

# **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente**

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud  
**Maestría en Psicoterapia**



**Cuidados de la pareja y del psicoterapeuta para la  
adherencia a tratamiento en cirugía bariátrica en el  
Área Metropolitana de Guadalajara**

---

**TESIS** que para obtener el **GRADO** de  
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA**

Presenta: **DANA ESMERALDA VALLE GALINDO**

Directora **DRA. MARÍA DEL ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS**

Tlaquepaque, Jalisco. 28 de mayo de 2021.

*Esta investigación la dedico a las mujeres que cuestionan,  
investigan, escriben, usan su voz y, a la vez, cuidan.*

## **Agradecimientos**

La elaboración de esta investigación requirió una suma de esfuerzos y trabajo cotidiano que fue posible gracias a la colaboración de distintas personas e instituciones, a las cuales me gustaría nombrar y reconocer:

Me gustaría iniciar agradeciendo a CONACYT que tuvo un papel importante para que este trabajo fuera posible ya que, a través de su apoyo económico que me otorgó al ser becaria, me permitió destinar tiempo de calidad a la construcción de esta investigación.

La investigación macro de la cual se deriva este trabajo, es financiada por CONACYT con la clave de proyecto CB2016/284023 y se titula “Intimidad y relaciones de pareja en la región centro occidente del México contemporáneo: desafíos socioculturales” del que forman parte las Universidades ITESO (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente), Universidad de Guadalajara y Universidad de Colima con la responsable técnica del proyecto Zeyda Rodríguez Morales a la cual agradezco mucho su atención y apoyo en la coordinación de mi participación como becaria y por permitirme tomar una de sus clases que nutrió esta investigación; también agradezco mucho a las demás investigadoras participantes: María del Rocío Enríquez Rosas, Ana Josefina Cuevas Hernández, Tania Rodríguez Salazar y Ana Gabriel Castillo Sánchez que me brindaron su confianza y en diferentes momentos compartieron su conocimiento y experiencia para sumar a este trabajo. Fue enriquecedor formar parte de un equipo de mujeres investigadoras capaces, reconocidas y solidarias.

Muchas gracias a mi directora del Trabajo de Obtención de Grado, la Dra. María del Rocío Enríquez Rosas, un honor para mi haber trabajado de la mano de una investigadora tan entregada a su profesión, sumamente competente y con disponibilidad para transmitir su experiencia y conocimiento a nuevas generaciones para que abonen al conocimiento. Destaco mucho mi admiración a su trabajo y amor a la ciencia, pero también a su persona cálida y generosa. El sello de su colaboración se ve a lo largo de toda la extensión del documento, pues sus aportes, ideas y correcciones fueron vitales para el resultado final.

También, agradezco haber trabajado de la mano de Kim Romero, pues su acompañamiento, propuestas, ideas y colaboración iban siempre juntas de una sonrisa y un ambiente agradable para compartir nuestros avances, lo que volvían a las asesorías un espacio armonioso y lleno de aprendizajes.

Gracias al ITESO por todos los recursos otorgados para la viabilidad de este trabajo, a la Maestría en Psicoterapia por su alto valor académico y la plantilla de profesores que pertenecen a ella, pues cada uno logró dejar con sus clases el conocimiento e ideas que conformaron toda la visión y propuestas expresadas aquí sobre la psicoterapia. En especial, gracias a la Dra. Eugenia Casillas por pensar en mí, abrirme la oportunidad y animarme a participar en el proyecto de investigación, a la Dra. Tania Zohn coordinadora de la maestría por el esfuerzo diario de brindar calidad a los alumnos, al Dr. Bernardo Roque por sus atenciones y viabilidad al proyecto de investigación dentro del programa académico.

Gracias a la Mtra. Martha Elena Gómez Marín por su participación como lectora de mi trabajo y aportar comentarios de calidad para fortalecerlo y perfeccionarlo, y además, por su colaboración como colega y apoyarme en la inclusión de entrevistados, lo valoro mucho. A Georgina Navarro por haberme leído y comentado su punto de vista y propuestas de mejora.

A mi compañero y amigo José de Jesús Esparza Ruiz, por acompañarme desde el inicio de la maestría en todas las clases y al finalizar, dedicar su tiempo a leer y aportar con su amplio conocimiento y experiencia a mi trabajo de obtención de grado. No pude tener mejor compañero que tú.

Un agradecimiento muy especial a todos los participantes entrevistados de esta investigación que me permitieron conocer a detalle un proceso tan trascendental en sus vidas, que compartieron su experiencia y vivencias íntimas con toda la disposición de sumar a la mejoría del campo de manera desinteresada, otorgándome también su tiempo y lo más valioso: sus palabras.

Gracias a mi equipo bariátrico Menos Peso Más Salud, conformado por el Dr. Eduardo Javier Jaramillo de la Torre, la Lic. Andrea Sandoval y el Lic. Antonio Díaz, agradezco su confianza para integrarme en su equipo tan profesional, su colaboración para encontrar candidatos para participar y, sobretodo, la motivación que me brinda conocer su entrega y cuidados a los pacientes bariátricos y su preocupación por su bienestar.

Gracias también a colegas en el ámbito bariátrico que animan y brindan su colaboración para que las personas con esta cirugía puedan obtener el mejor tratamiento.

Finalmente, creo firmemente que para poder haber realizado este proyecto, mi círculo más cercano tuvo que ver muchísimo para contribuir a mi bienestar, motivación y energía:

Gracias a Cynthia Montelongo por acompañarme con su madurez, humor, cariño y cafés en todo momento. Gracias a Ruth Ángel, que desde los 12 años va a mi lado compartiendo éxitos y momentos difíciles. A Paola Guerra, Tania Trujillo y Ale Suro que no dejaron de estar al pendiente de mi camino. Gracias a Marcel, mi acompañante de cuatro patas por tanto amor.

Gracias a Marisa Rico por su acompañamiento.

Gracias a mi papá, mamá y hermana por seguir estando.

Y finalmente, muchas gracias a los que leen esta investigación, espero que pueda sumar a las buenas prácticas bariátricas y promuevan una visión completa de la problemática de la obesidad.

## Resumen

La obesidad es un grave problema de salud pública, caracterizada por tratamientos deficientes a largo plazo por la falta de adherencia a tratamiento donde influyen factores como la ausencia de apoyo social. *Objetivo:* Detectar los tipos de cuidado que otorga la pareja y el psicoterapeuta para la adherencia a tratamiento por obesidad en la cirugía bariátrica (CB). *Perspectiva metodológica:* Diseño de investigación cualitativa, se realizaron entrevistas a profundidad a 5 mujeres y 5 hombres, adultos jóvenes, con CB que permanecieran en una relación de pareja durante el proceso bariátrico. La fase analítica se realizó con la propuesta de Robles, Gil y García (1999) de cuatro tareas, se utilizó el programa MAXQDA. *Resultados:* Los principales cuidados otorgados por la pareja en el proceso bariátrico son los instrumentales, seguidos de los emocionales. Las acciones que favorecen la adherencia a tratamiento es el acompañamiento, la comprensión al nuevo estilo de vida y que la pareja también mantenga hábitos saludables; mientras que las que lo obstaculizan es el señalamiento de malos hábitos o errores que comete su pareja en el tratamiento y la invitación a consumir antojos. Existen cambios en la relación de pareja posterior a la CB con una mejora de la pasión e intimidad e incremento de cuidados. El psicoterapeuta otorga cuidados de tipo cognitivo prioritariamente en el proceso bariátrico. Existe una diferencia percibida en el rol de género señalando que las mujeres dan más cuidados en este proceso. *Conclusiones:* La pareja sí tiene una participación importante en el proceso bariátrico a través de los cuidados que facilitan la permanencia en adherencia a tratamiento. Los cuidados del psicoterapeuta que destacan son los cognitivos pero es indispensable mayor inclusión en su papel ya que su abordaje puede favorecer múltiples áreas desde el proceso bariátrico hasta la relación de pareja.

*Palabras clave:* cirugía bariátrica, adherencia a tratamiento, cuidados de pareja, psicoterapia en la obesidad.

## Abstract

Obesity is a serious public health problem, characterized by deficient long-term treatments due to lack of adherence to treatment, influenced by factors such as the absence of social support. *Objective:* To detect the types of care provided by the couple and the psychotherapist for adherence to treatment for obesity in bariatric surgery (BS). *Methodological perspective:* Qualitative research design, in-depth interviews were conducted with 5 women and 5 men, young adults, with a BS who remained in a relationship during the bariatric process. The analytical phase was carried out with the proposal of Robles, Gil and García (1999) of four tasks, the program used was MAXQDA. *Results:* The main care provided by the couple in the bariatric process is instrumental, followed by emotional. The actions that favor adherence to treatment are accompaniment, understanding of the new lifestyle and that the couple also maintain healthy habits; while those that hinder it is the pointing out of bad habits or mistakes that the partner makes in the treatment and the invitation to consume food cravings. There are changes in the couple's relationship after BS with an improvement in passion and intimacy and an increase in care. Psychotherapist provides cognitive care primarily in the bariatric process. There is a perceived difference in the gender role, indicating that women give more care in this process. *Conclusions:* The couple does have an important participation in the bariatric process through care that facilitates adherence to treatment. The psychotherapist's care that stands out is cognitive, but greater inclusion in his role is essential since his approach can favor multiple areas, from the bariatric process to the couple's relationship.

*Key words:* bariatric surgery, adherence to treatment, couple care, psychotherapy in obesity.

## Índice

<i>Introducción</i> .....	10
<i>Capítulo 1. Justificación</i> .....	12
<i>Capítulo 2. Estado del arte</i> .....	15
2.1 La obesidad: factores psicosocioculturales que la componen .....	15
2.2 Tratamiento en la obesidad y adherencia: elementos de mejora a tomar en cuenta ...	26
2.3 Incidencia de la pareja en el tratamiento de la obesidad de una persona .....	36
2.4 Intervención psicológica: su papel en la adherencia a tratamiento de la obesidad a largo plazo .....	41
<i>Capítulo 3. Planteamiento del problema</i> .....	47
3.1 Pregunta principal.....	49
Preguntas secundarias.....	49
3.2 Objetivo .....	49
Objetivos secundarios.....	49
3.3 Hipótesis .....	50
<i>Capítulo 4. Perspectiva teórica</i> .....	54
4.1 Conceptualización del cuidado .....	54
4.2 Conformación de la pareja.....	66
4.3 Obesidad .....	72
4.4 Adherencia a tratamiento .....	86
<i>Capítulo 5. Perspectiva metodológica</i> .....	91
5.1 Diseño.....	91
5.2 Instrumentos .....	92
5.3 Población .....	94
5.4 Plan de acción.....	94
5.5 Consideraciones éticas.....	97
<i>Capítulo 6. Primer acercamiento al análisis: proceso y participantes</i> .....	98
6.1 Precisiones metodológicas.....	98
6.2 Presentación de casos .....	99
<i>Capítulo 7. La vivencia de la obesidad: su configuración a través del tiempo y prácticas</i> .....	116
7.1 Antecedentes de obesidad.....	116
7.2 Hábitos practicados pre y post cirugía bariátrica.....	134



7.3	Representación de Imagen Corporal.....	149
<i>Capítulo 8. Cirugía bariátrica como tratamiento elegido: ¿la opción fácil o difícil?.....</i>		
8.1	Influencias y realidades de la cirugía bariátrica .....	162
8.2	Factores implicados por etapas en la cirugía bariátrica .....	178
<i>Capítulo 9. El papel de la pareja y sus cuidados en la cirugía bariátrica ¿Favorable o desfavorable?.....</i>		
9.1	Generalidades de la pareja .....	215
9.2	Participación de la pareja en cirugía bariátrica.....	229
9.3	Cuidados de la pareja en la cirugía bariátrica.....	246
9.4	Rol de género en cuidados en cirugía bariátrica.....	255
<i>Capítulo 10. Papel del psicólogo y la psicoterapia en cirugía bariátrica y pareja.....</i>		
10.1	Experiencias previas en psicoterapia .....	263
10.2	Cuidados del psicólogo en cirugía bariátrica.....	265
10.3	Campo de acción de la psicoterapia en la obesidad, pareja, proceso bariátrico y rol de género.....	278
<i>Capítulo 11. Conclusiones.....</i>		
11.1	Hallazgos que responden las preguntas de investigación .....	291
11.2	Discusión de hipótesis .....	302
11.3	Mirada global de los hallazgos encontrados .....	305
11.4	Reflexión metodológica.....	315
11.5	Propuestas en política de salud pública y salud mental.....	316
11.6	Propuesta de estudios a llevar a cabo .....	318
<i>Referencias bibliográficas .....</i>		<i>321</i>
<i>Anexos.....</i>		<i>339</i>
Anexo 1. Cronograma de trabajo de Investigación .....		339
Anexo 2. Guion de entrevista .....		341
Anexo 3. Consentimiento Informado .....		348
Anexo 4. Recursos .....		349

## Introducción

Actualmente, la obesidad es considerada un grave problema de salud a nivel mundial, una enfermedad que es causante principal de morbilidad y mortalidad en las personas, teniendo muchas complicaciones médicas y gastos económicos importantes que impactan de forma negativa. En México, datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018a) en 2018 indicaron que el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3%, lo cual señala una tendencia de incremento y la necesidad de creación de nuevas políticas de salud.

Los objetivos de la reducción de peso en adultos con obesidad están orientados a la pérdida y mantenimiento del peso a largo plazo y a la mejora de las comorbilidades asociadas a esta patología. Algunas opciones de tratamiento para cumplir dichos objetivos han sido propuestas por autores como Rodrigo-Cano, Soriano del Castillo y Merino-Torres (2017) y son primordialmente recomendaciones dietéticas, de actividad física, modificación conductual, tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico.

Actualmente, la cirugía bariátrica ha sido elegida cada vez más como tratamiento predilecto para el abordaje de la obesidad, Pacheco, Pinto y Ascencio (2019, p.124) afirman que “la cirugía bariátrica es la modalidad de tratamiento más efectiva para lograr pérdidas sostenidas de peso y reducciones demostrables en la mortalidad” y así ha sido constatado por más investigadores en el campo de la medicina que notan un incremento en la elección de esta intervención con buenos resultados.

Sin embargo, aún con esta modalidad de tratamiento, el mantenimiento de exceso de peso perdido se vuelve un reto ya que va a implicar en la persona el seguimiento a un tipo de alimentación específica, indicaciones de ejercicio y un cambio hacia un estilo de vida saludable; los cuales, van a requerir en la persona la movilización de recursos y herramientas para alcanzar el éxito en la adherencia al tratamiento y por ende el mantenimiento.

Existen diversos estudios orientados hacia determinar las variables que mejor predicen la adherencia a tratamiento, entre ellos, una investigación de Martos, Pozo y Alonso (2008) indicaron que las variables que mejor indican la adherencia terapéutica global son la satisfacción con el apoyo social y la reciprocidad con el apoyo de la pareja; en cuanto a la adherencia a la dieta, las dos variables productoras de la misma son la satisfacción con el apoyo de la pareja y la reciprocidad con el apoyo de la familia.

Siendo entonces, el apoyo social y específicamente el de la pareja una de las variables más importantes para el éxito, es indispensable conocer de qué forma ésta proporciona un apoyo, la forma de cuidado que se establece y el impacto que tiene a través de conductas. Son varios los estudios que mencionan su importancia, pero no se han encontrado datos descriptivos de los elementos que tiene que ver con dicho apoyo y tampoco las conductas de la pareja que podrían impactar de forma negativa hacia el mantenimiento de un peso y apego al tratamiento.

Este trabajo se dirige hacia la caracterización y análisis de los tipos de cuidados que otorga la pareja ante un tratamiento de obesidad a través de la cirugía bariátrica, para que, de esta manera, se tenga un mayor acercamiento ante nuevas formas más efectivas de abordaje para la adherencia a tratamiento.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Esta investigación forma parte, a manera de holón, del proyecto de investigación: “*Intimidad y relaciones de pareja en la región centro occidente del México contemporáneo: desafíos socioculturales*”. Las Universidades: ITESO (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente), Universidad de Guadalajara y Universidad de Colima, son las instituciones académicas que forman parte del proyecto y trabajan en conjunto con el apoyo y fondos de CONACYT; la responsable técnica del proyecto es Zeyda Rodríguez Morales y las investigadoras participantes son: Rocío Enríquez Rosas, Ana Josefina Cuevas Hernández, Tania Rodríguez Salazar y Ana Gabriel Castillo Sánchez.

## Capítulo 1. Justificación

La obesidad es una enfermedad con una característica esencial a diferencia de otras: es una enfermedad donde se puede tener mucho control. Hacer modificaciones en el estilo de vida impacta de forma importante en su evolución y comorbilidades, por lo que una gran parte de la mejora tiene que ver con que el paciente sea activo y tenga estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción para poder avanzar y obtener resultados positivos, así como llegar a un peso saludable y mantenerlo.

Sin embargo, existe dificultad para la permanencia en las modificaciones realizadas para combatir la obesidad pues datos de Candelaria, García y Estrada (2016) y Raimond (2017) muestran que 80% de las personas que inician un tratamiento para bajar de peso tienden a abandonarlo antes de su conclusión. Ante esta problemática, los tratamientos para bajar de peso se vuelven un tema indispensable a investigar, donde la actualización y creación de ellos se dirijan a disminuir cifras de esta enfermedad, pero más que eso, permitan a la persona que presenta esta enfermedad adquirir de forma permanente un estilo de vida saludable y mejora en su calidad de vida.

Se han estudiado los principales factores que pueden contribuir al abandono del tratamiento de reducción de peso: García, Ruvalcaba, Porta, Yugoslavia y Guzmán (2020) encontraron que el principal indicador dentro de los factores psicosociales es la ausencia de apoyo social, ya sea por parte del núcleo social básico o por parte de los profesionales de la salud; y, dentro de los principales factores asociados al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso cuando existe cirugía bariátrica, Lecaros, Cruzat, Díaz y Moore (2015a) indican que tiene que ver el apoyo familiar y del grupo de amigos, adherencia a los controles, seguimiento y acompañamiento profesional durante el período post operatorio.

Con este énfasis en el apoyo social, suele estar implicada la familia, núcleo donde muchos de los hábitos son aprendidos y, además, se suele hacer referencia a ella como la principal fuente de cuidados. La pareja forma parte de este grupo de referencia, dentro de la cual va a permitir aprender, entender y practicar un estilo de vida propio. Se ve indispensable entonces,

comprender las prácticas de cuidado de la pareja para adherencia a tratamiento del otro y la modificación de hábitos y/o estilo de vida cuando existe obesidad ya que puede tener una repercusión importante en la adopción, mantenimiento y cambio de hábitos de forma positiva y/o negativa.

La importancia de su análisis radica en que se puedan generar resultados e indicadores sobre los tipos de conductas que promueven cambios positivos en los estilos de vida o, en contraparte, deteriorar u obstaculizar el logro de adherencia terapéutica.

Dicha adherencia al tratamiento también se ha visto influida por los profesionales de salud. Lecaros et al. (2015a) destacaron que el apoyo psicológico posterior a la cirugía bariátrica es tomado por las personas de forma positiva, señalando 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” (p.1511). Dentro de este último punto se podría incluir también la trascendencia de la pareja, ya que, trabajado a través de psicoterapia, un componente importante es conocer cuáles son los factores que pueden modificar, ayudar o perjudicar; por ello, es necesario determinar el rol de la pareja en dicho objetivo, para implementar sugerencias en su abordaje.

México, como miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), puso en marcha una política de salud con el documento: Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Dicho documento contiene diez objetivos, cinco se refieren a la voluntad individual de las personas y el resto a la participación del gobierno federal con todas sus dependencias y de la industria, a fin de diseñar las condiciones para revertir el aumento de peso.

No obstante, se le han encontrado limitantes en su estructura y alcance, pues investigadores como Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh (2013) que se han enfocado en propuestas de abordaje desde la sociología opinan que “se le da muy poca importancia a los determinantes sociales de la producción del sobrepeso y de la obesidad, y se le concede gran parte de la responsabilidad de la resolución del problema al comportamiento individual (factores de

riesgo)” (p.181). Esto nos lleva a la necesidad de afirmar con investigaciones significativas la influencia de más agentes y características psicosociales para que puedan ser integradas en un programa mucho más amplio, más allá de la fuerza de voluntad y características personales, que se incluyen aspectos ligados a la adherencia a tratamiento directos, como el impacto de la pareja.

## Capítulo 2. Estado del arte

El planteamiento de esta investigación hace necesaria la exploración de diferentes ejes para fomentar una mirada crítica y completa de la problemática a abordar. Los ejes que se abordarán a continuación comprenden antecedentes y datos actuales de investigaciones para enmarcar cada uno de ellos y son:

- La obesidad: factores psicosocioculturales que la componen.  
Integrando los principales elementos psicológicos, sociales y culturales que han incidido en el desarrollo de la obesidad como enfermedad.
- Tratamiento en la obesidad y adherencia: elementos de mejora a tomar en cuenta.  
Este describe los tratamientos que son frecuentemente utilizados y la dificultad de adherencia que la población con obesidad tiene a ellos, así como las características que vale la pena resaltar para mejorar la adherencia terapéutica.
- Incidencia de la pareja en el tratamiento de la obesidad de una persona.  
Abordando los estudios que se tienen al respecto sobre el papel de la pareja de una persona con obesidad en un tratamiento, dirigiendo la mirada a la información que sugiera un impacto de ésta en la adherencia.
- Intervención psicológica: su papel en la adherencia a tratamiento de la obesidad a largo plazo.  
Incorpora la literatura científica respecto al papel del psicólogo, sus alcances y repercusión relacionado a la adherencia de una persona con obesidad.

### 2.1 La obesidad: factores psicosocioculturales que la componen

La obesidad es catalogada como una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (2020) define al sobrepeso y obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. En la revisión de la literatura, se suele referir a ella como un problema médico, ya que es común que, para diagnosticarla, se utilicen medidores químicos y fórmulas como el Índice de Masa Corporal.

Ahora bien, es importante entender la definición otorgada desde el modelo biológico o médico, pero también, responder a la interrogante a través de las vivencias de las personas con dicho diagnóstico. Palma y Lasagni (2019) recopilan narrativas aportadas por personas con obesidad donde expresaron en forma descriptiva que ésta es:

“un flagelo social”; “mi destrucción”; “sobrepeso”; “algo que no me deja vivir”; “una limitación”; “una enfermedad que me afecta gravemente”; “mi muerte”; “sentirme mal, no poder hacer lo que uno desea”; “una tortura”; “dolor, vergüenza”; “kilos y más kilos”; “insatisfacción a todo nivel”; “engordar”; “una enfermedad crónica”; entre otras. (p.37-38)

Estas narrativas expresan el malestar interno y la insatisfacción general que estas personas poseen en relación con esta enfermedad.

En la comparativa entre una descripción médica y una descripción como experiencia de vida se observa que, en la segunda, se da una connotación de afectación emocional, trascendiendo a otras áreas de vida, no sólo la de salud, pues integra emociones y una percepción de limitación.

Ante la presencia de enfermedad, es importante destacar cuáles son los factores que participan en su aparición, con el fin de abordarlos y fomentar la prevención y/o un tratamiento eficaz. Respecto a los factores que participan en el incremento del peso, Cruz et al. (2013) recuperan que son distintos los que participan en este proceso: “características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico)” (p.194).

Una visión que tiene que ver con las características y manejo propio de la persona con obesidad es la forma de alimentación relacionada su forma de afrontamiento, tanto de problemáticas como de emociones generadas. Voznesenkaya y Vein (2002) citado por Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) demostraron que:

el 60% de personas con obesidad expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa en la que la ingestión de alimentos no se



relaciona con la sensación de hambre sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas). (p.87)

Esta forma del comer, relacionada a un malestar psicológico es explicada por Guzmán, Del Castillo y García (2010, p.215) señalando que “comer supone un gasto de energía, específicamente a través del masticar, que implica desgarrar y triturar, lo que se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera, pero al alcance del paciente”. Estos autores advierten que el uso periódico de esta estrategia fomenta el incremento de peso y el paciente se mantiene en un círculo de ansiedad que contrarresta comiendo, lo que continúa subiéndolo de peso y a su vez ocasionándole ansiedad, esto se mantiene con frecuencia sobretodo si la causa de ansiedad no es atendida.

Es importante tomar en cuenta lo que experimentan las personas con obesidad ante la alimentación en el plano personal, sin embargo, no siempre puede ser claramente diferenciado pues Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010) detectaron que las personas pueden llegar a tener impresiones contradictorias con la alimentación que van desde el placer y satisfacción hasta la culpa, fracaso y depresión.

Se tiene entonces, que además de los marcadores biológicos, los que tienen que ver con los aspectos psicológicos y sociales de la persona son factores de la obesidad suficientemente importantes para su desarrollo, debido a que son indicadores sobre los cuales se puede incidir directamente y por tanto desarmar la construcción de obesidad.

Christakis y Fowler (2007) mencionaron en su investigación el impacto que tiene la participación de una persona en redes sociales en el tema de la obesidad, pues las personas constantemente se ven influenciadas por la apariencia y comportamientos de lo que observan ahí y, en consecuencia, el aumento de peso de una puede incidir en el aumento de otras. Esta concepción apunta a que el apartado social es trascendente en la figura y conductas que una persona realiza de manera cotidiana, llevando a otros a adoptar de forma similar comportamientos y hábitos, por ende, consecuencias parecidas, como la obesidad.

El cuerpo entonces es otro de los elementos que está determinado por influencias sociales y está implicado en la obesidad. Fuentes (2018) subraya la trascendencia del cuerpo al otorgarle un nivel prioritario de participación en nuestro día a día, asumiéndolo como un enlace a la relación que se tiene con el mundo. En un sentido similar, Le Breton (2002), exponente en la visión antropológica del cuerpo, explica lo siguiente:

el cuerpo es moldeado por el contexto social y cultural en el que surge la persona y por ende, se construye la evidencia de la relación con el mundo: actividades perceptivas, pero también la expresión de los sentimientos, las convenciones de los ritos de interacción, gestuales y expresivos, la puesta en escena de la apariencia, los juegos sutiles de la seducción, las técnicas corporales, el entrenamiento físico, la relación con el sufrimiento y el dolor, etc. (p.7)

Ambos autores remarcan que es el elemento que nos relaciona con el mundo y la cotidianidad que involucran nuestros pensamientos, sensaciones, emociones y acciones.

Ahora bien, el cuerpo desde la perspectiva individual adquiere importancia al ser considerado como parte fundamental de la identidad (López, 2013). Fuentes (2018) por su parte apunta a una comprensión completa “no sólo como un objeto estático sino como un fenómeno dinámico, adaptable y cambiante”. Esto nos deja con la inquietud de entender lo que produce la variabilidad en su forma y significados, destacando que es de suma importancia para conformar a la persona.

Lutz (2006) expone que “un cuerpo que deja de ser completo y completamente funcional (enfermedad, discapacidad, vejez) debe recibir un tratamiento determinado y, en su caso, estar confinado en lugares especializados: asilos, hospitales, centros de reeducación, etc.” (p.220). Un cuerpo con obesidad forma parte de esta exigencia a la modificación en su fisiología y comportamientos que la mantienen, pues médicamente es un cuerpo disfuncional y socialmente, un cuerpo sin aceptación.

Le Breton (2002) por otro lado, enuncia: “cambiar el cuerpo para cambiar la vida” (p.158). Y es, bajo esta premisa que se resalta la importancia del cuerpo como un moldeador de transformaciones en diversas áreas de vida de la persona. Este autor ha plasmado la relación

que tiene el cuerpo con las funciones de la persona y su interacción con la sociedad. Ahondado en este sentido, ha expuesto que la forma en como una persona concibe su cuerpo o lo etiqueta, es lo que va a regir la interacción que tiene con los demás; si existe un cuerpo alterado, en sociedad es un estigma, por ello existe una preocupación constante sobre el cuerpo, ya que determina en gran medida las funciones de la persona en su medio.

Le Breton (2002) también explica que en la cultura occidental hay un ideal del cuerpo que tiene que ver con que sea joven, atlético y sano, y es esta expectativa la que mueve a la sociedad a poner en práctica conductas y acciones que dirijan a ese objetivo, que incluyen diversos tratamientos (cotidianos o complejos) y, si no se alcanza el ideal, la consecuencia es frustración que se ve puede ver reflejada en alteraciones como anorexia, bulimia u obesidad.

En México, Bertrán Vilà (2010) hace alusión al hecho de que se predomina la delgadez como sinónimo de mayores ventajas para la salud e imagen y que el hecho de que se presente en un sector de la población se puede justificar por el nivel educativo y distinción de estratos bajos.

Esta misma autora (2007) diferencia el significado de la delgadez de acuerdo al estrato socioeconómico; ubicando que en el estrato bajo la imagen se relaciona con la salud y vanidad mientras que en los estratos medios y altos, se identifica como un ideal social y símbolo de bienestar. En pocas palabras identifica que “la corporalidad es un agente social que señala las posibilidades económicas, culturales y de tiempo” (Bertrán Vilà, 2010 p.403). Es por ello, que, aunque predomine en nuestro país un estándar de delgadez, factores que tienen que ver con hábitos, economía y cultura vienen determinando resultados opuestos, es decir, un cuerpo obeso, más adelante se explica como la economía y cultura han dejado marca en las elecciones del día a día en alimentación.

Una de las tantas esferas que pueden estar afectadas a consecuencia de la imagen corporal que se tenga, es la satisfacción sexual. Investigaciones han buscado delimitar la diferenciación entre hombres y mujeres y se ha encontrado, por ejemplo, que las mujeres

están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres (Træen, Markovic y Kvaalem, 2016), esto por la idealización social de cierto tipo de cuerpo femenino. Sin embargo, esto no quita que para los hombres la imagen corporal también sea trascendental, pues ha sido relacionada con su masculinidad (Griebing, 2014) y la afectación de ésta puede ser consecuente de un peso excesivo y falta de musculación (Holt y Lyness, 2007) (Milhausen, Buchholz, Opperman y Benson, 2015).

Entonces, tanto en hombres como mujeres, se ha encontrado una relación de la obesidad con insatisfacción sexual. En las mujeres en específico, se ha podido observar que la satisfacción sexual es dictada por el autoestima corporal y baja frecuencia de aparición de pensamientos distractores relacionados con la apariencia física durante las relaciones sexuales (Pujols, Meston y Seal, 2010) y en hombres, el estar sexualmente satisfecho también está ligado con una imagen corporal positiva (Ferrer-Márquez, Pomares-Callejón, Fernández-Agis, Belda-Lozano, Vidaña-Márquez y Soriano-Maldonado, 2017). Como se da cuenta, existe una correlación entre satisfacción sexual y la percepción de una imagen corporal adecuada y sana.

Ahora bien, otro factor de índole social pero también político implicado en la obesidad es el concerniente a la industria alimentaria. Téllez (2019) señala lo siguiente: “con el desarrollo y crecimiento económico de los países se logra cada vez mayor abundancia de alimentos y la industria interfiere con ellos. Así, la gran mayoría dejan de ser alimentos naturales sin que siquiera nos demos cuenta” (p.37). Esta afirmación sugiere que el objetivo primordial de la industria alimentaria no es la calidad, sino que la mira está en la cantidad producida y su comercialización exitosa.

Jiménez, Rodríguez, y Jiménez (2010) siguen esta misma línea haciendo referencia a que los cambios de hábitos alimenticios tendrán que ver con las consecuencias de los cambios socioeconómicos. Ibarra (2016) habla sobre la situación de México ubicando a nuestro país en: “un proceso acelerado de desarrollo y cambios socioculturales (...) la población mexicana está modificando sus patrones de alimentación tradicional por un elevado consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes”

(p.162). En tanto existan estas prácticas alimentarias y tipos de consumo, una consecuencia a raíz de ello es la obesidad.

Otro cambio que se ha destacado en nuestro país es la forma de obtener los alimentos, siendo su compra predominante sobre la agricultura, que se ha visto disminuida en los últimos años (Bertrán Vilà, 2010). Los mexicanos además toman como referencia los precios de los alimentos para su compra, por ello, predomina una elección de costo sobre el aporte nutricional (Ibarra, 2016). Los productos de menor costo que van a ser encontrados suelen ser procesados, enlatados y producidos en masa, lo que claramente representa una baja en calidad de ingredientes. Afirmando esto, Popkin (2014, p.5) menciona que “cerca del 58% de las calorías consumidas en la dieta de los mexicanos están conformadas por alimentos y bebidas empaquetadas”, esto nos habla que la dieta que hemos elegido se conforma en más de la mitad por alimentos que se caracterizan por altas cantidades de sodio y químicos necesarios para la conservación de alimentos.

El papel de la industria alimentaria cobra entonces relevancia también para la elección de alimentación. Téllez (2019) subraya trascendencia en el impacto que tiene:

es ella la que produce, fomenta y publicita de manera exagerada y desmedida el consumo de alimentos altos en grasas, azúcares, harinas refinadas y sal, claramente perjudiciales en la salud. Forma parte de poderosos conglomerados económicos que parte en el diseño y fabricación de productos para hacerlos lo más apetecibles, atractivos, y adictivos posibles: crujientes, crocantes, con mezclas exactas de azúcares, harinas, grasas, sal y quien sabe qué otros elementos adicionales. (p. 260)

Este autor además explicita la importancia de la publicidad diciendo que es la encargada de “otorgar un significado idealizado al tipo de productos construidos, asociándolos por ejemplo a juventud, fuerza, liderazgo y sobretodo, felicidad” (p.260). Y, mientras que para la industria alimentaria los beneficios económicos son numerosos él (Téllez, 2019) destaca que el desconocimiento, confusión y poca percepción de riesgo en las personas ocasiona que “engordan, enferman y cierran múltiples círculos negativos” (p.260). Todos estos

componentes en la industria que promueven el consumo de productos poco saludables han generado el llamado ambiente obesogénico, del cual, México forma parte.

Existe otro plano a tomar en cuenta como factor para la construcción de la obesidad: la cultura en el acto de comer, “cada cultura tiene sus costumbres y creencias acerca de los alimentos, lo que se traduce en diferentes conductas alrededor de la comida” (Palma y Lasagni, 2019, p. 106). Téllez (2019, p. 235) afirma que “estamos acostumbrados a celebrar todo con comida, bebida y alcohol. Las reuniones familiares giran en torno a eso, y el problema no es sólo qué se come, sino cómo y cuánto”, por lo que observar y puntualizar la manera en cómo se incorpora la comida en la cotidianidad y de acuerdo a costumbres puede orientar a la toma de consciencia y propuestas de cambio que favorezcan el bienestar.

En México, Yankelevich (2014) describe la relación de la comida con la religiosidad, los rituales y las tradiciones de grupos étnicos que habitan el territorio nacional: “la mayoría de estas comidas suelen darse en presentaciones abundantes, condimentadas, con uso base del maíz, dando como resultado platillos altos en carbohidratos y grasas, macronutrientes que en exceso detonan obesidad” (p.182). Esta relación vista desde la antropología Vargas (2013) la explica como “un proceso biocultural” (p.63) donde las funciones fisiológicas básicas del hombre son modificadas por la cultura y la sociedad. Por lo que cuando se habla de la relación con la comida, ubicar el país y sus principales características es sustancial para entender como ocurre este proceso.

Entonces, situando a nuestro país, la estratificación social también influye para la alimentación, pues ésta pasa a simbolizar la pertenencia a un estrato y diferenciarse de otro, lo mismo cuando se cambia a otro, la forma de comer cambia junto con ella (Bertrán Vilá, 2010).

Bertrán Vilá (2010) ha descrito la elección de la población mexicana en cuanto a sus posibilidades económicas:

la población en la medida que tiene acceso a los recursos económicos prefiere alimentos industrializados y “modernos” que les permitan ir mostrando su mejoramiento social. Esto, a pesar de las reivindicaciones indígenas y de las ventajas

dietéticas de la alimentación original, parece ser resultado de una idea sistemáticamente presente en la sociedad, y expresada abiertamente hasta hace muy poco tiempo en las políticas públicas: para mejorar y desarrollarse es preferible dejar de ser indígena. Esta característica, junto con la disminución de precio de los alimentos de alta densidad energética puede explicar la alta presencia de sobrepeso y obesidad en México. (p.405)

Esta investigadora también ha señalado otra característica de la cultura mexicana: la elección de alimentos conforme al placer:

En los sectores altos se expresa en las nuevas propuestas gastronómicas de la industria restaurantera que proponen más que una salida a comer una experiencia sensorial; en los sectores bajos el acceso reciente al fast food americano (hamburguesas, pizzas, sushi) permiten acceder a una nueva y moderna forma de vida. (Bertrán Vilá, 2010, p.405-406)

En suma, los factores económicos y culturales van moldeando las elecciones por ciertos tipos de alimentos y comidas, y por ende, son también incluidos como factores que conforman la obesidad, ya que el grado de influencia en los individuos es importante al estar inmersos en construcciones ya establecidas sobre el consumo.

Hablando de otro factor que comprende la esfera social, tenemos a la familia. De acuerdo con Vázquez (2004, p.S141): “la familia actúa como un contexto genético y ambiental para la persona obesa” pues explica que los padres son los encargados de moldear la percepción de la comida y el peso, y, en base a ello, los hijos adoptan ciertas prácticas alimentarias.

Téllez (2019) también ha catalogado a la familia como factor predisponente. Él hace mención que

el ambiente facilitador de consumo es típico de las familias en que existe al menos un miembro obeso (...) donde “comer bien” implica comer de todo, rico y muy abundante, comer carne, pollo, arroz, asados, papas fritas, pan, todo tipo de frituras,

bebidas azucaradas, jugos envasados, sándwich, mayonesa, etc. Lo cual implica lo contrario de lo que en realidad significa “comer bien”. (p.235-236)

Además, Flores (2016) indica a la infancia como punto de aprendizaje para la forma de alimentación en una persona, pues se conforma en un ambiente y situaciones significativas y con carga emocional, por el involucramiento de otros.

En el tipo de obesidad llamada obesidad común, esta involucrada la familia. Quiroga-de Michelena (2017, p.193) destaca que

la característica es que en la que la mayoría de los miembros de una familia tienden a ser obesos, unos más que otros, y comparten, además de los genes, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y una dieta inadecuada, muchas veces propiciada por circunstancias familiares, sociales o laborales que impulsan la compra de la llamada ‘comida chatarra’; por otro lado, tener parientes obesos aumenta el riesgo de desarrollar obesidad, aún si no viven juntos o no comparten los mismos hábitos.

Todos estos apuntes y justificaciones dotan al vínculo familiar de gran carga para las elecciones alimentarias que las personas van teniendo de forma individual, sobre todo por dos aspectos: la genética y las conductas aprendidas respecto a la comida. Principalmente ésta última tiene gran relevancia porque se da bajo una implicación emocional importante y se va orientando de forma cotidiana al consumo de ciertos tipos de alimentos.

Por otro lado, López (2018) conceptualiza a los factores ambientales como determinantes de la conducta alimentaria en las actuales ciudades globalizadas (Figura 1). Como podemos observar, son los factores sociales, tecnológicos y políticos por un lado los que tienen que ver con el entorno alimentario que puede detonar la obesidad y por el otro, factores individuales y familiares que impactan el comportamiento alimentario.



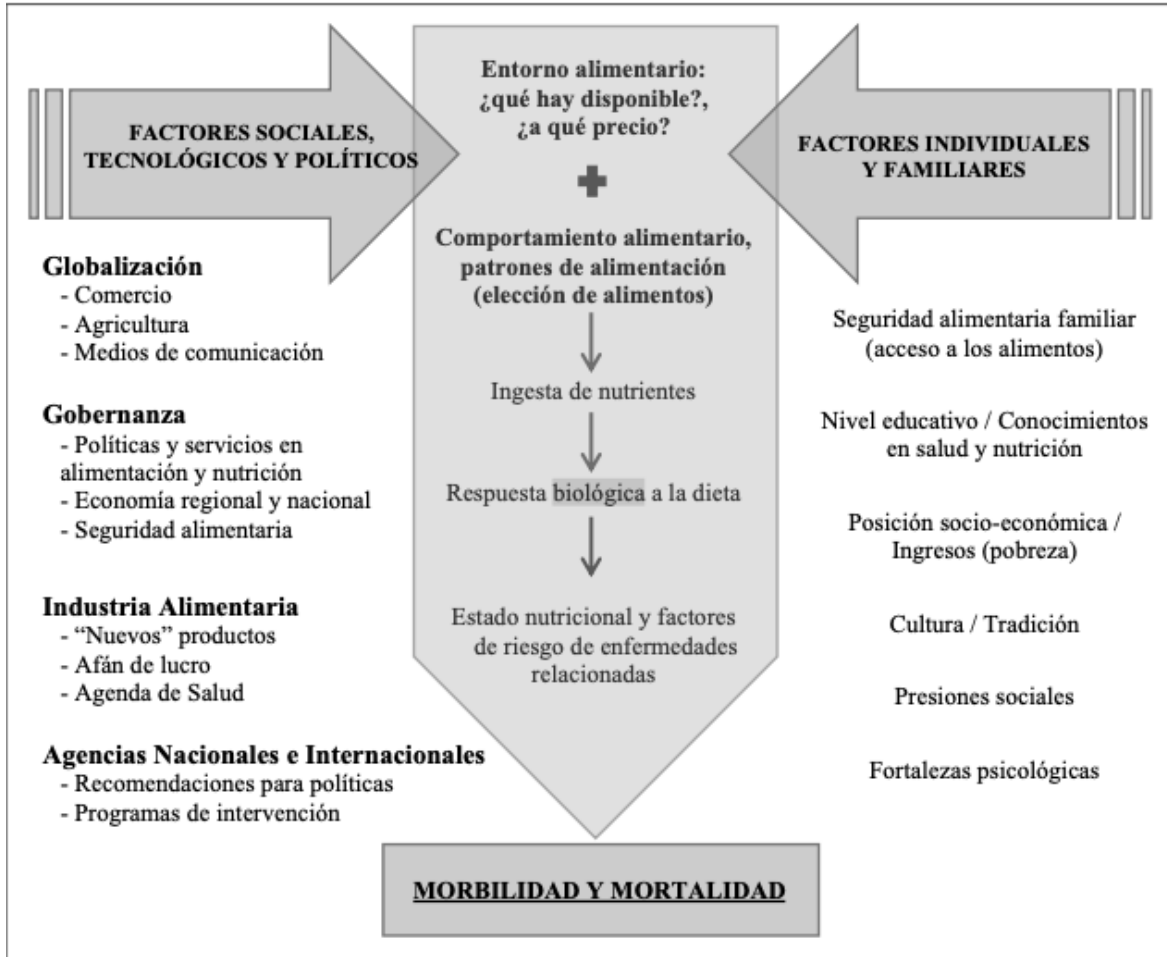


Figura 1. Factores que determinan el comportamiento alimentario en las actuales ciudades globalizadas. Recuperado de “Predisposición genética a la obesidad y conductas de prevención en edad temprana. Análisis comparativo en escolares españoles y mexicanos” por López, N., 2018, Tesis para obtener grado de Doctor, p. 23. Copyright 2018 de Universidad Complutense de Madrid.

