerándola como una droga.

“Lo distinto ahora es el lugar que ocupa la comida, para ponértelo en palabras simples cambio la obsesión, antes era por mucha comida, ahora por poca, el control cambió (...) Es que ahora lo veo así, pero antes no, yo era gorda, siempre fui gorda y comía harto, la comida era mi adicción, pero ahora, ahora tuve que aprender a botar la comida, como el crack así lo puedo representar yo pensaba “cómo voy a botar la comida” y bueno tuve que aprender, aprendí a botar el crack” (IX, 12).

Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en identificar los factores que facilitan u obstaculizan la pérdida y mantención de peso posterior a la realización de cirugía bariátrica, en adultos intervenidos en clínicas privadas. Es posible establecer algunas relaciones preliminares entre la reganancia de peso y ciertos factores sociales y de la esfera emocional.

Los principales factores sociales asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso serían: apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio.

En relación al apoyo social, destaca la función que cumple el entorno cercano de la persona en reafirmar la decisión de haberse operado, pues en algunos casos, y producto de los malestares físicos y de la restricción alimentaria, la persona presenta dudas y arrepentimiento. De esta manera, la aprobación de la cirugía por parte del entorno, así como las consideraciones alimentarias, por ejemplo, en un evento social, tienen un impacto positivo en la persona.

La adherencia a los controles y el seguimiento profesional después de la cirugía resulta fundamental, por la psicoeducación que requiere cualquier paciente ante una intervención médica. Es en los controles post quirúrgicos que las personas tienen la posibilidad de plantear las dudas que les surgen en el transcurso del proceso, e informarse de las situaciones que están dentro de lo esperado, como cierto tipo de dolores, reacciones ante los distintos alimentos que van incorporando (dumping) y alopecia, entre otros. Las personas que no asistieron a sus controles post operatorios, refirieron una vivencia negativa frente a las molestias posteriores, y en algunos casos por desconocimiento, no se llevó a cabo el plan alimentario post cirugía.

Específicamente, la ayuda psicológica después de la cirugía es considerada positiva. Los entrevistados aluden a que favorece el manejo de la ansiedad, el ajuste de la imagen corporal y el afrontamiento de las reacciones del círculo social ante la disminución del peso. Así también, es vista como un aporte a nivel de la problematización de la conducta alimentaria, en cuanto al reconocimiento del rol y el significado de la comida en la vida.

En síntesis, se puede decir que el aspecto social más relevante para la mantención de la baja de peso es contar con una red de apoyo en el proceso post operatorio, el que constituye un período de ajuste, recuperación y transformación personal. Esto es coincidente con lo planteado por Livhits et al.²⁸, quienes a partir de una revisión sistemática de estudios concluyen que existe una asociación positiva entre los grupos de apoyo y la pérdida de peso post cirugía bariátrica.

Cabe resaltar que para todos los participantes, la experiencia de la cirugía se resume en éxito y beneficio, independientemente de la recuperación del peso corporal. Esto es reportado también en otras investigaciones que sugieren una mejora en la calidad de vida, relaciones de pareja, funcionamiento sexual e imagen corporal luego de uno o dos años post cirugía²⁹. Lo anterior pone de manifiesto la construcción subjetiva de aspectos tales como calidad de vida y bienestar, y en consecuencia la propia valoración que realizan las personas de su salud.

Otro aspecto mencionado para explicar la pérdida y mantención del peso posterior a la cirugía bariátrica, se refiere a la necesidad de hacer una reestructuración del estilo de vida. Éste incluye un control en la ingesta calórica, al mismo tiempo que la incorporación de actividad física en su rutina, lo que muchas veces es descartado por considerarse ajeno a la forma de ser de cada uno.

En relación a los factores emocionales, y de acuerdo a lo reportado por los entrevistados, el tema primordial en las personas que suben de peso tras la operación, es el hecho de que la comida sigue siendo parte de un mecanismo de regulación emocional, lo que implica que frente a problemáticas cotidianas tienden a presentar la conducta alimentaria anterior a la cirugía, causando nuevamente el aumento de peso. Estudios recientes focalizados en evaluar la conducta alimentaria antes y después de la cirugía, han encontrado correlación entre conductas alimentarias no normativas post cirugía (pérdida de control en la comida, comer compulsivo) y menor pérdida de peso. Se ha visto que los trastornos de la conducta alimentaria previos pueden reaparecer en cualquier momento después de la cirugía¹⁴.

Por otra parte, Gianini, White & Masheb³⁰ encontraron una estrecha relación entre dificultades para la regulación de los afectos, el comer emocional y las patologías alimentarias en general, en sujetos con binge eating, lo que también ha sido constatado en muestras no clínicas. En este contexto, para el logro de la baja y/o mantención del peso, parece central el desarrollo de estrategias alternativas de regulación emocional, que permitan mayor control de la conducta alimentaria. Se plantea que el automonitoreo respecto a la comida, bebida, ejercicio y peso, unido a técnicas de manejo cognitivo-conductual, serían efectivas para evitar la reganancia de peso¹⁴.

En este sentido, lo que se observa con mayor claridad, y que se constituye como factor asociado a la mantención o reganancia del peso a partir de dos años de transcurrida la cirugía, corresponde a la apropiación e integración de la experiencia emocional y del cuerpo, contexto en el que cambia el rol que cumple la comida como regulador emocional.