Son entonces, diversos los factores de índole individual, familiar, social y cultural que se deben tomar en cuenta para hablar apropiadamente de toda la esfera de la obesidad. Me gustaría destacar que los factores que tienen que ver con el ámbito individual son los que más tiene control la persona, pues se trata de muchas características que son modificables o elementos de mejora y trabajo, como el nivel educativo, fortalezas psicológicas o ingresos económicos. Los factores donde están inmersos terceros, como la familia o pareja, tienen un papel muy influyente en los hábitos alimentarios, por lo que es ideal el planteamiento de observación y análisis para detectar elementos que generan obstáculo o apoyo en el

tratamiento de obesidad y a raíz de ello, proponer intervenciones que permitan más el acercamiento a cambios para el tratamiento en la obesidad.

Por último, no hay que dejar de lado el aspecto social y cultural de la alimentación, el cual también trasciende monumentalmente para la definición del cuerpo y las elecciones y decisiones diarias que fomentan la obesidad, de las cuales dependerían políticas públicas que han sido carentes e ineficaces para la modificación de estilos de vida en nuestro país.

## **2.2 Tratamiento en la obesidad y adherencia: elementos de mejora a tomar en cuenta**

Si se habla de obesidad en el ámbito de la salud, es imposible no hablar también de los tratamientos selectos o más efectivos para su abordaje. Lecaros et al. (2015a) señalan a los tratamientos bariátricos como de los más relevantes y eficaces, sobretodo cuando con anterioridad ya ha existido fracaso en otros tratamientos; pero aún así, no son sinónimo de éxito a largo plazo, pues se ha documentado reganancia de peso posterior al procedimiento.

Conviene ver entonces la literatura científica respecto a la cirugía bariátrica que señale los resultados y consecuencias que las personas intervenidas han tenido. Por un lado, se pueden ver los resultados que tienen que ver con éxito. Por ejemplo, en el estudio de Lecaros et al. (2015a) se mencionan datos donde para todos los participantes, la experiencia de la cirugía se resume en éxito y beneficio, independientemente de la recuperación del peso corporal. Encontraron también, en diferentes revisiones, documentación de mejora en la calidad de vida, relaciones de pareja y funcionamiento sexual e imagen corporal después de uno o dos años de la cirugía.

Por otro lado, existe la insatisfacción de personas intervenidas con cirugía bariátrica por la recuperación del peso. Mensorio y Costa-Júnior (2016) documentan esto señalando que “entre el 20 a 30% de los pacientes sometidos a cirugía comienzan a recuperar peso después de 24 meses (promedio) poniéndose de manifiesto la necesidad de intervenciones psicosociales que mejoren las condiciones psicológicas del paciente para mantener nuevos hábitos alimentarios” (p.120-121). Se considera un porcentaje importante de personas con

reganancia pero también se van viendo por parte de los investigadores las sugerencias de intervenciones psicosociales que son necesarias para incrementar adherencia.

Bajo estos datos, vuelve a aparecer la necesidad de abordaje de factores que desde un primer momento promovieron la obesidad. Lecaros et al. (2015a) hace alusión a un factor que puede aparecer de forma recurrente:

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 (...) 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. (p.1511)

Estos mismos autores llegaron a la conclusión que el aspecto social más importante para la pérdida de peso es tener una red de apoyo dentro del proceso posterior a la cirugía bariátrica, puesto que es un período de ajuste, recuperación y transformación personal.

Papapietro (2012a) por su parte afirma que el factor que más impacto tiene en el aumento de peso posterior a la cirugía bariátrica se encuentra en personas con malestar psicológico y es la falta de control en las prácticas de alimentos como puede ser el desorden de horarios, el picoteo, el comer emocional y la elección de alimentos hipercalóricos. Otro de los fenómenos que se encuentra posterior a la cirugía bariátrica es el temor por recuperar el peso perdido, Ferrer y Cruz (2017) encuentran que pensamientos persistentes de este tipo tenían como consecuencia comportamientos anoréxicos o ansiosos y comer en exceso. Como se puede ver, la variable emocional repercute en el pronóstico de éxito en la cirugía bariátrica, pues las prácticas de alimentación que más se han señalado como causantes de la reganancia de peso han sido detonadas por factores psicológicos.

Personalmente, me coloco en la postura de que cualquier tratamiento formal de la obesidad debe estar acompañado de una valoración psicológica para que con ella sea posible detectar los factores emocionales y sociales que en cada caso han ido a la par con la obesidad y que, si no se abordan y/o no se les da un seguimiento adecuado, van a estar de forma permanente acompañando altas y bajas en el peso. Sin embargo, esta valoración va a estar limitada al

actuar individual, o como máximo a la familia, dejando de lado determinantes sumamente importantes como los sociales y culturales que pueden ciertamente hacer la diferencia en el mantenimiento del peso perdido, pero que dependen de un abordaje social, político y de salud pública y que se debe exigir y trabajar en ello si se esperan resultados a largo plazo.

Al hablar de largo plazo en cuanto a tratamiento, viene naturalmente la necesidad de hablar sobre el mantenimiento de acciones que faciliten el cumplimiento de objetivos: la adherencia. Reyes-Flores, Trejo-Álvarez, Arguijo-Abrego, Jiménez-Gómez, Castillo-Castro y Hernández-Silva (2016) citado por Leija, Peláez, Pérez, Pablo, Orea y Domínguez, (2019) definen la adherencia a tratamiento como “un fenómeno multidimensional, determinado por la acción recíproca de diversos factores: los relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad, con el sistema de atención sanitaria y con las condicionantes socioeconómicas, los que interactúan entre sí” (p. 87). Como es visible, la interconexión de los determinantes va a marcar el resultado de adherencia, pero cada elemento es tan complejo que requiere de una mirada individual y de análisis en cada persona.

Datos concernientes a la obesidad y la adherencia tratamiento son alarmantes. Leija et al. (2019, p.85-86) señalan que “dos tercios de los pacientes con obesidad bajo tratamiento recuperan el peso perdido tras un año, y casi todos a los cinco años, lo que se asocia con la falta de adherencia a tratamiento”. Por lo que lejos de ser una enfermedad “en remisión”, la obesidad se mantiene y genera un incremento en su incidencia, tal y como lo vemos en México, ya que ha sido poco probable el mantenimiento de un peso saludable y son más y más las personas que cada año se suman a esta enfermedad.

Otra estadística igual de significativa es reportada por Candelaria, García y Estrada (2016) donde encuentran que 80% de las personas que inician un tratamiento para bajar de peso tienden a abandonarlo antes de su conclusión.

Según la Organización Mundial de la Salud, indicado en un estudio por Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega (2018) existen cinco factores que intervienen en la adherencia terapéutica:

1. Socioeconómico
2. Relacionados con el tratamiento
3. Relacionados con el paciente
4. Relacionados con la enfermedad
5. Relacionados con el equipo sanitario

Son vastos los estudios que buscan enumerar las causas de una buena adherencia al tratamiento, así como señalar el deterioro si se excluyen estos componentes. Haciendo una búsqueda entre los estudios y revisiones más actuales, se enlista frecuentemente uno: el apoyo social. Este elemento entra dentro de los factores sociales de adherencia a tratamiento relacionados con la persona con diagnóstico de obesidad.

En una revisión de sistemática de 23 estudios comprendidos de 2011 a 2020, los autores García, Ruvalcaba, Porta, Yugoslavia y Guzmán (2020) encontraron que “los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son de carácter ambiental, personal y relacional – con la pareja y con los profesionales de la salud” (p.127). Por otro lado, detectaron que respecto al abandono de tratamientos para bajar de peso, el factor psicosocial ligado a ello es primordialmente la ausencia de apoyo social, tanto por el núcleo social básico como la familia y/o por los profesionales de la salud.

Reyes-Flores et al. (2016) también se refieren al apoyo social como un modulador de adherencia terapéutica. La explican como una variable psicosocial que impacta en calidad de vida, vulnerabilidad al estrés, ajuste y aceptación de la enfermedad y otros procesos de salud-enfermedad.

Y, en específico, un emisor de apoyo social muy mencionado es la familia, donde Palma y Lasagni (2019, p.108) la mencionan como fuente decisiva que marca el pronóstico en el tratamiento:

el grupo familiar puede favorecer el tratamiento, en la medida de que sean capaces de identificar rápidamente los problemas, facilitar el cumplimiento de los tratamientos y adaptarse a los cambios. Si la familia no los favorece, será muy difícil para la persona

sostener sus nuevos hábitos en el tiempo. La adaptación al cambios va a depender del grado de funcionalidad familiar.

Se puede inferir entonces que, si la persona con obesidad lleva una vida en pareja, entonces será el foco de atención una adaptabilidad a una nueva forma de vida en pareja, pues va a implicar múltiples transformaciones en las tareas diarias, cambios y adecuaciones de tiempo, compras, elecciones en el estilo de vida que pueden fomentar facilidad al tratamiento o, al contrario, dificultar las metas de adecuación a nuevos hábitos.

Lecaros et al. (2015a) igualmente hacen mención en su trabajo de investigación al apoyo familiar y grupo de amigos como factor social asociado al éxito y/o fracaso en la baja y mantención del peso; pero también hacen hincapié en la necesidad de llevar seguimiento y acompañamiento de los profesionales de la salud posterior a la cirugía bariátrica para la obtención de resultados favorables.

Este último es otro tipo de apoyo que se comienza a ver reflejado y con especial atención para la adherencia terapéutica, el factor relacionado con el sistema sanitario. Ortega et al. (2018) describen la forma en que este puede verse ligado y transformado:

este aspecto pueden intervenir para la baja adherencia al tratamiento los centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (p.229)

Lecaros et al. (2015a) subrayan en la adherencia a controles y seguimiento con los profesionales de la salud un componente en especial necesario para cualquier procedimiento médico, incluida la cirugía bariátrica: la psicoeducación. Tiene sentido que dicho componente pueda fomentar actitudes diferentes y formas de manejo mucho más efectivas en el abordaje del tratamiento. Esto, a su vez, puede fomentar un papel más activo del

paciente en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, lo que autores como Vargas (2014) señalan como elemento necesario para alcanzar adherencia terapéutica y resultados óptimos.

En cuanto a la falta de apego, un factor asociado de carácter personal es la depresión. Ortega et al. (2018) indican que “ante la primera sospecha de un cuadro depresivo, se debe realizar una valoración psicológica para abordarla y tratarla lo más pronto posible y así disminuir la falta de adherencia terapéutica relacionada con esta situación” (p. 229). En México, el trastorno depresivo es uno de los más frecuentes. En población obesa se ha reportado en un 30%, encontrado con mayor frecuencia en las mujeres. La forma en que la depresión se relaciona a la baja adherencia tiene que ver con la desesperanza, misma que se refuerza con las constantes recaídas que pueden verse en pacientes con este diagnóstico (Esquiváis, Reséndiz, García y Elías, 2016).

Si bien, los factores psicológicos son importantes, no se pueden dejar de lado los aspectos socioeconómicos que consiguen impactar a la adherencia a tratamiento. Ejemplo de ellos han sido enlistados:

la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento. (Ortega et al., 2018, p.228)

La Organización Mundial de la Salud por su parte, no abarca al nivel socioeconómico como determinante de adherencia, pero si incluye a la pobreza, analfabetismo y desempleo como factores que la modifican (Luna, Haro, Uriostegui, Barajas y Rosas, 2017).

En el marco del papel que tiene el nivel socioeconómico se ve involucrada la inseguridad alimentaria. Esta ha sido definida por Bickel, Nord, Price, Hamilton y Cook (2000) como la limitación de acceso a alimentos en formas socialmente aceptables. La relación que se ha encontrado de ésta con la obesidad tiene que ver con el consumo de productos baratos, hipercalóricos y que por lo mismo generan una mayor sensación de saciedad (Casey, Szeto, Lensing, Bogle y Weber, 2001) (Oh y Hong, 2003) pero que tienden a incrementar el peso y,

además, otros estudios han encontrado que personas que habitan donde la inseguridad alimentaria es constante, tienden a consumir comida dependiendo de su disponibilidad, y no del hambre y saciedad, pues aprenden a ajustarse a la posibilidad de conseguir o no alimento; esto ha sido llamado desinhibición alimentaria (Olson, 1999) (Dinour, Bergen y Yeh, 2007).

En México el 69.5% de los hogares se clasificó en inseguridad alimentaria, los más afectados fueron hogares más pobres (85.8%) y de áreas rurales (78.0%) (Mundo-Rosas, Vizuet-Vega, Martínez-Domínguez, Morales-Ruán, Pérez-Escamilla y Shamah-Levy 2018). La implicación de esta dimensión en adherencia al tratamiento tiene que ver con que a pesar de los esfuerzos conductuales y reforzamiento en apoyo social que tenga la persona, esta variable no es tan fácilmente modificable y puede ser permanente a lo largo de todo el tratamiento, afectando la parte nutricional, que es base para cualquier programa de pérdida de peso, incluida la cirugía bariátrica.

A través del Instituto de Salud Pública de México, Rivera, Colchero, Fuentes, González, Aguilar, Hernández y Barquera (2018) han planteado diez áreas de política pública en las que el estado debe intervenir para prevenir y controlar la obesidad en México (Figura 2). El cambio a través de estas políticas podría tener mayor incidencia en la adherencia a tratamiento, pues se construiría un ambiente más favorecedor a los cambios individuales, logrando un mayor contrapeso en las barreras culturales y sociales que se tienen para el mantenimiento de peso perdido. Específicamente, me gustaría remarcar que en el apartado que señala los entornos alimentario y de actividad física se encuentran muchas adecuaciones facilitadoras a un estilo de vida saludable como la disminución del costo de alimentos sanos y acceso al deporte, los cuales fomentarían apoyo a la decisión de una persona a implementar cambios en su estilo de vida, pues sería más viable.



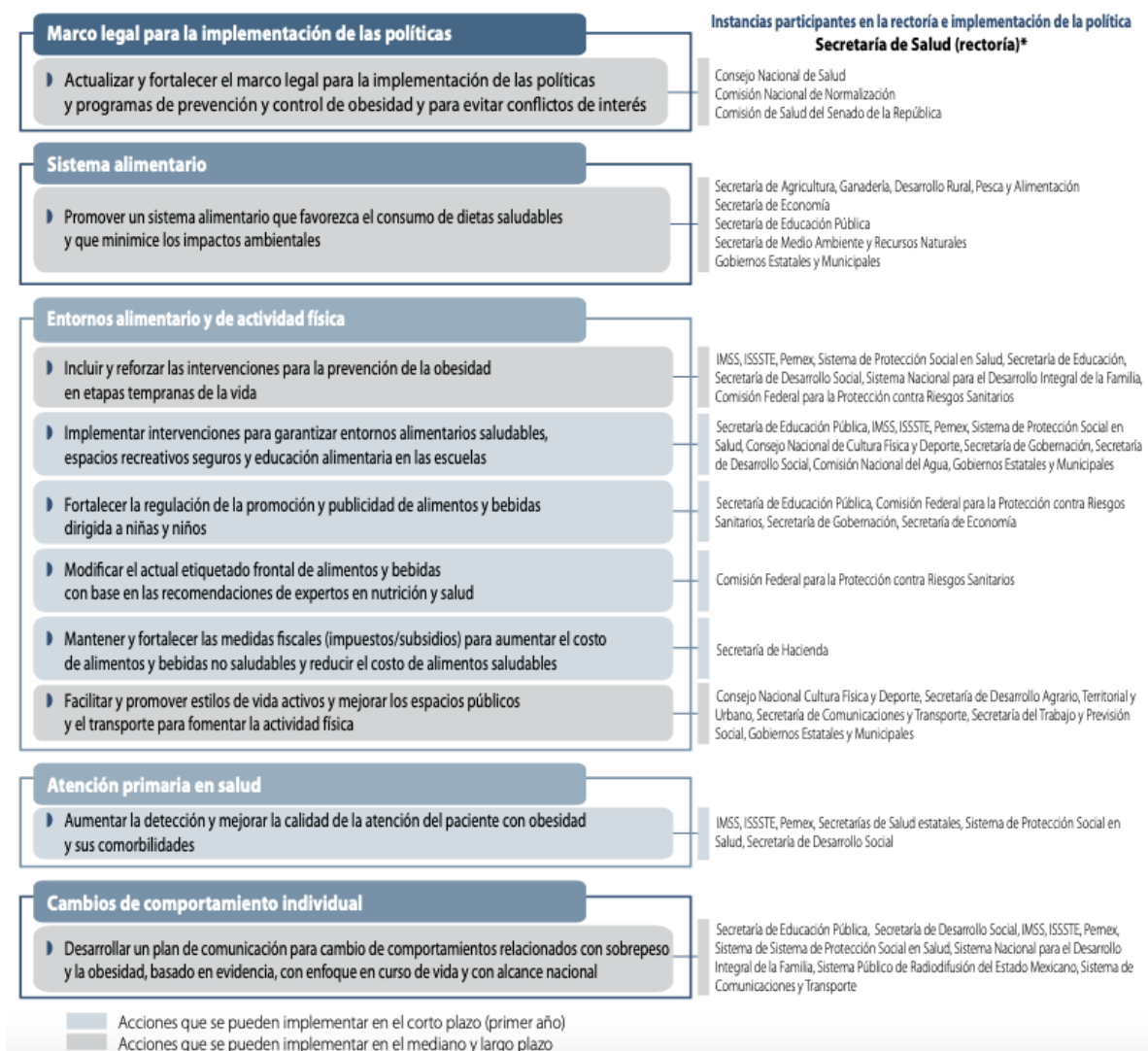


Figura 2. Diez áreas de política pública en las que el Estado debe intervenir para promover la adopción de dietas saludables, estilos de vida activa y reducción de obesidad. Recuperado de “La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control” por Rivera et al., 2018, p.20. Copyright 2018 de Instituto Nacional de Salud Pública.

En cuanto al entorno social, Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010) han señalado que “la familia cercana a las personas con obesidad moldea los hábitos alimenticios y es, precisamente, el consumo de alimentos el medio por el que logran sentirse integrados y aceptados socialmente” (p.329). Aunque, por otro lado, estos autores manifiestan que la ambivalencia se presenta en la familia por ejercer discriminación y rechazo, y además, funge como un obstáculo a la adherencia terapéutica por la poca confianza que les demuestran.

Un aspecto además a tomar en cuenta es el “efecto halo”, Woodard, Encarnación, Peraza y Hernández-Boussard (2011) indican que es factible una gran participación por parte de la familia de un paciente de cirugía bariátrica cuando son contagiados por el estilo de vida de este, promoviendo así mayor colaboración entre los miembros para la pérdida de peso. Este aspecto llega a ser un factor protector de importancia pues facilita en gran medida la rutina diaria que va a estar soportada por un mismo patrón conductual del núcleo cercano, pudiendo incidir en la motivación y compromiso diario para el cumplimiento de indicaciones terapéuticas.

Otros factores de adherencia al tratamiento son los relacionados con la enfermedad. Ortega et al. (2018) incluyen los siguientes:

relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. (p.229)

Entonces, en este caso con la obesidad, es indispensable considerar el grado que se presenta, sus afectaciones y repercusiones en diferentes esferas de vida y los tratamientos disponibles a considerar que puedan ser adecuados para la persona, pero, también es necesario considerar el significado que la persona le da a la obesidad y el valor otorgado a los tratamientos.

Las creencias y percepciones que tienen las personas sobre la obesidad están íntimamente relacionados con la cultura. En una investigación de Ocampo-Barrío y Pérez-Mejía (2010) con mexicanos, enuncian que “la obesidad no es considerada como una patología, sino como un factor de riesgo, lo que da pie a la creencia de que por su constitución se ven llenitos o gorditos y, por ende, es imposible perder peso” (p.329). Esto lleva como consecuencia la poca atención a seguimientos o inclusive a tratamiento pues se disminuye la creencia de necesitar tratamiento al no ver la obesidad como enfermedad, sino solo como una amenaza.

Ocampo-Barrío y Pérez-Mejía (2010) también destacaron que, en México, el consumo de alimentos estaba relacionado con la satisfacción personal y específicamente, en personas con

obesidad, se encontraba esta relación cuando comían en consecuencia de la no aceptación y reproche de la imagen personal que percibían tener, pues comer provocaba una disminución de su malestar. La comida también se encontró con el uso de fungir como paliativo ante la sensación de agresión, crítica e incompreensión que tienen cuando otras personas ofrecen consejos para la pérdida de peso, ya que estos son asumidos de manera negativa y ocasiona también aislamiento.

Por último, en cuanto a factores relacionados con el tratamiento para la adherencia, Ortega et al. (2018) enlistaron los que están relacionados a ellos: “la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos” (p. 229). Esto enmarca la necesidad de tomar en cuenta la elección de tratamiento no sólo por su eficacia, sino considerando todo lo anterior y equiparlo con las condiciones y características propias de cada persona con obesidad.

Como podemos ver, estadísticamente, existen cifras contundentes de la baja adherencia a tratamiento que existe en la obesidad a largo plazo. Este nivel de adherencia se ve fundamentalmente en los resultados pobres y es reflejo de una no adecuación a los planes de alimentación, toma de medicación y actividades pertinentes a un estilo de vida saludable. Pero, la falla en común que se ha encontrado para que no acontezca todo esto tiene que ver con la ausencia de apoyo social, y también con la carencia de un adecuado acompañamiento profesional a lo largo de un tratamiento para la disminución de peso.

Además, no podemos distanciarnos tampoco de los componentes de adherencia fuera del control de la persona con obesidad que influyen directamente en ella: políticas públicas, contexto social y cultural. Es necesario el ajuste en estos ámbitos macro donde la persona vive y que dificultan cambios tan radicales en sus comportamientos, donde modificar hábitos es parte de la indicación, pero es inaccesible para gran parte de los mexicanos.

Para finalizar, noto relevante la descripción precisa de cómo es que el tener apoyo social promueve adherencia y señalar qué tipo de comportamientos son los que los pacientes recientes y llegan a propiciar un desapego. En cuestión de los profesionales de salud, habría

que tener un marco de seguimiento preciso que estipule lo que los pacientes necesitan con puntos clave del tratamiento.

### **2.3 Incidencia de la pareja en el tratamiento de la obesidad de una persona**

Para abordar el apartado que involucra a la pareja en el tratamiento de una persona con obesidad, es necesario ligarlo a los cuidados que ésta le puede proveer. Zelizer (2009) nos muestra su visión sobre ello: “las relaciones de cuidado implican una atención personal sostenida y/o intensiva que se prodiga para el bienestar de quien recibe esta atención” (p.182) y Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-López (2012) dictan que los cuidados en la pareja tienen que ver con dar apoyo emocional y, además, fungir como soporte cuando el otro se encuentra en situaciones de vulnerabilidad.

Además de hablar de las relaciones de cuidados, al describir un vínculo de pareja también se hace referencia a un sistema de cuidado que se interrelaciona con el sistema de apego y el sistema sexual. Estos sistemas, dirigidos por metas funcionales, incluyen componentes cognitivos y emocionales e incorporan representaciones mentales de uno mismo, de los demás y de la relación correspondiente, a través de su repetida activación en contextos sociales relativamente estables. Depende del funcionamiento de cada uno de los sistemas si el vínculo afectivo es favorable o desfavorable, si existen dificultades en cada uno o entre ellos puede existir conflicto en la relación de pareja (Collins y Feeney, 2000; Hazan y Shaver, 1987; López, Gómez-Zapiain y Apodaka, 1994; Ortiz, Gómez-Zapiain y Apodaka, 2002; Schachner y Shaver, 2004).

En diversas investigaciones (Collins et al., 2006; Feeney y Collins, 2001; Simpson, Rholes y Nelligan, 2001) autores han puesto de manifiesto que el sistema de cuidados en una pareja con un funcionamiento apropiado, debe promover la sensación de seguridad emocional y gratitud, y el fracaso a la hora de empatizar y aliviar la necesidad del otro miembro de la relación es una de las mayores fuentes de tensión y conflicto en la pareja, bien porque aumenta la inseguridad sobre la capacidad o el amor del otro, o bien, porque promueve un mayor distanciamiento respecto del compañero que expresa necesidad o estrés.

Existen diversas relaciones de cuidado concernientes a distintas áreas. Una de las más importantes es la relativa a la salud. Zelizer (2009, p.186) refiere que “los cuidados relacionados con la salud a veces resultan ser más importantes en los hogares que el suministro de comida y ropa”. Ella lo destaca porque existen muchas actividades entono a las instrucciones médicas donde los otros forman parte de los cuidados. Otra área mencionada también por Zelizer (2009) es la referente a las que involucran actividades económicas. Ella señala que las negociaciones se dan de forma constante de formas diversas, como apunta “a veces en un clima de cooperación, a veces en medio de estallidos de conflictos” (p.186).

En el marco del tratamiento de obesidad, específicamente de la cirugía bariátrica, los cuidados en salud y en economía se resaltan. En primera porque el procedimiento va a requerir limitaciones y atenciones especiales en movilidad (al menos el primer mes postquirúrgico) y también, por el cambio en alimentación, inclusión de vitaminas y suplementos especiales, consultas, pago de nuevos servicios como puede ser un gimnasio para incluir ejercicio, etc., los cuales repercuten con un costo y alteran el presupuesto económico del hogar, que no sólo se vera alterado por el precio de la cirugía bariátrica si es realizada en la práctica privada.

El paciente con obesidad va a tener ciertas características de vulnerabilidad, inclusive después de una cirugía bariátrica, que, como ya se vio, implica una serie de cambios y modificaciones activas en el estilo de vida, lo que pone en antelación elementos de fortalezas o carencias para hacer frente a estos ajustes. García y Rodríguez (2014) y Conde, Pimentel, Díaz y Mora (2016) citados por Reyes-Flores et al. (2016) hablan sobre la vulnerabilidad y cuidados, ellos esbozan que existe una correlación donde a mayor cuidados y estima propia, mayor adherencia al tratamiento; pero también, el apoyo de la pareja incide para incrementarla.

Muchos estudios afirman resultados similares, resaltando una correlación positiva entre tener una pareja y una buena adhesión terapéutica. Por ejemplo, Martos, Pozo y Alonso (2008), tienen hallazgos que indican que las variables que mejor predicen la adherencia terapéutica

son la satisfacción con el apoyo social y la reciprocidad con el apoyo de la pareja. Ellos lo explican desde la medicación prescrita, donde la reciprocidad con el apoyo de la pareja predecía mejor buenos resultados y en cuanto la adherencia a la dieta, resaltaba la satisfacción el apoyo de pareja y el de la familia.

Varela Montero y Barrón López de Roda (2016) señalan el apoyo de la pareja como un efecto positivo, ya que lo lleva a realizar conductas cardiosaludables, las cuales son muy similares a las que debe llevar una persona en el tratamiento de la obesidad.

Existen datos demográficos que hacen alusión a la pertenencia de pacientes en el estado civil como un factor detonante a la adherencia. Ramos, Jaimes, Juajinoy, Lasso y Jácome (2017) en su investigación clasifican que los pacientes cumplidores eran un 73% y el 27% de ellos permanecían en uniones consensuales; hizo la diferencia con los sujetos distribuidos en solteros y viudos quienes no se adhirieron al tratamiento y asumen que pudiera pensarse que la pareja es fuente de apoyo y protección para ejecutar conductas de salud.

Visto desde esta perspectiva, estos autores validan las acciones educativas que se realicen para un manejo adecuado que abarquen a la pareja o al sistema familiar de manera rigurosa para asegurar, reforzar y motivar la aplicación correcta al tratamiento, así como para tratar los problemas que en dicho contexto se produzcan, derivados de la enfermedad y su cuidado.

En contra parte, existen también estudios donde no se denota una diferencia en adherencia propiciado por la pareja o más aun, existe una correlación negativa.

Christakis y Fowler (2007) por ejemplo, señalan que el aumento de peso tiene más que ver por una influencia de los amigos en común y no por los conyugues.

Ramos et al. (2017) encontraron que tener pareja tiene una fuerte relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad, acorde con los resultados de un estudio realizado en una Universidad Federal de Brasil en el 2014, en el cual, el estado civil se mostró fuertemente relacionado con el sobrepeso y la obesidad, siendo mayor su prevalencia en las personas que

tenían pareja (41,8%), como se encontró en el análisis de regresión del estudio, donde el tener pareja incrementaba a 3,7 veces más el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad. Ellos ponen de manifiesto que se podría explicar este alto nivel debido a que las actividades que se relacionan con la alimentación son las más frecuentes al compartir en pareja.

Hay estudios que han realizado descripciones de los sistemas familiares buscando indicadores para la prevalencia de obesidad. De acuerdo con Onnis (1990) citado por Guzmán, Del Castillo y García (2010, p.209), “el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado”. A su vez, Minuchin (1988) también citado por Guzmán et al. (2010, p.209) señaló que “la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos”. Guzmán et al. (2010) ponen su atención a la comunicación en estas familias, la cual sugiere que presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos.

Específicamente en la pareja, Téllez (2019) ha expuesto que ocurre en ocasiones que “las parejas boicotean los cambios de él o ella por temor al abandono, pues la obesidad es muchas veces un defecto que equilibra” (p.237). Bajo este supuesto entonces, nos encontramos ante el temor de un cambio en las relaciones interpersonales disfrazado por una condición, donde la transformación puede ser un punto de quiebre y desmantelamiento de otras problemáticas ocultas por la incapacidad de negociación o comunicación asertiva. Cordella (2008) sigue esta misma línea sobre la obesidad y la pareja, pues resalta que el acto de comer se vincula también con el ajuste emocional de las relaciones significativas, como puede ser el de la pareja.

Otra dificultad que aparece concerniente a la pareja tiene que ver con los cambios requeridos por esta, aunque no sea precisamente la que lleva el tratamiento. Palma y Lasagni (2019, p. 107-108) lo subrayan de esta manera: “después de la cirugía bariátrica, se van configurando nuevas relaciones, por lo cual la pareja del candidato a cirugía también deberá adaptarse a este proceso de cambios, y muchos pares no saben cómo relacionarse a partir de estos”. Esta

afirmación expone la importancia de que la pareja sea incluido en el tratamiento de seguimiento bariátrico, pues en ocasiones de forma directa o indirecta es participe en las modificaciones, con la diferencia y desventaja de que no siempre tiene información suficiente o alternativas de afrontamiento por no estar integrado a sesiones de educación con los profesionales de salud.

En el plano general de los cuidados, Enríquez (2019a, p.193-194) señala que:

el conflicto en el cuidado tiene que ver con satisfacer las necesidades de autocuidado de quien brinda los cuidados y satisfacer las de quien lo requiere. También, las fricciones se presentan cuando hay disonancia entre las formas de pensar el cuidado entre quien lo brinda y quien lo recibe.

Respecto a este tópico, es necesaria la exploración de las necesidades de cuidado de la persona en tratamiento y de autocuidado de la pareja quien brinda el cuidado, ya que no se han encontrado estudios que delimiten esto y se pueda ver el impacto en adherencia.

Lo que si se ha encontrado respecto al brindar cuidado es la identificación de un rol en las mujeres como primera opción. Sobre ello, Enríquez (2020a, p.183) indica que “la familia es la principal proveedora de cuidados y dentro de ella, las mujeres”. También comenta que el tiempo utilizado en el cuidado por parte de las mujeres, es mucho mayor al que los hombres destinan. Así también, Troncoso, Contreras y González (2016) dicen que, en el grupo familiar, la pareja o esposa son percibidos como apoyo fundamental en la adherencia a su tratamiento, por diversas motivaciones, como lo son la solicitud de citación para controles o porque preparan sus alimentos.

Estas afirmaciones del rol de la mujer prevalente en el cuidado y la diferenciación de tiempo y actividades invertidos hacia ellos podría ser un indicador importante de comparación entre el grado de adherencia terapéutica que tienen hombres a diferencia de mujeres, puesto que culturalmente se les ha dado un mayor peso a los cuidados de la mujer hacia el hombre, lo que podría verse reflejado en la carencia que pudieran tener las mujeres, cuando ellas reciben menores atenciones.



El papel de la pareja en la adherencia a un tratamiento en obesidad de un paciente existe. Este se va a ver reflejado a través de los cuidados que se proporcionan. Debido a que posterior a la cirugía bariátrica, el paciente se siente vulnerable, frágil y es necesario que implemente diversos cambios y ajustes a su comportamiento, el papel de la pareja va a impactar por la forma en que se comuniquen y genere distintos tipos de atenciones.

En la literatura científica existen datos tanto del papel positivo que ejerce la pareja y también del papel que genera la misma pareja en la prevalencia de obesidad, por el tipo de comportamientos compartidos y dinámicas marcadas que muchas veces son hábitos sabotadores de un peso saludable. Para mí, ambos puntos son válidos y ciertos, más bien es imprescindible entender la disyuntiva de cuándo ciertos tipos de cuidados y dinámicas favorecen y cuáles son los tipos de cuidado que detienen los comportamientos de salud recomendados.

Por último, la parte de impacto positivo y negativo, puede estar también mediado por la disonancia del tipo de cuidado que se espera recibir de la pareja y del que se termina recibiendo, así como de los roles de género esperados, ya que depende de muchas variables que se efectúen los tratamientos como tiempo, dinero y esfuerzo, a los cuales no siempre será posible acceder si se espera que estén destinados para alguien más o de distinta forma (ejemplo, en el caso de las mujeres, tiempo de autocuidado negado por atender primero a los hijos).

#### **2.4 Intervención psicológica: su papel en la adherencia a tratamiento de la obesidad a largo plazo**

Como ya se ha dicho, la obesidad se distingue de muchas enfermedades por tener un origen multifactorial. Dentro de este abanico de factores se encuentran los de índole psicológico y social.

Cabello y Ávila (2009) relacionan el contexto social de la obesidad con aspectos psicológicos: “la persona obesa interioriza esta condición como algo indeseable, así se asocia

a problemas de interacción social e infelicidad” (p.101). Otras vivencias que puede tener la persona en torno a su obesidad son las que argumentan Guzmán et al. (2010): “la persona que padece obesidad puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero puede padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente, tener una profunda necesidad de ser amado; e inclusive padecer depresión” (p.210). Como se aprecia, la obesidad tiene un impacto en el estado de ánimo y salud mental de la persona que la presenta, pues adquiere sobretodo significados y consecuencias con connotación negativa.

Ligado también al estado emocional y la obesidad, la comida está relacionada. Menéndez (2017) la percibe como un reflejo de la persona en su interior, donde una mala relación con la comida es un síntoma de problemáticas profundas y dificultades en la expresión emocional.

Por otro lado, Montesi (2018) aborda una concepción que tiene que ver con el aspecto social que impacta en la visión individual del cuerpo:

en la actualidad se registra una tendencia a considerar condiciones del cuerpo y formas de ser como enfermedades, lo cual puede tener fuertes implicaciones en términos de estigma y control del cuerpo, incitando a los individuos a monitorearse y autodisciplinarse; la industria que promueve wellness y estilos de vida saludable se ha beneficiado enormemente de esta nueva preocupación difusa.

Dentro de estas condiciones y formas, un cuerpo con obesidad ha sido señalado socialmente como algo a modificar, que denota desvalorización y, por ende, la persona suele sentirse marcada y con la obligación de estar en constante búsqueda de tratamientos (médicos y/o estéticos) para transformarlo.

Tomando otra perspectiva y constructo de la obesidad es la que concluye Ríos (2017):

solamente una etiqueta, puesta por las instituciones oficiales, para nombrar un problema mucho más complejo y multidimensional: el de la desigualdad en el acceso a la alimentación y la actividad física, incluyendo desde las tensiones en los modos de habitar y de alimentarse, que se modulan desde la mercantilización del territorio y la corrupción de estructuras políticas. (p.298)

Es importante resumir entonces que los factores asociados a la obesidad no serán únicamente de corte individual, sino como señalan Ríos (2017) serán acompañados por un entorno socioespacial que influye en la conducta alimentaria y la forma de habitar y cuidar el cuerpo.

Como forma de abordaje a la obesidad, el papel del psicólogo se posiciona como uno de los más importantes, ya que a través de sus intervenciones puede dotar de estrategias, herramientas y recursos necesarios para combatir los factores psicológicos y sociales de la obesidad, siendo estos factores prevenibles y tratables. Guzmán et al. (2010) plantean el abordaje psicológico tomando en cuenta lo siguiente: “variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.)” (p.211). Todas estas son variables muy grandes que trabajadas en conjunto con los pacientes trascenderían en los resultados a largo plazo.

Cuando se habla, además, de adherencia a tratamiento, también se ha fundamentado que ésta depende en gran medida del apoyo social y características de la persona.

Hablemos por ejemplo del impacto del seguimiento de dietas, una piedra angular en la mayoría de los tratamientos de obesidad, donde han sido documentados ciertos efectos en tema de salud mental, Guzmán et al. (2010) mencionan algunos:

las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, como son un aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde las personas se sienten culpables, avergonzadas, inadecuadas y criticadas por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir a la persona obesa dentro de un círculo vicioso del que resulta imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad, angustia y al trastorno por atracón. (p. 211)

En todas estas repercusiones, de nueva cuenta, la intervención psicológica ocupa el lugar predilecto para un abordaje a través de sus múltiples técnicas para tratar y evitar un abandono de los planes de alimentación por las consecuencias negativas que produce.

Hablando sobre uno de los tratamientos más eficaces en la obesidad, la cirugía bariátrica, Lecaros et al. (2015a) mencionan en su investigación cómo la ayuda psicológica después de la cirugía fue considerada positiva: los entrevistados aludieron 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.

Respecto a dicho significado de la comida y el rol en casa, Zelizer (2009, p. 184-185) menciona la investigación de DeVault:

las mujeres realizan casi todo el trabajo vinculado a la alimentación en los hogares, y se esfuerzan para que las comidas sean acordes a las supuestas definiciones de las relaciones esposo-esposa y madre-hijo. Las comidas, significaban más que nutrientes o economía: de manera rutinaria, simbolizaban los vínculos de género adecuados; detrás de la alimentación de la familia se oculta un sistema entero que ella denomina control y suministro: estar atento a las demandas cambiantes y a los esquemas de consumo de los miembros de la familia para adecuar la adquisición y la producción de alimentos en el hogar y proporcionar una comida accesible y apropiada.

Este tipo de significados, son propios a tomar en cuenta en un tratamiento psicológico, pues no sólo se va a incidir en la modificación activa de comportamientos por sí solos, sino que las creencias y ciertas reglas podrían ser cuestionadas a fin de que pueden llegar a ser reestructuradas para generar resultados más favorables.

En un estudio de Mensorio y Costa-Júnior (2016) se pueden ver consecuencias en pacientes de cirugía bariátrica que tuvieron intervención psicológica, principalmente los cambios tuvieron que ver con las estrategias de afrontamiento utilizadas, optando por enfocarse en la solución del problema y búsqueda de apoyo social en lugar de centrarse en la emoción y recursos como religión y pensamientos fantasiosos.

Cabello y Ávila (2009) sintetizan de sus hallazgos que para que un programa de intervención en obesidad tenga éxito son imprescindibles las estrategias psicológicas, el cambio de hábitos, el ejercicio y el apoyo de la red informal y Guzmán et al. (2010) promueven la

atención de características psicológicas de fundamental importancia, de lo contrario, argumentan que la persona difícilmente será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y por consecuencia tendrá mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Sin embargo, existe un paréntesis necesario al área de intervención psicológica, y es el relativo a su limitación. Ríos (2017) ha hecho hincapié en que se tiene la idea de que la persona con obesidad es la única responsable de su salud y son los cuidados que tenga con su alimentación y su talla los que hacen la diferencia, percibiéndose solo como complemento las acciones regulatorias del espacio urbano. Esto expone un gran marco para los psicólogos en su actuar, puesto que el foco estará en los pensamientos, emociones y conductas en torno a la obesidad y hábitos, pero lo deja sumamente carente de herramientas para abordar la obesidad desde la antropología política de la salud urbana.

Retomando la atención psicológica, ésta será clave sobretodo en momentos donde se requiera una reestructuración de comportamientos, pues tendrá efecto en las estrategias que realiza el paciente concernientes al problema (con el cambio de hábitos necesarios) y/o con las emociones (implicaciones que tiene ser obeso, imagen corporal distorsionada, etc.).

Papapietro (2012a, p.86) declara “los factores no quirúrgicos, los psicológicos y conductuales son más relevantes que los factores quirúrgicos en la reganancia de peso del paciente con cirugía bariátrica”. Esta afirmación permite reforzar el papel del psicólogo en cada etapa del proceso bariátrico, ya que en la etapa preoperatoria esta misma autora (Papapietro, 2012a) argumenta que es ahí donde se pueden detectar los factores psicológicos que implican un riesgo para el éxito de la cirugía y que ésta por si misma no va a modificar; y, en la etapa postoperatoria tiene un marco de importancia sustancial para el correcto abordaje de todo el panorama cambiante que va a existir cuando se toma un tratamiento en la obesidad, pues dicho tratamiento no solo tendrá efecto en la salud física, sino también en los pensamientos, percepciones, significados, emociones y conductas.

Mi postura con esta información, es entonces de mucha confianza y seguridad de que el psicólogo tiene las capacidades y funciones de peso para poder generar estrategias para trabajar en los tipos de cuidado que se dan en pareja, buscando un desarrollo funcional ante

los cambios pertinentes en hábitos, fomentando vínculos de mayor estabilidad y notando los obstáculos que puedan existir para una correcta adherencia a tratamiento.

### **Capítulo 3. Planteamiento del problema**

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) predice que para el 2030 en México, el 40% de los adultos tendrá obesidad (Forbes, 2018). Si valoramos esta cifra no sólo como un aumento en esta enfermedad, sino desde las repercusiones económicas a la salud pública y los estragos emocionales y sociales que dejan las consecuencias de la obesidad, tendremos una afectación demasiado importante en la calidad de vida de las personas.

Lidiando entonces con la obesidad, en búsqueda de tratamientos efectivos, se han dirigido la mayoría de éstos hacia la adecuación de planes de alimentación que restrinjan el consumo de calorías y se elimine el sedentarismo. De acuerdo con el National Institute for Health and Care Excellence (2014), la cirugía bariátrica combinada con cambios comportamentales y manejo dietético es el tratamiento clínico más efectivo para personas con obesidad severa y compleja.

Sin embargo, datos de Leija et al. (2019, p.85-86) señalan que “dos tercios de los pacientes con obesidad bajo tratamiento recuperan el peso perdido tras un año, y casi todos a los cinco años, lo que se asocia con la falta de adherencia a tratamiento”. Esta información nos sugiere una deficiencia importante en los tratamientos para la pérdida y el mantenimiento del peso a largo plazo, donde la restricción calórica y la actividad física no han sido suficientes o sostenibles para buenos resultados y donde se abre espacio para los factores psicosociales que se han ido encontrando en diversas investigaciones como necesarios para el éxito de los tratamientos.

En la revisión sistemática de García et al. (2020), donde su objetivo fue determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad, se encontraron que los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento son de carácter ambiental, personal y relacional con la pareja y con los profesionales de la salud.

Al centrarnos en una población mexicana, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2018b) recabó datos que indican que los hombres en edades de 30 a 59 años se encuentra el 58.4% casado y 20.4% en unión libre, mientras que las mujeres en el mismo rango de edad las cifras comprenden el 54.2% casadas y 16.8% en unión libre, lo que nos muestra la importancia de referir el apoyo social a la pareja, pues más del 70% de la población en estas edades convive con una pareja, y es importante entender cómo la dinámica de ésta, específicamente en los cuidados, puede impactar en la adherencia a tratamiento que tenga el paciente.

Estudios han encontrado datos contradictorios respecto al papel de la pareja en adherencia a tratamiento. Mientras que por un lado algunos autores como Varela Montero y Barrón López de Roda (2016) señalan que el apoyo en pareja ejerce un efecto positivo en conductas cardiosaludables y una relación positiva con las conductas de adherencia y Martos, Pozo y Alonso (2008) indican que las variables que mejor predicen la adherencia terapéutica global son la satisfacción con el apoyo social y la reciprocidad con el apoyo de la pareja; por el otro lado, Ghanbari Jolfaei, Lotfi, Pazouki, Mazaheri Meybod, Soheilipour y Jesmi (2016) indican que los puntajes de satisfacción conyugal, especialmente el puntaje de resolución de conflictos, disminuyeron después de la cirugía bariátrica, Rand, Kowalske y Kuldau (1984) consideró un aumento en la tasa de divorcios después de la cirugía y Hafner (1991) también encontró problemas matrimoniales centrados en cuestiones de control y poder.

Estos datos contrapuestos hacen más visible la necesidad de entender los componentes de una relación de pareja que promueven resultados en adherencia favorables y otros desfavorables. Específicamente, encaminarnos a encontrar una respuesta ante la problematización de cuáles son los tipos de cuidados que otorga la pareja que puedan generar un efecto positivo y por otro, detectar los que incrementan dificultades en la adherencia al tratamiento en obesidad, en este caso, la cirugía bariátrica. Es importante destacar que la pareja tiene un papel de impacto sustancial pues suele ser la principal en conformar la red primaria de apoyo y ante la adecuada adherencia, el apoyo social es un importante predictor.



### **3.1 Pregunta principal**

¿Cuáles son los tipos de cuidado que otorga la pareja y el psicoterapeuta, desde la percepción de la persona, para la adherencia a tratamiento por obesidad en la cirugía bariátrica?

#### **Preguntas secundarias.**

- ¿Qué tipos de cuidado de la pareja favorecen la adherencia a tratamiento para la obesidad?
- ¿Qué tipos de cuidado de la pareja obstaculizan la adherencia a tratamiento para la obesidad?
- ¿Qué sugerencias y líneas de intervención se pueden incluir en psicoterapia dentro del marco de abordaje de adherencia a tratamiento para la obesidad?
- ¿Cómo los roles de género pueden estar relacionados al cuidado que da la pareja y cómo repercute a la adherencia al tratamiento para la obesidad en la persona?

### **3.2 Objetivo**

Detectar los tipos de cuidado que otorga la pareja y el psicoterapeuta, desde la percepción de la persona, para la adherencia a tratamiento por obesidad en la cirugía bariátrica.

#### **Objetivos secundarios.**

- Establecer los tipos de cuidado en la pareja que favorecen una correcta adherencia a tratamiento para la obesidad.
- Establecer los tipos de cuidado en la pareja que obstaculizan una correcta adherencia a tratamiento para la obesidad.
- Determinar la influencia de la psicoterapia a la adherencia a tratamiento para la obesidad en la cirugía bariátrica.
- Distinguir la relación que tienen los roles de género con el cuidado que da la pareja y su repercusión a la adherencia al tratamiento para la obesidad en la persona.

### 3.3 Hipótesis

La obesidad es una problemática que a nivel macro ha elevado costos de tratamiento para el sistema de salud y año con año, aumenta la prevalencia de personas con esta enfermedad; a nivel personal, se busca que quien tenga este diagnóstico obtenga un tratamiento para la pérdida de peso a través de un estilo de vida que sea sostenido, y es, precisamente en este último punto, que se ha notado un fracaso, pues se llega a tener un bajo nivel de adherencia a tratamiento que impide el mantenimiento de resultados satisfactorios y por ende, se reincide en la enfermedad.

Uno de los tratamientos para la obesidad que más ha logrado la pérdida de peso prolongada y una mejora en indicadores de salud es la cirugía bariátrica, la cual conlleva no sólo una intervención quirúrgica, sino también indicaciones especiales y cambios notorios en el estilo de vida para su buen funcionamiento. Entonces, al igual que todos los demás métodos, va a requerir una participación de la persona para adherirse correctamente a un tratamiento para tener resultados favorables.

Dentro del marco de la adherencia a tratamiento, se va a encontrar que pueden ser distintos los elementos que inciden en ella, y dentro de los más estudiados se encuentra el apoyo social, en específico, proveniente de la familia. Sin embargo, se ha estado asumiendo a la pareja dentro de esta categoría, mencionando muy poco la relación directa de ésta con la adherencia y por lo mismo, no se encuentra mucha información que pueda describir aspectos suficientes para la implementación de recomendaciones ante el papel que tendría ésta.

Se hipotetiza en esta investigación que el papel de la pareja en el proceso de una persona con cirugía bariátrica como tratamiento a la obesidad es trascendental, pues es un elemento de suma cercanía e intimidad que llega a influir en pensamientos, emociones y conductas en el otro, a través de los cuidados que otorga y de cómo el otro los percibe y vincula.

En este proceso de cuidados, se piensa que, si la persona en tratamiento percibe de forma satisfactoria los cuidados que le son otorgados y el vínculo es recíproco, va a existir un buen nivel de apoyo social que le permitirá generar permanencia en el tratamiento.

Por las implicaciones que tiene la cirugía bariátrica, se infiere que un tipo de cuidado que puede estar relacionado muy de cerca a este proceso es el cuidado emocional, que va a requerir que la pareja sea empática, muestre afecto y aliento, pues ante la cantidad de cambios que se enfrentan las personas con cirugía bariátrica (imagen corporal, tipo de alimentación, implementación de ejercicios, suplementos, etc.) se llega a dar una sensación de vulnerabilidad y malestar emocional.

Otro tipo de cuidado involucrado puede ser el instrumental, que va a estar relacionado con acciones que ayudan o permiten de forma directa que la persona lleve favorablemente un tratamiento, como pareja puede darse desde el apoyar trayendo a casa la suplementación, llevando al otro a citas, hasta cocinarle o cuidar a los hijos para que pueda tener tiempo de ejercitarse.

También, el cuidado económico puede ser esperado, sobretodo por las mujeres, pues aún prevalece una distinción en los roles de género donde el hombre tiene el papel de proveedor y la mujer de estar en casa cuidado a los hijos y el hogar, por lo que al ser la cirugía bariátrica costosa y, además, requiere pago de citas externas, suplementación, cuota de gimnasio y otros gastos, va a ser importante para una correcta adherencia el poder solventarlos.

Si se generan de forma satisfactoria este tipo de cuidados mencionados, se piensa que favorecerá una correcta adherencia a tratamiento.

Por otro lado, si la percepción de cuidados es disonante a lo esperado por la persona en tratamiento, o inclusive el proceso llega a ser conflictivo, se especula que la adherencia a tratamiento puede ser obstaculizada, así también pasará si los cuidados que se den son insuficientes o restringidos, por ejemplo, que existan cuidados instrumentales, pero los emocionales sean carentes.

Se presupone que la expectativa de cuidados sí va a ser diferenciada respecto a los roles de género. Sobre todo en la presencia de la idea de amor romántico en la pareja, pues una característica de ello es que se va a preferir no hablar de necesidades si esto puede evocar conflictos, además, de forma cultural se le atribuye mayor peso a las mujeres para otorgar cuidados, lo que puede significar que a los hombres en tratamiento con cirugía bariátrica pueda favorecer más el cuidado y por ende, generar mayor adherencia a tratamiento, mientras que para las mujeres es esperado como se mencionaba previamente, más un cuidado económico o material, lo que puede ser insuficiente.

Por otro lado, si es una pareja donde ambos conviven con una ideología paritaria, se piensa que esto podría favorecer una comunicación más fluida y con ella, un diálogo sobre necesidades y llegar a acuerdos, implicando también la factibilidad de mayores y mejores tipos de cuidados recibidos, lo que permitirá un buen nivel de adherencia a tratamiento.

La comprensión de la problemática que se obtenga a través de esta investigación permitirá implementar elementos fuertes para el apoyo formal de los profesionales de la salud, específicamente los psicólogos, donde en psicoterapia, pueden ampliarse líneas de intervención para trabajar la adherencia a tratamiento. Con las hipótesis generadas aquí, se podría deducir que el campo del psicoterapeuta se dirigirá hacia el trabajo con la persona en tratamiento con obesidad en comunicación asertiva, estrategias de afrontamiento funcionales, la inclusión en la pareja en la conceptualización del tratamiento y la práctica de la psicoterapia desde el diálogo interdisciplinario al ser una perspectiva que permite adecuar el abordaje a las necesidades y características de la persona y su problemática.

Por último, me gustaría enfatizar que la hipótesis central de este estudio se enfoca en que si la pareja de una persona con cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad otorga cuidados de diversos tipos (emocional, instrumental, cognitivo, material) y, son satisfactorios para ésta y además, se dan dentro de un marco de una relación de cuidados recíproca, la adherencia a tratamiento será favorable; mientras que, si existen carencias de cuidados hacia la persona en tratamiento por parte de la pareja, la adherencia puede disminuir. Respecto al

psicoterapeuta, la hipótesis se dirige a considerar su papel indispensable dentro del proceso bariátrico, pues se considera que los cuidados emocionales y cognitivos estarán presentes para fomentar adherencia a tratamiento.

## Capítulo 4. Perspectiva teórica

A lo largo de este capítulo van a ser encontrados los principales antecedentes conceptuales, teorías y sustento de las variables y principales elementos incluidos en la investigación, por lo que se puntualizan las definiciones de cómo van a ser entendidos estos conceptos y sus principales relaciones con otros componentes del estudio.

Se encuentran cuatro subapartados:

- **Conceptualización del cuidado.** Va a ser descrito primordialmente el concepto del cuidado y las relaciones de cuidado, tomando en cuenta la importancia de la percepción sobre ellos, las fases del cuidado, las diferentes opciones o fuentes de apoyo encontrados, los tipos de cuidados considerados en esta investigación, los tipos de vínculo que se establecen y la presencia de rol de género al otorgar y recibir cuidados.
- **Conformación de la pareja.** En este apartado se define la pareja y las posibilidades en su unión, los componentes del amor que permiten clasificar el tipo de amor en el que se encuentran y por tanto tener una mayor comprensión de su dinámica y, finalmente, los conflictos en pareja y clasificación de resolución de conflictos.
- **Obesidad.** Se encontrará conceptualizada la obesidad desde sus diferentes tipos, diagnóstico y clasificación, así como los tratamientos avalados científicamente no quirúrgicos y quirúrgicos (cirugía bariátrica).
- **Adherencia a tratamiento.** Se mencionan los principales elementos estudiados que inciden en la adherencia terapéutica en tratamientos para la obesidad e igualmente se destaca la influencia que la pandemia por COVID-19 ha tenido en los hábitos y estilos de vida.

### 4.1 Conceptualización del cuidado

Para comenzar con uno de los ejes más importantes de esta investigación, el cuidado, es necesario partir desde el concepto macro que lo incluye: el apoyo social. Este es definido por Lin, Dean y Ensel (1986) citado por López de Roda y Sánchez (2001) como “provisiones

instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (p.17).

Baqar y Husaini (1990) han identificado seis dimensiones diferentes de apoyo social:

- Relaciones: de las cuales las personas sienten que reciben seguridad, estabilidad.
- Integración social: una red de relaciones en las cuales los individuos comparten intereses.
- Confianza en la valía: los conocimientos y habilidades personales son reconocidos.
- Confianza en las alianzas: los individuos pueden contar con ellas bajo cualquier circunstancia.
- Orientación: los sujetos pueden contar con consejos de otros fidedignos, de confianza.
- Cuidado: el individuo se siente responsable del bienestar de otra persona.

El cuidado, entonces, se encuentra conceptualizado como una de las dimensiones del apoyo social, implicando una responsabilidad hacia el otro, en el caso de esta investigación, la pareja.

La palabra cuidado se refiere a la acción de cuidar y procede del latín cogitatus, que significa pensamiento (Ruymán, 2017). Vega y Camacho (2019, p.90) definen cuidar como:

Una interacción humana de carácter interpersonal, interaccional, único, que sucede en un contexto sociocultural con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, implica un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del uno y del otro, como seres humanos, pero diferentes, implica una presencia mutua.

La interacción específica del uno con el otro en los cuidados se va a entender como una relación de cuidado (RC). Vaca (2016) señala a las relaciones de cuidados como determinantes en la vida de las personas en dos líneas: una que tiene que ver con los proyectos

personales desde su elección hasta su desarrollo y otra, en la percepción y comprensión propia, de los demás y del mundo.

Este mismo autor denota que una RC es:

una serie de vínculos de parcialidad y afecto que fomentan el bienestar entre personas. Usualmente, las RC proveen apoyo material y emocional para las aspiraciones y proyectos del otro, contribuyen a la resolución de problemas, ansiedades, obstáculos o miedos y, más en general, son una base de apoyo para la experiencia global de la vida del otro. Son relaciones parciales porque, mientras más cercanas, pueden llegar a ser más eficientes. (p.5-6)

Zelizer (2009, p.183) expresa que “las relaciones de cuidados varían según la duración, extensión y el tipo de atenciones”. Este punto va a remarcar que el tipo de cada uno de los cuidados que se manejan en pareja van a tener características únicas de tiempo y responsabilidad que construyen interacciones con diferentes particularidades, las cuales están inmersas en negociaciones, pero no siempre se logran dentro de un marco fuera de conflicto. Por ejemplo, referido a la cirugía de obesidad, la relación de cuidado tendría una duración extensa pues va a implicar que al menos el primer año se den cuidados concernientes al cambio de alimentación, manejo de tiempos, dinero destinado a suplementación y gastos de la cirugía y posible necesidad de cuidados de tipo emocional por la vulnerabilidad y transformación que se verá reflejada en el cuerpo.

Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de los cuidados que otorga la pareja a una persona frente a una serie de metas y decisiones que implican compromisos, como es el caso de la decisión de una cirugía bariátrica, ya que va a impactar en el inicio, durante y proceso completo, así como en la significación de la experiencia. Es crucial tomar en cuenta y determinar que este procedimiento está delimitado por tiempos donde la persona requiere mayores esfuerzos y cambios, por lo que la relación de cuidado va a verse impactada.



Dentro de esta investigación, los cuidados van a tener su foco en la enfermedad y la salud. Sobre este aspecto, Zelizer (2009, p. 186) destaca la trascendencia de los cuidados en salud y más aún, ahonda en la importancia de la familia para otorgarlos:

los cuidados relacionados con la salud a veces resultan ser más importantes en los hogares que el suministro de comida y ropa. Incluso cuando los profesionales médicos suministran instrucciones y remedios, los miembros de la familia prodigan parte de los cuidados. Aseguran la higiene, compran los remedios y otros artículos de farmacia, aprenden algunas técnicas médicas como dar inyecciones o controlar los signos vitales. Los miembros del hogar también se hacen cargo de las consultas médicas de los enfermos y se ocupan de su traslado, como también de sus dietas especiales y de otras atenciones requeridas por su situación.

De esta manera, se puede constatar que los cuidados en la salud y enfermedad están relacionados con el progreso y desarrollo que puede tener la persona en cuestión, además, son múltiples las acciones requeridas cuando se tiene una enfermedad, y cuando son brindadas por el otro, se manifiesta el cuidado.

### **Percepción de los cuidados.**

La percepción que cada miembro de la pareja tenga sobre la funcionalidad en el sistema de cuidados en su relación va a determinar sensaciones seguridad y gratitud o bien, de tensión y conflicto, pues si se percibe desajustada, incrementa la duda sobre lo que el otro puede sentir y, en consecuencia, repercute en distanciamiento (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-López, 2011).

Brake (2012, p.95) señala que “el conocimiento íntimo de una persona incrementa las posibilidades de poder contribuir a su bienestar de maneras más complejas”. Esto nos podría hacer suponer que, en una relación de pareja, donde la intimidad es esperada, podrían existir niveles de cuidado mucho más favorecedores, sin embargo, no siempre es así.

Un ejemplo se puede ver a través de Zelizer (2009, p.186) quien menciona: “los hogares combinan una vasta gama de relaciones de cuidados y de transacciones económicas. Esta mezcla tiene lugar en un contexto de permanentes negociaciones, a veces en un clima de cooperación, a veces en medio de estallidos de conflictos”.

Por su parte, Mullet (1988) otorga el nombre de “relación distorsionada” cuando uno de los miembros antepone o da prioridad a los cuidados del otro que a los de sí mismo de forma continuada. Esto nos alerta a explorar de igual manera no sólo el sistema de cuidados en la relación de pareja, sino también cómo éste coexiste con el autocuidado y permite el balance de uno y otro.

Enríquez (2019a, p.193-194) explica sobre el tema lo siguiente:

El conflicto en el cuidado tiene que ver con satisfacer las necesidades de autocuidado de quien brinda los cuidados y satisfacer las de quien lo requiere. También, las fricciones se presentan cuando hay disonancia entre las formas de pensar el cuidado entre quien lo brinda y quien lo recibe.

Fletcher, Simpson, Thomas y Giles (1999) apuntan que las personas están constantemente tratando de emparejar la percepción que tienen de su pareja con el ideal de pareja que se han formulado. Overall, Fletcher y Simpson (2006) a su vez explican que cuando existe una brecha entre esta percepción y el ideal que formularon, la persona experimenta malestar emocional, perciben menor calidad de la relación de pareja y buscan activamente cambiar ciertas características del otro para que empaten con su ideal.

La disonancia entre lo que pasa y lo que se espera se propone como una esfera que afecta la percepción de los cuidados que se reciben, mientras que también existe discrepancia con la posición en la relación de pareja, así lo explica Rihm et al (2017, p. 11) en su investigación:

Los participantes mostraron que anhelan el reconocimiento, pero temen la dependencia; valoran la compañía, pero se rebelan ante la posibilidad de que esta sea a costa de sus proyectos personales; desprecian los patrones relacionales de género del pasado, pero se muestran incómodos con su posición de hombres y mujeres

contemporáneos y, en ciertas situaciones, parecen desear un tipo de amor romántico más propio del pasado.

### **Fases del cuidado.**

Entender el cuidado como un proceso va a comprender entonces una estructura y flujo de cómo acontece y se logra una relación de cuidado. Para Tronto (1993), hay cuatro fases del cuidado, desde su comprensión como proceso integrado:

a): preocuparse por (“caring about”). En esta primera fase existe el reconocimiento de las necesidades de otras personas y un cierto interés individual en que éstas sean satisfechas, aunque sin llegar al nivel de concretarse en alguna acción específicas.

b) cuidar de (“taking care of”), implica asumir la responsabilidad ante una necesidad y determinar cómo responder ante ella. La acción de involucrarse puede entrelazarse con posibilitar que alguien más realice una actividad de cuidado que de manera directa satisfaga las necesidades identificadas.

c) dar cuidados (“care-giving”), se refiere a la atención directa de acuerdo con las necesidades de cuidado. En esta fase se llega al cuidado como un conjunto de actividades que directamente suplen las necesidades de alguien más. Esto por lo general implica trabajo físico y que exista un contacto directo con quien recibe el cuidado.

d) recibir cuidado (“care-receiving”), en esta última fase, quien recibe los cuidados, ha cubierto sus necesidades de cuidado. La fase final del cuidado como proceso supone que quien lo recibe responderá a esta interacción, pues no se trata de un proceso unidireccional.

La fase final logra enmarcar que la relación de cuidados es un proceso bidireccional, y por ello, considerar quién o quiénes se encuentran del otro lado es indispensable. A continuación, se distinguen entre las diferentes fuentes de apoyo que podemos encontrar como generadoras de cuidados.

## **Fuentes de apoyo.**

El sistema de cuidados siempre va a ir orientado hacia el apoyo a una persona con cierta meta u objetivo determinado, y pueden formar parte de ello personas en general o profesionales. Salinas, Manrique y Téllez (2008) distinguen dos tipos de sistemas:

El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. En general se refiere a las intervenciones de orden más estructurado como son las políticas públicas. El sistema informal de apoyo se distingue del primero por su naturaleza individual y no burocrática. En general se encuentran incluidos en este sistema la familia, los amigos y vecinos de la persona. En términos generales, ambos sistemas coexisten y mantienen relaciones de cooperación, pero también de conflicto. (p. 164)

Ahora bien, al hacer la distinción de los diferentes sistemas que podemos encontrar es relevante ubicar los tipos de cuidado que es posible que se otorguen, entendiendo que una misma persona puede otorgar uno o varios de ellos, y que, en la reciprocidad, la otra persona puede o no otorgar el mismo tipo. Además, existe un tipo que sólo involucra a una persona, pues es el cuidado que ella misma se da y recibe: el autocuidado.

## **Tipos de cuidado.**

### ***Autocuidado.***

Dorotea Orem (1993) citada por Muñoz, (2009) definió al autocuidado como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o reestablecerla cuando sea necesario” (p.393).

Vega-Michel y Camacho (2019) indican que la persona que tiene autocuidado se integra de características como ser dinámico, integral e integrado a la naturaleza y, además, existen componentes como la reflexividad y comprensión de la implicación a las acciones que promueven autocuidado.

Existen algunas competencias que necesita una persona que son importantes en el autocuidado de la salud, Vega-Michel y Camacho (2019, p.7-9) enlistan las siguientes:

- La administración del tiempo
- Saber observar y autoobservarse
- Saber prevenir
- Saber tener higiene
- Saber discriminar la relación con adultos y otros niños
- Saber recrearse
- Saber activarse físicamente
- Saber disfrutar lo bueno de la vida
- Saber autorregularse

#### ***Cuidado Material y/o Económico***

Definido por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002): “este tipo de cuidado implica un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros)” (p.49).

#### ***Cuidado emocional.***

Guzmán, et al. (2002) destacan sus principales cualidades: “se expresa, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras” (p.49).

#### ***Cuidado instrumental.***

Guzmán, et al. (2002) lo describen: “se refiere a conductas que ayudan directamente a la persona que lo necesita. Por ejemplo, transportar a una persona a algún lugar que necesite, ayuda en labores del hogar, cuidados específicos y acompañamiento” (p.49).

### ***Cuidado cognitivo.***

Guzmán, et al. (2002) lo definen como: “los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros” (p.49).

### ***Cuidado espiritual.***

Morales-Ramón y Ojeda-Vargas (2014) otorgan la siguiente descripción de este tipo de cuidado:

el bienestar espiritual es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción. El cuidado espiritual se convierte entonces en una oportunidad para acompañar, orientar, aliviar la desesperanza, la frustración y brindar seguridad. (p. 95-96)

### **Tipos de vínculos: reciprocidad de los apoyos**

Así como la percepción que se tiene de los cuidados determina características de la relación de pareja, la reciprocidad que se perciba también va a generar impacto en ella. Nina-Estrella (2011) citada por Castillo, Vanega y Sosa (2018) define la reciprocidad como: “balance entre lo que cada miembro de la relación aporta y recibe en la relación. La reciprocidad genera solidez y sentimiento de estabilidad, de que la situación es armoniosa” (p.1010).

Guzmán et al. (2002) habla sobre la relación que se tiene específicamente con la reciprocidad de los apoyos en pareja:

la medida en que el equilibrio en el intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas depende de la equivalencia del intercambio, sea este de apoyos tangibles o intangibles, expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo. (p.51)

Autores como Kim, Hisata, Kai y Lee (2000) han planteado que el intercambio de apoyo recíproco genera efectos psicológicos positivos en los que conforman el cuidado, esto no sucede si el intercambio no es balanceado. Guzmán et al. (2002) aluden también que existen consecuencias negativas si el apoyo que se da es obligado, siendo una fuente potencial de conflicto.

La reciprocidad de los apoyos y cuidados ha sido mencionada en estudios ligándola directamente con la satisfacción de pareja. Sánchez y Hernández (2018) encontraron que la satisfacción marital estaba condicionada por estrategias como los afectos positivos, entre los cuales describían ser amable, cariñoso (a), dar reconocimiento, la satisfacción sexual y la equidad-reciprocidad que hace alusión al intercambio en términos benéficos, justicia, tolerancia y apoyo.

La consecuencia de que exista satisfacción o insatisfacción marital se va a ver reflejada en otras áreas de la persona en lo particular, una de ellas, menciona Arias-Galicia (2003): el cuidado de la salud.

### **Rol de género en el cuidado.**

“La mujer ha establecido una especial relación con el cuidado de la vida más vulnerable durante toda la historia de la humanidad hasta nuestros días” (Massé, 2017, p.291). Esto implica que, en cuestión de género, existe una diferenciación respecto a quien otorga los cuidados.

Enríquez (2019a) de igual forma afirma que son las mujeres quienes llevan la batuta respecto a los cuidados en el hogar, implicando a los hijos y a la pareja en los diversos tipos de cuidado. Remarca también que el hecho de que situaciones de mayor vulnerabilidad se presenten o eventos adversos ocurran, los cuidados se continúan dando a pesar de ello.

Massé (2017) explica que, en las mujeres, se observan unos valores especialmente significativos:

el sacrificio y la entrega que se expresan con una mayor calidad emocional, frente a un cuidado menos emocional pero más práctico y solidario en los cuidadores varones.

Los cuidados que prestan las mujeres son, en general, más continuos y extenuantes respecto a los realizados por los varones. Ellas trabajan más horas en el cuidado, se dedican a los cuidados más íntimos e integran estas tareas con otras responsabilidades familiares. (p.294)

Ana Gabriel Castillo (2019) en una revisión de literatura sobre intimidad y roles de género destaca múltiples investigaciones que, en primer lugar, afirman como se expuso anteriormente que las mujeres son las principales encargadas del trabajo doméstico y el cuidado, destacando que los hombres se han acercado cada vez más a involucrarse (como apoyo, aún no como responsabilidad), pero incidiendo mayormente en los cuidados que en las labores domésticas. También, encontró que la ocupación de trabajo en la mujer está condicionado a destinar tiempo a actividades económicas y de cuidado, entonces la elección suele ser de trabajos por cuenta propia, negocios familiares o trabajos temporales.

Esta misma autora habla de diferentes consecuencias en la pareja respecto a si llevan una ideología paritaria o mayor influencia del amor romántico. En la existencia de la primera, será más probable la libertad de movimiento, mayor igualdad en el manejo y uso de dinero, y equidad en el poder de la toma de decisiones; mientras que si existe predominio de la influencia del amor romántico, es probable que existan más desigualdades, las mujeres se adaptan a la división de roles de género, hay poca implicación emocional, poca corresponsabilidad del trabajo reproductivo de la pareja y la participación en la toma de decisiones económicas o manejo de dinero es mínima en el caso de la mujer. Por ello, se detecta que los ideales del amor romántico se perciben como un obstáculo para la igualdad.

Existen muchas aproximaciones y datos que corroboran el papel de la mujer como principal proveedora de cuidados en la familia, esta información será tomada en cuenta en la diferenciación de cuidados que pueda tener un hombre o una mujer respecto a su pareja, así como notar la influencia.

A manera de resumen, el cuidado se conceptualiza como parte del apoyo social, teniendo como características centrales la implicación de una relación de doble vía entre dos personas, en efecto de esta investigación: la pareja, que va a involucrar una presencia mutua.



En el diagrama de cuidado (Figura 3), se esquematiza como se ha percibido para fines de esta investigación sus principales componentes y elementos. En primer lugar, se desprende la percepción que puede tener la persona que recibe los cuidados, pudiendo ser satisfactoria si cumple con las expectativas y necesidades que se tienen o ser disonante si los ideales de quien recibe los cuidados son rotos y las negociaciones se llevan en conflicto. Se incluye posteriormente las fases de cuidado propuestas por Tronto (1993): preocuparse por, cuidar de, dar cuidados y recibir cuidados; las cuales, si se cumplen de esta forma, son puestas como señal de un cuidado idóneo. La siguiente distinción hace alusión a las personas que pueden brindar los cuidados, son nombradas fuentes de apoyo, y se categorizan en dos tipos: formales que incluyen a las personas que ejercen cuidados específicos de manera profesional, en este caso, profesionales de la salud; e informales que incluye a las personas que brindan el cuidado dentro de la red de apoyo cercana, que son familia, pareja y amigos. En el siguiente apartado se nombran los principales tipos de cuidado que se pueden encontrar, distinguiendo desde el propio, que es el autocuidado, hasta los que implican la participación del otro, siendo el material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo y espiritual. En la relación de cuidados, también se encuentra el establecimiento de un tipo de vínculo, el cual puede ser recíproco, donde se encuentra una correspondencia con la atención, no siempre de forma igualitaria con los mismos tipos o en la misma medida, pero si equitativa a través de diferentes atenciones; o también puede no ser recíproco. Por último, está el apartado de perspectiva de rol de género en el cuidado, pues se ha encontrado que influye en la forma como puede ser modificada la relación de cuidados si se lleva una ideología paritaria (equitativa) o es más bien influenciada por el amor romántico, donde los cuidados se guían de forma más tradicionalista y las necesidades no siempre son expresadas si existe la posibilidad de que generen discusiones y conflicto.

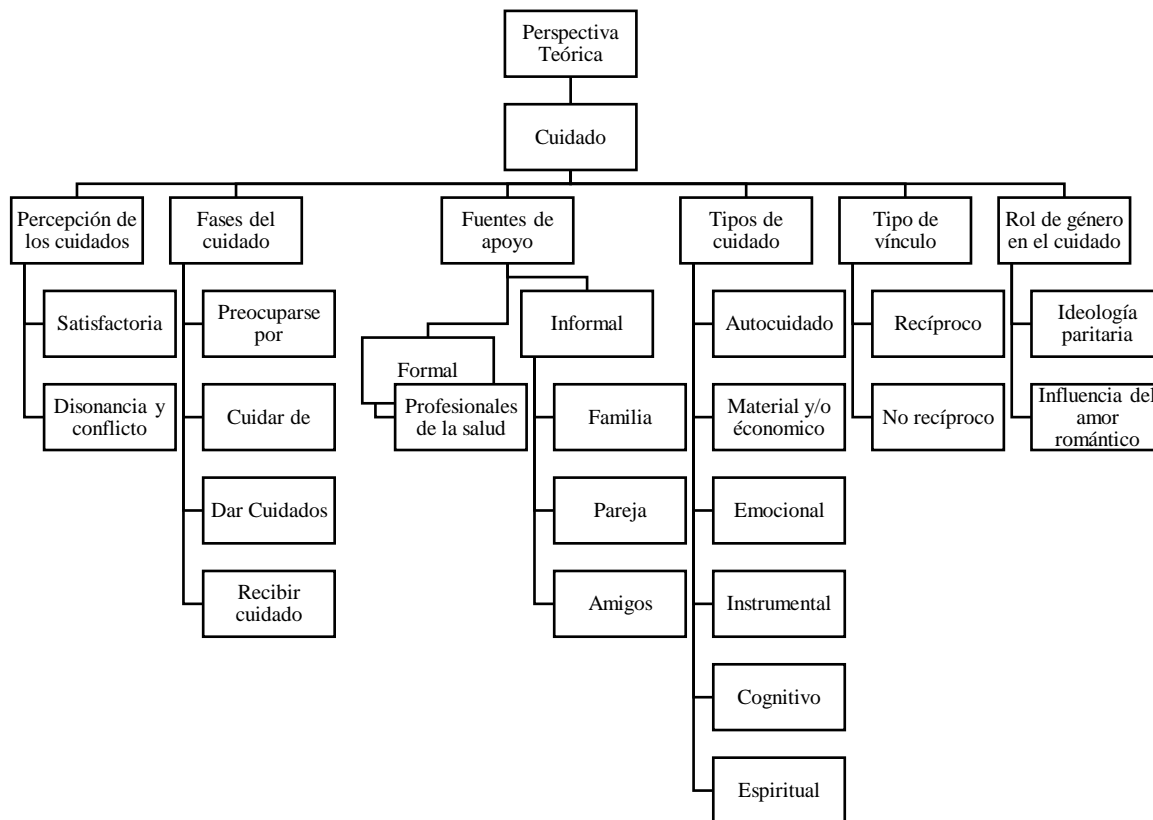


Figura 3. Diagrama de cuidado: principales componentes y elementos para su estudio. Elaboración propia, 2020.

## 4.2 Conformación de la pareja

Para el entendimiento de la pareja en esta investigación, se toma la definición de Caillé (1992) que cita Stange, I., Ortega, A., Moreno, A. y Gamboa (2017, p.9):

un “ser vivo” con una estructura característica, una forma de organización determinada y que es creadora de su propia historia, lo que la lleva a constituirse como un modelo complejo de relación. Esta visión de la pareja la antepone a la perspectiva desde la cual se ha percibido en la psicología, al ser definida como un objeto, un vínculo dependiente de la relación, que debe responder a las necesidades y expectativas iniciales de ambos integrantes.

Esta relación puede darse de muchas formas, existiendo una variedad de arreglos para efectuar la conformación. Lydia Cacho (2014) citado por Cuevas (2019, p.48) presenta un listado de diferentes tipos de conformaciones y acomodos de la pareja que se han visto de manera actual en las parejas mexicanas:

- Matrimonios tradicionales de hombre y mujer, casados por la ley y probablemente por alguna iglesia. Tienen hijos.
- Relaciones entre solteros; cada uno vive en su casa, pero hay un compromiso de pareja monogámica.
- Monogamias sucesivas de mediano plazo como matrimonio (firmado o no).
- Familias uniparentales en pareja, con diferente hogar cada una, pero comprometidos a la monogamia.
- Parejas gays o lésbicas con hijos, monogámica con reglas tradicionales.
- Parejas gays o lésbicas sin hijos y con acuerdos de convivencia más fluidos.
- Parejas con convivencia con amor sin sexo (...).
- Parejas nodales abiertas, no monogámica pero que se profesan amor, cuidados y afectos comprometidos.
- Matrimonios abiertos 'poliamor', o swingers, (...) y los acuerdos de amor se revisan constantemente.
- Matrimonios convencionales con permisividad sobreentendida del adulterio masculino, siempre y cuando no haya abandono familiar.
- Amistades con privilegios sexuales, que hacen pactos y los revisan constantemente.
- Parejas que se niegan a la definición (bisexual, heterosexual, homosexual) y cuyos miembros han tenido relaciones conyugales, eróticas y sexuales con hombres y mujeres.
- Parejas monogámicas románticas de mujeres mayores con hombres más jóvenes.
- Parejas monogámicas románticas de hombres mayores con mujeres más jóvenes.
- Trieja: relación conyugal poliamorosa con acuerdos claros en los que hay dos hombres y una mujer, o dos mujeres y un hombre. Comparten todo, el sexo, los gastos, la vida cotidiana, la maternidad y la paternidad.

Por otra parte, Ariza y De Olivera (1999 y 1997) precisan tres tipos de uniones: legales, consensuales con co-residencia y las de visita o de arreglos no residenciales. La primera implicando una unión civil por las leyes del país, la segunda corresponde a una socialización como pareja en la vivienda compartida y, por último, en los arreglos no residenciales se establece que se tiene un vínculo de pareja con intimidad física, emocional, sexual y psicológica sin vivir juntos.

Esta variedad constata que la conformación de la pareja puede verse de formas diversas. Para el sentido de esta investigación serán tomados los tipos de pareja que involucran la conformación heterosexual, implicando las uniones legales, consensuales con coresidencia y los arreglos no residenciales.

Robert Sternberg (1989) propuso una visión triangular de los componentes del amor, descritos desde una perspectiva psicosocial, donde se toman en cuenta aspectos evolutivos, relativos a la formación de la pareja y relacionales referidos a las características afectivas e interpersonales de la interacción entre los miembros de la pareja:

- Pasión: activación neurofisiológica o emocional que lleva al romance, la atracción física y la interacción sexual. Dentro de los elementos que comprende expuestos por Sternberg (2000, p.22) son: “la expresión de deseos y necesidades, tales como la autoestima, la afiliación, el dominio, la sumisión y la satisfacción sexual. Se expresa además que las pautas de respuesta pueden alcanzar un mayor resultado gracias al refuerzo intermitente”.
- Intimidad: Sentimiento de cercanía que obtiene una pareja que se atreve a asumir el riesgo mutuo de mostrar sus sentimientos y pensamientos más íntimos. Dentro de los elementos más comunes que se encuentran aquí, Sternberg (2000, p.19-20) enuncia los siguientes:
  - Deseo de potenciar el bienestar de amado
  - Sentirse feliz en compañía del amado
  - Tener al amado en gran consideración
  - Poder contar con el amado en los momentos difíciles

- Comprenderse mutuamente
- Compartirlo todo con el amado
- Recibir apoyo emocional del amado
- Dar apoyo emocional al amado
- Comunicarse íntimamente con el amado
- Valorar al amado
- Compromiso: decisión de amar a alguien y a mantener una relación que se está desarrollando. Es decir, consta de un aspecto que hace alusión a corto plazo y a largo plazo.

A ellos se refiere como elementos funcionales en el amor, donde otros aspectos pueden ser englobados en alguno de estos tres, generando así subdivisiones. Además, con sus investigaciones, ha podido dar fuerza a la atemporalidad de estos elementos, refiriendo que a pesar de la época o localidad donde esté la pareja, pueden ser encontrados con distintas características. Por último, a pesar de estar relacionados, son elementos independientes, que pueden aparecer o no, inclusive se modifican, permanecen o desaparecen a lo largo de la historia de la relación de pareja. Por ello, Sternberg (2000) indica que nos es posible encontrar distintas combinaciones que generan siete distintos tipos de amor, representado por la ausencia o presencia de algunos elementos (Tabla 1):

- Encaprichamiento: basado predominantemente en la experiencia pasional.
- Agrado: compuesto de intimidad sin compromiso ni pasión.
- Amor vacío: caracterizado por un compromiso sin pasión ni intimidad, por ejemplo, «para mantener las apariencias» o «por el bien de los hijos».
- Amor de compañía: construido en base a la intimidad y el compromiso, pero sin pasión, típico de parejas que llevan juntas mucho tiempo y conviven armoniosamente.
- Amor necio: mezcla de pasión y compromiso, pero sin ninguna intimidad ni conocimiento mutuo.
- Amor romántico: compuesto de pasión e intimidad, en ausencia de compromiso.
- Amor consumado: combinación de los tres componentes de pasión, intimidad y compromiso.

Tabla 1

*Taxonomía de los tipos de amor*

Tipos de amor	Intimidad	Pasión	Compromiso
Ausencia de amor	-	-	-
Agrado	+	-	-
Encaprichamiento	-	+	-
Amor vacío	-	-	+
Amor romántico	+	+	-
Amor de compañía	+	-	+
Amor necio	-	+	+
Amor consumado	+	+	+

Nota. + = componente presente; - = componente ausente. Tomado de “*La experiencia del amor*” por Sternberg, 2000, p. 30, *Barcelona: Paidós*. Copyright 2000 por Paidós.

El poder identificar el tipo de amor que se encuentra en una relación puede llevar a analizar sus componentes y permitir el acceso a los elementos que favorecen el cuidado del otro.

Ana Josefina Cuevas (2019) en revisión de diversos estudios sobre conformación de pareja y conyugalidad remarca que los cambios por la modernidad, transformaciones y modificaciones en los roles implican en la actualidad la necesidad de una continua validación de los arreglos entre el hombre y la mujer en una pareja. Ella refiere que la intimidad y una relación conyugal sólida va a estar construida por la comunicación, confianza, construcción de vínculos sólidos, intercambio de cuidados y atención de todo tipo de necesidades, mientras que, si los elementos están ausentes, podría existir una disolución de su unión.

**Conflictos en pareja.**

Es claro que la presencia de conflicto se hace notar en todas las relaciones de pareja, de diferentes formas, pero es importante notar una distinción sobre el impacto que genera en la calidad de la relación. El conflicto ha sido definido como el proceso interpersonal que ocurre cuando las acciones de una persona interfieren con las acciones de otra (Peterson, 2002). En la pareja, se presentan de forma periódica permitiendo así una redefinición constante de la relación. Tapia, Poulsen, Armijo, Pereira y Sotomayor (2009) argumentan que “la no

existencia o evitación de los conflictos detiene el desarrollo, disminuye la capacidad de las parejas para enfrentar y resolver dificultades, inhibe la intimidad emocional y el deseo sexual” (p.102).

Por último, ante la existencia de conflicto, es necesario entender de igual manera los tipos de resolución que las parejas suelen utilizar, pues este llega a ser un indicador importante de la forma posterior a relacionarse, de los afectos e inclusive, de los cambios en su tipo de relación. Kurdek (1994) analizó los estilos de resolución de conflictos y los agrupó en cuatro: la resolución positiva basada en comprender la posición del otro y el uso de tácticas de argumentación o razonamiento constructivo para alcanzar compromisos y negociar; el estilo combativo caracterizado por comportamientos verbalmente abusivos, enfados, ataques, estar a la defensiva, y perder el auto-control; el estilo de evasión o retirada que implica el rechazo y la evitación del problema, negándose a hablar, y yéndose del lugar; y finalmente, el estilo de obediencia en el que se acepta la solución del otro sin discutirla o sin defender la posición propia.

A manera de conclusión, se esquematiza en el diagrama de conformación de la pareja (Figura 4) las principales características que distinguen una relación de pareja. Como primer punto, es importante hacer la distinción del tipo de arreglo, pues actualmente existen muchas formas de llevar una organización de la relación, pero para fines de esta investigación se incluye la conformación heterosexual, con la opción de que la unión sea legal, consensual con coresidencia o con arreglos no residenciales. En segundo lugar, se va a hacer alusión a los tres componentes de amor: pasión, intimidad y compromiso, pues dependiendo de la existencia, carencia o combinación de éstos, son los tipos de amor que pueden ser identificados: enamoramiento, amistad, amor vacío, amor de compañeros, amor ilusorio, amor romántico y amor consumado. Es importante distinguir que las parejas pueden atravesar en su línea de vida por diferentes tipos. Finalmente, la existencia de conflicto en pareja es inevitable, forma parte de la regulación y flujo de la relación, sin embargo, la forma de resolución determina el desarrollo y pauta siguiente, se pueden encontrar cuatro estilos: resolución positiva, estilo combativo, estilo de evasión y estilo de obediencia.

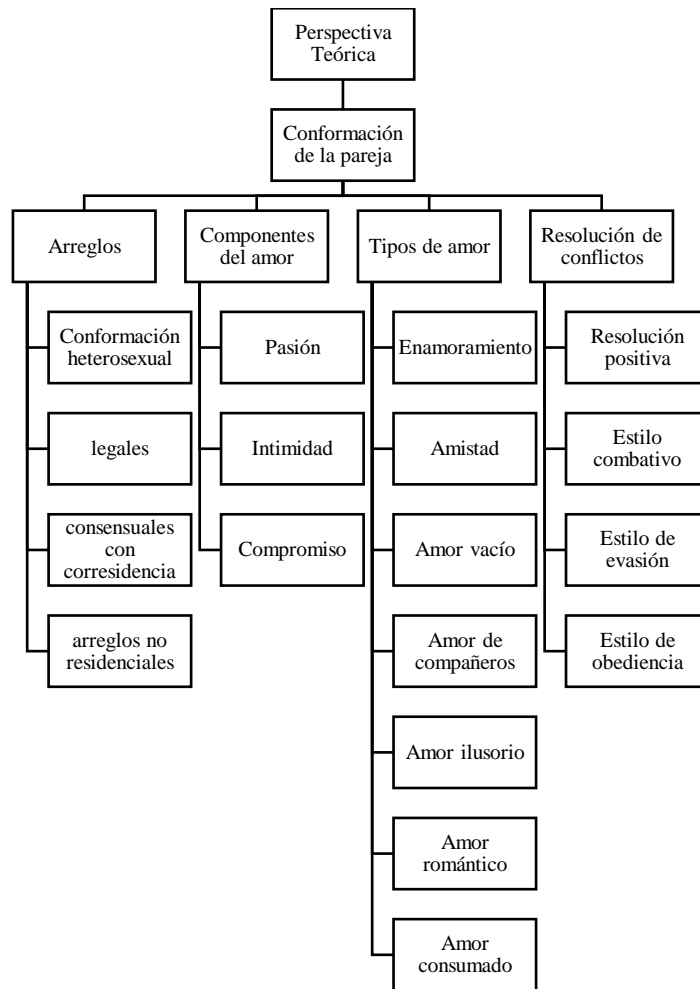


Figura 4. Diagrama de conformación de la pareja: sus arreglos y la diferenciación de componentes y tipos amor. Elaboración propia, 2020.