En este punto, cabe considerar que lo central en esta muestra es el tránsito desde el descontrol a la restricción alimentaria, que se observa en las personas que se han mantenido dentro de rangos de IMC normales tras la cirugía. Las variables involucradas en este cambio no son posibles de especificar a partir de los datos obtenidos en este estudio, no obstante, de modo general podría establecerse que esta modificación de la conducta se enmarca en el período post operatorio, y más aún, en torno a un momento donde la persona comienza a vivenciar un problema relacionado con la ingesta alimentaria, y por lo tanto, a apropiarse de un modo de ser y funcionar en torno a la comida.

Entre las limitaciones de este estudio, destaca el tamaño de la muestra, dada la dificultad para acceder a personas sometidas a cirugía bariátrica luego de varios meses e incluso años de operadas.

En relación a los lineamientos para futuras investigaciones, se considera relevante profundizar en los aspectos que inciden en el tránsito desde el descontrol a la restricción alimentaria en los pacientes bariátricos. Por otra parte, parece importante realizar estudios de seguimiento de los pacientes, para establecer con mayor precisión la duración de los cambios y las posibles

variables involucradas. Pataky, Carrard & Golay¹⁴, en una revisión de estudios recientes muestran que el seguimiento intensivo es un factor crucial para preservar la pérdida de peso post cirugía, incluyendo visitas regulares a un especialista y participación en programas de cambios en estilo de vida.

Referencias

1. Fundación Chile. Chile Saludable. *Oportunidades y desafíos de innovación* 2013. Disponible en <http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2013/01/ESTUDIO-CHILE-SALUDABLE-VOLUMEN-I.pdf>
2. Ministerio de Salud [MINSAL]. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
3. Fobi M. El presente y futuro de la cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir*. 2010 Feb;62(1):79-82. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-402620100001000015>
4. Papapietro K. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir* 2012 Feb; 64(1):83-87.
5. Luján J, Parrilla P. Selección del paciente candidato a cirugía bariátrica y preparación preoperatoria. *Cir Esp* 2004;75(5): 232-235.
6. Ruiz M, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema* 2002;14(3):577-582.
7. Cassinello N, Fernández R, Álvarez S, Baguena M, Ortega J. Valoración de la imagen corporal y cambios de expectativas en los pacientes sometidos a by-pass gástrico. *Nutr Hosp* 2007 Abr; 22(2):254-267. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
8. Cortés S, Cruzat C, Díaz F, Pandolfo C. Imagen Corporal en mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida, luego de dos años post cirugía bariátrica. *La Prensa Médica Argentina* 2013; 99(7):471-478.
9. Yúpanqui H., Muñoz J, Guerra L. Obesidad y cirugía bariátrica. Complicaciones clinicometabólicas. *Acta Médica Colombiana* 2008;33(1):15-21. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1631/163113349004.pdf>
10. Basfí-fer K, Rojas P, Carrasco F, Valencia A, Inostroza J, Coedo J, Pizarro F, Olivares M, Papapietro K, Csendes A, Rojas J, Adjemian D, Calderón E, Ruz M. Evolución de la ingesta y del estado nutricional de zinc, hierro y cobre en mujeres sometidas a cirugía bariátrica hasta el segundo año postoperatorio. *Nutr Hosp* 2012 Sep-Oct;27(5):1527-1535. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000500023&lng=es
11. Zeller M, Roehrig H, Modi A, Daniels S, Inge T. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics* 2006;117(4):1155-1161. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-1141
12. Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, Kolotkin RL, Bledsoe SE, Haynes B, Leath T, Harmon CM. Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *J Pediatr Surg* 2008;43(7):1275-1279. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2008.02.078>
13. Ríos B, Rangel G, Álvarez R, Castillo F, Ramírez G, Pantoja J, Yáñez B, Arrieta E, Ruiz K. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2008 Oct-Dic;6(4):147-153. Disponible en <http://www.mediagraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>
14. Pataky Z, Carrard I, Golay A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Curr Opin Gastroenterol*. 2011;27:167-173. Disponible en http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/documents/psychological_factors_we
15. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, Rolls BJ, Rand W. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun;60(3): 338-346.
16. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res* 2004 Oct;12(10): 1554-1569.
17. Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. *Obes Surg* 2012 Oct;22(10):1640-1647. doi: 10.1007/s11695-012-0691-3
18. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *J Eat Disord* 2009 May;42(2):109-117. doi: 10.1002/eat.20592.
19. Van Hout G, van Heck G. Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obes Facts* 2009;2(1):1-235. doi: 10.1159/000193564. Epub 2009 Feb 3.
20. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996.
21. Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* 1995;7:19-40.
22. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
23. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.
24. Cuiñá R. Aplicación de la teoría fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de Empresas. Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa. XX Congreso anual de AE. Vol 2: Comunicaciones. España: Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM); 2007.
25. Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Vol I: Elaboración de la propuesta de investigación y trabajo de campo. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá: Mayol; 2011.
26. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Madrid: Paidós; 1987.
27. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. *Chicago: Aldine Publishing Company* 1967.
28. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutton E, Mehran A, Ko CY, Shekelle PG, Gibbons MM. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obes Res* 2011 Feb;12(2):142-148. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00720.x
29. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obes Res* 2005 Apr;13(4):639-648.
30. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation and emotional overeating in obese adults with binge eating disorders. *Eat Behav* 2013 Aug;14(3):309-313. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008. Epub 2013 May 22