### 4.3 Obesidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud (WHO, 2000). Además, ha sido estudiada como una enfermedad multifactorial consecuencia de la interacción del genotipo y ambiente (López-Villalta y Soto, 2010).



Rodrigo-Cano et al. (2017) realizaron una recogida de información científica más reciente sobre esta patología y encontraron diferentes factores que favorecen el desarrollo de esta patología: genéticos, económicos, sedentarismo, ambiente obesogénico, sociales, hábitos alimenticios, microbiota, sistema circadiano y factores endocrinológicos.

Sin embargo, estos autores argumentan que uno de los factores más importantes en el desarrollo de la obesidad es el estilo de vida del propio individuo.

De acuerdo con la etiología, Quiroga-de Michelena (2017) considera tres tipos de obesidad:

- La obesidad común o multifactorial.
- La obesidad monogénica no sindrómica.
- La obesidad sindrómica.

Obesidad común. Descrita por Quiroga-de Michelena (2017) como:

En la que la mayoría de los miembros de una familia tienden a ser obesos, unos más que otros, y comparten, además de los genes, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y una dieta inadecuada, muchas veces propiciada por circunstancias familiares, sociales o laborales que impulsan la compra de la llamada ‘comida chatarra’. (p. 193)

Lyon y Hirshhorn (2005), en estudios poblacionales y de gemelos, estiman el rango de heredabilidad en 50%, es decir que la mitad de la contribución en la obesidad común está dada por los genes. Estos casos, son los llamados de herencia multifactorial, ubicada por Quiroga-de Michelena (2017) como “el resultado de la convergencia de múltiples factores, tanto genéticos como ambientales. Es la suma o combinación de estas variantes lo que da la propensión genética que, interactuando con los factores ambientales mencionados, determina el fenotipo” (p. 193).

Obesidad monogénica no sindrómica. Explicado por Quiroga-de Michelena (2017):

Es causa de aproximadamente el 5% de casos de obesidad severa. El complejo sistema que controla este comportamiento está formado por dos tipos de neuronas en el núcleo

arcuato hipotalámico, que secretan respectivamente el neuropéptido Y (NPY) y el péptido relacionado a Agouti (AgRP) u hormona estimulante de alfa melanocitos, que se produce a partir de la proopiomelanocortina. La función de las neuronas del núcleo arcuato es controlada por diversas hormonas: leptina, insulina, ghrelina, polipéptido YY (PYY), glucocorticoides, adrenocorticotrofina y la hormona liberadora de corticotrofina, así como los sistemas neurotransmisores del cerebro: serotoninérgico, dopaminérgico, adrenérgico y GABAérgico. (p. 193-194)

Este autor también menciona la existencia de 11 genes que han sido relacionados con la obesidad extrema cuando existe mutación en ellos, señalándolos como parte del sistema leptina-melanocortina en el hipotálamo (Quiroga-de Michelena, 2017).

Obesidad sindrómica. Quiroga-de Michelena (2017) lo expone de esta manera:

El término se refiere a aquellos casos en los que la obesidad moderada o extrema es una característica más dentro del conjunto que conforma el síndrome. La causa es siempre genética, puede ser monogénica, puede ser una alteración cromosómica u otras formas más complejas de herencia, y todas cursan con retardo mental. Como ejemplo esta el síndrome de Prader-Willi, el Síndrome de Cohen o el Síndrome de Bardet-Biedl. En general, en estos síndromes la obesidad se da por aumento de la ingesta calórica, la cual se debe a la falta de sensación de saciedad y ésta se relaciona con la alteración de alguno de los múltiples factores que actúan en el hipotálamo regulando la ingesta. (p. 194-195)

López-Villalta y Soto (2010) hacen alusión a que el incremento de la grasa corporal tiene que ver con un desbalance energético ocasionado por la combinación de factores ambientales de los que la persona tiene control como la alimentación y los factores de heredabilidad y predisposición.

Estos autores también destacan todos los factores que participan en el consumo de alimentos:

“factores psicológicos, sociales, hormonales y bioquímicos que se integran en el sistema nervioso central en el área hipotalámica (núcleos ventromedial y paraventricular)” (López-Villalta y Soto, 2010, p.101).

Y finalmente, enuncian todos los factores ambientales y sociales que pueden ser considerados para el incremento de peso y obesidad:

estilo de vida, el comportamiento alimentario, que, con frecuencia, se traduce en ingestas calóricas excesivas e hipergrasas, el tamaño de las raciones, la accesibilidad de los alimentos, el ritmo de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, con el consecuente aumento de las comidas rápidas y el sedentarismo, entre otras. (López-Villalta y Soto, 2010, p.101).

Como se puede constatar, los factores de mayor peso como causa y mantenimiento de obesidad son modificables y tratables, lo que favorece al pronóstico, siempre y cuando sean abordados de una manera integral en el tratamiento.

### **Diagnóstico y Clasificación.**

El método aceptado a nivel internacional en la actualidad para el diagnóstico y clasificación de la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC). López-Villalta y Soto (2010) mencionan que su funcionalidad en el diagnóstico depende de tres características: sencillez, reproductibilidad y bajo coste. Estos autores lo definen como “el cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros elevada al cuadrado” (López-Villalta y Soto, 2010, p.102).

$$\text{IMC} = \text{Peso (en kilogramos)} / \text{Talla (en metros)}^2$$

La clasificación internacional de obesidad para un adulto es la propuesta por la OMS según el IMC o la propuesta por Sociedad Española para Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Tabla 2):

Tabla 2

*Clasificación de obesidad según Índice de Masa Corporal*

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Categoría OMS	Categoría SEEDO
<18.5	Infrapeso	Peso insuficiente
18.5-24.9	Normopeso	Normopeso
25-26.9	Sobrepeso	Sobrepeso grado I
27-29.9		Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34.9	Obesidad moderada	Obesidad tipo I
35-39.9	Obesidad severa	Obesidad tipo II
40-49.9	Obesidad mórbida	Obesidad tipo III (mórbida)
50-59.9	Súperobesidad	Obesidad tipo IV (extrema)
>60	Súper-Súperobesidad	

Nota. Tomado de “Técnicas endoscópicas actuales en el tratamiento de la obesidad.” por Espinet-Coll et al., 2012, *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(2), p. 73. Copyright 2012 por Arán Ediciones, S. L.

**Tratamiento.**

Las propuestas de tratamiento en obesidad encontradas tienden a ser diversas y variadas de acuerdo a las características y posibilidades de cada persona. Rubio et al. (2007) puntualizan que el enfoque de estos tratamientos en adultos tiene que ir enfocado no sólo a la pérdida, sino al mantenimiento del peso perdido a largo plazo y además, a la mejora de las comorbilidades consecuentes a la obesidad. La estrategia que estos autores señalan para el tratamiento de la obesidad de tipo I y II es primordialmente la modificación del estilo de vida.

Baile, González-Calderón, Palomo y Rabito-Alcón (2020) mencionan la existencia de cierto consenso entre los especialistas en el campo de obesidad respecto al tratamiento, donde se ha sugerido el uso de tratamiento farmacológico y cirugía bariátrica para los casos de obesidad

más graves; mientras que para los casos menos graves y para todos los casos se debería establecer un tratamiento psicoterapéutico por el abordaje de modificación de hábitos y estilo de vida.

A continuación se describen brevemente los principales elementos y opciones como tratamiento a la obesidad recomendados por profesionales de la salud que han sido respaldados por literatura científica:

### ***Recomendaciones dietéticas.***

De forma concreta, Rubio et al. (2007) y American Dietetic Association (2009) citados por Rodrigo-Cano et al. (2017) precisan recomendaciones nutricionales:

Con el objetivo de conseguir una reducción de 10% del peso corporal en presencia de obesidad tipo I o superior en caso de obesidad tipo II en 6 meses, las recomendaciones dietéticas están orientadas al seguimiento de una dieta hipocalórica realizada en base a una restricción calórica de 500- 1000 calorías diarias, con la finalidad de alcanzar reducciones de 0,5-1 kg de peso semanalmente. (p.89)

### ***Recomendaciones de actividad física.***

Las recomendaciones que tienen que ver con ejercicio y actividad física, los autores Lecube, Monereo, Rubio, Martínez-de-Icaya, Martí y Salvador (2017) citados por Rodrigo-Cano et al. (2017) orientan hacerlo de esta manera:

Inicialmente se comenzará con un aumento de la actividad en las tareas diarias como puede ser las realizadas en el hogar, lugar de trabajo o transporte. Posteriormente se recomienda introducir sesiones de ejercicio de intensidad moderada o alta hasta alcanzar unos 150 minutos semanales, combinando ejercicios aeróbicos con anaeróbicos y acompañando siempre de estiramientos. (p.90)

### ***Modificación conductual.***

Esta parte del tratamiento que tiene que ver con implementar cambios en el comportamiento es explicado por Rubio et al. (2007) y Shukla, Buniak y Aronne (2015) citados por Rodrigo-Cano et al. (2017):

Las técnicas cognitivo-conductuales deben aplicarse para fomentar el compromiso que el sujeto debe adquirir frente la modificación del estilo de vida esperado. Se pretende concienciar al sujeto de la responsabilidad que adquieren sus actos frente la consecución de los objetivos establecidos. La modificación conductual puede aplicarse mediante diferentes estrategias como el control del estímulo, identificando las causas de un estilo de vida poco saludable; el refuerzo positivo, reconociendo los cambios introducidos; la reestructuración cognitiva, modificando las creencias o desmintiendo mitos; la automonitorización de medidas corporales, seguimiento de pautas dietéticas o realización de actividad y ejercicio físico mediante registros para conseguir una mayor implicación del sujeto en el programa de reducción de peso. (p.90)

### ***Tratamiento farmacológico.***

En cuanto al tratamiento donde se utilizan fármacos, Rodrigo-Cano et al. (2017) apuntan lo siguiente:

El tratamiento farmacológico se recomienda para valores de IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> o  $>27$  kg/m<sup>2</sup> acompañado de comorbilidades si con la modificación de los hábitos no se ha logrado una reducción de al menos un 5% del peso corporal en 3 meses. (p.90)

### ***Psicoterapia en Obesidad.***

La psicoterapia como proceso específico como tratamiento para la obesidad va a comprender como primera línea una evaluación inicial que atienda aspectos como los hábitos alimentarios, actividad física y sueño, consecuencias psicosociales donde la obesidad ha

repercutido y su impacto en relaciones sociales y, un punto eje será la detección e historia de trastornos concomitantes, incluyendo los biomédicos como psicológicos (Baile et al., 2020).

Aunado a esto, se busca que se pueda elaborar junto con el consultante la historia de obesidad, donde se puedan ir identificando etapas, situaciones, motivos y detonantes del incremento de peso, se lleve la identificación de tratamientos previos y las causas de fracaso o reganancia de peso. Finalmente, en la evaluación, es importante conocer el contexto sociocultural y ambiente familiar, pues ambos resultan influyentes para la delimitación de prácticas alimentarias.

Posterior a la evaluación, la elección de un enfoque psicoterapéutico es central para la determinación de los objetivos y abordaje. En este sentido, se elige la propuesta que tiene la Maestría en Psicoterapia del ITESO que es el diálogo interdisciplinario. Moreno y Zohn, (2013) hablan de la necesidad de tomar una perspectiva integrativa que no limite los alcances de las intervenciones para elegir teorías o modelos que mejor se adecúen a las necesidades y problemáticas del consultante y permita la comunicación con otras disciplinas que fomentaran una comprensión mayor del caso.

Moreno y Zohn (2013, p.95) plantean el proceso del diálogo interdisciplinario como espiral el cual consta de los siguientes puntos:

- Partimos de la práctica de la psicoterapia, problematizándola. Aquí, el consultante ocupa el lugar principal en tanto plantea su problemática, lo que quiere resolver o transformar, y el papel activo que le corresponde en el proceso.
- Planteamos preguntas, reflexionamos y proponemos respuestas provisionales.
- Vamos a consultar distintas disciplinas, saberes y autores para buscar posibles respuestas o caminos de solución.
- Generamos nuevas respuestas provisionales.
- Regresamos a la práctica de la psicoterapia para verificar la validez y pertinencia de lo que hemos encontrado, construido y encontrado, en esa situación particular.

Como se puede ver, se revisa constantemente la intervención base a hallazgos y a la práctica misma que se da en sesión. En este caso, los factores y las consecuencias de la obesidad y la adherencia a tratamiento sobretodo van a ser base en la problematización, en conjunto con los elementos y objetivos que se sumen de acuerdo a cada persona.

### ***Cirugía Bariátrica.***

Este tratamiento involucra una intervención quirúrgica y esta sujeta a candidatos que cumplan ciertos requisitos: “indicada cuando el IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> o en formas menos graves de obesidad (IMC 35-40kg/m<sup>2</sup>) con comorbilidades graves asociadas, en sujetos entre 18 y 60 años (individualizando adolescentes y edad avanzada)” (Rodrigo-Cano et al., 2017, p. 90).

Este procedimiento ha sido clasificado como el tratamiento más eficaz a largo plazo para personas con obesidad severa y comorbilidades y para la obesidad mórbida y súperobesidad (Espinete-Coll et al., 2018).

Maluenda (2012) hace hincapié en la selección del tipo de cirugía bariátrica más adecuada para el candidato con obesidad, donde se tiene que considerar de manera particular riesgos y beneficios para este y la experiencia del cirujano. Además, es importante que el análisis y recomendación del tipo de procedimiento sea realizado por todo el equipo bariátrico (cirujano bariátra, nutriólogo y psicólogo como mínimo), pues de esta manera se toma en cuenta el estado físico, nutricional y mental y se puede determinar mejor para cuáles exigencias el cuerpo y la mente están preparados. Lecube et al. (2017) además especifican que para la decisión del tipo de procedimiento bariátrico se tiene que tomar en cuenta el patrón alimentario, el IMC, las comorbilidades asociadas y el riesgo quirúrgico.

Al ser una cirugía mayor, la cirugía bariátrica no está excepta de riesgos y posibles complicaciones. Karin Papapietro (2012b) expone las principales complicaciones que se encuentran en este procedimiento, así como su prevalencia:

el riesgo de mortalidad de la cirugía bariátrica es en general menor al 1%, la tasa de complicaciones varía dependiendo de la técnica quirúrgica y el momento de la



evolución postoperatoria. Las complicaciones precoces, reportadas entre 5 a 10% según diferentes series, incluyen hemorragia (1-4%), fuga anastomótica (0-6%), infección y -menos frecuentemente- la embolia pulmonar. Para estas complicaciones, se han identificado como factores de riesgo dependientes del paciente, al género masculino, el mayor grado de obesidad y ser portador de comorbilidades como la Diabetes Mellitus 2 y la Hipertensión Arterial. Las complicaciones quirúrgicas tardías más reportadas son: úlcera y estenosis anastomótica, hernia incisional y obstrucción intestinal. La cirugía por vía abierta también se considera un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas precoces y tardías, que se han reportado con mayor frecuencia que en operaciones por vía laparoscópica, por lo que esta última es de elección en la actualidad. (p.192)

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que existirán consecuencias nutricionales en la cirugía bariátrica por el cambio anatómico que representa, Gómez (2012) destaca que pueden llevar a situaciones problemáticas que implicarán un tratamiento o estrategias que requieren de un cuidado específico, entre ellas se encuentran las relacionadas a la adaptación y las que tienen que ver con deficiencias:

- Problemas de adaptación: debido a los cambios en el tamaño y configuración del tracto gastrointestinal, se puede observar en algunas personas inadaptación a manera de náuseas y vómitos, diarreas, estreñimiento, síndrome de dumping, intolerancias alimentarias, sobrealimentación, dolor abdominal y/o deshidratación.
- Deficiencias nutricionales: incluyen falta de ingesta y falta de acidez gástrica, a lo que se une la malabsorción secundaria, siendo los principales el hierro, vitamina B<sub>12</sub>, de calcio y Vitamina D y/o desnutrición proteicoalcalórica.

Dentro de los procedimientos bariátricos, el bypass gástrico laparoscópico y la manga gástrica laparoscópica son los que más se realizan a nivel mundial. En México, Guilbert, Joo, Ortiz, Sepúlveda, Alabi y León (2019) demuestran en su investigación que la cirugía bariátrica es segura y efectiva, basado en el bajo número de complicaciones y la pérdida de peso asociada a un importante control metabólico; en este estudio existieron 9.8%

complicaciones tempranas, de las cuales 6.4% fueron mayores, en cuanto a las complicaciones posteriores a 30 días se registró un 12.2%.

### *Manga Gástrica.*

La representación de lo que este tipo de cirugía implica es tomada de la Asociación Argentina de Cirugía (2019):

La gastrectomía en manga consiste en la creación de un *pouch* gástrico mediante el uso de suturas mecánicas y resección del estómago remanente. Para lograr esto se esqueletiza la curvatura mayor gástrica con algún dispositivo de energía adecuado desde el píloro hasta el ángulo de Hiss. (p.34)

### *Bypass Gástrico.*

Otro de los procedimientos más utilizados en la actualidad y considerado el procedimiento de referencia es el bypass gástrico, descrito por la Asociación Argentina de Cirugía (2019):

El bypass gástrico consiste en la creación de un pequeño bolsillo gástrico (denominado pouch gástrico) no mayor de 60 cm<sup>3</sup> de capacidad, tubular y vertical, a expensas de la curvatura menor y separado del resto del estómago (denominado estómago remanente). El estómago remanente queda destransitado, pero no desfuncionalizado. Posteriormente, contando desde el ángulo de Treitz no menos de 60 cm, se secciona el yeyuno, y el asa aferente se denomina asa biliar o biliopancreática. Luego, el extremo del asa eferente (asa alimentaria o de Roux) se asciende para la anastomosis gastroyeyunal con el pouch gástrico. A continuación, a una distancia no menor de 100 cm del asa alimentaria, se realiza la anastomosis de esta con el extremo del asa biliopancreática. Desde esa unión hasta la válvula ileocecal, el sector del intestino delgado se denomina asa común. Finalmente, se cierran los mesos abiertos, el de la anastomosis yeyunoyeyunal y el espacio comprendido entre el asa alimentaria y el colon (espacio de Petersen). (p.36)

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, dicta que el tratamiento o procedimiento deberá estar basado y justificado en la evaluación de un equipo multidisciplinario; que podrá estar integrado por un cirujano, anestesiólogo, internista, psiquiatra, licenciado en nutrición y psicólogo clínico. Además, también subraya que el tratamiento integral debe estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dietoterapia, psicoterapia, farmacoterapia, en la actividad física y el tratamiento médico-quirúrgico. (Secretaría de Salud, 2018).

### *Psicoterapia en Cirugía Bariátrica.*

La NOM-008-SSA3-2017 (Secretaría de Salud, 2018, p.9), especifica el papel del psicólogo en la cirugía bariátrica, el cual debe:

- Realizar la valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias; así como de la adherencia terapéutica
- Indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad
- Referir al paciente con el nutriólogo o médico, cuando el caso lo requiera.

Como se puede ver, el rol del psicólogo implica una participación inicial para la detección de factores de origen, detonantes y mantenedores de la obesidad, para la preparación de la persona al proceso y el abordaje del malestar psicológico, así mismo, el manejo del contexto social, incluida la pareja dentro de ello.

Espinet-Coll et al. (2018) promueven las intervenciones psicológicas en el proceso bariátrico por su relación con la mejora en calidad de vida, adherencia a tratamiento y también lo señalan como indispensable en desestructuración de la personalidad y trastornos depresivos severos.

Leiva et al. (2020) remarcan algunas temáticas básicas dentro de lo que será el acompañamiento postoperatorio:

- Autocuidado
- Adherencia al tratamiento
- Imagen corporal
- Regulación de estrés
- Énfasis en la detección de sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria

Además, una de las recomendaciones que realizan con el fin de remarcar la adherencia a tratamiento y apoyo social es la inclusión de un familiar directo a al menos una sesión dentro del primer semestre postoperatorio, así como la educación de la familia acerca de la obesidad y el manejo de los nuevos hábitos. Finalmente, destacan también explorar los posibles cambios en el área sexual y de pareja posterior a la cirugía.

Al igual que se considera la perspectiva de diálogo interdisciplinario (Moreno y Zohn, 2013) como eje para la práctica de la psicoterapia en la obesidad, en el proceso de psicoterapia en cirugía bariátrica también se destaca. La obesidad, como se ha podido conocer, implica muchos factores predisponentes, detonantes y mantenedores; el proceso bariátrico es sumamente complejo; pero, sobretodo, las condiciones y características de la persona con obesidad en este tratamiento son variadas y sus necesidades y variantes van a requerir la elección de un trabajo profesional adecuado y orientado a ella. Además, la inclusión de la pareja, familia u otras personas de importancia en el tratamiento, así como otras disciplinas del área de la salud van a ser necesarias a incorporar y el diálogo con ellos se vuelve fundamental para este proceso, y justamente, esta perspectiva lo permite.

La complejidad de esta enfermedad es esquematizada en el diagrama de obesidad (Figura 5), donde se incluyen los principales factores de aparición y los distintos tratamientos que son vigentes y han sido tomados en cuenta para fines de esta investigación. Es importante recordar que la obesidad es una enfermedad multifactorial, esto hace referencia a que de la lista de factores que van a ser enlistados a continuación, no se debe pensar que alguno tiene dominancia o prioridad sobre ella, sino que es la suma de varios de ellos que en cada persona tuvieron un papel para su desarrollo y/o mantenimiento. Los factores que se han estudiado como causales de la obesidad son genéticos, económicos, sedentarismo, ambiente

obesogénico, sociales, hábitos alimenticios, microbiota, sistema circadiano y endocrinológicos. Los tratamientos especializados y su elección van a depender del grado de obesidad que tenga la persona, si es de tipo I y II son sugeridas las recomendaciones dietéticas, las de actividad física, modificación conductual, tratamiento farmacológico y/o psicoterapia en obesidad; son profesionales de la salud los encargados de realizar las recomendaciones más adecuadas y muy frecuentemente se sugieren más de uno. En cuanto a la obesidad de tipo II, III y IV, la cirugía bariátrica ha sido mencionada por muchos investigadores como la mejor opción por su efectividad y mayor alcance que otros tratamientos y dentro de ella, se destaca como indispensable el papel de psicoterapia.

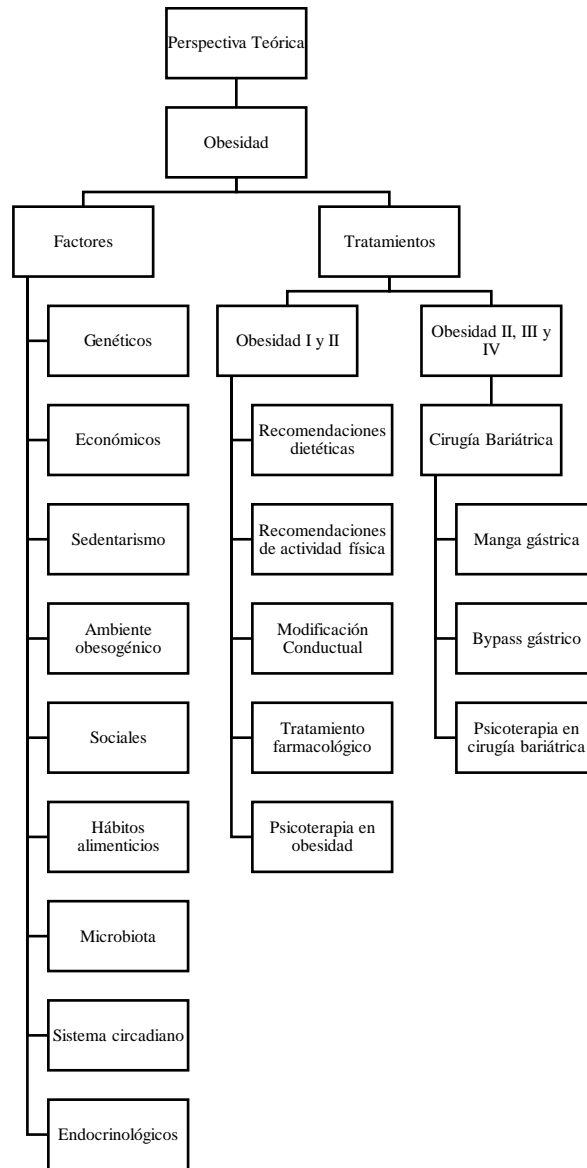


Figura 5. Diagrama de Obesidad: principales factores de aparición y distintos tratamientos. Elaboración propia, 2020.

#### 4.4 Adherencia a tratamiento

La definición de adherencia al tratamiento que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) es “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se

corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p.3).

En esta definición, la OMS (2004) también indica la diferencia con un papel de observancia, pues en la adherencia está implícita la participación y aceptación del paciente de las recomendaciones y acciones a implementar. La colaboración entre paciente y profesional de la salud es señalada como trascendente y la buena comunicación entre ambos es un indicador de éxito.

La adherencia de acuerdo con Ortega et al. (2018, p. 228) va a comprender diversas conductas:

- propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento
- asistencia a citas de seguimiento
- uso correcto de la medicación prescrita
- realizar cambios apropiados en el estilo de vida
- evitar conductas contraindicadas.

Específicamente en la obesidad, Leija (2019, p.93) afirma que “las conductas a modificar son complejas, ya que suponen el cambio de hábitos y de estilo de vida a largo plazo. Situación que sin duda dificulta el que las personas logren adherirse al tratamiento”. Mientras que, en una revisión de diversos estudios, García et al. (2020) señalaron que la ausencia de apoyo social (por el núcleo básico o profesionales de la salud) es determinante para el abandono del tratamiento.

Para esta investigación, se tomarán en cuenta los elementos que se enlistan en el artículo de Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011, p.224-225), donde incluyen diversas investigaciones tomando en cuenta los factores más estudiados ante la adherencia a un tratamiento:

- Profesionales de la salud: Factores que tienen que ver con el tipo, duración y complejidad del tratamiento indicado y supervisión y apoyo por parte del equipo de salud que atiende al paciente, y empatía entre ellos (Escalona, 2005; Holguín, Correa,

Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006; Pérez, Vidaillet, Carnot y Duane, 2003 citados en Soria et al., 2011, p.224-225).

- Paciente: Entre los factores de éste se pueden mencionar las creencias asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionada por la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de la enfermedad, las expectativas, motivación con respecto a que los esfuerzos que se llevan a cabo valen la pena para lograr sentirse mejor, y la valoración de las fortalezas personales; conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como el afrontamiento del paciente. (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007 citados en Soria et al., 2011, p.224-225)
- Familia: adquiere gran relevancia en la adherencia terapéutica del enfermo crónico pues puede aportarle el apoyo social necesario para afrontar su padecimiento tanto en el sentido de manejar a éste de manera adecuada previniendo complicaciones como para enfrentarlas en caso de que se presenten. (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007; Louro, 2003 citados en Soria et al., 2011, p.224-225)

Se hace, además, una inclusión a esta conceptualización de los autores a la pareja. Si bien en muchos estudios es integrada implícitamente dentro de familia, se considera relevante en esta investigación realizar una separación, pues ha tenido muy poco estudio por separado ante el fenómeno de adherencia a tratamiento, y es importante definir que la problemática de investigación va en torno a su estudio, delimitándola como una variable separada.

### **Impacto de la pandemia por COVID-19 en adherencia a tratamiento.**

El COVID-19 es una infección respiratoria causada por el virus SARS-CoV2. Una de las principales medidas de prevención de contagio a nivel global e implementada también en México es el confinamiento o aislamiento, el cual genera un impacto directo sobre el estilo de vida de las personas, incluyendo sus hábitos (Vergara-Castañeda, Díaz-Gay, Lobato-Lastiri y Ayala-Moreno, 2020).



Los principales cambios en el comportamiento alimentario que se han podido destacar tienen que ver con la elección de dietas poco saludables, ricas en grasas saturadas, azúcares e hidratos de carbono refinados, todos ellos en su mayoría elegidos principalmente por implicar alimentos de caducidad prolongada, ingesta frecuente en casa y situaciones de estrés (Muscogiuri, 2020).

Ante la modificación de la rutina diaria, se tienen vivencias emocionales y comportamentales que distan de la normalidad llevada con anterioridad y, por ende, puede llegar a repercutir de forma directa la adherencia a cualquier tratamiento, pues la persona se ve obligada a utilizar nuevas estrategias de afrontamiento que requieren un alto grado de implicación y energía, disminuyendo la atención y esfuerzo a viejos esquemas. Dentro de los obstáculos para la adherencia a tratamiento a hábitos saludables se encuentran:

- La alteración de consumo de alimentos en cantidad, variedad y frecuencia a causa de emociones negativas como estrés, ansiedad, cansancio, preocupación, enojo o temor (Nutris en cuarentena COVID-19 México, 2020)
- Búsqueda involuntaria de alimentos reconfortantes consecuencia del food craving (Yilmaz, 2020)

Entonces, tenemos que la adherencia al tratamiento hace referencia a la correspondencia que tiene una persona con obesidad con las recomendaciones e indicaciones que uno o varios profesionales de la salud brindan. En este sentido, se toma en cuenta que la persona tiene un papel activo y no pasivo ante las responsabilidades y acciones que debe tomar al hacer modificaciones en su estilo de vida, por ello para fines de esta investigación no es denominada paciente.

Para que exista o no la adherencia, y se tenga un mayor o menor nivel a ella, son varios los factores que influyen y son tomados en cuenta (mostrado en figura 6): los profesionales de la salud que administran el tratamiento, pues el seguimiento como supervisión y apoyo que den a lo largo del camino va a impactar, además, el tipo, duración y complejidad del

tratamiento seleccionado y recomendado tiene relevancia; elementos de la persona misma con obesidad tienen influencia como las creencias que tienen del tratamiento, las expectativas, la motivación con la que atraviesan el proceso y el afrontamiento que dan puede ser incisivo; otro factor es la familia pues el apoyo social que brinda ha sido relacionado a la adherencia con una fuerte correlación; y, además, la pareja, ésta ha sido incluida en la mayoría de estudios de adherencia con la categoría “familia”, pero como eje central de esta investigación se cree que puede tener un papel determinante en concreto con el apoyo social que brinda, en específico, los tipos de cuidado. Por último, no se puede dejar de lado un fenómeno trascendental que generó diversos cambios en el estilo de vida: la pandemia por COVID-19, que, a consecuencia de cuidados especiales, confinamiento, restricción de actividades y un proceso de adaptación, ha generado un impacto en la salud emocional, por lo que también provoca modificaciones en la adherencia a tratamiento.

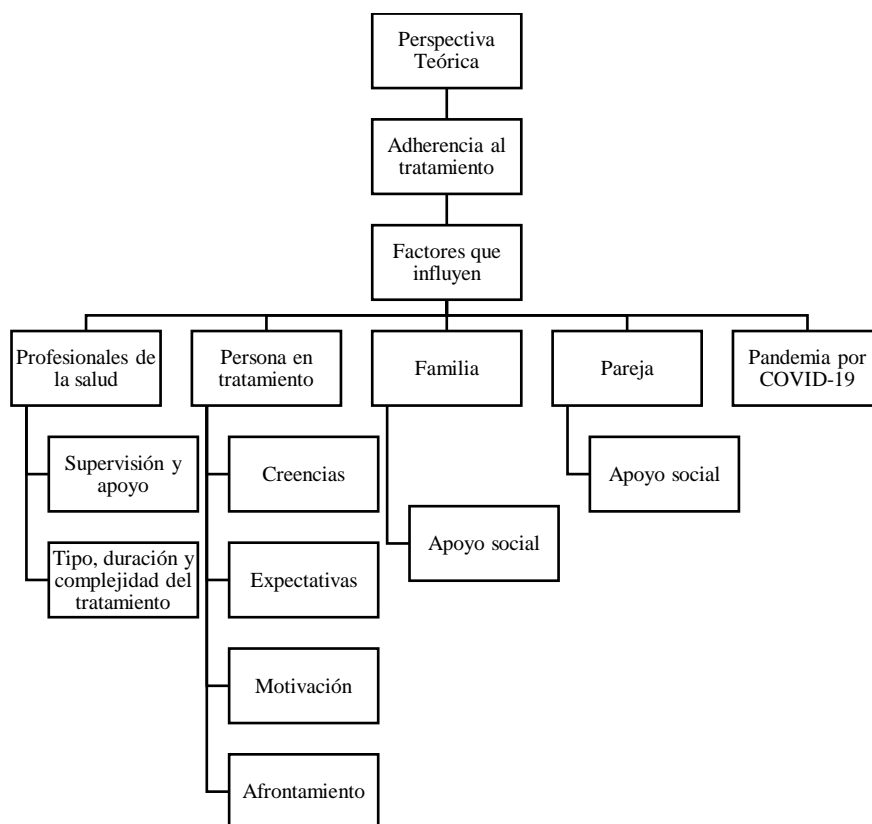


Figura 6. Diagrama de Adherencia a tratamiento: factores que la influyen. Elaboración propia, 2020.

## Capítulo 5. Perspectiva metodológica

### 5.1 Diseño

Se trata de una investigación cualitativa, pues permitirá la obtención de conocimiento específico colocado desde la experiencia de las personas que participan en el proceso, a través de su experiencia y vivencias. Orozco y González (2012, p. 116) definen esta perspectiva como “aquella que busca comprender las cualidades de un fenómeno respecto de las percepciones propias de los sujetos que dan lugar, habitan o intervienen ese fenómeno”.

Algunas de las principales características que se han destacado de la investigación cualitativa tiene que ver con su naturalidad, pues permite el estudio de fenómenos sociales desde la realidad subjetiva y compleja del sujeto entrevistado, sin descontextualizarlo. La flexibilidad se señala también como imprescindible, pues desde la estructura del diseño, hipótesis, muestra hasta el reporte de resultados suele ser emergente, en dependencia con el contexto y otras circunstancias que los determinan; también, en la recolección de datos, la flexibilidad existe en la interacción que se tiene con el investigado, pues los objetivos marcan la pauta de las preguntas, pero realmente se busca que se construya de forma amplia y permita al sujeto ahondar y narrar su vivencia y detalle elementos que conformaran la explicación del fenómeno.

La relación que tiene el investigador con el entrevistado es cercana, por lo mismo, se habla también de características específicas que debe tener el investigador que realice trabajo de campo en este diseño. Enríquez (2019b, p.221) señala que entre las características deseables en el entrevistador se encuentra: “la comprensión, el no emitir juicios, el no autoritarismo, el ambiente de solidaridad, la sensibilidad y empatía hacia el entrevistado”. En este sentido, es entonces pieza clave una interacción fluida que minimice barreras en la comunicación.

El método se lleva a través de la teoría fundamentada, en la cual Rodríguez, Gil y García (1999, p.48) explicitan que “el enfoque es el de descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras

investigaciones o de marcos teóricos”. Este enfoque permite destacar realidades que emergen de los participantes y sus vivencias, a través de la construcción que se realiza con el análisis de los datos y su interpretación. Se buscará el desarrollo de explicaciones en torno a cómo los cuidados en la pareja influyen en el tratamiento de obesidad en una persona con cirugía bariátrica.

## **5.2 Instrumentos**

La etapa de recolección de datos, en este caso verbales, tiene como técnica la entrevista a profundidad. Enríquez (2019b, p.215) menciona que este tipo de entrevista utilizada en el marco de investigación “permite un acercamiento cuidadoso y procesual a las experiencias emocionalmente significativas de los sujetos, y desde ello, trazar las trayectorias íntimas y personales con que una persona enfrenta las situaciones de vida y resuelve las demandas de su existencia”. Por lo que su uso embona para el cumplimiento de los objetivos primordiales para comprender el fenómeno aquí estudiado, ya que permite abrir y acceder de forma minuciosa los contenidos amplios de la vivencia.

El método elegido es el narrativo con entrevista episódica híbrido con la entrevista semiestructurada. Se decide una integración de ambas pues con el primero las situaciones van a ser narradas de forma periódica y, en este estudio, se delimitan diferentes momentos en el cuidado que da la pareja a través de la cirugía bariátrica; respecto a la entrevista semiestructurada, esta permite esbozar una estructura que cubre los objetivos de esta investigación y facilita la obtención de narraciones específicas respecto a varios apartados. Se expone la conceptualización de ambos métodos a continuación:

### **Método narrativo con entrevista episódica.**

El método narrativo va a permitir un acercamiento profundo a la concepción que tuvo el sujeto de cierto fenómeno, a través de las narraciones. Dentro de este método, se selecciona la entrevista episódica. Flick (2012, p. 119) describe las características que conlleva este tipo de entrevista, las cuales son:

- Se presta especial atención a las situaciones o episodios en los que el entrevistado ha tenido experiencias que parecen ser relevantes para la pregunta de estudio.
- El entrevistado puede escoger tanto la forma de la presentación (descripción o narración) de la situación como la selección de otras situaciones conforme a aspectos de relevancia subjetiva”.
- Facilita la presentación de las experiencias en una forma general, comparativa, y al mismo tiempo asegura que esas situaciones y episodios se cuentan en su especificidad.
- Las competencias narrativa del entrevistado se utiliza sin depender de encerronas y sin forzar al entrevistado a finalizar la narración en contra de sus intenciones.

### **Entrevista semiestructurada con entrevista semiestandarizada.**

Las entrevistas semiestructuradas van a permitir flexibilidad de respuestas por parte del entrevistado sobre el fenómeno, sin perder información concerniente a los distintos objetivos propuestos. Dentro de las opciones de entrevista semiestructurada se optó por la entrevista semiestandarizada, la cual va a permitir que, como menciona Flick (2012, p. 96), “el contenido de la teoría subjetiva se reconstruye”. Esto quiere decir que la persona entrevistada podrá generar conocimiento de acuerdo con sus vivencias y percepciones de un fenómeno, lo que promoverá la construcción de conocimiento. Se realiza a través de preguntas abiertas, se hacen también preguntas guiadas por la teoría, dirigidas por la hipótesis. Explicado por Flick (2021) “en la entrevista, las relaciones formuladas en estas preguntas sirven al propósito de hacer más explícito el conocimiento implícito del entrevistado” (p.96). Esto permitirá que el entrevistado pueda acceder de forma dirigida a aspectos trascendentes de lo ocurrido.

Mi propuesta es tomar elementos de ambos tipos para tener un panorama completo sobre la problemática (Anexo 2). De la entrevista episódica se toma la narración o descripción que elija tener el entrevistado sobre los distintos episodios vivenciados en la cirugía bariátrica y situaciones específicas que tuvo respecto a los cuidados y adherencia a tratamiento. La combinación que se hará con la entrevista estandarizada es la posibilidad de incluir dentro o posterior a la narración preguntas abiertas y otras guiadas por la teoría para la evocación de

información referente al fenómeno específico o que no se tenía al alcance inmediato del entrevistado, generando así un discurso todavía más completo y nutrido sobre la experiencia vivida.

### **5.3 Población**

Constituida por hombres y mujeres con una cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad con al menos 1 año de haber sido intervenidos, todos habitantes del Área Metropolitana de Guadalajara. Una característica fundamental es haber mantenido una relación con una misma pareja en el proceso bariátrico que implica la preparación, la cirugía y el primer año posterior a su cirugía.

Esta investigación integrará una muestra conformada por 10 personas, 5 hombres y 5 mujeres, adultos jóvenes con una edad comprendida entre 32 y 48 años; la estrategia de muestreo es mixta, pues combina la muestra teórica que hace alusión a seleccionar casos que tengan características específicas que sirven para entender o formular teorías o conceptos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), en este caso, las características ya descritas de la población elegida; con la muestra por conveniencia, pues se tendrá acceso a personas con esta descripción disponibles de clínicas privadas de cirugía bariátrica en la ciudad de Guadalajara.

### **5.4 Plan de acción**

Esta investigación se llevó en cuatro grandes fases propuestas por Rodríguez et al. (1999, p.63): “preparatoria, trabajo de campo, analítica y, por último, informativa”.

- Fase preparatoria: Se recabó información suficiente, fiable, relevante y trascendente para el establecimiento del estado del arte y del marco teórico-conceptual. Además, se ejecutó también el diseño a través de la elaboración del protocolo de investigación y cronología para poder generar un avance pertinente y una estructura funcional.

- Trabajo de campo: Con una preparación teórica vasta, se continuó con la aplicación de entrevista a las personas participantes. Dentro del primer contacto se explicitó los objetivos y condiciones de la investigación para que en la recogida de información se obtuviera el consentimiento informado y posterior a ello, la entrevista pudo ser audiograbada. Se acordó con los participantes fecha y hora para llevar la entrevista de acuerdo a su disponibilidad, posterior a ello se envió una invitación para unirse a una videollamada en la fecha y horario pactado a través de la plataforma ZOOM.
- Fase analítica: Se llevó como un proceso sistematizado con cuatro tareas: la reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones.
- Fase informativa: Se realizó la redacción de resultados a través de los formatos solicitados para su presentación formal ante la institución educativa y otros escenarios de difusión.

### **Análisis de datos**

Un paso previo pero imprescindible para el análisis de datos es el de vaciado de información a través de hojas de documentación y la transcripción. Algunos aspectos importantes de cada uno:

- Hojas de documentación  
 “Útiles para documentar el contexto y la situación de la recogida de datos” (Flick, 2012, p.188). Los datos que se incluyen en cada hoja de caso contienen información pertinente a la identificación y contexto sobre el entrevistado, entrevistador y datos de la entrevista como tal, por ejemplo, fecha, lugar, duración de la entrevista, etc.
- Transcripción  
 Hace referencia a una reproducción exacta de la entrevista en formato auditivo a formato escrito, incluyendo convenciones de transcripción que indican interrupciones, lenguaje no verbal, pausas, entre otros elementos que facilitan caracterizar lo acontecido en la entrevista. En la transcripción se modificaron los datos de identificación de los entrevistados para conservar la confidencialidad de cada participante.

Ahora bien, el objetivo de análisis de datos siguiendo a Rodríguez et al. (1999):

supondrá examinar sistemáticamente un conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo. En definitiva, todo análisis persigue alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada y, en la medida de lo posible, avanzar mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos (p.200).

Bajo esta perspectiva, el análisis es de vital importancia pues permite que el conjunto de relatos vaya construyendo una serie de perspectivas, conclusiones o conocimiento que de forma individual no se consigue.

El análisis cualitativo se realizó de acuerdo a la propuesta de Rodríguez et al. (1999) referido en la fase analítica. Este implicó cuatro tareas (Figura 7) que serán detalladas en el capítulo 6.1.



*Figura 7.* Proceso de análisis cualitativo de cuatro tareas. Elaboración propia, 2021, basado en las cuatro tareas de la fase analítica de Rodríguez et al. (1999).

En resumen, la parte central de análisis de datos se realizó a través de la categorización de las unidades de sentido, lo que llevó a la codificación de información y ésta permitió acceder a los resultados.



## **5.5 Consideraciones éticas**

Se realiza esta investigación dentro de un marco ético desde su concepción, pues el tema central se considera de utilidad con referencia a la salud y con importancia social.

Existe respeto hacia la participación y formas de expresión de cada entrevistado y entrevistada. Además, la información proporcionada entra dentro de un marco de confidencialidad, en el cual los datos fueron llevados con un manejo puramente profesional y de no maleficencia. Se llevó también el anonimato de los participantes, a través del cambio de nombre y datos específicos que pudieran hacer clave su identificación en las transcripciones en el manejo y análisis.

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 3) en cada caso de participación, con el fin de asegurar que la participación sea compatible con los valores, preferencias e intereses de los entrevistados y entrevistadas y tuvieran también el conocimiento necesario y suficiente para decidir colaborar. En dicho documento se encuentra especificado el objetivo, datos de contacto del responsable y se expresa la posibilidad de terminar su participación en cualquier momento si es su decisión.

El consentimiento informado fue enviado previo a la cita de videollamada a través de correo electrónico o mensajería de WhatsApp, donde los participantes pudieron leer y firmar el documento y regresarlo escaneado estando de acuerdo con las condiciones y sabiendo sus derechos.

## **Capítulo 6. Primer acercamiento al análisis: proceso y participantes**

En el inicio de este capítulo se encuentran las precisiones metodológicas, las cuales explicitan el modo de llegar a la obtención de conocimiento a través de las cuatro tareas que propone Rodríguez, Gil y García (1999) para la elaboración de la fase analítica. Con este apartado se tiene el objetivo de mostrar el proceso que se llevó a cabo para la construcción de los próximos capítulos donde se exponen los resultados de la investigación. El segundo apartado presenta a las personas que fueron entrevistadas para esta investigación, señalando brevemente sus datos de identificación y describiendo sus principales características, esto permite plasmar las generalidades de los casos y la información que contextualiza los resultados, además de permitir su ubicación en las posteriores narrativas que se incluyen en todos los capítulos.

### **6.1 Precisiones metodológicas**

Para la realización de la fase analítica, propuesta por Rodríguez, Gil y García (1999), la primer tarea es la reducción de datos, seguida por la tarea de disposición y transformación de datos, por lo que se siguió un proceso de sistematización donde a través del programa MAXQDA se codificó en categorías, subcategorías y subsubcategorías la información proporcionada por los diez entrevistados. Para poder realizar esto, cada expresión se clasificó por unidades de significado (Flick, 2012), ubicándolas línea por línea o párrafo por párrafo, se categorizaban y se le asignaba un código a través de categorías en vivo, categorías nuevas o bien, ya preestablecidas identificadas en el marco teórico de esta investigación, todas siguiendo la línea de los principales objetivos de la investigación y en concordancia con los ejes temáticos del guion de entrevista.

Para la tercer tarea: obtención de resultados, es necesario el establecimiento de relaciones entre las categorías, para facilitar este proceso se realizó una matriz de datos que permitía visualmente comprender los vínculos que se fueron detectando a raíz de las unidades de significado de los entrevistados. Para determinar estas unidades de mayor trascendencia, se utilizó un criterio cuantitativo y otro cualitativo, el primero a través del pesaje que dicta las

tendencias, pues fue posible ubicar los resultados que se repetían más y que, por tanto, dotaba de mayor fuerza ciertos significados encontrados (el pesaje será señalado entre paréntesis en los diagramas mostrados en los capítulos de resultados); respecto a la lectura cualitativa, se ubicaron categorías significativas para el estudio que reflejan conocimiento para complementar la formulación de nueva teoría.

La cuarta y última tarea: verificación de conclusiones, va a ser posible al comparar los resultados con el conocimiento disponible y así cumplir el objetivo del análisis de datos que en este caso es la generación de una teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990) con los datos obtenidos.

## **6.2 Presentación de casos**

Los casos incluidos en la investigación son diez: cinco hombres y cinco mujeres. Fueron referidos por distintos profesionales de la salud en el ámbito bariátrico, cumpliendo ciertas características las cuales fueron:

- Tener una cirugía bariátrica, en específico manga gástrica o bypass gástrico, y que haya pasado al menos un año desde su intervención quirúrgica
- Tener una edad comprendida entre 32 y 48 años, pudiéndolos ubicar dentro de la categoría de adultos jóvenes
- Habitar en el Área Metropolitana de Guadalajara
- Haber mantenido una relación de pareja con la misma persona en el proceso bariátrico, desde su valoración hasta al menos un año posterior a su intervención quirúrgica

Además, una característica en común de los casos fue un nivel socioeconómico medio-alto o alto, si bien no fue un criterio de inclusión, se cumple en todos los casos por la naturaleza de la operación, pues en el ámbito de salud privado, la práctica de esta cirugía conlleva un costo elevado, donde igualmente se deben de tomar en cuenta otros gastos necesarios para el

proceso, como por ejemplo: consultas de valoración y/o preparación, suplementos alimenticios, estudios de laboratorio y en ocasiones, tratamiento farmacológico.

Para la recolección de datos fue utilizada una entrevista semiestructurada de tipo semiestandarizada (Flick, 2012), permitiendo así la recolección de narrativas y datos de diferentes etapas de la persona en la cirugía bariátrica y, además, en dos áreas muy importantes: los antecedentes de obesidad y las principales características en la relación de pareja.

A continuación, se muestra de manera esquematizada, características importantes sobre cada uno de los casos presentados (Tabla 3). Después, se describe cada caso con los principales datos de identificación, la ubicación de la obesidad a lo largo del tiempo y los factores determinantes percibidos para el incremento de peso, las características de la cirugía bariátrica y su estado actual, el proceso psicológico en el proceso bariátrico y, por último, los elementos primordiales de la relación de pareja y el papel de la pareja en la cirugía bariátrica.

Tabla 3

*Características centrales de las personas entrevistadas*

Nombre	Género	Edad	Tiempo de relación de pareja	Tipo de Cirugía Bariátrica	Tiempo de Cirugía Bariátrica
Sonia	Femenino	47 años	5 años	Manga gástrica	2 años
Juan Pablo	Masculino	37 años	10 años juntos, 8 años casados	Bypass gástrico	3 años
Mayte	Femenino	45 años	24 años juntos, 23 años casados	Manga gástrica	1 año
Sandra	Femenino	43 años	22 años juntos, 18 años casados	Manga gástrica	3 años
Germán	Masculino	44 años	20 años casados	Manga gástrica	1 año
Luis	Masculino	34 años	13 años	Manga gástrica	2 años
Vanessa	Femenino	32 años	13 años	Manga gástrica	2 años
Lisandra	Femenino	36 años	10 años juntos, 5 años casados	Manga gástrica	1 año
Jesús	Masculino	42 años	5 años juntos, 3 años casados	Bypass gástrico	2 años
Juan	Masculino	48 años	30 años juntos, 27 años casados	Bypass gástrico	4 años

**Sonia: vivencia solitaria de cuidados por elección.**

Sonia tiene 47 años, vive actualmente en Guadalajara. Su escolaridad es maestría y trabaja como directora de un área de proveeduría. En su plan de atención médica cuenta con un seguro de gastos médicos mayores por parte del sector privado de salud.

La entrevistada narra que siempre ha tenido obesidad, recordando tener exceso de peso desde la niñez y atribuyendo como principales motivos a su historial familiar, sugiriendo un componente genético, pero también ubicando momentos precisos de cuando subió de peso como el contraer matrimonio a los 25 años y también como consecuencia de los tratamientos que recibió por el cáncer de seno que presentó unos años después.

La opción de la cirugía bariátrica surge a partir de que observa a una amiga con el procedimiento y le gusta el resultado, obtuvo información e inició el proceso. La cirugía que le fue recomendada por sus características y que se le realizó fue la manga gástrica y tiene ya dos años de haber sido intervenida. Ella considera que sus expectativas han sido cumplidas, pero actualmente busca retomar el ejercicio e incluirlo en su estilo de vida ya que ha observado que para mejorar sus resultados ha hecho falta.

Para Sonia, el aspecto psicológico en la valoración previa a la cirugía bariátrica apoyó en ubicar que la decisión fuera para ella y tomando en cuenta factores necesarios para realizársela y no para los otros o a consecuencia de eventos externos. Posterior a la intervención quirúrgica, ella refirió que fue insuficiente la atención psicológica, notando que pudo haber sido más enfocado a ser una guía sobre las consecuencias y cambios en la alimentación, habiendo hecho falta como herramienta para la búsqueda de alternativa por las repercusiones que se tienen.

Respecto a su relación de pareja, tiene 5 años y actualmente viven en unión libre, no tienen hijos juntos. Él trabaja en un área del gobierno, es divorciado y tiene hijos de su anterior matrimonio que no habitan con ellos. Se identifica que, en los componentes del amor, la pasión es esporádica, hay poca comunicación, lo que habla de intimidad escasa y, en cuanto a compromiso, se detecta que se viven más de forma individual, lo que estaría hablando de una ausencia de amor de acuerdo con la clasificación de Sternberg (2000). El papel que su pareja ha tenido en el proceso bariátrico lo nombra como “básico”, Sonia lo incluye en muy poco de lo que tiene que ver con sus cuidados, esto por decisión propia, pues manifiesta que funciona mejor ella de esa forma, además, los cuidados se dirigen principalmente a él, ya que padece hipertensión y constantemente ella y una empleada doméstica se esfuerzan para atender su padecimiento y cuidar la alimentación que él requiere.

### **Juan Pablo: cuidados ambivalentes en pareja.**

Juan Pablo es un hombre de 37 años, su última residencia fue en Estados Unidos por un año y medio, ya que se encuentra trabajando para una empresa de este país, sin embargo, por

motivos de la pandemia COVID-19 regresa a México para trabajar desde casa al hogar de su mamá en el norte del país. Él habitó en Guadalajara desde el 2000, la cirugía bariátrica fue realizada en esta ciudad y permaneció post cirugía un año y medio más. Su escolaridad es licenciatura y trabaja como Ingeniero en Sistemas. El entrevistado cuenta con dos planes de seguro de gastos médicos mayores, uno nacional y otro de Estados Unidos.

Juan Pablo narra que su obesidad se remonta desde la infancia, adjudicando como razones principales la herencia genética pues tiene antecedentes familiares de obesidad, también a padecer ansiedad, y, a su matrimonio, ya que refiriéndose a la pareja, su forma de cocinar no era muy saludable y, además, tenían la costumbre de comer muchas veces fuera de casa lo que influía para no tener mucho cuidado en la alimentación.

La cirugía bariátrica surge como opción debido a que padece hipertensión arterial. Tras una revisión, el médico le recomienda la intervención pues pronostica consecuencias catastróficas por su estado de salud, en consecuencia, él se alerta y decide operarse. Tiene 3 años de haber sido intervenido con el bypass gástrico. Juan Pablo llegó a la meta de peso establecido, sin embargo, reganó peso debido a descuido de su alimentación desde la Pandemia de COVID-19, por lo que tiene la meta de volver a mejorar las prácticas de alimentación.

Respecto a la intervención psicológica, la valoración inicial fue para Juan Pablo una guía a la comprensión de las condiciones que propiciaron la obesidad, fomentando la identificación para su atención y elaboración posterior al procedimiento bariátrico. Él se encuentra satisfecho del cuidado psicológico pues lo ve como un recurso para su autoconocimiento, crecimiento y autoestima.

En cuanto a su relación de pareja, lleva un total de 10 años de relación y dentro de éstos, 8 fueron de matrimonio, no tienen hijos. Sin embargo, hace dos años se divorcia, y, hace poco, reinicia una relación con ella, actualmente cohabitan ocasionalmente. Existe un buen nivel de pasión, en el área de intimidad hay aspectos a mejorar ya que existen dificultades en la comunicación y, el compromiso es recíproco, ubicando por ende el tipo de amor como amor

necio (Sternberg, 2000). Referente a su proceso bariátrico, ella no estaba de acuerdo en un inicio de la intervención, argumentando que tenía miedo por el riesgo de salud que implicaba y el costo que se tenía que cubrir; posterior a la cirugía, el entrevistado refiere que existieron cambios en su relación de pareja, pues a pesar de que en muchos momentos ella lo cuidaba y procuraba muchas atenciones, también lo incitaba a comer alimentos poco saludables y tenía inseguridad respecto al por qué de la cirugía, pensando que era para salir con otras mujeres, además, la imagen corporal del entrevistado cambio y a raíz de ello, él fue más firme en sus decisiones y no cedía como antes en problemáticas, lo que trajo problemas a su matrimonio, refiriendo que la separación se dio también por estos temas.

### **Mayte: poca participación de cuidados en pareja.**

Mayte es una mujer de 45 años, viviendo en Zapopan, Jalisco. Cuenta con una maestría en finanzas y es contadora pública, trabaja en una empresa consultora manejando el área administrativa. Ella cuenta con seguro de salud público del IMSS otorgado por su empresa y, además, contratado por ella, un seguro de gastos médicos mayores privado.

La entrevistada refiere que durante su infancia y juventud fue delgada, pero inició a subir de peso a los 28 años, posterior a contraer matrimonio y tras su segundo embarazo. Otras de las razones a las que adjudica su obesidad es a sus antecedentes familiares, la presencia de ansiedad y depresión, y dentro de las prácticas de alimentación, el comer sweets como respuesta a su estado emocional.

La cirugía bariátrica recomendada y elegida fue la manga gástrica, tiene 1 año de operada y el principal motivo de la intervención fue la prevención de enfermedades, pues ya tenía indicadores negativos importantes, por ejemplo, triglicéridos y colesterol elevados, además de prediabetes y antecedentes familiares de hipertensión y diabetes; también argumenta que otra razón fue para mejorar su imagen y verse más delgada. Aún le falta perder peso para llegar a su meta, y ha descuidado la alimentación y el ejercicio por motivo de la pandemia COVID-19, por lo que tiene como objetivo mejorar su adherencia a tratamiento y para ello apoyarse de su proceso de psicoterapia.



La experiencia de Mayte en el proceso bariátrico por parte del psicólogo fue poco satisfactoria ya que consideró que no tuvo la atención suficiente o necesaria, sintiéndose estancada en el proceso psicológico. Ella ha tenido una aceptación de los procesos terapéuticos pues en diferentes tipos de problemáticas como temas de pareja o alimentación ha recurrido a ellos; posterior a la cirugía bariátrica tomó la decisión de buscar otro psicoterapeuta fuera del equipo bariátrico con la intención de trabajar en temas personales que percibe sabotean su proceso bariátrico.

Su relación de pareja tiene 24 años, de los cuales 23 años en matrimonio, tienen dos hijos. Su esposo es ingeniero y es 16 años mayor que ella. Se encuentra que la pasión está disminuida, la intimidad llega a ser referida escasa, ya que sólo hay poca comunicación y suele ser respecto a sus hijos, pero existe un fuerte compromiso, por lo que el tipo de amor detectado es amor vacío (Sternberg, 2000). Su esposo estuvo de acuerdo con la cirugía bariátrica, inclusive participó activamente para que pudiera el seguro médico cubrir cierto porcentaje económico de su cirugía, en el proceso de adherencia detecta que no interviene mucho de forma positiva ni negativa, sino más bien llega a hacerle señalamientos ocasionalmente cuando cree que no está llevando algún cuidado sobre alimentación de forma funcional.

### **Sandra: cuidados condescendientes en el proceso bariátrico.**

Es una mujer de 43 años. Se acaba de cambiar a vivía a Estados Unidos, pero anteriormente vivía en Tlaquepaque, Jalisco. Su escolaridad es maestría, en la actualidad no trabaja, ya que su tipo de visa no autoriza laborar en Estados Unidos. En México, tenía dos planes de seguro de salud, uno público del IMSS por parte del trabajo de su esposo y otro privado, seguro de gastos médicos mayores.

El incremento de peso inició alrededor de sus 8 años, posterior a que se cambia de ciudad y posiblemente el proceso de adaptación influyó; otros incrementos de peso importantes pasan con sus embarazos y tras el nacimiento de sus hijos, pues disminuye muchas de sus

actividades personales para dedicarse exclusivamente a sus cuidados, lo que repercute en su peso.

Ella llega a la opción de cirugía bariátrica a través de una clienta en su antiguo trabajo, la cual había tenido obesidad y se impactó al verla tan delgada, la clienta le recomienda al cirujano bariátra y ella inicia el proceso. Su decisión estuvo basada en el deterioro físico y emocional que le ocasionaba su peso, pues durante el día experimentaba mucha fatiga, desánimo y desagrado por su imagen corporal. La cirugía elegida y recomendada fue la manga gástrica, lleva 3 años de operada. Actualmente no ha logrado llegar a su peso meta, lo que le ocasiona estrés, y su objetivo es mejorar su alimentación y ejercicio, pues ha reganado peso desde su llegada a Estados Unidos.

Para Sandra, carecía de relevancia la participación psicológica en el proceso bariátrico, pues al tomar la decisión de operarse, estaba consciente y segura de lo que implicaba. Al tomar la valoración psicológica tuvo descubrimientos y vio de forma más clara algunos factores implicados en su obesidad, lo cual fue satisfactorio. Después, consideró innecesaria la visita intraoperatoria psicológica; ella opina que hubiera sido de mayor utilidad tener la cita de forma posterior, en el proceso de adaptación, pues ahí destaca que le hizo falta la atención especializada de un psicólogo bariátra que la apoyara con la dificultad que tuvo en poder nivelar lo que su mente le decía que tenía que ingerir y lo que su estómago en realidad podía tolerar.

Sandra y su esposo llevan 22 años juntos, 18 años de casados, tienen dos hijos. Por motivos de trabajo de su esposo es que se mudan a Estados Unidos, ella estuvo de acuerdo con la decisión. Ella refiere satisfacción en los tres componentes del amor: pasión, compromiso e intimidad (en este último, trabajaron anteriormente en terapia de pareja, teniendo herramientas favorables para mejorar la comunicación), por lo que el tipo de amor se ubicaría como amor consumado (Sternberg, 2000). Ante la decisión de cirugía bariátrica, su esposo demuestra angustia y preocupación por los riesgos que conlleva, sin embargo, decide apoyarla y otorga diversos cuidados a lo largo de todo el proceso. De los factores desfavorables que encuentra en su pareja es que suele consentirla mucho en alimentación y

darle mucha libertad en cuanto a sus decisiones en las prácticas de alimentación, ella señala que podría ayudar más si fuera más firme en sus comentarios cuando detecta que ella no hace bien las cosas de su proceso, pero también como factores favorable es que la cuida y provee lo que necesita para su tratamiento.

### **Germán: responsabilidad de la pareja prioritaria en la cirugía bariátrica.**

Hombre de 44 años, vive en la ciudad de Zapopan, Jalisco. Tiene licenciatura y es gerente de ventas. Para el área de atención médica, cuenta tanto con seguro social como con seguro de gastos médicos mayores.

Germán refiere que, si bien nunca ha sido delgado, sino más bien con una complexión “robusta”, su incremento de peso inició en su edad adulta, posterior a casarse. Influyó también un cambio de residencia por unos años que tuvo a Estados Unidos, donde la alimentación fue bastante desequilibrada y posterior a ello, por su trabajo, realiza viajes con frecuencia, por lo que era difícil mantener disciplina, comía lo disponible, había desorden de horarios y también comer emocional y grandes cantidades.

La decisión de la cirugía bariátrica fue tomada gracias a la recomendación del bariátra que lo hizo consciente de los riesgos importantes que ocasionaba su peso a la salud, pero fue motivado para asistir a la valoración por su esposa y cuñada que le consiguieron la cita y recomendaron médicos. La cirugía recomendada y elegida fue la manga gástrica, actualmente tiene un año de operado. Su meta en el presente es seguir puliendo su adherencia a alimentación, pues, aunque le falta llegar a su peso meta, se encuentra cerca y ha podido avanzar de forma positiva.

La intervención psicológica en su proceso bariátrico le permitió tener formas de resolución y alternativas ante dificultades, además de mayor conciencia sobre las elecciones en hábitos que necesita. También, se tuvo la inclusión de su familia nuclear al proceso, permitiéndoles tener mayor conocimiento de los cambios que iba a enfrentar y recomendaciones para que pudieran darle un acompañamiento óptimo. Al inicio tuvo dudas sobre la necesidad de un

proceso psicológico, pero actualmente lo percibe como importante pues éste en su inicio le permitió entender la trascendencia del proceso y los cambios que implicaba.

Germán lleva 20 años casado con su pareja, tienen dos hijos. Refiere que en su relación existe satisfacción en los tres componentes del amor: pasión, compromiso e intimidad, por lo que se encuentran en un amor consumado (Sternberg, 2000). Como se mencionó con anterioridad, su esposa lo motivó y apoyó con la decisión de la cirugía bariátrica y ha estado involucrada en todo el proceso, un factor favorable es que le ha propiciado muchos cuidados, sin embargo, esto también ha ocasionado que se vuelva responsable de muchos de sus cuidados, disminuyendo los de él mismo, también, refiere que en ocasiones la forma en que ella le señala que no está tomando buenas decisiones en su alimentación puede ser un poco brusca.

**Luis: cirugía bariátrica acompañada de la pareja, actitud perfeccionista.**

Hombre de 34 años, vive en Zapopan, Jalisco. Tiene licenciatura, trabaja como director de ventas y operación en su propia empresa. Cuenta con seguro de gastos médicos mayores.

Refiere haber sido un niño delgado, pero a partir de su adolescencia comienza con el incremento de peso que adjudica a su diagnóstico de asma, pues por el tratamiento que contenía esteroides, inició a subir su peso. También, adjudica que a raíz de que su mamá entra a trabajar y él se hace responsable de su alimentación en la edad adulta e inicios de la universidad, comienza con un descontrol en la alimentación que lo llevan a la obesidad, sobretodo por el desorden de horarios, comer antojos, grandes cantidades y a partir de que inicia su relación de pareja, donde ella tenía costumbres muy diferentes, por ejemplo, salir a comer mucho, por lo que gana también mucho peso.

La cirugía bariátrica que elige es la manga gástrica, intervenido hace dos años. Toma la decisión porque su cuñada se opera de esta misma cirugía y observa resultados muy favorables, posterior a ello, su novia, Vanessa (entrevistada también para esta investigación) decide operarse, esto lo motiva y en conjunto con su mamá investigan si su seguro médico lo cubre, pues de otra manera se encontraba limitado económicamente a cubrir la totalidad

del gasto. En efecto el gasto podía ser cubierto por el seguro, por lo que comienza valoraciones para su intervención, su decisión es impulsada por el cirujano bariátra ya que le pronosticó que si continúa al ritmo que iba, tenía un riesgo muy grande de tener un infarto u otras complicaciones médicas de importancia. En el presente su meta es seguir trabajando con su relación con la comida; ha logrado muy buenos resultados, estando en la meta de peso y modificando su imagen corporal también gracias a la actividad física.

Para Luis, el proceso psicológico implicó darse mucha reflexión, a través de distintos ejercicios fue capaz de comprender la relación disfuncional que tenía con la comida. En su caso, nota que el acompañamiento emocional lo tuvo más con su nutrióloga que con la psicóloga. Él enfatiza mucho en la importancia que tiene la intervención psicológica para poder atravesar por el proceso bariátrico, pues tiene relevancia para la toma de conciencia sobre los cambios a realizar, el afrontamiento y el manejo de la situación frente a familia, amigos y conocidos.

Luis y Vanessa llevan 13 años juntos, actualmente están viviendo en unión libre con planes próximos de casarse. Su tipo de amor es consumado (Sternberg, 2000), ya que en esta etapa en el componente de pasión existe atracción y deseo, en la intimidad hay comunicación efectiva y responsabilidad afectiva y hay un compromiso recíproco.

De los factores que han ayudado en pareja a su proceso bariátrico es que existe una comprensión profunda de lo que es el proceso bariátrico y un entendimiento de cómo atraviesan ciertos cambios y modificaciones, suelen acompañarse en la mayoría de hábitos y estar cuidándose en cuanto a alimentación de forma parecida; sin embargo, como factor desfavorable es que la exigencia y adherencia de cada uno es diferente, a percepción de Luis, él suele ser más exigente y crítico con sus cuidados y Vanessa más relajada, lo que ocasiona que Luis llegue a señalarle eso, puede llegar a sentir también que él se deja llevar por las decisiones poco saludables en alimentación que en ocasiones ella toma.

### **Vanessa: cirugía bariátrica acompañada de la pareja, actitud despreocupada.**

Mujer de 32 años, vive en Zapopan, Jalisco. Su escolaridad es licenciatura, es profesionista en un despacho de diseño gráfico que maneja junto con su pareja. Cuenta con un seguro de gastos médicos mayores.

Vanessa era una niña y adolescente delgada, encuentra que el incremento de peso hasta llegar a obesidad se da en la edad adulta, coincidiendo al momento que termina la universidad. Los motivos que identifica sobre ello son hábitos y prácticas poco saludables como la inactividad física, el trabajar de forma ininterrumpida ocasionando saltarse comidas, picotear comida y algunos estados emocionales como el estrés.

Ella decide operarse después de acompañar el proceso bariátrico de su hermana menor y ver la experiencia positiva que tuvo; cabe destacar que cuando su hermana apenas estaba tomando la decisión de ser operada ella se oponía, admite que fue por desconocimiento y miedo. Su papá es uno de los motivadores importantes también para tomar la decisión, ya que la incita al procedimiento pues él desaprueba la obesidad; toma la decisión ya que tras la valoración médica se destaca que es candidata ideal para el procedimiento de manga gástrica, buscando mejorar la percepción que tenía de ella misma. Vanessa fue intervenida hace dos años de manga gástrica, actualmente se encuentra en su peso meta, pero tiene el objetivo de bajar un poco más.

Vanessa asistió a citas de psicología para el proceso bariátrico, pero lo apreció insatisfactorio. Para la valoración inicial, las consultas con la psicóloga las tuvo en conjunto de su pareja, por lo que sintió que no fueron personalizadas y, además, no se sentía libre de expresarse o tomada en cuenta. Ella tenía la expectativa de poder tener mayor comprensión del proceso, del cuerpo y de la relación con la comida, contrario a eso, percibió que fue más como un protocolo meramente de aprobación para confirmar que sí era candidata. También, le hubiera gustado un acompañamiento psicológico posterior a la cirugía bariátrica, pues mucho de lo que llegó a aprender y afrontar de los cambios fue a base de experiencia propia y a la par de

su pareja, pero considera que pudo haber sido funcional de la mano de un experto como un psicólogo bariátra.

Como se mencionó en el caso anterior, Vanessa es pareja de Luis, llevan 13 años de relación, cohabitando actualmente, tienen un tipo de amor consumado (Sternberg, 2000). De los factores desfavorables que ella detecta sobre el papel de Luis en su cirugía bariátrica es que él llega a señalarle mucho los errores o formas diferentes que tienen de llevar el proceso bariátrico, le llega a molestar pues lo percibe fuera de su rol, como si él asumiera un rol paternalista que no corresponde; por otro lado, sobre los factores que considera sí favorecen a su adherencia es el acompañamiento que tienen en llevar el proceso al igual que la comprensión y apoyo mutuo en los cuidados especiales que llevan, por ejemplo, en la forma de comer o cocinar.

### **Lisandra: el logro del embarazo tras cirugía bariátrica.**

Mujer de 36 años, vive en Guadalajara, Jalisco. Su escolaridad es licenciatura y trabaja en una empresa como encargada del área de nóminas. Ella cuenta con dos tipos de seguro, el seguro social por parte del IMSS y un seguro de gastos médicos mayores por parte de su esposo.

Lisandra señala que desde su niñez ha tenido obesidad, las principales causas que detecta es un posible factor genético y las prácticas alimenticias que ha tenido a lo largo del tiempo.

Llega a la cirugía bariátrica gracias a recomendación de unas conocidas que le cuentan su experiencia exitosa, su principal motivación era mejorar los indicadores de salud pues quería quedar embarazada y su ginecólogo había señalado la obesidad como posible factor que no le permitía lograrlo. La intervención que se le realizó fue manga gástrica hace un año. Recientemente se entera de que esta embarazada. Lisandra no ha llegado a su peso meta pues comenta que con la pandemia reganó unos kilos, su objetivo en este período va más en mantener una alimentación saludable prescrita que beneficie su salud y adecuada a su embarazo.

Para Lisandra, el proceso psicológico antes y después de la cirugía bariátrica fue valioso en dos sentidos: uno emocional y otro cognitivo. El primero por el manejo de estrés y recomendaciones de afrontamiento y el segundo, el aspecto de entender y fomentar cambios en la relación que tiene con la comida.

Sobre su relación de pareja, Lisandra lleva 10 años de relación de los cuales 5 han sido de matrimonio. Actualmente se encuentran en la espera de un hijo. Sobre los componentes del amor en su relación, manifiesta que el compromiso y la intimidad han mejorado mucho a raíz del embarazo y la pasión mejoró a consecuencia de los cambios por la cirugía bariátrica, lo que los coloca en un amor consumado (Sternberg, 2000). Respecto a la cirugía bariátrica, ella señala que al inicio él no estaba de acuerdo, pues no veía necesario el procedimiento y pensaba que no valía la pena el riesgo que generaba, aun así, la apoyó. En el proceso post bariátrico, ha observado que de los factores que ocasionalmente no ayudan es que él la sigue invitando por ciertos antojos o alimentos que no son tan beneficiosos para ella, pero le ha favorecido que cada vez más ha buscado comprenderla y acompañarla, al igual que tomar en cuenta sus cuidados y orientarse a ellos.

### **Jesús: cuidados y estilo de vida que giran alrededor de la cirugía bariátrica.**

Hombre de 42 años que vive actualmente en Guadalajara. Es importante ubicar que él es originario de esta ciudad, pero en su vida laboral ha tenido que trasladarse a distintos países, un tiempo estuvo viviendo en Costa Rica, poco después de la cirugía bariátrica estuvo viviendo en Pekín y hace un año regresó a Guadalajara. Su escolaridad es ingeniería y su ocupación actual es ser coordinador de los equipos de respuesta internacionales de una institución de salud. Cuenta con dos seguros de gastos médicos mayores, uno adquirido por él y otro por su trabajo.

Jesús ubica que en su niñez y adolescencia se mantuvo con sobrepeso, comenzó a incrementar su peso cuando estudiaba su carrera y se disparó a un grado de obesidad importante a partir de los 28 años. Los principales motivos que refiere es la inactividad física, el trabajo



ininterrumpido que propiciaba prácticas alimenticias como consumir lo disponibles y comida poco saludable.

La cirugía bariátrica que elige y fue recomendada es el bypass gástrico, con el cual lleva 2 años, un año vivió el proceso posterior en Asia y otro en Guadalajara. Se inclina a la operación gracias a la toma de conciencia de observar otros estilos de vida en otros países y dejar de normalizar la obesidad, buscando esta opción como una forma de establecer prácticas más estables y a largo plazo de salud. Su objetivo actual continúa siendo bajar de peso pues le faltan algunos kilogramos para llegar a su meta y su próximo objetivo es realizarse una cirugía estética con el fin de mejorar sus resultados.

Como antecedente, Jesús ha recurrido en dos ocasiones a psicoterapia, uno en su juventud y otro con objetivos en la relación de pareja. Para él, la participación del psicólogo fue útil al inicio para la comprensión de la relación con la comida y sobretodo, la identificación de factores favorables y desfavorables para vivir el proceso bariátrico, pero de forma posterior a la cirugía la consideró innecesaria, ya que contaba con las herramientas para hacer las modificaciones y la conciencia de poder recurrir a la psicoterapia cuando percibiera que fuera preciso.

En su relación de pareja lleva 5 años, de los cuales 3 años son de matrimonio. Sobre los componentes del amor, se encuentra un buen nivel de compromiso e intimidad, sin embargo, el área de pasión esta disminuida, por lo que el tipo de amor que se identifica en esta etapa es amor de compañía (Sternberg, 2000), pero, Jesús señala que tanto su pareja como él buscan mejorar ese aspecto, por lo que asisten a terapia de pareja para trabajar en ese componente. El papel que su pareja ha tenido en la cirugía es predominantemente positivo, pues refiere que lo ha apoyado desde el inicio del proceso, además es nutrióloga, lo que facilita también la comprensión en muchos aspectos y se han acompañado en el estilo de vida más saludable, pero, justamente el acompañamiento no siempre es al nivel que él quisiera, por ejemplo, con el ejercicio, donde le gustaría que aumentara la implicación.

### **Juan: la pareja como punto de apoyo en el proceso bariátrico.**

Hombre de 48 años, vive en Tlaquepaque, Jalisco. Su ocupación es de servidor público de una dependencia de gobierno. Él cuenta con seguro médico del ISSSTE por parte de su trabajo.

Juan ubica que el incremento de peso ocurre en su adolescencia, pero llegando a un grado de obesidad mayor después de los 28 años, a consecuencia del sedentarismo y desorden en la alimentación.

A él le fue recomendado el bypass gástrico y fue realizada esta intervención hace 4 años. Su principal motivador es que comenzaba a tener indicadores médicos negativos de importancia, por lo que buscó prevenir enfermedades. Juan manifiesta haber llegado a su peso meta y continúa con los cuidados para su proceso.

Juan califica la atención psicológica que tuvo en el proceso como buena en el sentido que siempre fue respetuosa y amena, fue su primer experiencia con la psicoterapia, sin embargo, percibió que fueron conversaciones que son más bien de utilidad para la psicóloga como protocolo, detectando poco sentido para él. Él no continuó con el proceso psicológico posterior a la intervención quirúrgica puesto que consideró que no era necesaria y necesitaba darse un espacio.

En su relación de pareja lleva 30 años, de los cuales 27 han sido de casados, tienen dos hijos juntos. Se detecta que existen de forma completa los tres componentes del amor: pasión, compromiso e intimidad, por lo que estaríamos frente a un tipo de amor consumado (Sternberg, 2000). A su pareja la refiere como punto de apoyo en su proceso bariátrico por el apoyo y cuidados que le ha brindado, lo cual ha generado satisfacción y buenos resultados, sólo señala que un elemento desfavorable es que no lo acompañe con mayor frecuencia a hacer ejercicio.

Como se puede ver, este capítulo tiene la finalidad de destacar dos ejes que serán útiles a lo largo de los próximos capítulos referentes a la información obtenida de esta investigación. El

primero, las precisiones metodológicas, permite observar el proceso de realización de la fase analítica a través de cuatro tareas principales: reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones ( Rodríguez, Gil y García, 1999), esta fase se realizó con mucho rigor y cuidado, permitiendo así la obtención de categorías importantes para la realización de teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990) a partir de los casos. Y, justamente, son los casos (5 hombres y 5 mujeres) el segundo eje, donde a través de la presentación de características centrales se pueden observar una serie de similitudes utilizadas como criterios de inclusión; sin embargo, en el proceso bariátrico, las características en pareja y cuidados entre ellos logran enmarcar muchas diferencias que van a permitir relevar los factores favorables y desfavorables de los cuidados.

## **Capítulo 7. La vivencia de la obesidad: su configuración a través del tiempo y prácticas**

Comprender la vivencia de obesidad de una persona permite distinguir componentes que representan la relación con la enfermedad fuera de una descripción médica o fisiológica, a través de las narrativas de personas con esta condición se puede tener una mirada del verdadero impacto que conlleva y, además, suma a la construcción de un esquema completo de su inicio y mantenimiento, que repercuten al estilo y calidad de vida. En este capítulo se podrán encontrar temas referentes a cómo las personas vivencian la obesidad, teniendo como objetivos principales esbozar un marco general de cuáles fueron los aspectos que promovieron su obesidad, las principales prácticas y experiencias que tuvieron a lo largo del período en el cual presentaron obesidad y, finalmente, la relación experimentada con el cuerpo.

Se expondrán las vivencias de los entrevistados respecto a la obesidad, y, para ello, se hizo un análisis de dichas vivencias que fueron narradas a través de la codificación en categorías, subcategorías y sub-subcategorías, detectando los vínculos entre los conceptos e incluyendo aquí los pesajes más elevados, donde estarán enmarcados y mostrados por diferentes unidades de significado.

### **7.1 Antecedentes de obesidad**

La obesidad es una enfermedad de alta prevalencia, que, además de ser multifactorial, las consecuencias y áreas donde tiene impacto son también diversas, lo que complejiza su abordaje. Para hablar de un tratamiento eficaz, en el cual se ponga la mira una modificación en el estilo de vida a largo plazo, es necesaria la comprensión de las condiciones psicosociales que existen para que una persona desarrolle este padecimiento, se destaque el deterioro que existe en consecuencia a éste, nos permitamos entender lo que para la persona significa vivir con este padecimiento (es clave la interpretación que tiene para los métodos de afrontamiento que utiliza) y finalmente, se muestren los principales tratamientos previos que generaron resultados insuficientes junto con los motivos para su fracaso; moviéndonos así en un

panorama mucho más preciso y desarmado que nos lleve a la implementación congruente de estrategias en base a las vivencias de las personas con obesidad.

En este primer tema se encontraron 6 categorías centrales de las cuales se desprenden 22 subcategorías y sobre ellas 15 sub-subcategorías. Se muestra a continuación en el diagrama (Figura 8) el análisis generado a través de las entrevistas realizadas, con las principales categorías y conceptos relevantes en los antecedentes de obesidad. Posteriormente, se inicia con la información detectada en cada categoría.

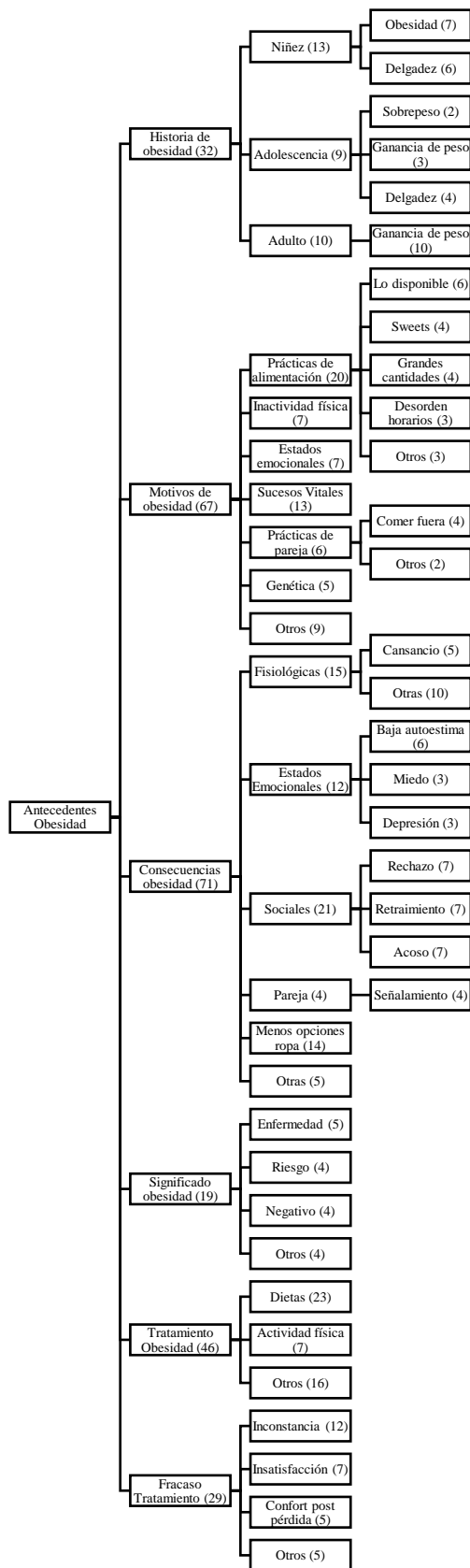


Figura 8. Diagrama de Antecedentes de obesidad. Elaboración propia, 2021.

## **Historia de obesidad.**

El inicio de la ganancia de peso y obesidad nos permite dirigir los esfuerzos a ciclos de vida específicos de la persona donde existe mayor prevalencia de obesidad. Cabe destacar los datos actuales de México donde se señala que la prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años es del 18%; en el grupo de 12 a 19 años el porcentaje es de 21% en los hombres y 27% en mujeres; en el grupo de mujeres de 20 a 29 años la prevalencia de obesidad representa 37% y para el grupo de 30 a 59 años aumenta a 46%; y se observa un aumento menos pronunciado al pasar de 42% de 20 a 29 años a 35% en el grupo de 30 a 59 años en hombres (INEGI, 2020). Como se puede observar, existe un pequeño declive en la edad que comprende la adolescencia, pero la tendencia después de la infancia es a incrementar el porcentaje de obesidad con la edad.

En los casos aquí estudiados referentes a la niñez, se encuentra relevancia tanto en la presencia de obesidad como de casos de delgadez, siendo los entrevistados muy conscientes de cómo se ubicaban frente a los demás miembros de la familia y cómo eran percibidos, por ejemplo, Juan Pablo (37 años) habla respecto a su obesidad:

yo siempre desde niño, he sido, eh, he sido como gordito, llenito, desde niño, cosa de que mi familia es siempre es así, eh, o sea, ellos son así, yo era un poquito más obeso de, en mi familia, yo era el más obeso de mi familia [...] entonces siempre he sido, siempre fui como, siempre tuve obesidad, desde niño

o Vanessa (32 años) refiriéndose a su percepción en la niñez:

yo empecé, yo era muy delgada, muy muy delgada de niña, o sea, tan delgada que me decían la flaca, o sea, no, o sea yo toda, toda mi niñez fui súper súper, la niña flaquita, esa era yo, este en la secundaria me baja y me empiezo a embarnecer, pero delgada, ¿si sabes? O sea, nada fuera de lo común

El hecho de que la obesidad se presente desde la infancia repercute de manera negativa en calidad de vida de los adultos, así lo han señalado diversos estudios, entre ellos, Garaulet, Puy, Pérez, Cuadrado, Leis y Moreno (2008) que subrayan que este período puede determinar el comportamiento y elecciones del estilo de vida en la adultez, por lo que si un niño tiene obesidad es probable que la mantenga en la edad adulta.

Se puede ver reflejado en la mayoría de las personas entrevistadas para esta investigación cómo la ganancia de peso se exagera sobretodo en la adultez, coincidiendo con los datos reflejados de INEGI (2020) previamente expuestos, donde los mayores porcentajes son justamente en este ciclo vital. Las personas en sus narrativas alcanzan a ubicar ciertos momentos que marcaron la subida de peso, pero sobretodo señalan que las edades comprendidas para ello fueron de los 28 a los 30's o también ubicando eventos específicos como el matrimonio o la etapa universitaria.

Esta información permite valorizar la infancia como un período de relevancia para el cuidado del peso pues su repercusión en la edad adulta es directa, pero también, que el mayor incremento sea en la adultez da pauta a estudiar los motivos que se perciben para tal aumento, lo que se analizarán a continuación.

### **Motivos de obesidad.**

Cuando se habla de los motivos de obesidad, son varios los estudios que enlistan diferentes factores que pueden tener cabida en su adquisición y mantenimiento, pero definitivamente lo que todos argumentan es lo multifactorial en su génesis. Precisamente en las narrativas de las personas entrevistadas se pudo ver reflejada la variedad de razones por las cuales comienza el incremento de peso hasta llegar a un Índice de Masa Corporal (IMC) que les preocupó y les impulsó a tomar la decisión de la cirugía bariátrica. Fueron seis categorías las que resaltaron en un mayor pesaje recabados por las entrevistas: prácticas de alimentación, hábitos poco saludables, estados emocionales, sucesos vitales, prácticas de la pareja y la genética.



Las prácticas de alimentación o hábitos alimenticios comprenden todas aquellas formas, elecciones y acciones que lleva una persona sobre la manera en que se alimenta. Éste es uno de los factores más señalados por los profesionales de la salud y también conocidos por las personas como causante del incremento de peso. En las narraciones son mencionadas algunas prácticas que sobresalen más que otras.

Una de ellas, es consumir lo disponible, refiriéndose a que se come lo que se tenga a la mano o de más fácil acceso, sobretodo por ahorro de tiempo. Aquí es donde repercute la industria alimentaria, y recordemos que “en México cerca del 58% de las calorías consumidas en la dieta de los mexicanos están conformadas por alimentos y bebidas empaquetadas” (Popkin, 2014, p.5), lo cual pudiera estar íntimamente relacionado con el hecho que suelen ser estos tipos de alimentos los más rápidos y fáciles de conseguir, pero que a su vez son los más ricos en sodio, grasas saturadas y azúcares. La principal explicación que dan los entrevistados para esta práctica tiene que ver con la premura y poco tiempo disponible a causa del trabajo y estudio, por ejemplo, Jesús (42 años) lo explica de forma concreta:

lo disponible, ¿verdad? Y usualmente muy rápido, ¿verdad?, cuando tienes oportunidad vas y te comes rápido lo que encuentres ¿verdad?

Y Germán (44 años) y Luis (34 años) sucesivamente, muestran el tipo de alimentos que por disponibilidad podían encontrar:

yo decía: ‘bueno pues no comí bien, desayuné, ya sabes, un café y un pan en el Starbucks del aeropuerto’

Si era refresco, refresco, si es agua fresca, agua fresca, si es pizza, pizza, ¿por qué? Porque no tenía la oportunidad de hacerlo, y este, ahí es donde empiezo a modificar los hábitos de comida que yo tenía en mi casa, que la verdad es que en mi casa no comía tan mal

Se encuentra por el mismo camino del poco tiempo disponible un hábito que también causa la obesidad y es el desorden de horarios. Este tiene un doble efecto, pues las personas al saltarse horarios o tiempos de comida llegan a la próxima comida con más hambre, lo que lleva también a otro factor detectado que fueron las grandes cantidades, como lo explica Vanessa (32 años):

[...] mi problema fue que yo empecé a subir de peso porque pasaba mucho tiempo sin comer, entonces ahí fue cuando, entonces cuando decía ‘pues es que, si no desayuno y es la una, entonces ya mejor me siento a comer’ entonces, me súper servía de comer, o sea que era el, que la carne, que, con la pasta, que, con eso, entonces, era como muy así

Finalmente refiriéndonos a las prácticas de alimentación, el consumo de sweets o alimentos que incluyen gran cantidad de azúcares como pueden ser los dulces o panes dulces fue otra de las costumbres que se notaban como regulares en algunos entrevistados, notando que se incluía de forma regular y cotidiana.

Otro de los factores que más se le atribuyen a la obesidad es la inactividad física o sedentarismo. Aquí se pudo encontrar que los entrevistados lo referían como un mal hábito que combinado con una mala alimentación generaba peores resultados, algunos acostumbraban a hacer ejercicio más jóvenes, pero con la carga del trabajo y escuela fue que lo eliminaron o disminuyeron, como Jesús (42 años), mientras que para otros no ha sido un hábito en su historia de vida como en la de Vanessa (32 años):

entonces normalmente desayunaba y comía con la guardia que estaba en turno, ¿verdad?, entonces cambié de comer cochinas este, una vez cada 24/48 horas, o sea, 24, luego descansaba dos, a hacerlo diario, entonces eso aunado con la falta de ejercicio, mi peso se disparó (Jesús, 42 años),

y no, la verdad no, nunca he sido de hacer ejercicio, ni, nunca he sido de, nunca he sido de hacer ejercicio, nunca he sido, la verdad como un poco perezosa para eso, entonces, o sea, no había forma de como bajarlo (Vanessa, 32 â):

Los estados emocionales fueron referidos también por los entrevistados como determinantes para subir de peso, sobretodo por las prácticas de alimentación que genera:

y de estrés, o sea también comía muchísimo de estrés, y eso me di cuenta hasta que estaba el diario de comida, que cuando notaba que estaba estresada, que cuando, y yo soy una mujer muy estresada, soy como muy así de nerviosita, entonces pues a cada rato comía cualquier cosita, pero nunca, yo no lo, yo no lo pensaba como comida, no sé si me doy a entender, no pensaba así que ahorita me voy a sentar, no o sea, si yo decía que voy a comer, si me comía como una barrita, yo no lo traducía como una comida de algo, lo traducía como ‘ay, un tentempié’ (Vanessa, 32 â)

Los principales estados que se refirieron en este rubro fueron: estrés, pereza, ansiedad y depresión. Cabe destacar que existe una discusión entre los investigadores de salud mental y obesidad sobre si ciertos estados emocionales o psicopatología son causa o efecto asociado a la obesidad; Esquivias, Reséndiz, García y Elías (2016) refieren que hasta el momento no se ha establecido, pero ellos señalaron resultados que abonan tanto a ser causa y a ser efecto, pues se encontraron tanto como motivo de la obesidad como consecuencia de ella.

Otro factor que tiene que ver con los motivos de obesidad son los sucesos vitales, que se define como “los hechos que son relevantes en la vida de las personas y que estas reconocen como importantes para su cambio evolutivo” (Suárez, 2010, p.58); aquí se pudo encontrar que son distintos acontecimientos que repercutieron sobretodo en la edad adulta para el desarrollo de la obesidad, entre ellos: el matrimonio, el embarazo o tener hijos, cambiarse de ciudad, atravesar por un duelo o cambiar de etapa (adolescencia a adulto).

Al igual que los estados emocionales, el hecho de tener ciertos acontecimientos que impactan de forma trascendental en la vida, generan comportamientos y hábitos que pueden repercutir

en el peso, pues obligan a utilizar diferentes formas de afrontamiento para poder sobrellevar dichos eventos, implicando una reestructuración del día a día y de la energía utilizada, por ejemplo, cambios de horarios que disminuyen la posibilidad de hacer ejercicio o destinar más tiempo al cuidado de otros, ilustrado aquí el caso de Sandra (43 años):

pues es que han sido diferentes etapas, porque, cuando no tenía a los niños, pues me arreglaba, me iba a trabajar, este, cocinaba el fin de semana para tener comida de llevar a la oficina, mmm, los fines de semana, no sé, salíamos de paseo, o alguna reunión, algún evento social, aaaa, iba más al gimnasio, el peso no era el que yo quería pero era un peso como aceptable, y después, mmmm, cuando nacen los niños, bueno, cuando nace mi primer hijo, fue sólo hijo, o sea no, mi cuidado era bañarme y alimentarme, todo lo demás era para el bebé

o en el caso de Juan Pablo (37 años) que atraviesa por un cambio de etapa, cambio de ciudad y un duelo y nota un incremento en su peso:

si, cuando salí de la preparatoria, que entre a la universidad, empecé a tener muchos, o sea me empecé a enfrentar con problemas ya diferentes con cosas diferentes, empecé, cambie de ciudad, me fui a una ciudad más grande, la universidad, falleció mi papá y... empecé a tener como más problemas y empecé a engordar, subí mucho de peso

Por otro lado, las prácticas que se tienen en pareja o actividades en conjunto aparecen también como una referencia de motivos de obesidad, pues dentro de ellas con frecuencia se encuentra la costumbre de salir a comer o como parte de actividades placenteras se incluyen alimentos hipercalóricos que no contribuyen a un cuidado del peso. Una encuesta de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2015) reportó que 81% de las personas entrevistadas considera que la fase de la relación de pareja en la que se encuentre afecta al peso y se anunció también que las encuestadas aumentaron casi 4.5 kg desde que se enamoran hasta que la relación se consolidó, siendo una causa principal las discusiones frente a la tranquilidad emocional. Tenemos las narrativas de Luis (34 años) y Juan Pablo (37 años) respectivamente que afirman el impacto de la relación de pareja sobre el peso:

empiezo a salir con Vane, la conozco en la universidad, que es un contexto diferente al mío, y de hecho yo, muchas veces lo digo, no es que yo le eche la culpa, pero es que yo con Vane conocí otro mundo que yo no conocía que “vamos al restaurante de acá, vamos a probar esto, vamos a probar lo otro”, entonces, pues el amor engorda, y ya olvídate ¿no?

De hecho cuando la conocí, a ella, fue la parte, haz de cuenta, poquito antes de conocerla fue cuando te digo que baje como 15 kilos, este, estaba yo más delgado, me hice, me estaba empezando a sentir bien, y cuando la conocí a ella, empecé como a que, me relaje un poco y nos relajamos y ya era como “ah pues comamos, vamos para aquí, vamos para allá, vamos a hacer esto, vamos a hacer aquello”, y, y, ahí también subí otro cachito más de peso, ya me casé, y ya subí otro cachito más, ahí se fue te digo otro, se fue yendo, se fue bien sutil eso, y eso fue lo que pasó.

Por último, nos encontramos con la causa genética, donde algunos entrevistados evidencian que sus familiares han tenido también obesidad y, por ende, ellos la desarrollan también. Como se mencionó anteriormente en la perspectiva teórica sobre obesidad, se ha estudiado la heredabilidad como contribución a la obesidad, siendo documentado hasta un 50% de rango dado por los genes (Lyon y Hirshhorn, 2005), pero también es necesario recordar que para que la obesidad se desarrolle, tiene que existir interacción con factores ambientales propios de la persona. Las personas entrevistadas de esta investigación alcanzan a detectar la presencia de heredabilidad, pero también unen a ella las elecciones alimenticias que dieron pie a la obesidad:

pues mira, este, nosotros desde chiquitas, o yo desde chiquita he sido llenita, yo creo que en parte ha sido herencia y aparte de que yo le echo de mi cosecha, pero siempre he tenido el problema del sobrepeso, entonces fue si desde la infancia, que yo este, me vi gordita pues (Lisandra, 36 años)

por esta situación, y pues bueno, empecé a subir mucho de peso, pero, además, este, toda mi familia es obesa, este, entonces pues si yo obviamente me dejo y empiezo o porque pues como te he comentado, yo busco mucho, como de que me refugio más que nada en lo dulce, las galletitas, en el pan, y así, entonces pues así, entonces yo empiezo a comer todo eso, pues yo obviamente voy a subir de peso (Mayte, 45 años)

### **Consecuencias de la obesidad.**

Los alcances y repercusiones que llega a tener la obesidad en una persona no sólo se concentran en lo físico, sino que es una enfermedad con afectaciones en muchas de las principales áreas de vida de una persona, por ello, las vivencias de la obesidad no sólo se limitan a las comorbilidades, sino también suelen destacar aspectos sociales y emocionales. En el caso de las personas que nos compartieron sus narrativas, la mayoría nombra varias consecuencias de distintos tipos, entre las que se destacaron:

Consecuencias en el área fisiológica o referentes al funcionamiento del cuerpo, sobretodo haciendo énfasis en alteraciones de indicadores que denotan afecciones como triglicéridos o colesterol elevado, y otros, por ejemplo, que generaban menor competencia del cuerpo como somnolencia, dolores físicos y apnea obstructiva del sueño, y además, el cansancio, como lo describe Sandra (43 años):

estaba harta de verme como me veía, estaba muy cansada, física y emocionalmente, o sea, físicamente es muy cansado ser gordo, o sea, yo ya tenía que agarrar aire, estoy diciendo gordo como eufemismo porque estaba obesa, tenía que agarrar aire para agacharme a abrocharme los zapatos, me dolía las rodillas, me dolía la espalda, me cansaba muchísimo

Ahora, los estados emocionales vuelven a aparecer, pero ahora no como causa sino como efecto, reflejando que la condición de obesidad es capaz de generar inclusive un estado de psicopatología en la persona, sobretodo por la baja autoestima que genera la percepción del

cuerpo y lo que implica una imagen de obesidad, el miedo en el sentido de no poder enfrentar ciertas situaciones o percibirse como poco suficiente y, en algunos casos, hasta depresión:

ay, pues a mi me afectó mucho en todos los aspectos, porque pues si me deprimía, vi que quería, me gustaba una ropa y decía ‘no me queda, no hay talla más grande’, este, emocionalmente pues, este, pues me da para abajo, o sea, de que me agarraba hasta llorando a veces y, y, y siento que era mi responsabilidad pues, pero si, en ese lado si me afectó (Lisandra, 36 años)

pues la verdad yo me sentía mal, mal en cuestión de tanto de emocional, emm, me sentía fea (Mayte, 45 años)

Existió también un pesaje muy relevante en el aspecto social, donde, por el hecho de presentar obesidad, percibieron que las demás personas podrían rechazarlos o inclusive molestarlos hasta el grado de cometer acoso psicológico o físico, sobretodo en la niñez por parte de familiares o compañeros de la escuela.

Me gustaría hacer énfasis en este aspecto por el efecto que tiene en la salud mental de las personas con obesidad estas actitudes. Un artículo en México titulado “Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones” de Bautista-Díaz, Márquez, Ortega-Andrade, García y Álvarez (2019) presentó como componentes de un peso corporal elevado la estigmatización y la discriminación en los contextos primarios de socialización (familia, trabajo, escuela), siendo aquí donde se engendran, expresan, reproducen y toleran. En este trabajo citan dos enunciaciones importantes: padres con estigmatización de la obesidad, le prestan menos atención y hacen más comentarios negativos a la apariencia a sus hijos con exceso de peso (Holub, Tan y Patel, 2011) y en mujeres adultas con obesidad, las personas que más las estigmatizaban con el tema de su peso era la misma familia, iniciando por su mamá, seguido el esposo, su padre y después los hermanos (as), lo que llevaba al 79% de los que tenían esta discriminación por el peso a afrontarla comiendo en exceso aún sin tener hambre (Puhl y Brownell, 2006).

En este trabajo, efectivamente se nota muy marcado el estigma y discriminación hacia las personas entrevistadas por su obesidad, con un constate señalamiento de la familia o personas cercanas de su ambiente diario, situación que se reflejó en los entrevistados:

Generalmente los fines de semana que nos juntábamos para desayunar, comer o cenar, ella (refiriéndose a su mamá) hacía el desayuno, el huevo, los bolillos o los birotos, con mantequilla, y siempre me estaba regañando porque yo quería comer otro y no me dejaba, y siempre ella decía: “Dios ¿por qué? ¿por qué me mandaste una hija tan gorda?” (Sonia, 47 años)

[...] de niño, pues el gordito, ay que pegarle [risa], entonces siempre fue mucho de por ahí, por esa onda, muy clásico, del gordito, entonces sí, sí me afectó (Juan Pablo, 37 años)

no es aceptado, que hay que cambiarlo porque esto no está bien, y luego, la gente alrededor “ay, es que mira, si bajaras un poquito de peso y te pusieras esta ropa, tú que estás tan alta, o tú que...” Siempre es como, como si fuera un desperdicio lo que tienes porque estás gorda ¿sabes? O sea “ay mira, tan bonita cara, te verías bien si bajaras” “ay mira, tan alta, te verías tan bien con esta ropa si bajaras” (Sandra, 43 años)

Además de la respuesta de los otros, otra consecuencia en el área social es un retraimiento marcado, donde los entrevistados optaban por no notarse, evitando salir a lugares concurridos:

porque pasa otra cosa que luego uno no se da cuenta, este, yo sí creo que inconscientemente trataba yo de no salir de no acudir, yo era imposible que fuera a fiestas de quince años, que fuera a una boda, que fuera a un convivio, me costaba mucho trabajo, pero yo, yo, lo atribuía a que yo no quiero ir, no me gusta y punto (Juan, 48 años)



Existió también, por parte de la pareja un señalamiento de la condición de la obesidad, sin embargo, fue mayormente entendido como una forma de interés y cuidado, pues la pareja al referirles su obesidad lo extendían con preocupación hacia su salud y riesgos de enfermedad que podrían tener en un futuro:

mi mujer fue muy paciente, se lo agradezco de todo corazón, este, al contrario, siempre fue una motivación, ella fue la que me impulso, o sea, logró encontrar la forma de cómo no decirme gordo, pero ve con un bariátra [risas] (Germán, 44 â)

“ya estas subiendo otra vez, ya estas más gordita” (le decía su esposo) pero no, no, no para herir, hacerme sentir mal o algo, sino por, por hacerme entender que debo de este, de mejorar mis hábitos alimenticios (Mayte, 45 â)

Finalmente, una consecuencia de la obesidad que fue muy referida, con un pesaje sobresaliente, es la poca existencia de opciones de ropa que pueden vestir, pues la experiencia de buscar tallas extras en tiendas o elegir de su guardarropa algo, normalmente generaba malestar emocional por las opciones limitadas que tenían, incomodidad por el ajuste que la ropa daba o inclusive se convirtió en la razón por la que algunos de los entrevistados se dieron cuenta del verdadero impacto y grado de la obesidad que tenían que en cierto sentido minimizaban. Esta consecuencia se vio reflejada significativamente tanto en mujeres como en hombres:

entonces antes el buscar ropa era horrible, yo lo odiaba, si tenía un pantalón que me quedaba, me ponía ese pantalón todos los días, no hay problema, me ponía ahí una blusilla para arreglarme e iba a trabajar, pero era muy difícil conseguir ropa, si tenía una fiesta [exhala], me, lloraba, hacia berrinche, me ponía de mal humor una semana, era horrible, horrible, horrible, te sientes... yo me sentía muy mal, me veía en el espejo y era como ‘que fea me veo’ (Sandra, 43 â)

porque pues si me deprimía, vi que quería, me gustaba una ropa y decía ‘no me queda, no hay talla más grande’, este, emocionalmente pues, este, pues me da para abajo, o

sea, de que me agarraba hasta llorando a veces y, y, y siento que era mi responsabilidad pues, pero si, en ese lado si me afectó (Lisandra, 36 â)

la última vez me tocó ir a un viaje a Los Ángeles y pues llego a la tienda ya sabes, y pues ya me empecé a probar las 2XL que digamos que era mi talla, y pues oh sorpresa ¿no? Me tuve que ir a la 3XL, y pues la 3XL ya no me entraba, o sea ya no me cerraba, me cerraba justito ¿no? No era como a mí me gustaba, a mí nunca me ha gustado la ropa pegada, entonces la 3XL ya no cumplía mis expectativas, y dije ‘pues que voy a hacer ¿no?’ (German, 44 â)

entonces este, empieza ese, esa, ese sentido de frustración, que ya comprarme ropa no era tan fácil eee, etc. ¿no? El, la federación que yo por ejemplo me encargaba de comprar los chalecos que usamos en la, en el terreno ¿no? Pues no había tallas para gordos, porque pues la mayoría de la gente no es gorda, ¿verdad? Entonces este, las tallas que teníamos estándar pues no había, no me quedaba, no me quedaban bien, entonces este, yo también abogaba por los derechos de los gordos y mande a hacer chalecos más grandes, pero bueno, ahí me empiezo a dar cuenta nuevamente que, que está mal, y que hay que corregirlo (Jesús, 42 â)

Todas estas consecuencias en obesidad abarcan distintas áreas de vida con una connotación negativa y difícil, lo que va a ir apuntalando a que el significado de padecer obesidad se vaya construyendo desde las vivencias y experiencias adquiridas de forma negativa. A continuación se enuncian las interpretaciones que se dan a la obesidad.

### **Significados de la obesidad.**

El significado que se le da a la obesidad por parte de quienes la presentan es importante pues demuestra la relación que se tiene con la enfermedad más allá de su connotación fisiológica y puede ser punto de partida para el tipo de afrontamiento o tratamiento que eligen dar, pues una percepción de la obesidad que implique mayor riesgo puede movilizar más a un afrontamiento activo y mayor participación.

Autoras como Palma y Lasagni (2019) documentaban narrativas donde las personas con obesidad expresaban malestar interno e insatisfacción, denotando sobretodo a la obesidad como una enfermedad incapacitante. En las narrativas de esta investigación se encontraron principalmente tres significados que implican una connotación de peligro y conflicto: enfermedad, riesgo y significado negativo, coincidiendo con las autoras previamente mencionadas. Algunas de las narrativas que se encontraron en esta investigación con estos tres significados respectivamente son:

¡ay! pues como una enfermedad grave, que sí te puede llegar a afectar en varias aspectos de la vida, este, tanto emocional, física, todo, en todo te afecta, entonces si, a mi se me hace un, lo veo como un problema muy grave (Lisandra, 36 â)

[...] pues entonces ahora lo veo que es un gran riesgo de caer en tu zona de confort, digo no cuidarte, de no atenderte, de, y que puedes terminar en un infarto, en, te digo en una diabetes, te digo en muchas cosas que tú cuando estás gordo no las ves ¿no? O sea no, no lo dimensionas de esa manera (Germán, 44 â)

es algo muy fácil de, es lo más fácil del mundo de contraer, obesidad, es la cosa más sutil que entra a tu vida, este, eh... y te acarrea muchos problemas, en realidad son muchos problemas (Juan Pablo, 37 â)

El hecho de que los significados en los entrevistados tuvieran esta connotación es congruente con el tipo de tratamiento elegido, pues la elección de cirugía bariátrica ha sido catalogada como el procedimiento de mayor éxito a largo plazo (Espinet-Coll et al., 2018) y considerado como un procedimiento de salud, no estético. Este procedimiento quirúrgico se puede considerar como opción después de tener una serie de tratamientos y esfuerzos para bajar de peso fallidos, como se puede ver reflejado a continuación en las personas de este estudio.

## **Tratamientos previos de obesidad y razones de su fracaso.**

A lo largo del tiempo, la industria dedicada a la pérdida de peso ha ido fortaleciéndose, considerándose una industria millonaria. Cada vez más se tienen numerosos productos, dietas y tratamientos que son comercializados como soluciones a la obesidad, volviéndose muchos de ellos tendencias o inclusive dictan ciertos estilos de vida; algunos son pasajeros, otros se incluyen como prácticas rutinarias en la vida de las personas, sin embargo, la mayoría de ellos funcionan sólo a corto plazo. El mantenimiento del peso perdido es un problema de gran magnitud, donde la reganancia de peso es muy común.

Efectivamente, en esta investigación se pudo ver reflejado el fracaso de tratamientos anteriores a la cirugía bariátrica, siendo los dos más comunes las dietas y la actividad física que fueron utilizadas tanto en hombres como mujeres, entre otras opciones con menos pesaje como la liposucción, tratamientos alternativos, medicamento y terapia, éstos métodos varios fuera del ejercicio y dietas fueron mayormente elegido como complemento por las mujeres, quienes dentro del mercado de los tratamientos para bajar de peso, son las principales consumidoras, lo que se confirma aquí. De igual manera, todos estos métodos fueron referidos como insuficientes pues las personas que participan en esta investigación no lograron la pérdida del exceso de peso necesaria ni su mantenimiento a largo plazo, lo que dio pie a indagar cuáles fueron las razones que percibieron para que dichos tratamientos fracasaran.

Una razón principal del fracaso que fue muy referida es la inconstancia en los tratamientos, siendo explicada por los participantes como interrumpir los tratamientos en determinados momentos, siguiéndolos en ocasiones y faltando a ellos en determinados períodos, lo que les ocasionaba comúnmente subidas y bajadas en el peso; en pocas palabras: existía falta de adherencia. En algunas personas aquí, se pudo ver relacionada la inconstancia con otro fenómeno: “el confort post pérdida”, es decir, cuando la persona notaba que comenzaba a bajar de peso y llegaba un peso “cómodo” aunque no fuera la meta, dejaba de seguir o atender el tratamiento de forma constante, explicado por algunos como “confiarse del resultado” o

pensaban que era fácil volver a bajar de peso; esto propiciaba que volvieran a subir y no permitía que se mantuvieran o siguieran generando resultados:

Siempre este, creí que en el momento que yo lo decidiera podía bajar porque, en este mundo de la obesidad, ee, cualquier dieta, cualquier tratamiento, cualquier receta que la gente, los vecinos, los amigos te dan, este, me funcionaba, yo era muy, muy fácil para bajar de peso, yo me proponía y, lo clásico, al mes, dos meses, tres meses que veías que con esa facilidad empezabas a bajar, pues volvías al desorden, volvías a las andadas y lo dejabas, ‘que al cabo a la hora que yo quiera bajo, a la hora que yo quiera’, este, y eso fue lo que me fue llevando hasta que ya se me empezó a hacer más difícil, y empezó y empezó, y empezó y hasta que ya no pude controlarlo (Juan, 48 â)

iba, algunas veces fui con nutriólogos, probé como cuatro distintos y el mismo tema, la verdad es que creo que yo me confiaba de que iba al nutriólogo y en dos meses bajaba 5 kilos, 6 kilos, y dejaba la dieta ¿verdad? Porque sentía que era muy fácil bajar (Jesús, 42 â)

Por último, otro factor relevante que se notaba en las participantes es la insatisfacción dirigida a los tratamientos, pues muchos implicaban hacer cosas que las incomodaban o les producían sensaciones o efectos adversos, por lo que mejor optaban por interrumpirlos o ajustar ciertas indicaciones, lo que las colocaba en tratamientos que no se pueden mantener a largo plazo e implicaban que las personas retomaran sus hábitos previos; es necesario aquí denotar que este factor fue notado únicamente en las mujeres, lo que tiene congruencia pues son las que en su mayoría eligen métodos además del ejercicio y dieta, con la necesidad de encontrar otras opciones más rápidas o inclusive entran a dietas estrictas que implican ciertos riesgos:

por ejemplo, esta hiperproteica que te digo, llegue prácticamente a mi peso, pero la tenía que dejar porque me sentía muy mal, me caía muy mal ese plan de alimentación, y cuando lo dejaba, soy muy desordenada para la comida, entonces la dejaba de un día para otro, y en cualquier dieta eso no lo puedes hacer, pero en esa, en especial, menos que en ninguna, entonces pronto recuperaré lo que había bajado (Sandra, 43 â)

yo sentía que no era algo normal, o natural se puede decir, porque incluso alcanzas a ver que te afecta tu ciclo menstrual (Sonia, 47 años)

Por último, vale la pena remarcar la diferencia en la elección de los tratamientos por género encontrada en este estudio, pues sugiere que es la mujer quien se expone a variedad de tratamientos complementarios para bajar de peso que pueden poner en riesgo su salud, inclusive con la propia dieta y ejercicio pueden llegar a seguir una rutina o lineamientos extremos y/o limitantes. Esta diferencia puede ser explicada por la expectativa al cuerpo femenino de cumplir cierto tallaje y peso, la cual suele ser más crítica y normativa para las mujeres que para los hombres (datos encontrados en el capítulo 7.3), por lo que se ven más presionadas a buscar métodos rápidos y funcionales, aunque impliquen discomfort o mayor gasto económico.

## **7.2 Hábitos practicados pre y post cirugía bariátrica**

La presencia de un conjunto de hábitos va conformando el estilo de vida que cada persona maneja. Moscoso-Loaiza y Díaz-Heredia (2018, p.178) definen los hábitos como “rutinas o patrones que se establecen en el organismo [...] la mayoría de éstos se vuelven inconscientes, en el sentido en que operan mecánicamente”; entonces tenemos que muchos de los comportamientos que las personas vamos manejando han sido automatizados, dejamos de dedicar tiempo a la elección consciente de decisiones y se convierten más bien en una repetición de conductas, las cuales no siempre llevan a resultados favorables, como se ve en la obesidad.

Como se describió en el apartado de motivos de obesidad (capítulo 7.1), la obesidad es multifactorial y se compone de numerosas conductas, las cuales suelen ser adquiridas en el ámbito familiar, pero como lo menciona James (1963), son reforzadas con la repetición, lo que las va convirtiendo en hábitos. La importancia de detectar los hábitos familiares, hábitos previos a la cirugía bariátrica y los posteriores a la intervención radica en diferenciar los comportamientos adquiridos de los aprendidos, remarcar el flujo de relación que puede existir

entre los familiares y los propios previo a la cirugía y notar los hábitos que generan que la cirugía bariátrica sea el tratamiento más efectivo a largo plazo (Espinete-Coll et al., 2018).

En este segundo tema fueron encontradas 3 categorías centrales de las cuales se desprenden 12 subcategorías y sobre ellas 21 sub-subcategorías. El diagrama siguiente (Figura 9) ilustra el análisis de las narrativas de los entrevistados respecto a los hábitos previos y posteriores a la cirugía bariátrica para después, exponer los que más destacan y su relevancia a este estudio.

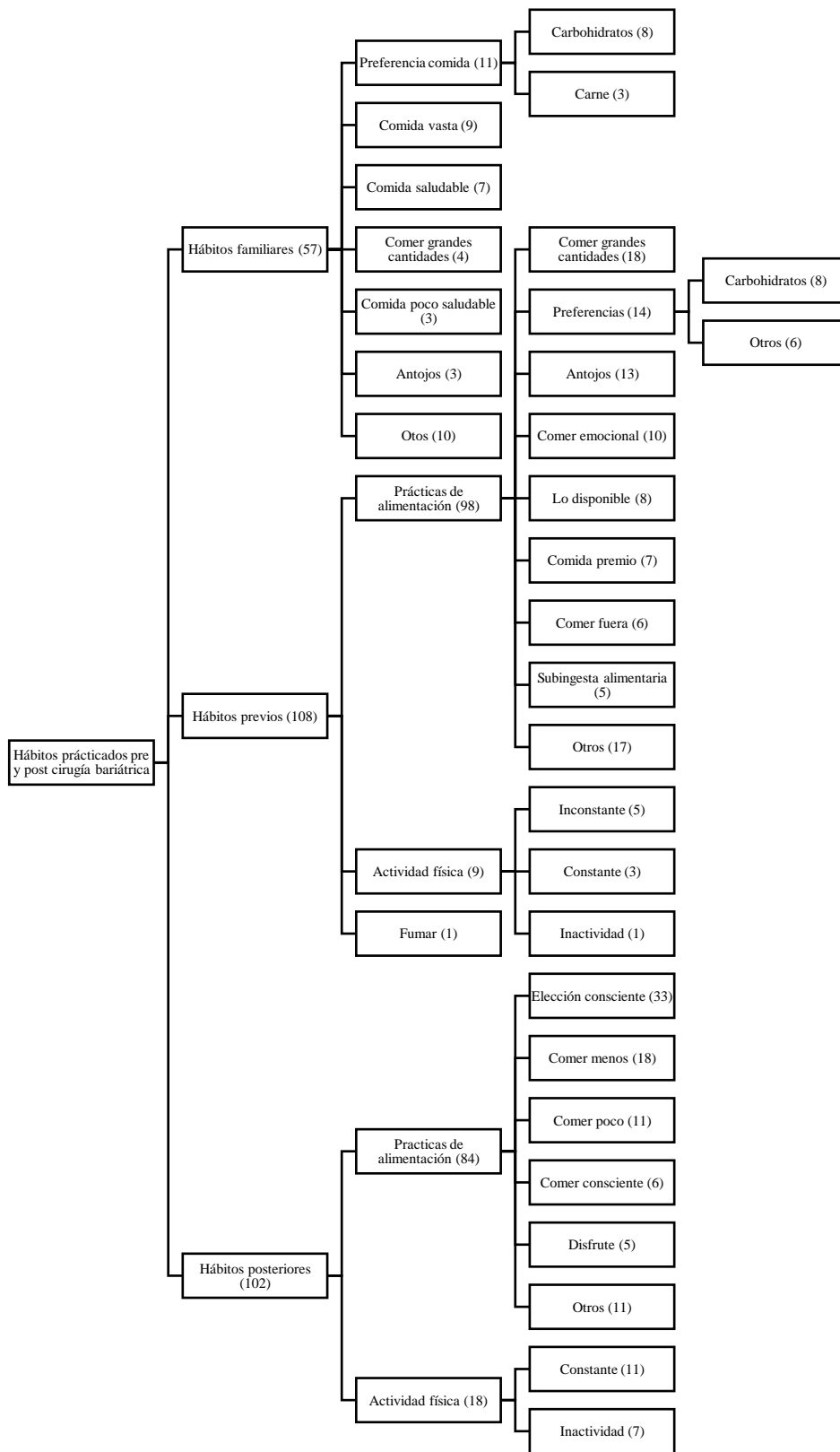


Figura 9. Diagrama Hábitos practicados pre y post cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.



## **Hábitos familiares.**

Si se pretende realizar una valoración psicológica a una persona candidata a la cirugía bariátrica, hacer una entrevista a profundidad va a ser una herramienta necesaria pues es indispensable la comprensión de los antecedentes que llevaron a adquirir hábitos poco saludables que fomentan la obesidad; dentro de estos factores predisponentes, se encuentran los hábitos de la familia de origen con los que se creció.

Recordemos que Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010) han señalado que la familia cercana a las personas con obesidad moldea los hábitos alimenticios y Téllez (2019) logra identificar que las personas con obesidad se encuentran en familias con un ambiente “facilitador de consumo” (p.235), lo que implica que se acostumbra, se promueve y se da acceso con facilidad a la comida.

La información otorgada por los entrevistados en esta investigación muestra en las familias mexicanas una variedad de comportamientos y hábitos en la alimentación, pero son tres los que logran tener una mayor relevancia:

Primero, se identifican ciertas preferencias por algunos alimentos, sobretodo, familias que incluyen prioritariamente carbohidratos y que, inclusive, se logra identificar en algunos de los entrevistados la continuidad a esas costumbres, pues mantienen el hábito desde la infancia:

mira por ejemplo los birotos, el birote, ese si no lo puedo perdonar ¿no?, porque desde que era niña te digo, era el birote con mantequilla, y pasa el señor en la mañana aquí con el carrito y quiero salir a comprarle ¿no? [...] eso de cuando era niña , siempre, o sea, el pan para mi es así desde que desde que uy no, desde que tengo uso de razón, es el pan (Sonia, 47 â)

Mayte (45 años) contestando a la pregunta de ¿qué se usaba que comieran en tu casa?:

doble tortilla, guisado, sopa, pastas... pues nada más, o sea, de no hemos sido muy afectos a las verduras

Otro hábito que se destaca es el hecho de comer de forma vasta, los entrevistados describen una forma de comer particular, donde existe variedad de comida y grandes cantidades, lo que Téllez (2019) ha encontrado en narraciones con personas con obesidad como “comer bien” (p.236), aquí también se detecta con mucha incidencia en la infancia de personas con obesidad. Esto es un hallazgo relevante que se debe tomar en cuenta para la intervención con familias, pues es un núcleo por abordar si se pretende incidir en la génesis de las prácticas de alimentación y también, en la dinámica diaria que existe en la hora de comer en las familias mexicanas. Aquí se exploran algunas narraciones:

siempre, siempre, siempre, siempre, y eso por parte de mi papá y creo que es por parte de esta familia que te menciono, siempre aquí la comida ha sido muy vasta, o sea, es “vamos a hacer aquí...” cuando se hace una carne asada no compras un pedacito de carne asada, compraba mi papá, mataba un borrego, o sea [risas] entonces siempre era así, siempre así son mis hermanos, así es aquí en mi casa, entonces, pues, siempre ha sido como que, de más, pues (Juan Pablo, 37 años)

mmmm, mmm, yo me acuerdo que mi mamá cocinaba, aaa, variado ¿no? no, no era como, como frituras o, o sea, me acuerdo que hacía carne, caldo de res, que le llaman o caldito de pollo, albóndigas, o sea, eran comidas donde había carne, verduras, caldos, que ella hacía, pero, era mucha comida, o sea, si éramos muchos en la casa y si llegaba visita, alcanzaba para nosotros y para la visita, siempre había mmm, por ejemplo, masa, muchas tortillas, mucha leche (Sandra, 43 años)

tenía un vecino, ya sabes de la infancia, y decía que ir a mi casa a comer era como ir a una fonda porque mi mamá cocinaba como tres, cuatro cosas, hacía un guiso, otro guiso [...] yo cuando estaba niño yo decía ‘a lo mejor no les alcanza para comprar

carne ¿no?’ o sea, esa era la forma de ver las cosas, porque en mi casa siempre había pues por lo menos dos o tres opciones de comer carne, o sea carne un tipo, carne con chile, eh, cecina, lo que se te ocurra pero era mucho, poco pollo y poco pescado, entonces era mucho carne, carne, carne (German, 44 â)

Siguiendo en esta línea, las grandes cantidades van junto con las costumbres de alimentación en casa, lo que implica tiempos de comida con un exceso de calorías, además, los entrevistados siguen notando estas formas de alimentación con sus familiares en el presente, lo que también alerta a la intervención con familiares posterior a la cirugía bariátrica:

[...] es juntarnos a comer, y todos llevan comida, y llevan muchísima comida y ya que todo mundo esta súper lleno, que comimos, porque a parte cocinan delicioso, ya que estas súper lleno que comiste muchísimo, y muy variado, sacan el postre, y entonces, todos comemos postre, y es de buena educación repetir plato y cuando estás bien lleno ‘ándale, ándale’ y otro poquito (Sandra, 43 â)

En contraste, sí existen también personas en esta investigación que lograron ubicar en sus familias la inclusión de comida saludable, en todos los casos propiciado por la mamá que es quien cocinaba y era la encargada de la alimentación en casa, pero en algunos casos, se logran ver formas de alimentación poco saludable por parte de otro miembro de la familia, aquí por lo menos, la del padre:

mi mamá es muy, eee, muy disciplinada con su alimentación, bueno no disciplinada, la verdad es que mi mamá come muy sano, mucho de, mi mamá nos acostumbró siempre verduras, siempre comer este bien, pero, eee, mi papá si es panero y botanero de toda la vida (Luis, 34 â)

mi mamá en ese sentido siempre fue como muy ordenada, o sea, siempre fue como de “no”, siempre del plato que tuviera que tuviera como muy balanceado y cositas así, pero realmente, el desordenado ahí era mi papá, o sea, mi papá era de la cosa gorda, y cositas así de, del gusto (Vanessa, 32 â)

El hecho de que también existiera alimentación saludable como antecedente en las prácticas de alimentación pone de manifiesto de nueva cuenta lo multifactorial de la obesidad, siendo detonantes necesarios más factores para su composición.

Las prácticas de alimentación y hábitos que van siendo adquiridos a través de la familia pueden mantenerse o no a lo largo de la vida, a final de cuentas funge como una promoción de comportamientos base que van acompañando la cotidianidad, sin embargo, la práctica constante de ellos depende en gran medida de la funcionalidad, reforzamiento y la carencia de otros aprendizajes y alternativas para que la persona los mantenga, por ello, se hace la diferenciación y se expone también los hábitos que los entrevistados manejaron en su etapa adulta previo a iniciar el proceso bariátrico.

### **Hábitos previos a la cirugía bariátrica.**

Las prácticas de alimentación son de los principales hábitos identificados por los participantes de esta investigación seguido de la actividad física. En un estudio mexicano se documentaron los principales hábitos de alimentación en personas con obesidad severa (Reséndiz et al. 2015) y se encontraron los siguientes: las mujeres presentaron significativamente picoteo y comer hasta sentirse incómodas, y, tanto hombres como mujeres presentaron hábitos de “dejar el plato vacío”, comer rápido, comer sin hambre física, tener antojos dulces y salados, consumo frecuente de bebidas azucaradas, ayunos prolongados y la realización de sólo una o dos comidas al día; todos estos comportamientos suelen ser marcadores de un mal pronóstico en cuanto al peso y la salud, pues desequilibran la ingesta y pueden tener un componente emocional.

En este estudio, algunas prácticas fueron consistentes con las reportadas con anterioridad como es la subingesta alimentaria, que implica comer de manera desordenada en cuanto a constancia en alimentos, tiempos de comida de mucha ingesta y tiempos de comida de baja o nula ingesta; pero otros fueron diferentes y se resaltaron en varias narraciones.

El consumir “lo disponible” o, en otras palabras, la comida de más fácil acceso se encontró de manera significativa en los relatos, dando la explicación de este fenómeno sobretodo a consecuencia del trabajo, ya que para ahorrar tiempo o no perderlo se ubicaba la comida que no tardara en su preparación y la más cercana, esta descripción nos lleva a pensar en fast foods o comida rápida, además, muchos de los negocios de comida tienden a tener pocas opciones saludables en sus menús, sin contar que un platillo de calidad o “completo” lleva más tiempo de preparación. Podemos ver ilustrado esto en algunas narraciones:

mi problema era como comía fuera de mi casa totalmente y la, y pues todo el día anda en la calle, por mi trabajo, que trabajaba en una constructora y el diseño, y estudiaba arquitectura, pues todo el día andaba en la calle y comía lo primero que se me antojaba, lo primero que se me atravesaba (Luis, 34 â)

fíjate que, por mi actividad este, laboral, como que, tocaba esa parte de comer la mayoría de las veces en la calle, desayuno y comida en la calle, entonces este, hoy como sea, hoy hay muchas este, opciones ¿no?, muy sanas y todo, pero hace, si nos regresamos hace 15, 18, 20 años difícilmente te encontrabas algo sano, aparte de que no le gusta a uno lo sano ¿no? (Juan, 48 â)

En el plano de los antojos y comer emocional, se identifica una liga entre ambas y se describe aquí como “comida premio”, pues se seleccionan alimentos como recompensa o mediación a alguna situación, la particularidad de estos alimentos elegidos es que suelen ser de mucho agradado y alto valor calórico, lo que se liga directamente al incremento de peso:

cuando siento, así cuando estoy contenta o que, así que tengo una emoción o algo, me inclinó así mucho por ay, unas galletitas como que es mi premio (Mayte, 45 â)

lo mío es más de gusto, como de ‘ah vamos a comer’ y órale, me encanta la comida, me encanta la carne, entonces para mi era como literalmente como un premio, con decir ‘ah bueno ya trabaje, ya me avente todo el día ahí malpasándome, este, me voy guardando las calorías y me voy guardando todo para en la noche (Germán, 44 â)

La otra práctica relevante en estos casos fue el hecho de comer fuera de casa, que lleva de forma implícita perder el control sobre la forma de preparación y calidad de la comida al ser preparado por alguien más, pero también, el comer fuera suele ser visto como oportunidad para pedir antojos, “aprovechar” los acompañamientos que ofrecen en los restaurantes y no medir las porciones que se consumen, pues se pretende ingerir lo que viene servido en el plato, que suelen ser grandes cantidades de comida:

[...] de por si comía todo el fin de semana fuera, entonces el fin de semana era reunión con los amigos, cena con el otro amigo, este, comida del domingo con carne asada con el compadre, entonces para mi era como la forma de decir pues este es mi chiqueo, la salidas y la convivencia (Germán, 44 â)

pero también me di cuenta que era la dinámica de relación que yo tenía, por ejemplo, con mi pareja ¿no? que era muy de: vamos a celebrar, vamos a comer, vamos a, estamos contentos, ay que comer, es que esto, entonces se empezó mucho a volver mi relación, pues relación con todo, a través de la comida, o sea, era el pretexto para convivir, por decirlo de alguna manera, de que, pues vamos por un café, o vamos por un pastel, o vamos por esto, te digo estamos felices vamos a comer (Luis, 34 â)

La actividad física también fue señalada como una categoría que notaban en hábitos, pero en mayor pesaje había inconstancia en la realización de ejercicio, aunque otros sí lo incluían como una práctica constante. Lo interesante aquí señalado es que cuando se incorporaba el ejercicio como hábito, los entrevistados señalaron un éxito en la baja de peso importante, inclusive por sí mismo y sin hacer modificaciones de alimentación, pero la pérdida no era mantenida:

Hubo un tiempo en que baje como unos 15, 13 kilos, haciendo ejercicio, simplemente haciendo ejercicio, pero después lo recupere, y así, pues subía y bajaba un poco, nunca llegando a los como al, al deseado, pero, pero si, si, siempre he hecho ejercicio, mucho (Juan Pablo, 37 â)

[...] me puse las pilas, me metí al gimnasio, me puse a hacer de alimentación, claro, bajaba yo y bajaba mi esposo de peso, subía yo y subía mi esposo de peso, ahí logré bajar la verdad es que súper bien, yo creo que llegué a, no sé, yo creo que llegué a mi peso esa vez también, pero el problema es, sostenerlo (Sandra, 43 años)

Esto nos lleva a corroborar lo que la mayoría de los estudios documentan cuando obtienen reducciones significativas de peso: la asociación de ejercicio y recomendaciones dietéticas predice mejores resultados (Molina, Cifuentes, Martínez, Mancilla y Díaz, 2016). Por otro lado, las prácticas de alimentación frecuentadas en los participantes de este estudio van a tener efectos en el cuerpo por su desequilibrio en nutrientes, horarios y calidad, por ejemplo, el comer lo disponible con desorden de horarios o comida con exceso de grasa y azúcares a consecuencia de comerla fuera de casa generan desequilibrio nutricional, la consecuencia de ello es que existe pérdida de las reservas para que se repare el desgaste diario que sufre el organismo (La malnutrición, s.f.), ahora con estas consecuencias es difícil que pueda existir una continuidad en la actividad física, pues simplemente el cuerpo no estará en condiciones para ello.

### **Hábitos posteriores a la cirugía bariátrica.**

Es sumamente notoria la diferencia entre los hábitos previos a los establecidos después de la cirugía bariátrica, lo que explica el éxito de este tratamiento a largo plazo, pues los comportamientos del día a día se ven modificados de manera decisiva. Es aquí cuando se resalta la importancia de una preparación para el procedimiento bariátrico y una educación continua sobre los comportamientos y ajustes necesarios.

En las prácticas de alimentación, el principal hábito con un pesaje cuantitativamente relevante fue elegir los alimentos de forma consciente, lo que va a significar que se van a considerar y racionalizar cuáles alimentos, y en qué cantidad se consumen, todo con un fin específico, en este caso, el de una nutrición acorde a las necesidades del cuerpo ahora que tiene un funcionamiento distinto:

difícil, [risa], este, te digo que tengo una, me acabo de comprar una báscula, y mido y peso lo que me como [...] me compré mi báscula, tengo mi aplicación, mido y peso lo que me como, y veo al final del día o antes de cenar o cuando planeo mi día, estoy aprendiendo a contar, porque eso no lo hacía y pues hago cosas diferentes como no ir con hambre al súper, no compro comida empaquetada, leo las etiquetas, este, aunque tenga muchas ganas de refresco pues voy y me sirvo, no tengo refrescos en casa, si tengo ganas de refresco voy y me compro... no sé cuanto tiene que no tomo refresco, mucho, ujum (Sandra, 43 â)

pues si he ido aprendiendo como a que mi relación pues no es esa, mi relación pues es mi alimentación, y lo, y lo que me tengo que preocupar no es en que yo este agusto con mi paladar, este, sino a que me satisfaga, que me sirva y que no me desnutra, y que mi porcentaje de músculo no se caiga contra el de la grasa, entonces te digo, yo creo que hemos, sigo trabajando en ello, este, pero yo creo que poco a poco pos tiene que ser mejor y mejor, y mejor, o sea, ese es mi objetivo (Germán, 44 â)

ahorita realmente me gusta salir a comer, me gusta comer, lo disfruto, pero este, y trato de balancearlo un poco más, o sea, de antes, si antes la carga era con muchísima carne, ahora ya digo, no o sea, tengo que tratar de no, no cargarlo tanto hacia de un lado, entonces creo que si ha ido mejorando, y aparte lo noto, o sea, noto mucho cuando este, a nosotros nos dicen “es que tienes que comer como más proteína”, entonces se nota en tu piel, se nota en tu pelo, y la verdad es que si, entonces, trato de comer un poco más de proteína, no comer tantos carbohidratos, este, comer verduras, a lo mejor me hace falta como comer más verduras, pero si, incluso mis dietas, porque sigo yendo con la nutrióloga (Vanessa, 32 â)

El hecho de que exista ahora este filtro elimina automáticamente algunas prácticas de alimentación anteriores, por ejemplo, elegir lo disponible o por preferencia a los carbohidratos simplemente queda descartado, pues al existir una decisión orientada sobre qué



necesita el cuerpo ya no se mantiene un comer meramente hedónico o por ahorro de tiempo, pues esos ya no son los objetivos.

Otras prácticas de alimentación que vienen a consecuencia del procedimiento bariátrico son comer menos que antes y comer poco, ambas en el sentido de los ajustes anatomofuncionales que por sí mismos limitan la ingesta. La manga gástrica es un procedimiento restrictivo, es decir, menor cantidad de alimento es ingerido, y el bypass gástrico es catalogado como un procedimiento mixto, con la característica restrictiva pero también implica malabsorción de nutrientes. En las narrativas de los entrevistados se encuentran muy bien expuesta la consciencia y experiencia de los entrevistados con la noción de que su estado implica menor cantidad de comida, porque inclusive, llegan a tener síntomas físicos que les alertan sobre cantidades en exceso:

porque pues la verdad nomás para que se te quite el gusto (hablando de alimentos), porque la verdad en sí, cuando lo empiezas a comer, ni siquiera lo quieres ya, o sea eso que te hicieron, la operación, ayuda para que tú misma lo rechaces [...] (Sonia, 47 â)

eh, pues, ahorita también este, ee, estoy contenta porque pues obviamente ee, lo que como es una ración pequeña porque pues, me lleno muy rápido y pues trato de, de pausar, como más lento obviamente también por lo mismo también de tratar de comerme mi porción pequeña, de terminármela, porque yo muy rápido me lleno, este, me siento satisfecha, no satisfecha sino llena, entonces, hago una pausa, este, me la trato de terminar, para no tener al poco rato hambre, pero si disminuyo mi raciones (Mayte, 45 â)

Y, otras prácticas que abonan un resultado exitoso tienen que ver con comer de forma consciente y disfrutar, ambas en el sentido que la experiencia de ingerir alimentos se vuelve más presente, utilizando los sentidos y permitiendo mayor atención a este acto. En la actualidad, cada vez más se han formulado estrategias de alimentación orientadas a comer con consciencia, a partir de ello nacen los conceptos de mindful eating o comer con atención

plena y comer intuitivamente, que hacen referencia a guiar la alimentación por las señales fisiológicas del hambre y saciedad (Warren, Smith y Ashwell, 2017), lo que en especial un estudio de Rodrigues, Rodrigues de Oliveira y de Sousa (2020) contempló los beneficios de ello y encontraron que tras esta práctica se reduce la alimentación emocional, el comer basado en factores externos y episodios de atracón, reduce niveles de estrés, ansiedad y depresión; conviene resaltar que tantos los beneficios son a nivel salud física y emocional, lo que apunta a que son prácticas que vale la pena incluir para resultados de éxito.

En las entrevistas se observan algunos de estos puntos donde las personas notan la relación con la comida y atención dirigidas al hecho de sentirse satisfechas o saciadas, en lugar de llenas:

la verdad es que es muy buena (refiriéndose a la relación con la comida), o sea, yo sigo disfrutando la comida, o sea, no al nivel en el que era como un asunto como de, de saciar, ¿si sabes? Es que, o sea, si, ‘estoy celebrando’, o sea, porque era como ese punto, ¿sabes? Es mi momento (Vanessa, 32 años)

yo, amo el chocolate, los postres, amo los pepinos y el tomate, pero eso es de últimamente para acá, es una relación de últimamente, antes no la tenía, me doy cuenta, digo, que eso me, me satisface más rápido, y no me siento pues, no siento que haya hecho algo malo o que atente hacia mi cuerpo pues (Sonia, 47 años)

Por último, otras prácticas de alimentación fueron encontradas que traen una connotación negativa para la cirugía bariátrica: preferencia de carbohidratos, comer con culpa y compensar lo que no se puede comer dándolo a otros, curiosamente todas fueron sólo de una persona, de Sonia de 47 años, donde haciendo alusión a su descripción y ligándolo a sus cuidados, ella a preferido llevar el proceso más en solitario (sin las personas y familia cercana ni el equipo bariátrico) y las atenciones en casa van destinadas al cuidado de su pareja, más que al propio; en sus narraciones sobre estas prácticas lo que se alcanza a notar es un componente emocional de estos comportamientos, además precedidos de su forma de comer antes de la cirugía:

es como un sentimiento de que me lo quiero comprar (refiriéndose a alimentos) o lo voy a obtener, pero no me lo puedo comer

el pan, como te digo, el pan, porque a lo mejor como bien, en la mañana como te digo, me comí el medio de birote, pero a veces en la noche pasa el del pan y se me antoja y eeh... que sabes que he tenido mucha fuerza de voluntad y no lo como, pero yo creo que esos pequeños antojos, aunque sea uno y pequeño, [...] y tu cuerpo esta acostumbrado a, o venía de estarse acostumbrando, tu cuerpo mismo yo creo que va a guardar esas, esas reservas para un futuro entonces por eso a lo mejor uno ve que engorda, aunque sea bien poquitito eee

Este es un caso particular donde se ven reflejadas dificultades con la adaptación en las nuevas prácticas necesarias de la alimentación, con conflicto a nivel cognitivo, emocional y comportamental cuando se trata de la relación con la comida; a diferencia de lo que se había venido describiendo sobre un comer mucho más consciente en otros entrevistados, este caso marca la distinción y amplía la visión de que también serán encontrados casos como éste en la práctica clínica que necesitarán la intervención del psicoterapeuta pues la relación con la comida conlleva indagar la relación con las emociones y las distintas áreas de vida de cada persona que repercuten en las elecciones de alimentos y forma de comer.

En otros hábitos, en esta ocasión la actividad física sí obtuvo mayores respuestas sobre su realización constante, se denota una consciencia de hacerlo recurrentemente y no omitirlo en las prácticas diarias, si bien vigilar la alimentación lo toman como primordial, se refleja en sus respuestas una idea de que el ejercicio tiene que acompañarlos ya como una actividad rutinaria, aunque no sea excesiva:

fíjate que el ejercicio no he dejado de hacerlo, la caminata no he dejado de hacerla después de que me indicaron hacerla [...] pero yo no he hecho más que pura caminata, yo no, ni corro, ni hago este, gimnasio ni nada, yo nomás camino, de repente más rápido, de repente menos, de repente busco, este, espacios donde está de subida como

para forzarme un poquito más, ese tipo de situaciones ¿no? entonces eee, he tratado de no dejar esa actividad (Juan, 48 â)

procuro caminar, o sea, te deja tan marcado pues todos esos cambios, o sea, todo lo que te ayuda, que ya no cometes lo mismo, por eso, ya no vuelves a caer en los mismos errores (Lisandra, 36 â)

[...] intentaba nadar, en mi cabeza quería hacerlo tres veces por semana, pocas semanas lo hacía tres veces por semana la natación, dos era más bien el promedio que lo hacía, a veces una, eee, entonces y, el ejercicio y cuidar la dieta, el intentar caminar un poco los días que no hacía nada, que no hacía ejercicio, caminar, aunque sea en la plaza, pero salir y caminar (Jesús, 42 â)

Sin embargo, para otros, el tema de ejercicio se vive como un factor desfavorable, pues notan la relevancia e impacto que tendría si lo hicieran, pero es su punto de trabajo, pues la explicación que se denota para no hacerlo es la inconstancia, en las siguientes narrativas se puede ver su percepción:

me choca el ejercicio, si hago, no mucho, a veces emm, hago una clase de pilates por internet, duro así como que entro, una o dos semanas y luego ya no entro, y luego otra vez una o dos semanas, compramos bicicletas, de repente vamos toda la semana a andar en bicicleta, de repente tenemos como desde abril hemos ido tres o cuatro veces, así, fluctúa el ejercicio, no me gusta mucho (Sandra, 43 â)

ay, la pereza, es que a mí lo que me hace falta es hacer ejercicio, o sea, el vencer tu pereza de ‘ay que flojera’, eso agrrr, si, para mí es eso, porque cada, yo estaría muchísimo mejor si hiciera ejercicio (Vanessa, 32 â)

Como se puede notar, los hábitos posteriores a la cirugía bariátrica sugieren una modificación trascendente en el estilo de vida, y son, seguramente, los que llevan a este tratamiento a ser de los más eficaces a largo plazo, pues si bien las modificaciones anatómicas y funcionales

producen la adecuación a ciertos hábitos, otros son propiciados por los cuidados cognitivos que el equipo bariátrico otorga, como se verá más adelante tanto en la experiencia de la cirugía bariátrica como en la intervención del psicólogo.

Lo que queda claro a través de estos hallazgos es que la relación con la comida y la actividad física mejora después de la cirugía bariátrica, implicando cambios en los comportamientos pero sobretodo consciencia y atención para llevar un mejor autocuidado, claro, con algunas excepciones, pues existieron casos en los entrevistados con dificultades en comer mejor y/o hacer ejercicio, donde la inconstancia, pero sobretodo, los hábitos previos siguen siendo suficientemente marcados que impiden el cambio de comportamientos necesario y se enfatiza la necesidad de tratamiento psicológico para mejorar adherencia.

### **7.3 Representación de Imagen Corporal**

Para tener una comprensión completa del cuerpo humano no sólo supone hablar sobre su funcionamiento y estructura, sino también sobre el aspecto antropológico pues algunos teóricos, entre ellos Le Breton (2002), han remarcado el impacto del contexto social y cultural con la forma en que la persona se percibe y se relaciona con el mundo, por lo que no se puede dejar de lado la concepción que cada persona da sobre él, ya que es trascendente en las decisiones que toma sobre sus hábitos o modificaciones.

La imagen corporal ha sido definida por Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins (1990) como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente; con esta descripción se centraliza el papel de la interpretación de la propia persona, ya influida por su medio social, y se destacan dos aspectos que Raich (2004) en la conformación de imagen corporal influido por distintos autores detecta: un aspecto perceptual que va más orientado a la apreciación de tamaños y un aspecto subjetivo que incluye el grado de satisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales relacionados al cuerpo.

En este tercer componente de la vivencia de la obesidad, se tomarán en cuenta estos dos aspectos descritos por Raich (2004) para la apreciación que los entrevistados tienen de su imagen corporal antes y después de la cirugía bariátrica (CB), con el interés de conocer el salto o magnitud en la modificación de la representación con un procedimiento quirúrgico y, además, aquí se incluye una mirada de género, al buscar conocer la opinión y creencias respecto a la expectativa que se tiene del cuerpo cuando se es hombre a cuando se es mujer, para valorar el peso social.

En el tercer y último subtema se establecieron 3 categorías centrales, con 10 subcategorías subyacentes. En el diagrama siguiente (Figura 10) se esquematizan los conceptos y hallazgos principales, seguido de la descripción y precisión de cada uno de ellos.

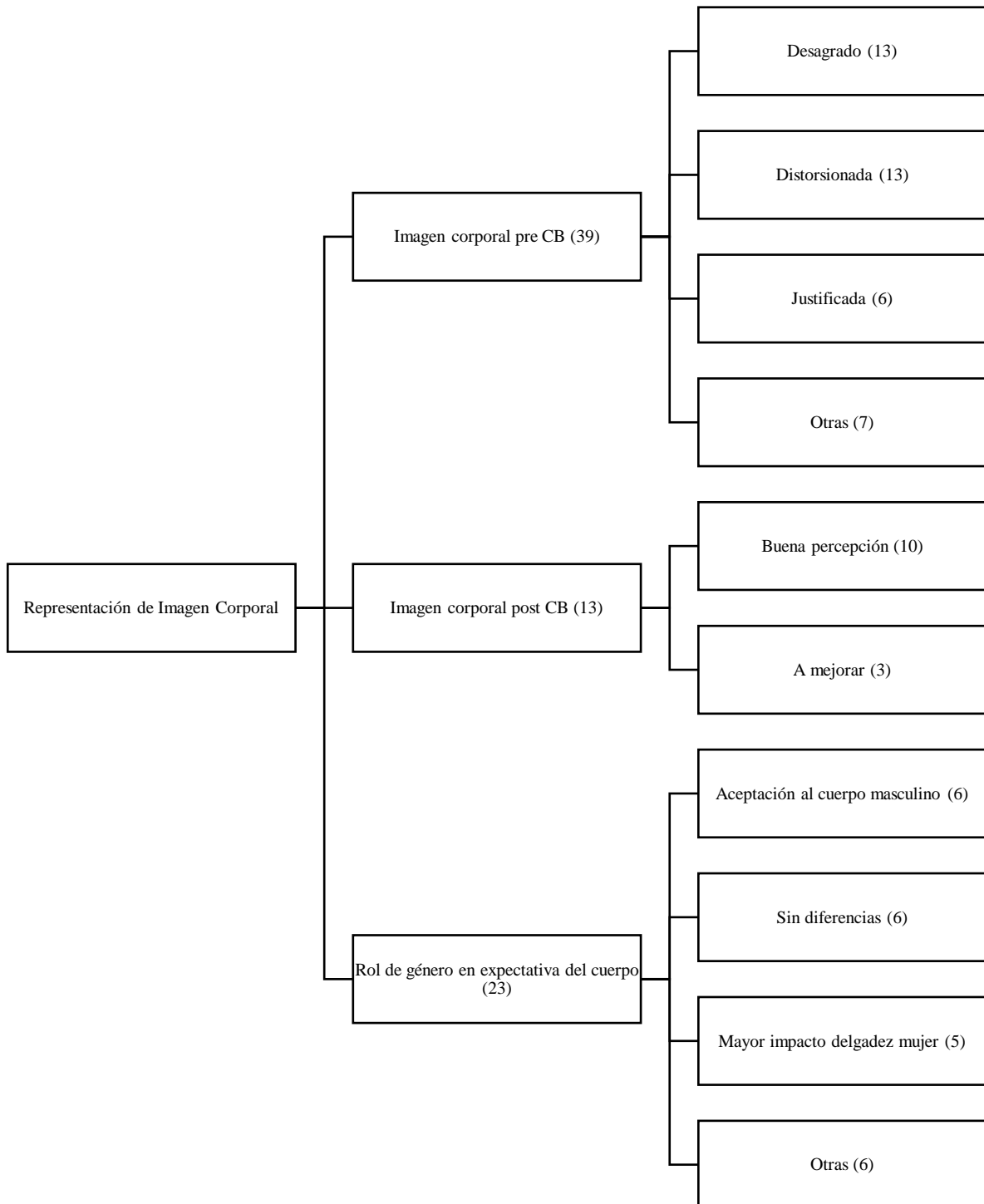


Figura 10. Diagrama Representación de Imagen Corporal. Elaboración propia, 2021.

## **Imagen corporal pre Cirugía Bariátrica.**

Como se ha venido mencionando en otros apartados, una valoración completa comprende múltiples aspectos individuales, familiares y sociales de la persona candidata a la cirugía bariátrica, y, al hablar de la imagen corporal, se podría pensar que entra dentro del ámbito individual, cuando, en realidad, viene comprendiendo una valoración formulada en base a expectativas internas y externas.

El poder conocer la evaluación que la persona hace de su cuerpo puede abonar en diferentes líneas a su proceso posterior, por un lado, conocer qué tanto la percepción es realista o tiende a distorsionar su imagen nos conduciría al trabajo de la adecuación y adaptación tras los cambios de la cirugía; por otro, detectar insatisfacción puede implicar que la persona tenga deseos o expectativas de lograr cierta imagen corporal, por lo que vale la pena discernir las posibilidades y las fantasías respecto a ellas; y, por último, las conductas orientadas a la modificación de la imagen corporal pueden ser sanas o poco funcionales, por lo que es importante entender cuáles son utilizadas por las personas y orientar hacia modificaciones positivas y no hacia comportamientos de riesgo.

En cuanto a antecedentes, un estudio realizado por Cruzat-Mandich et al. (2019) que valoró la imagen corporal antes y después de la cirugía bariátrica en mujeres chilenas, notó que previo al procedimiento, ellas presenciaban sentimientos de vergüenza, frustración y culpa en cuanto a su obesidad; haciendo una comparativa con dichos resultados, en esta investigación lo que más destacó fue una valoración subjetiva (Raich, 2004) de desagrado, donde vienen implícitos también muchos sentimientos respecto a ellos, desde rechazo, pena, frustración, irritación, entre otros:

ah, pues si de rechazo, de pena, así como decía yo, pues yo estoy muy grandote, que esperanza que anduviera, o sea, no me aislaba, porque tampoco soy este, en ese extremo, eee, pero si, trataba de no convivir en lugares públicos, en albercas y en hoteles, si era como que más complicado ¿no? digo tampoco fue una limitante nunca,



pero pues si yo entendía como que estéticamente no era para andarme luciendo (Germán, 44 â)

¡ay! yo pensaba que estaba muy gorda y que nunca iba a bajar, que decía ‘por más de que intente, nunca me voy a ver delgada’, así, no, no, no y me veía y la verdad no me gustaba verme en el espejo, mi cara estaba muy, muy gordita, mis ojos, o sea si desaparecían de los, cuando me reían casi desaparecían, y, el cuerpo así que todo me veía gordita (Lisandra, 36 â)

[...] pero era muy difícil conseguir ropa, si tenía una fiesta [exhala], me, lloraba, hacia berrinche, me ponía de mal humor una semana, era horrible, horrible, horrible, te sientes... yo me sentía muy mal, me veía en el espejo y era como ‘que fea me veo’ (Sandra, 43 â)

Otra representación significativa para las personas de este estudio fue la de distorsión, pues no alcanzaban a dimensionar el peso y tamaño que realmente tenían, usualmente realizaban comparativas con otras personas con una obesidad de mayor grado, que les hacía minimizar su propia percepción, por lo que estaríamos hablando de una representación en el aspecto perceptual (Raich, 2004) orientado a la apreciación de tamaños. El estudio de Cruzat-Mandich et al. (2019) también documentó esto con las mujeres entrevistadas, encontrando que ellas solían subestimar el grado de obesidad, con poca consciencia de enfermedad; un estudio de Cordella (2015) previamente también estableció síntomas de distorsión en imagen corporal en personas con obesidad. La distorsión en la imagen corporal se vio reflejado en los discursos de los entrevistados de esta manera:

fíjate que fue muy chistoso, porque también me pasó algo, o sea, yo no, no me daba cuenta qué tan grande estaba, yo no, o sea no sé, mi subconsciente, mi inconsciente no sé, no veía mi tamaño ni me peso ¿no? para mí fue como un proceso de ah bueno, pasé de los 105 a los 110 a los 115, te lo estoy resumiendo en años y años y años ¿no? este, pero pues llegué a 150 y algo de kilos ¿no? [...] (Germán, 44 â)

no me percibía, no, no, no era, yo los veo y digo ‘no, ese güey no era yo’, es como si lo hubieran borrado, es otro güey, yo me veía en el espejo y no me reconocía físicamente, o sea, yo no me asumía lo gordo que estaba o las dimensiones que tenía, no, sabía que tenía sobrepeso, pero nunca jamás me percibí de la dimensión que yo tenía (Luis, 34 â)

Entonces, era, creo que por eso mismo como que tu cerebro no te ayuda, o tu cuerpo, no sé que función, no sé cómo funciona, y, o sea, como que va, va creciendo, va creciendo y va creciendo, hasta que llegas a un punto que dices ‘no sé cómo es que llegue aquí’, o sea, no sé, parece de ¿cómo no te das cuenta si te puedes ver al espejo? (Vanessa, 32 â)

Y, además, otro fenómeno que ocurría frente a la imagen corporal eran las justificaciones en cuanto al aumento de peso que implicaban cogniciones sobre cómo el grado de obesidad podría ser “aceptado” o no ser tan importante como pareciera:

mira yo creo que, donde más me empezó a llamar la atención fue en, cuando me veía en fotos, yo me veía al espejo y decía ‘sí, estoy pasado de peso’, pero también yo creo que algo que es malo, es que, en el aspecto, en el ámbito prehospitalario, todos están pasados de peso ¿verdad?, porque todos tenemos esos malos hábitos de alimentación, entonces, en el entorno más o menos lo ves normal ¿verdad? Todos estamos gordos, entonces, no hay mucho, mucho problema (Jesús, 42 â)

Pero la verdad es que no te, no lo percibes de cierta manera, o al menos a mí así me pasó y platicándolo con Luis y con mi hermana y así, incluso mi hermana la más grande que también tiene sobrepeso, este me dice “pues es que si, o sea, te ves y dices, o sea, pues si, creo que no estoy tan gorda, o sea si estoy gordita, pero no tanto”, entonces como que todo el tiempo tú misma te justificas (Vanessa, 32 â)

Las representaciones de la imagen corporal aquí encontradas como significativas (desagrado, distorsión y justificación) pueden ser explicación del malestar emocional que se experimenta

con la obesidad, además de los síntomas físicos pero también es un dato importante porque al existir distorsión y justificación de la imagen real, la persona puede tardarse más en buscar un tratamiento eficaz para la pérdida de peso o inclusive, con la tendencia a minimizar su condición por su aspecto, puede ser inconstante o pasivo, que, como se hablaba en el apartado de fracaso de tratamiento previos, un factor muy relevante del por qué otros tratamientos no funcionaron hasta que se llegó a la cirugía bariátrica puede ser justamente porque la persona no va notando o viendo el impacto y figura real que tiene con el exceso de peso o lo minimiza.

### **Imagen corporal post cirugía bariátrica.**

La cirugía bariátrica presenta la posibilidad de perder un porcentaje importante de peso, siendo específicos, con el bypass gástrico se han documentados pérdidas del exceso de peso de 43 a 85% y con la manga gástrica el rango es de 33 a 58% (Buchwald y Braunwald, 2004), es claro que el cuerpo va a tener modificaciones que generen un cambio importante en la percepción propia y la que los demás tienen hacia él.

Tras la cirugía bariátrica, al disminuir el exceso de peso, parecería obvio que la consecuencia en la imagen corporal es que las representaciones mejoren o sean más positivas, sin embargo, no siempre es así, pues es necesario tomar un factor en cuenta: el exceso de piel que permanece. Este factor ha sido estudiado para valorar su impacto y autores como Gilmartin, Bath-Hextall, Maclean, Stanton y Soldin (2016) encontraron que el exceso de piel en pacientes post cirugía bariátrica es percibido como una enorme barrera que les dificulta vivir las expectativas que tenían después de la cirugía bariátrica.

Con los participantes de esta investigación, por el contrario, se encontraron resultados que afirman una mejora en la imagen corporal comparada con la que tenían previo al procedimiento y, en cuanto a las expectativas que tenían con la cirugía bariátrica, las diez personas estuvieron satisfechas con el procedimiento y los alcances logrados:

[...] verte delgada, es la recompensa, ver los resultados de la inversión que dices ‘valió la pena’, y que me digan, ah porque mi cuñado me dice y “ves, si no te hubieras

hecho la cirugía podrías comer” y le digo ‘pues sí’ y me dice “¿te la volverías a hacer?”, y dije ‘una y mil veces más’, le dije ‘yo, vuelvo a subir de peso y me dicen es con manga, me la vuelvo a hacer’ le digo ‘no, o sea no me arrepiento de esa inversión’ jamás lo haría yo creo, es lo mejor (Lisandra, 36 â)

no pues me siento más motivada, me dan más ganas de, como de arreglarme, como de ir este, por decir, ahorita me ha dado por comprar vestidos, entonces como de usar vestidos antes, no, para que yo usara un vestido me sentía, así como piñata, como así no, y ahorita, no, hasta me siento como más elegante, más este, me maquillo más, me peino y así pues como más motivada, más arreglada (Mayte, 45 â)

Lo que fue también encontrado en dos entrevistados fue la decisión de realizarse próximamente una cirugía estética con el fin de mejorar la representación de su imagen corporal y lograr mayor comodidad y, una de las personas sí afirma utilizarla para el manejo del exceso de piel:

ammmmm, duré tanto tiempo inconforme con todo lo que traía de más en cuanto a peso, que cuando llegué a los 79 me sentí súper contenta y me sentí que me veía, me gustaba como me veía, pero, traigo mi espinita, del, de la cirugía plástica, entonces, hay cosas que quiero mejorar, pero estoy, estoy bien, ahorita ya me estorba lo que quiero bajar, entre el piquito que recuperé y que dije ‘ya, tengo que bajar lo que me falta’, me siento como incómoda otra vez ¿sabes? entre que mi ropa no me queda tan linda como cuando me la compré y que ya quiero una talla diferente otra vez, estoy así como, pero voy empezando con esto (Sandra, 43 â)

y la verdad es que yo nunca pensé que me iba a meter a una cirugía estética, o sea nunca me había pasado por la cabeza y ya, después de perder tanto peso, siento que tengo pedazos de piel que sobran (Jesús, 42 â)

Es una realidad en esta investigación que la cirugía bariátrica mejoró la representación de imagen corporal que se tenía previo al procedimiento, y se pudo observar que las narraciones

de las personas entrevistadas además de señalar esta mejora, acompañaban el discurso con información sobre un estado emocional óptimo a la par de esta percepción, con satisfacción y, denotando autoestima e inclusive una sensación de logro.

### **Rol de género en expectativa del cuerpo.**

Incluir una mirada de género en este estudio brinda la oportunidad de detectar si en este procedimiento de salud existen indicadores para detectar determinantes de género que coloquen a hombres o mujeres en una posición de desventaja o vulnerabilidad, permitiendo generar consciencia y propiciar cambios.

Se consideró importante indagar con los entrevistados su percepción sobre la expectativa que se tiene del cuerpo en cuanto al género y se obtuvieron sobretodo dos respuestas que se complementan y son representativas: existe mayor aceptación del cuerpo masculino, aún con obesidad (esto señalado por dos mujeres y dos hombres) y la delgadez de la mujer produce mayor impacto o es más esperada (indicado por dos mujeres y un hombre). Algunas de las narrativas que lo indican son:

yo creo que ellos pueden estar en un rango de persona normal común y corriente, o, del gimnasio, el que tiene brazos y músculos, los dos están bien, y en la mujer yo creo que no, siempre, siempre queremos más, a lo mejor no hago por ir al gimnasio, pero sí me quiero ver como si fuera de gimnasio, a lo mejor estoy en un peso aceptable, pero quiero menos peso todavía, sí creo que las expectativas son más altas (Sandra, 43 años)

sí creo que en general los hombres somos más, menos e, am, como decirlo, una somos, o por lo menos esa es mi percepción, somos menos vanidosos quizá, porque también no se nos juzga tanto nuestro físico como a una mujer, eso lo he notado muchísimo, que, que a los hombres no se nos juzga igual, un tema de sobrepeso, que una una mujer, y eso implica que la presión social que tiene un hombre entonces le, le vale madre, no, no es tan importante para él, y en una mujer sí (Luis, 34 años)

pues este, yo pienso que uno como mujer es más este, como que, cómo te puedo decir, como que se siente más, más linda o más bonita este, cuando estás delgada, o sea, como que sí influye más en la mujer, pienso yo (Mayte, 45 â)

Por lo que en esta investigación existen efectivamente diferencias respecto al género en lo que es esperado del cuerpo. Se coincide con otros estudios que encontraron la misma afirmación, por ejemplo Træen, Markovic y Kvalem (2016) reportaron que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres. La expectativa de un cuerpo delgado en la mujer podría ser una explicación congruente con los datos donde se ha señalado que las principales personas en tener una cirugía bariátrica son las mujeres, porcentaje que llega a ser tan alto como un 80% (Ellis, Macknight y Wilinon, 2006), cifra consistente con un análisis detallado de 500 cirugías practicadas en México en una sola institución, donde el 83.2% fueron mujeres (Guilbert et al., 2019).

También fue una respuesta relevante de algunos entrevistados (señalado por 2 mujeres y 1 hombre) que comentan no percibir diferencia entre las expectativas del cuerpo para un hombre en contraste con una mujer:

más bien entre hombres y mujeres es más bien tú como individuo qué es lo que quieres, ¿si me explico?, porque si después te cuidas y tratas, porque hay gente que después de eso se vuelve súper fit y... pero hay gente que no, y ahí anda otra vez en la operación y ¿si me explico? Entonces más que ser hombre o mujer, depende de ti, ¿qué es lo que tu quieres? (Juan Pablo, 37 â)

no, las expectativas del cuerpo yo creo que es el mismo, bajar, las expectativas yo creo que es bajar a su meta, este yo creo que si son lo mismo, las expectativas (Lisandra, 36 â)

Frente a esta opinión, también existen estudios que documentan la imagen corporal como importante para los hombres, Griebeling (2014) la encontró como trascendental pues se llega

a relacionar con la masculinidad y su afectación se puede deber por el exceso de peso y falta de musculación (Holt y Lyness, 2007) (Milhausen et al. 2015), lo que nos llevaría a la premisa de que existen expectativas sociales hacia el cuerpo igualmente presionantes para hombres y mujeres.

A manera de cierre, el capítulo “la vivencia de la obesidad: su configuración a través del tiempo y prácticas” busco conceptualizar la forma en que las personas entrevistadas de este estudio experimentaron su condición de obesidad desde varios ángulos:

Los antecedentes de obesidad que dictaron las marcas de cómo inicia su incremento de peso, los motivos, consecuencias, significados y los intentos fallidos o poco suficientes para poder abordarlo, lo que nos permite tener conocimiento general de cómo la obesidad va avanzando o creciendo, generando impacto en diferentes áreas de vida de la persona y siendo compleja de tratar.

Lo relevante de los hallazgos en este apartado fue notar como si bien algunas personas comenzaron con obesidad en la niñez, la gran mayoría tuvo una ganancia importante a partir de la etapa adulta; las prácticas de alimentación como consumir lo disponible, diferentes sucesos y acontecimientos vitales, la inactividad física y algunos estados emocionales son los que la persona atribuye para dicho incremento de peso; la obesidad tiene consecuencias en la persona de manera fisiológica, pero también emocionales y con un alto impacto en lo social a través de rechazo, retraimiento y acoso; la obesidad sí es percibida por los participantes con una connotación negativa; y, finalmente, los tratamientos a los que habían acudido se concentran en dietas y ejercicio, y otros tratamientos alternos elegido sobretudo por las mujeres (ligado a mayor exigencia y expectativa respecto al peso), pero existe un fracaso debido a la inconstancia de poderlos cumplir, a la insatisfacción por lo que involucran y a un estado de confort posterior a la pérdida de peso.

Éstos resultados permiten a los profesionales de la salud, específicamente psicoterapeutas, poder incidir en las prácticas y etapas de difícil manejo, entender los efectos que la obesidad

ocasiona, no sólo en el área fisiológica y trabajar sobre los procesos cognitivos que sabotean opciones de tratamiento.

Por otro lado, los hábitos familiares y los hábitos previos practicados a la cirugía bariátrica esbozaron muchos comportamientos que por su repetición constante generaron además del exceso de peso, significados emocionales alrededor de la comida, por ejemplo, comer de forma vasta, ya que no sólo eran grandes cantidades y variedad de comida, también implicaba reuniones, atención y seguridad; esta práctica se vio muy reflejada dentro de los hábitos que vienen de la familia, al igual que comer lo disponible, hábito previo de los entrevistados que se traducían en poder ahorrar tiempo y continuar con una jornada laboral excesiva. Otras de las prácticas habituales respecto a la comida que tenían los entrevistados fue el consumo de grandes cantidades, preferencia de carbohidratos (siendo éste uno que continúa desde la familia), comer antojos y comer emocional.

Desde una perspectiva a través del tiempo, posterior a la cirugía, se encontró que los hábitos en cuanto a prácticas de alimentación y actividad física cambian sustantivamente, permitiendo que los resultados del proceso sean efectivos y saludables, los principales comportamientos tuvieron que ver la elección consciente, medida y consumo menor de la comida, y, por parte de la mayoría de los entrevistados, una actividad física constante. El cambio de hábitos para que pueda ser sostenido necesita ser reforzado y la persona continuar teniendo las estrategias adecuadas para permitir que se incorporen a su vida, punto donde es pertinente la adherencia y manejo con cuidados cognitivos de los profesionales de salud.

Por último, la representación de la imagen corporal es primordial, pues, como menciona López (2013), el cuerpo forma parte fundamental de la identidad, por lo que la percepción y subjetividad que se tenga se involucra en los comportamientos, prácticas y decisiones que se tomen respecto a tratamientos y cuidados. Previo a la cirugía bariátrica, las representaciones del cuerpo suelen ser negativas, con desagrado o poco percibidas de forma realista, lo cual mejora después de la cirugía bariátrica; si bien no se habla de una satisfacción completa o perfecta de imagen corporal, las personas logran una mejoría basada en poder tener una mejor calidad de vida y autoestima. Una perspectiva importante es la inclusión del rol de género en



la expectativa del cuerpo, donde se encontró que existe mayor aceptación al cuerpo masculino aún cuando hay obesidad y de la mujer se espera en mayor medida delgadez.

Las vivencias en la obesidad repercuten en la toma de decisión de la cirugía bariátrica, un tratamiento que no sólo implica un procedimiento quirúrgico, sino un conjunto de cuidados permanentes e implicación de un equipo de profesionales de la salud, entre ellos el psicólogo, con el fin de establecer los cuidados necesarios a los que va a necesitar adaptarse la persona. En el siguiente capítulo se documentarán las experiencias dentro de este tratamiento desde las vivencias y cogniciones que la persona tuvo al atravesar por cada una de las etapas necesarias para combatir la obesidad.

## **Capítulo 8. Cirugía bariátrica como tratamiento elegido: ¿la opción fácil o difícil?**

La cirugía bariátrica cada vez es más conocida y elegida por personas que padecen obesidad, como se ha venido mencionando a lo largo de estos capítulos, es considerada el tratamiento más efectivo para tratar la obesidad a largo plazo (Espinet-Coll et al., 2018), sin embargo, no todas las personas son candidatas, pues requieren ser valoradas desde un aspecto médico, nutricional y psicológico para ser admitidas en este procedimiento.

Uno de los mitos que se llegan a escuchar sobre este tratamiento es que es la opción “fácil” para bajar de peso, pues muchos que desconocen el proceso piensan que el requisito único es pasar por cirugía y comenzar a bajar de peso, sin reconocer que es un procedimiento de mucha complejidad que incluye valoraciones previas por distintas disciplinas y preparación física y emocional, y, posterior al procedimiento es necesario una modificación activa del estilo de vida permanente, que comprende sobretodo una dieta específica, ejercicio y un estado de salud mental adecuado para poder adherirse a las indicaciones y cuidados.

El objetivo de este capítulo es conocer los elementos que formaron parte de la cirugía bariátrica, comenzando por las influencias, opiniones y hechos que fueron parte de la experiencia de la persona a ser intervenida, seguido de las vivencias y factores, tanto positivos como negativos, que acompañaron el proceso en tres etapas: pre, intra y post cirugía.

### **8.1 Influencias y realidades de la cirugía bariátrica**

La decisión sobre someterse al proceso de cirugía bariátrica no es sencilla, pues implica una serie de pasos, consideraciones e inversión de tiempo, dinero y esfuerzo para lograr llegar a ella y continuar con lo que conlleva su tratamiento posterior a la intervención. En esta investigación, se recabó información que nos introdujo a las principales influencias que tuvieron las personas con obesidad para realizarse el procedimiento y otros elementos que pudieron tener incidencia en el proceso, como las opiniones previas o el uso de la tecnología.

Conocer el estado previo y los elementos que ejercen mayor o menor influencia nos puede permitir plantear la opción de cirugía bariátrica en mejor forma, desmentir posibles mitos o creencias erróneas, e inclusive, darle más empuje a factores poco utilizados que brindarían mayor seguridad o resultados a la toma de decisión y proceso posterior de la cirugía bariátrica.

Actualmente hay poca información sobre la influencia positiva o negativa previa a la cirugía bariátrica; lo que es más detectado son los objetivos que llevan a la cirugía, sin embargo, poco se argumenta de los elementos específicos que tuvieron que ver para la toma de decisión y otras opiniones; a continuación se verán reflejados los datos más importantes que se extrajeron de las narrativas en esta investigación.

En este apartado se establecieron 4 categorías centrales, de las cuales se desprenden 18 subcategorías y subyacen 8 subsubcategorías. En el siguiente diagrama (Figura 11) se plasman dichas categorías y posterior a el, se comienza una descripción detallada de los hallazgos significativos.

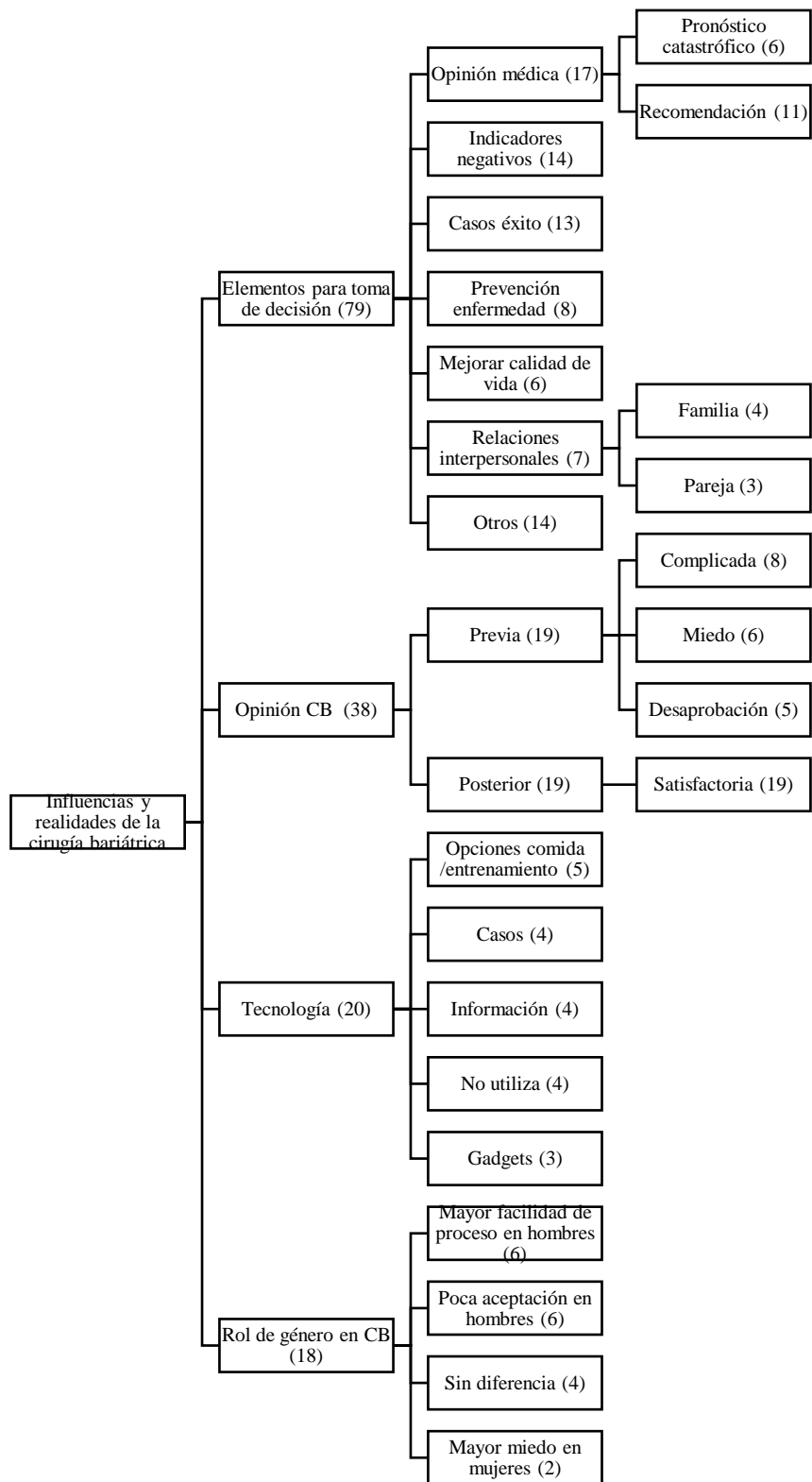


Figura 11. Diagrama Influencia y realidades de la cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.

## **Elementos para la toma de decisión.**

En la actualidad, existe una variedad muy diversa de tratamientos para la obesidad, el grado de complejidad es variado al igual que los resultados a corto, mediano y largo plazo, pues algunos de los tratamientos no se pueden prolongar por mucho tiempo por suponer un daño a la salud física, otros requieren mayor esfuerzo y disciplina y algunos de los que se promueven son pasajeros pues se establecen más como moda.

La cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más prometedores por su efectividad, pero también uno que requiere que la decisión sea tomada con plena consciencia de las responsabilidades y cambios que van a ser necesarios, no sólo para lograr el éxito, sino también para mantener un buen estado de salud tras las modificaciones anatómicas y funcionales que se realizan, entonces, los elementos que se tomaron en cuenta para la decisión nos puede orientar sobre lo que más impacta a la persona y cómo promover el procedimiento cuando sea adecuado con una comunicación orientada a los factores que le significan a la persona.

Anteriormente, un estudio por Lecaros et al. (2015b) donde se realizó una investigación cualitativa con once personas con obesidad tras cirugía bariátrica, documentó las principales motivaciones para someterse a la cirugía bariátrica: fracaso de las dietas hipocalóricas, crítica e influencia externa sobretodo de las mamás, problemas de autoestima e imagen corporal, problemas médicos asociados a la obesidad y, el más frecuente, cuidar la salud física.

En este caso, lo que fue encontrado con mayor pesaje coincide con el cuidado de la salud y problemas médicos referente a la obesidad, pues en primer lugar, el elemento descrito tuvo que ver con la opinión médica que daba el especialista para recomendar la cirugía bariátrica, lo que demuestra el valor que se le da a su opinión respecto al pronóstico sobre los riesgo de obesidad, pues además de asumir las recomendaciones, también se detectó que en los hombres el hecho de que el médico los alertara sobre posibles pronósticos catastróficos fue muy relevante como para iniciar con el proceso bariátrico, aquí algunos ejemplos de las narrativas:

acudí con un doctor, un internista, me hizo algunos estudios y me dijo que estaba exactamente a un paso de volverme diabético y eso me, me sorprendió y me asustó mucho, y yo creo que fue el detonante para empezar a buscar ayuda, y tomar la decisión de acudir a la cirugía bariátrica (Juan, 48 â)

me acerqué con Luis Antonio y con su equipo de trabajo, me mandó con un doctor, con el cardiólogo, el cardiólogo me dijo “yo no sé como andas así en la calle, no puedes, así no puedes vivir, o sea, te estás muriendo”, literal me lo dijo “te estás muriendo” (Juan Pablo, 37 â)

“lo que pasa es que no es que tú seas un gordo feliz, tú estás enfermo, tienes una enfermedad metabólica, y pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estás clasificado como un riesgo y bueno...” (palabras del médico) así en pocas palabra me dijo: pues si le sigues así te vas a morir ¿no? (Germán, 44 â)

“Te voy a decir algo que no sepas, tienes ee, los triglicéridos así, tienes el hígado graso, tienes tal en los riñones, tienes una insuficiencia, estás empezando con una insuficiencia hepática, tienes el corazón así, tienes” tra, tra, tra, tra y empezó, “yo te garantizo que antes de que cumplas 35 años te va a dar un infarto al ritmo que vas” (mencionado por su médico) (Luis, 34 â)

El hecho de que únicamente a los hombres les hayan mencionado un futuro de tanto riesgo puede sugerir la dificultad de convencer a los hombres para el proceso bariátrico o inferir que otras razones no tienen suficiente peso como para ser relevantes, pues recordemos que esta cirugía sigue siendo elegida prioritariamente por mujeres, en más del 80% (Ellis, Macknight y Wilinon, 2006) (Guilbert et al., 2019).

Los indicadores negativos de salud fueron también determinantes pues comenzaban con estos resultados a dañar su salud y abrir la posibilidad de otros riesgos, por lo que también fueron factores de decisión:

[...] también por salud, este, por quitarme, ya no estar tomando tanto medicamento, que para los triglicéridos, colesterol, este, diabetes, porque ya era prediabética, entonces este por eso me, me decido este hacerme la cirugía [...] (Mayte, 45 â)

Entonces este, a parte de mi, la nutrióloga y tanto este, Jonathan el doctor, me dijeron “es que, es Vane, de verdad, es algo que tienes que hacer, o sea, necesitas bajar este peso, porque, de acuerdo”, o sea, tú eres como me decían, “es que tú eres la candidata perfecta Vane, porque mira todos estos índices que tienes y todo esto lo marca por el sobrepeso, o sea, por la grasa, la cantidad de grasa que tienes en tu cuerpo”, porque aparte mi cuerpo es como muy grasiento, o sea, este, yo, yo mi índice de grasa era el 45%, no, no es cierto, era el 55% de grasa (Vanessa, 32 â)

Siguiendo la línea de salud, la prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida fueron otros de los elementos para la toma de decisión, para los entrevistados tenía un valor importante evitar llegar a un deterioro mayor y buscaban que su estado de salud mejorara para vivir una cotidianidad con mayor vitalidad:

pues darme cuenta que no era un gusto, que no era un tema estético y que era un tema que yo necesitaba, para mí fue la esperanza de sentir bien, de, de, de cambiar mi vida, de bajarle el riesgo a muchas enfermedades que ya iba totalmente en camino para allá (Germán, 44 â)

porque estaba harta de verme como me veía, estaba muy cansada, física y emocionalmente, o sea, físicamente es muy cansado ser gordo, o sea, yo ya tenía que agarrar aire, estoy diciendo gordo como eufemismo porque estaba obesa, tenía que agarrar aire para agacharme a abrocharme los zapatos, me dolía las rodillas, me dolía la espalda, me cansaba muchísimo, ammmm, era súper torpe para moverme, no quería ir a ningún lado, me daba vergüenza que la gente me viera, o sea, era súper pesado, estaba muy enfadada de verme gorda y de que todo mundo me criticara, ujum (Sandra, 43 â)

Un factor que destaca para que las personas hayan optado por este procedimiento fue conocer casos de personas previamente operadas de cirugía bariátrica que hubieran tenido éxito, incluidos aquí tantos familiares cercanos como personas que inclusive no conocían pero que contaban sus experiencias y resultados a través de internet, para los entrevistados era significativo conocer los casos y aumentaba la confianza para poder realizárselos ellos también:

[...] ahora si que yo, cuando tú ves las cosas, o sea, los resultados, dices ‘no, pues si vale la pena, porque es algo garantizado’ y como yo tenía tres personas que la habían intentado, dije ‘no, pues ¿por qué a mi no me va a pasar lo mismo?’, entonces fue más que nada, yo veo los resultados y yo ahí fue cuando me anime, dije ‘no, ya’ fue cuando decidí hablar y preguntar sobre la cirugía (Lisandra, 36 â)

[...] el ver esta chica que te dije, que no es mi mejor amiga, ni es mi amiga, o sea es una conocida que vi, la vi tan, tan cambiada, tan bonita, tan segura de sí misma, que ella sin saberlo todavía, tampoco lo va a saber, no sabe como influyó en, para que yo tomara la decisión (Sonia, 47 â)

Esto puede ser un recurso importante para lograr desmitificar algunas suposiciones negativas sobre este procedimiento y mostrar verdaderamente los alcances que tiene el procedimiento.

Por último, otro recurso de influencia tuvo que ver con las relaciones interpersonales que tenían, incluyendo la familia o la pareja, pues al ser personas significativas para ellos, su opinión fue muy considerada, ellos los impulsaron a realizarse el procedimiento al ser una esperanza de mejora en la calidad de vida. A continuación se reflejan las narrativas que aluden a la pareja y familia respectivamente:

[...] yo le decía a Betzy, yo le decía, una de las razones por las que no me quería operar le decía: ‘¿para qué me opero?’ digo cuando yo decía que era algo estético,



‘¿para qué voy a ponerme en riesgo de una operación en la que me puedo morir con la anestesia?, por un tema estético’, te digo ella me ayudo mucho a entender eso, me dice “pues es que no es un tema estético” (Germán, 44 â)

y le fue muy bien (refiriéndose a su hermana operada de manga gástrica), o sea, yo si la noté de que ella le fue súper bien, entonces, como le fue muy bien, este, yo le, me animé, o sea, porque como yo estaba subiendo tanto y mis, mis papás notaron que, o sea que ya no estaba, que, ya, que estaba como sumida, incluso los dos, como que estábamos sumidos en una depresión, o sea, porque aparte estábamos pasando por una situación económica difícil Luis y yo, la misma situación como que no ayudaba en nada, y este, ee, entonces mis papás me dicen “oye”, Sofía me dijo, no me acuerdo muy bien cómo fue que me lo plantearon de “¿por qué no te operas?” (Vanessa, 32 â)

El sentido que los familiares y parejas incidan en un procedimiento de tanta importancia pone el reflecto a notar qué tan involucrados en información y cuidados pueden estar posteriormente, pero también, puede ser una estrategia de inicio para fomentar la decisión de personas a tomar tratamientos para su obesidad, tanto la cirugía bariátrica u otros recomendados, pues se denota la influencia de ellos.

### **Opinión sobre la Cirugía Bariátrica.**

Es muy interesante hacer la comparativa sobre la opinión previa que se tuvo sobre la cirugía bariátrica y la que se tiene una vez que se ha vivido el procedimiento, pues nos da luz sobre las creencias típicas que rodean al procedimiento desde el desconocimiento y, posteriormente, desde la experiencia.

En este estudio, las opiniones previas se dividen en tres, la primera es que se tiene la idea de ser un procedimiento complicado:

me parecía muy agresivo el procedimiento, o sea, porque yo no lo tenía en mente, yo tenía en mente algo más sencillo, pero luego cuando escuchando al doctor, me dijo, a

mí lo que me daba flojera era decir ‘híjole, es que con el bypass el resto de mi vida voy a tener que estar tomando diario en la mañana los multivitamínicos, y esto y aquello’ [...] (Jesús, 42 â)

Otra es que generaba una sensación de miedo o temor por lo que implicaba, al tener, como toda cirugía, riesgos donde pueden ocurrir complicaciones como la muerte:

cuando tomé la decisión de buscar ayuda o de buscar alguna solución una opción, este, obviamente te entra el temor ¿no? porque en un inicio o, ahora resulta que la cirugía bariátrica tiene 50 años en el mercado, este, pero que yo tenga conocimiento de alguien, pues será de hace 15, 20 años máximo, pero luego te das cuenta que se murió fulano de tal “¿te acuerdas de aquel que se murió?”, yo quiero pensar que hoy en día obviamente los métodos y las cosas han ido mejorando en todos los sentidos, ¿no? (Juan, 48 â)

entonces escuchaba por ahí decir “no, pues es que”, incluso sin participar que yo iba a hacerme algo, pero escuchas “no es que los que se lo hacen, no..., es que otra vez vuelven a engordar, no, es que otra vez pasa”, entonces me daba miedo cómo iban a reaccionar mis órganos por el cáncer y por tener, el estómago más pequeño pues [...] (Sonia, 47 â)

La tercera opinión fue de desaprobación, pues algunos de los entrevistados no estaban de acuerdo con lo que implica a nivel físico o de cuidados posteriores, viendo al procedimiento como innecesario para tratar el problema de obesidad:

pero, volvemos al punto, desde la misma ignorancia, yo era de las personas de ‘no mames, es una tontería, ¿por qué mutilas tu cuerpo?, puedes hacerlo con ejercicio, bla, bla, bla, bla, bla’, la mismas tonterías que te escuchas que te dicen a ti todo mundo, entonces, este, yo era muy crítico de eso, porque yo decía mucho ‘eso no tiene chiste, y bla, bla, bla’ (Luis, 34 â)

Entonces yo tenía ese antecedente familiar, este, y yo decía ‘¿para qué te operas?’, o sea, ‘no tiene sentido, después vas a subir de peso, y no sé que, y bla bla, bla’, y fui esa hermana chiga quedito, y mi hermana no le importo, dijo “pues sabes que, la verdad es lo que quiero hacer, yo ya lo intenté de un millón maneras, y la verdad es que no puedo, y este, entonces lo, lo voy a hacer”, y, lo hizo, se operó (Vanessa, 32 â)

Las opiniones que los participantes de este estudio tuvieron posterior a tener un año o más de operados tuvo un consenso total de satisfacción, con algunos percibiéndolo como una muy buena inversión, otros resaltando que las expectativas habían sido cumplidas y otros con una perspectiva de agradecimiento a todos los que estuvieron involucrados en el proceso. Aquí algunos relatos de satisfacción:

yo la verdad no sabía que pensar, como todo en la vida, por ejemplo, siento que es como cuando decides estudiar o irte a vivir, yo esperaba lo mejor, y siento que me lo ha dado, siento que mi decisión fue lo mejor que pude haber hecho (Sonia, 47 â)

pues no, te digo, no, no fue tan complicado, y en cuanto a la expectativa, yo creo que la he ido superando, este, eh, conforme he ido bajando, pues la verdad me he dado cuenta que cada día digo ‘gracias a Dios, gracias a toda la gente que creyó, que me impulsó, gracias a los doctores, a la gente que intervino, porque pues neta me cambió la vida’ o sea, yo me siento otro, me siento diferente, me canso menos, duermo más, lo que yo nunca había hecho ya, ya salgo a correr, trotar cinco kilómetros, este, pues algo que yo antes nunca hubiera pensado ¿no? (Germán, 44 â)

una de las cosas que mencionó el doctor, que fue así como, como el ‘guau’, dijo “lo que te va a ayudar es a sostener el peso a lo largo del tiempo, la baja de peso, a lo largo del tiempo”, más que, sí, sí te ayuda a bajar, pero te ayuda a mantenerte en un peso bajo, entonces en ese sentido ha sido fantástico [...] (Sandra, 43 â)

Los resultados obtenidos con las personas entrevistadas en esta investigación reflejan que sus perspectivas previas tienen que ver más con experiencias personales anteriores, mitos, otro tipo de vivencias escuchadas e inclusive con la idea de no ser candidato, ligado a la representación de imagen corporal distorsionada que se discutía en el capítulo 7.3, donde una característica común era minimizar la percepción real que se tenía y por tanto, asumiendo poco grave su nivel de obesidad; por otro lado, el hecho de que en el 100% de los casos exista una opinión satisfactoria nos muestra que el proceso cumple con expectativas y adquiere un valor importante al ser en base a una experiencia real, donde la persona ya vivió los cambios y obtuvo resultados óptimos.

### **Tecnología.**

La tecnología ha sido un recurso que ha efectuado mejoras en el ámbito médico a gran escala, la cirugía bariátrica no es la excepción, pues se ha ido perfeccionando la instrumentación, equipo y técnica, lo que ha permitido mejorar la tasa de éxito de las intervenciones. Pero, la intervención quirúrgica no es la única que se ha visto beneficiada en el proceso bariátrico, también las personas intervenidas y el equipo bariátrico.

Se tienen pocos antecedentes e información sobre el impacto que ha tenido la tecnología como el uso de redes sociales y aplicaciones para el seguimiento en las personas con cirugía bariátrica, pero algunos estudios que han dirigido su atención hacia ello confirman resultados favorables. Uno de ellos realizado en Estados Unidos (Mangieri et al., 2019) demostró que las aplicaciones móviles de salud son útiles para la mejora y el mantenimiento del peso perdido posterior a la cirugía bariátrica por lo que hacen la recomendación de su uso; otro estudio de Australia (Elvin, Ferguson y Collins, 2018) recomienda en el proceso posterior a la cirugía bariátrica, en base a sus hallazgos, el uso mixto de métodos tradicionales y el uso de la tecnología de Smartphone tanto para pacientes como los nutricionistas.

En contrapeso con estas recomendaciones, un estudio en Reino Unido (Graham, Hayes, Mahawar, Small, Attala y Seymour, et al., 2017) ha notado el incremento del uso de las redes sociales y aplicaciones móviles en los pacientes de cirugía bariátrica, pero argumenta

preocupación en los profesionales de salud por la desinformación que se ofrece que es en ocasiones contraria a la de evidencia científica, lo que puede afectar el proceso.

En este estudio, se notó un impacto del uso de la tecnología en las personas que obtuvieron la cirugía bariátrica, principalmente para la búsqueda de opciones de comida y entrenamiento, pues con la información que otros compartían contemplaban mayores posibilidades, alternativas y herramientas e inclusive, tenían la sensación de sentirse acompañados:

mucho es parte de mi, como mi trabajo, entonces estoy muy cercano a ese tipo de cosas, entonces si, pues ser, por ejemplo, empecé a seguir, a ver muchas cosas de entrenamiento, de comidas, de cosas así, entonces por ahí (Juan Pablo, 37 â)

o sea, e, si ayudó en ese sentido, el tema de las redes, porque empecé a sentir una comunidad, no era la mía, no era la comunidad de pacientes bariátricos, pero era una comunidad de algo por lo menos, no era una comunidad de gente que le interesaba cuidarse, era una comunidad de gente que compartía recetas, era una comunidad de gente que buscaba opciones, y eso fue trascendental, o sea, busca personas que, que comparten, ahí fue donde nació el, el, la inquietud de decir 'güey y si hiciéramos un canal y si compartir un blog por lo menos para decir lo que se siente' o sea, para ver quién más sintió lo mismo que uno [risas] (Luis, 34 â)

Pero también se hace hincapié en la escasez de información pertinente en nuestro país de estos grupos en específico, los entrevistados llegaron a señalar que programas, testimonios o grupos eran de diferentes países o inclusive, tomaban recetas que no eran específicamente para bariátricos, pues no encontraban suficiente información. Es el caso de Luis (34 â) por ejemplo, quien realizó una búsqueda de grupos de apoyo, blogs, canales de YouTube y refiere que fue poco lo que encontró específicamente del tema en Guadalajara o México, por lo que tiene como proyecto crear uno propio, por lo pronto, teniendo la necesidad de esta comunidad, ha formado ese grupo de apoyo con su pareja (Vanessa, 32 â) y su cuñada, los tres operados de manga gástrica.

Otros usos que se encontraron aquí de la tecnología fue la búsqueda de casos y experiencias de cómo habían vivido otras personas la cirugía bariátrica (recordemos que se evidenció el conocimiento de casos exitosos en el capítulo 8.1 como un elemento para la toma de decisión de la cirugía bariátrica) y la búsqueda de información sobre el procedimiento:

antes de operarme, busqué un montón de información de personas que ya se habían operado y sus experiencias y después de operarme, mucho tiempo después de operarme yo creo, o en el, no me acuerdo, pero sí, después de operarme también seguí buscando información para ver que habían hecho, cuánto habían bajado, qué les pasaba [...] mmmm, casos de éxito, así como “ay, yo pesaba tanto y ahora peso tanto”, como más motivacional, más que buscar ya información específica (Sandra, 43 â)

no, realmente me acuerdo todo bien, yo creo que estaba bien preparado, el equipo en general me dijo muy bien qué iba a ocurrir, cómo iba a ocurrir, qué esperar, qué no esperar, creo que eso y, nuevamente todos los videos que me eché de YouTube de toda la gente que se había operado y que hizo videoblogs y todo eso, tenía muy claro que iba a ser el proceso, por eso yo creo que me sorprendió también que fuera tan poco doloroso, porque mucha gente se quejaba de molestias y cosas así, para mí no las hubo, ¿verdad?, creo... (Jesús, 42 â)

Se notó en los relatos muchas búsquedas específicas de qué comer, cómo se vive el procedimiento y qué esperar, lo que es un punto importante coincidiendo con Graham et al. (2017), la información puede ser malinterpretada, errónea, distorsionada o falsa, ocasionando falsas expectativas o malos cuidados, por lo que este punto es importante a tomar en cuenta tanto para los profesionales de salud, como los pacientes a ser intervenidos.

Otro uso que sólo una persona (Jesús, 42 â) ha explotado de la tecnología es el uso de gadgets o dispositivos tecnológicos que cumplen funciones específicas para monitorizar o apoyar en los cuidados:

entonces a mí sí me gusta mucho esta parte de tecnología y que si estás ya un rato sentado, solito te vibra el reloj y te dice ya es hora de pararte y caminar tantito, entonces me paro y voy por agua, ee, entonces así. Yo siempre uso una aplicación de my fitness pal de, para seguir los alimentos, de repente hay épocas que la dejo de usar, pero no la dejo de usar porque ya no quiero usarla, sino porque me ha servido tanto para aprender que es lo que sí tengo que comer y que es lo que no, que ya lo hago de memoria, sin necesitar la aplicación

[...] ahorita que estamos cambiando a la dieta keto, bueno otra vez la estoy rigurosamente estoy apuntando todo y midiendo y todo y todo, para, para aprenderme visualmente las cantidades que tengo que comer de cada, de cada cosa, entonces definitivamente, a mí que me gusta mucho la parte tecnológica, el tener estas aplicaciones de alimentación, el tener el reloj ahora nuevamente el anillo que me ha gustado mucho, si es muy muy muy este... ha sido una motivación importante

Como se destaca en las narraciones de Jesús, el uso de gadgets puede ser sumamente benéfico como apoyo para un buen cuidado, recurso que ha sido poco destacado y se puede potencializar para aumentar el autocontrol y conciencia de las decisiones que se toman en el proceso. Es importante mencionar que también estos dispositivos suelen tener un costo económico elevado, lo que puede ser factor para que no se compren.

Finalmente, hubo algunas personas que no las consideraron útiles como parte de su proceso pues tenían toda la información con su equipo bariátrico y familia.

El uso de la tecnología puede ser un recurso muy potente sobretodo para el seguimiento de los pacientes y la ayuda para el cuidado en ellos, pero no se ha explotado del todo por lo que se sugiere mayor atención a ello, de igual forma vale la pena orientar a las personas que se practicarán la cirugía bariátrica al tipo de tecnología fiable, válida y que favorezca a su proceso para evitar el uso incorrecto o desinformación.

## **Rol de género en cirugía bariátrica.**

La cirugía bariátrica es elegida tratamiento para la obesidad primordialmente por mujeres, esto se puede corroborar en múltiples estudios que reportan mayor frecuencia de operaciones realizadas en el sexo femenino, como se había mencionado en el capítulo 7.3, en rol de género en expectativa del cuerpo, el porcentaje de mujeres operadas llega a ser más del 80% (Ellis, Macknight y Wilinon, 2006) (Guilbert et al., 2019).

En este estudio inclusive, se reflejó una dificultad mayor en encontrar casos de hombres operados de cirugía bariátrica, y además, cuando se encontraban, declinaban más la participación a tener la entrevista y narrar sus experiencias.

Al indagar en la opinión respecto a la cirugía bariátrica en tema de diferencia de género, sobresalió la postura de que el hombre tiene mucha más facilidad que la mujer en llevar el proceso bariátrico, ésto fue señalado por dos mujeres y un hombre, y las razones que atribuyen es que el hombre tiene ventajas fisiológicas para bajar de peso de forma más fácil o se presentan factores hormonales que le dificultan a la mujer hacerlo como el hombre, y también, señalaron que a los hombres les dan más cuidados que a la mujer, como por ejemplo, el que alguien cocine para ellos:

mmmm, si creo que debe de ser diferente, número uno por eso, porque ellos no necesariamente cocinan, y número dos, ellos deben de perder peso diferente, dejan de tomar cerveza y, o sea, Alfredo ha bajado yo creo que lo mismo que yo, bueno no estaba tan gordo como yo, pero ha bajado muy parecido a lo que he bajado yo, sin la cirugía, sólo con lo que yo he modificado en la forma de alimentarnos (Sandra, 43 años)

híjoles, yo creo que por la propia naturaleza de la mujer y del hombre que es distinta en cierta parte este, yo creo que si es diferente, yo creo que la cuestión hormonal de la mujer le debe de ayudar o perjudicar más, o no terminar por, este, siento que es mucho más este, fluido con uno, que con una mujer, siento yo eee, sin tener conocimientos médicos, pero siento yo porqueee, ee, en realidad siempre así ha sido,



tú escuchas a cualquier mujer “ay es que yo quiero bajar un kilo, y no pasa nada y ustedes nomás este, dejan de tragar esto y ...” entonces a eso lo relaciono ¿no? que con la herramienta o con la ayuda de la cirugía este, si les cuesta pues un poquito más de trabajo asimilar ese tipo de cosas [...] (Juan, 48 â)

Otra diferencia que se encontró en opiniones de dos hombres tuvo que ver con que hay poca aceptación de la cirugía bariátrica en hombres, una de las razones que refirió un entrevistado es que las mujeres ven como riesgo la cirugía bariátrica en un hombre, pensando en que la utilizarán para verse mejor para alguien más y, el otro entrevistado lo explica desde la existencia de tolerancia y aceptación de un cuerpo obeso en el hombre, percibiendo que otras personas ven a la manga gástrica como cirugía estética, como un tema de verse mejor físicamente y no de mejorar la salud:

[...] en el hombre es mucho más criticada la cirugía bariátrica, o sea, yo he recibido muchas más críticas o más ee, juicios, que por ejemplo Vane, y lo hemos medido, es un tema que a mí me han este hecho mucha más de “güey para que te operabas, no hay pedo, los hombres podemos ser gordos y no importan”, la otra es “eres puto, que vanidoso, ¿para qué?, no era necesario”, ee, o sea, mucha ignorancia, creo que en los hombres es mucho más el tema del juicio que hacia las mujeres, porque además lo consideran una cirugía estética (Luis, 34 â)

En esta línea, estudios han documentado que las desventajas sociales de la obesidad son mayores en las mujeres, afectándolas en la percepción de bienestar y, además, la insatisfacción y distorsión corporal que presentan es mayor que la de los hombres (Tamayo Lopera y Restrepo, 2014) (Camacho-Laraña, Alcalá-Pérez y Nieves-Alcalá, 2015), ésta puede ser una valiosa explicación del por qué el porcentaje tan elevado en cirugía bariátrica en mujeres a diferencia del hombre: existe mayor aceptación, tolerancia y menos efectos sociales adversos a la obesidad en los hombres que en las mujeres.

Por último, dos hombres y dos mujeres por el contrario comentan que no existe diferencia en la cirugía bariátrica para hombres y mujeres, pues consideran que el proceso, sus implicaciones, responsabilidades y dificultades son vividas de la misma forma.

## **8.2 Factores implicados por etapas en la cirugía bariátrica**

Son tres etapas que conforman el proceso de la cirugía bariátrica: la etapa prequirúrgica, etapa intraoperatoria y etapa postoperatoria y seguimiento; cada una de ellas tiene particularidades, objetivos diferentes y responsabilidades para los candidatos de cirugía bariátrica. En este estudio, el foco principal sobre estas etapas fue notar vivencias, dificultades, y, sobretudo, los factores favorables y desfavorables que se encuentran en ellas, pues la identificación de estas experiencias puede generar en el equipo de salud estrategias de preparación y abordaje para facilitar y propiciar mayor éxito en el proceso.

En la literatura científica, está bien identificado lo que es importante para cada etapa, pero también algunos autores han puesto la mira en describir qué es lo que resalta como sabotadores o ayudas para cada una de ellas, lo cual será nuestro foco de comparación.

Este subtema se divide en dos apartados, uno (Figura 12) que incluye las primeras dos categorías que son las dos primeras etapas de la cirugía bariátrica (pre e intra) y de ellas se desprenden 4 subcategorías y 23 subsubcategorías. Se realiza un segundo apartando (Figura 13), dejando sola la categoría que hace referencia a la tercer etapa del proceso bariátrico (post y seguimiento) por los datos sustanciales y amplios que arroja, del cual se derivan 5 subcategorías y 21 subsubcategorías y además, desprendiéndose también 14 más ítems.

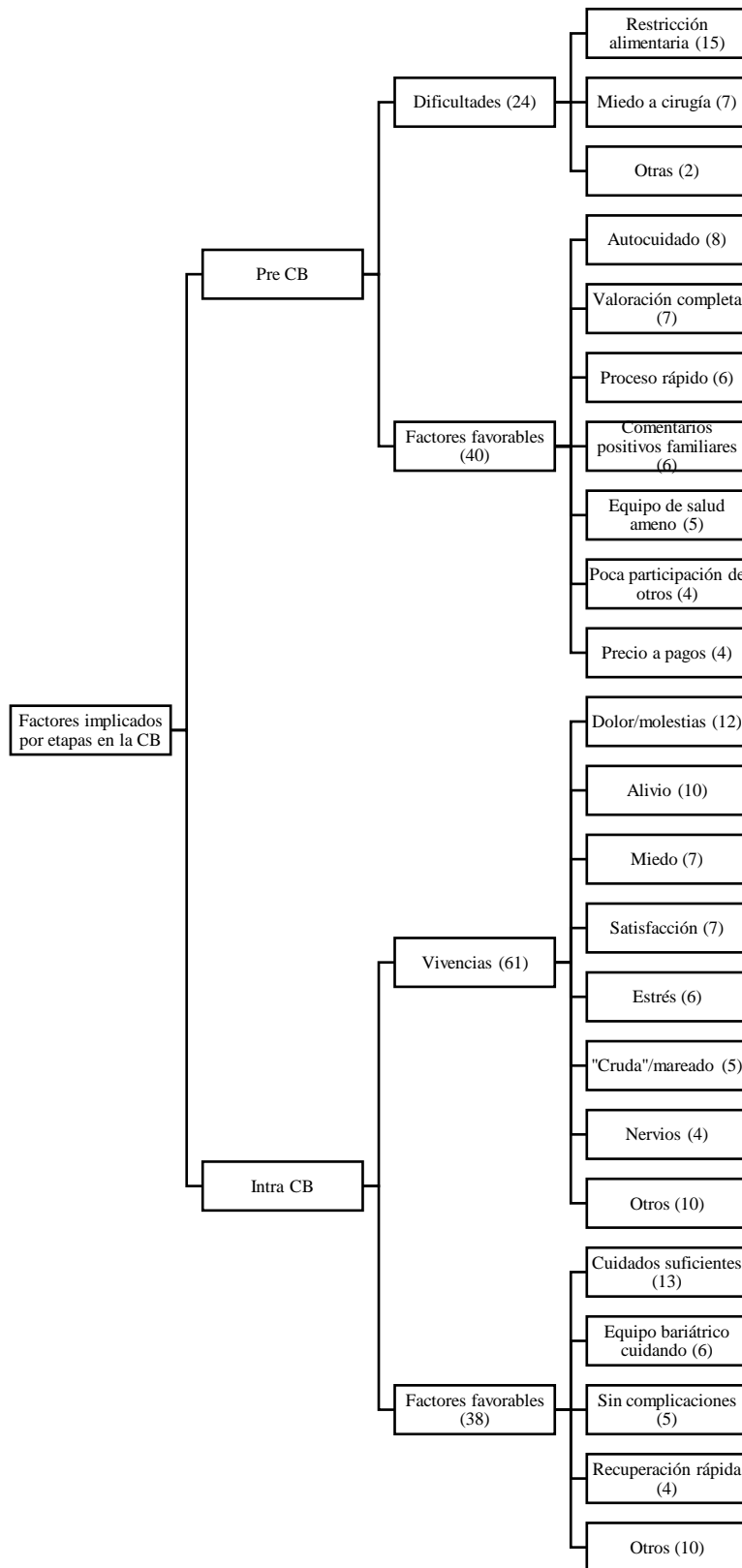


Figura 12. Diagrama Factores implicados por etapas en la Cirugía Bariátrica 1. Elaboración propia, 2021.

## **Etapa prequirúrgica en la cirugía bariátrica.**

La etapa previa a la cirugía bariátrica conlleva tres tareas para los profesionales de salud del equipo bariátrico: selección del paciente, evaluación o valoración y preparación.

El proceso de selección tiene que ver con determinar si una persona es candidato a la intervención quirúrgica de acuerdo con criterios de inclusión y lineamientos de las guías que implican indicadores médicos y fisiológicos de acuerdo con la obesidad, edad, estado de salud, entre otros (Ferraro y Gancedo, 2020).

La evaluación o valoración de la persona comprende el estado clínico, nutricional y psicológico (Ferraro y Gancedo, 2020) y “la atención mínima indispensable debe incluir cirugía, nutrición, psicología y medicina interna/endocrinología, entre otras especialidades que depende su uso de acuerdo con las características del paciente” (Zerrweck, 2018, p. 8).

Finalmente, para la preparación del paciente Livhits, Mercado y Yermilov (2012) proponen los siguientes objetivos:

- Informar al paciente sobre el proceso, el efecto de la cirugía y la necesidad de una visión integral del problema, el impacto que tendrá en su vida, los riesgos y cuidados a corto y largo plazo.
- Controlar la situación clínica y psicológica, estabilizando problemas no compensados, detectando posibles comorbilidades no evidentes y anticipando el manejo de estas luego de la cirugía.
- Ordenamiento de la alimentación, educación alimentaria y control del peso preoperatorio.
- Implementar acciones para reducir el riesgo quirúrgico al máximo, considerando profilaxis, antitetánica y antitrombótica.
- Dieta líquida inmediata prequirúrgica dirigida a mejorar la situación anatómica intraoperatoria. (Ferraro y Gancedo, 2020, p.12)

Dentro de estas tres tareas fue importante detectar en esta investigación cuáles fueron las dificultades más marcadas para las personas y se destacaron dos principalmente que tienen que ver con la preparación: la restricción alimentaria y el miedo a la cirugía.

La restricción alimentaria que se debe realizar días previos a la intervención quirúrgica fue considerada especialmente difícil al ser dieta líquida, sobretodo por el hartazgo y sensación que les daba a algunos, pero todos manifiestan haberse adaptado y haberla seguido:

me acuerdo que el primer día que estuve a puros líquidos dije ‘esto no está tan difícil, si me mantengo así diez días puedo bajar lo que necesito y no está tan difícil’, no al segundo día me moría de hambre, dije ‘claro que no puedo hacer esto’, este, si, estuve a dieta líquida, me dieron instrucciones así muy precisas y justo lo que me dijeron, eso hice (Sandra, 43 años)

El miedo a la cirugía fue otra dificultad mencionada, los entrevistados que refirieron esto lo describen como una sensación de preocupación por los riesgos implícitos y se denota que les generaba malestar emocional que terminó una vez que salieron del quirófano:

[...] yo quedé con esta secuela de, de una cirugía, o sea, yo necesitaba sentir el control ¿si sabes? Como de ‘todo va a estar bien, todo no se que’, y lo mío fue más bien como un tema terapéutico, más bien en eso, trabajar el miedo que a mí me daba la cirugía (Vanessa, 32 años)

Ahora bien, los factores favorables que los entrevistados detectaron fueron mencionados como estrategias o situaciones que les ayudaron en el proceso a que fuera más fácil, eficiente y cómodo, permitiéndoles así llegar en óptimas condiciones a la etapa intraoperatoria.

El primer factor favorable fue el autocuidado, siendo uno de los que los entrevistados detectaron también como precursor a la adherencia posterior, pues a partir de esta etapa comienzan con indicaciones especiales, se denota la educación de los comportamientos

necesarios a implementar, es decir, no sólo qué hacer sino el por qué es importante y cómo repercutía también les fue mostrado y eso tuvo una influencia positiva, además, a partir de las conductas que tenían de salud, notaron cambios importantes que refuerzan al continuar cumpliéndolas:

mi forma de cuidarme era tomarme mis medicamentos porque en ese tiempo me tomaba mis medicamentos al pie de la letra, entonces eso fue lo que me hizo regularme muy rápido, de hecho fueron como cuatro meses, me dijo, que iba a ser como seis meses, pero como en cuatro meses ya estaba como que bien, no bien, pero ya estaba como en los, eh, cuando me dices estas en un rango normal (Juan Pablo, 37 â)

[...] fijate que como empecé con ejercicio, y actividad física cinco meses antes de la cirugía, logre bajar algo de peso, que empecé a cambiar mis hábitos desde antes de la cirugía, ee, físicamente llegué bien preparado a la cirugía, creo que eso repercutió muchísimo en mis hábitos, obviamente, antes de eso, pues estuve en el gimnasio, natación, mejoró mucho mi oxigenación en la sangre, bajaron muchos de mis niveles (Luis, 34 â)

En la tarea de evaluación o valoración, se destaca que el hecho de tener un proceso completo facilitaba ir avanzando hacia la cirugía, contrario a que los requisitos se volvieran complicados o se percibieran como numerosos; además, fomentó seguridad en los entrevistados haber elegido un cirujano que tuviera diferentes pasos, procesos y que la cirugía no fuera de un día para otro, pues les permitían llegar preparados y con suficiente información, sabiendo que habían sido bien valorados y eso posiblemente disminuía la tensión previa:

fijate que fue muy sencillo ee, primero, digo, fue todo el protocolo de los estudios para ver si podía ser este elegible para la cirugía, este, eee, las terapias, las visitas a las que acudí, este, bien, este, la nutrición fue muy, muy sencilla, este, te dieron, me dieron me acuerdo, unas proteínas que tomar, este, con la intención de bajar los kilos

que me habían pedido para notar el grado de compromiso, este, y no fue tan complicado, este, fue algo muy sencillo, no requerí pues ahora si de que ayuda especial o específico para poderlo hacer, era nomás ponerle atención y no, no fue complicado (Juan, 48 â)

[...] fue el tema de, o sea yo soy el último que te voy a decir que si, o sea porque antes de esto tienes que pasar por la psicóloga, por una nutrióloga y por un preparador físico (le mencionaba el cirujano bariátra), ¿no? entonces eso a mi me llamo muchísimo la atención porque no, porque dije ‘no pues es algo muy bueno que no es una decisión sola y es una decisión que depende más personas para poderla, para poder decir’ [...]

El hecho de que el proceso fuera rápido también beneficiaba a los entrevistados, sobretodo hacen hincapié a la forma en que se fue desarrollando, pues una vez que tomaban la decisión de operarse, comenzaban las valoraciones, les indicaban que estudios de laboratorio hacerse, especificaban a que meta necesitaban llegar y cuáles citas cumplir, eso les generó una sensación de avance y satisfacción:

yo creo que si hubiera sido más largo el proceso quizá me hubiera desesperado, [...] o sea, fue muy favorable que todo fue tan rápido (Jesús, 42 â)

Dos factores más que también fueron importantes, ambos relacionados a otras personas implicadas: la familia y el equipo de salud. Las personas entrevistadas destacaron que los comentarios positivos que venían por parte de la familia motivaron a llevar el proceso previo, pues otorgaban seguridad y validación a la decisión que habían tomado:

mi círculo más cercano, mi suegra, este, mi papá, mi hermano, pues mi hermano me echaba muchas porras ¿no?, te digo mi hermano es súper fitness, entonces este, él siempre me decía “tu vida va a cambiar, vas a ver, te vas a sentir mejor, y vas a poder hacer ejercicio”, entonces pues era si, de mi círculo muy cercano que era, mi familia es muy chiquita, es mi hermano y mi papá, los más cercanos, tengo tías que también, tengo tías que también muy cercanas, hermanas de mi mamá, y ellas también ya sabes “no, lo mejor que pudiste hacer” (Germán, 44 â)

[...] mi gemela pues me decía “Lisandra es lo único con lo que vas a bajar, tú eres la que más ha batallado con el peso, yo te apoyo”, y ahora sí que ya, siempre me inclino mucho por mi gemela, entonces ella me motivo y “ándale”, ella fue la que me pasó a Liliana (operada de manga gástrica), “y platica con ella y mira y...”, no, no, no, mi gemela fue la que más me estuvo ahí apoyando (Lisandra, 36 â)

Y en cuanto al equipo médico, una característica que fue de ayuda es que fuera “ameno”, explicada por los participantes como que las citas médicas y valoraciones tuvieran un ambiente agradable, las personas cercanas, generaban un ambiente de comodidad que también repercutió en que se motivaran más, avanzaran en el proceso y llegaran a la cirugía con mayor seguridad:

pues mira, te voy a ser sincero, y, y eso creo que me ayudo mucho, pero los doctores todos eran bien súper chidos, todos, todos, todos, era como, o sea ay me tocó, tengo cita con el cardiólogo, ah vamos porque llegaba con eh, con Luis y estábamos ahí vacilando, y llegaba con la, con Luis Antonio también, con Nora también, siempre estábamos ahí, pues cuando iba con Adriana también, nomás con el, con la chica de la apnea, se llamaba, como se llamaba, Nidia no, una, Cinthya, también súper bien buena onda la chava estaba embarazada y así, estaba por tener... y también la, y era cotorreo, y si jajajaja, jojojo, eso la verdad a mi, porque no soy mucho de doctores, bueno, voy con doctores es como ahhh [disgusto], entonces eso me ayudo bastante, me hicieron muy ameno mi tratamiento, mi proceso, entonces lo llevé con mucho gusto, a todas mis sesiones (Juan Pablo, 37 â)

En pocas palabras, las dificultades que se encontraron en esta etapa son la restricción alimentaria y el miedo a la cirugía, ambas son propias del período de inicio y son entendibles debido al comienzo de una nueva etapa que implica retos, cambios y aprendizajes que aún no son comprendidos, por lo que guiar y llevar a la adaptación a los candidatos de cirugía bariátrica es una primer tarea vital.



Ahora bien, los factores detectados en las narrativas como favorables lo que permitieron es que los entrevistados atravesaran por las tareas para llegar a la cirugía de una forma confiada, sencilla y sobretodo, segura para la intervención quirúrgica. Esos factores tienen un gran impacto, y vale la pena señalar que el primero hace referencia al cuidado de sí mismo, lo que subraya que para este proceso la responsabilidad propia va por encima de todo para que sea exitoso, para después seguir con que el proceso sea rápido pero completo y esté acompañado de un equipo bariátrico ameno y, también, que la familia apoye con su validación a través de comentarios positivos.

Es necesario tener estos factores presentes, pues si se fomentan, el grado de implicación sube y permite que lleguen a la intervención con mayores herramientas de apoyo y buena preparación.

Además, se remarca que el cómo inicio el proceso parecería que tiene un impacto fuerte en la forma en que continúa, pues fueron importantes las referencias de los entrevistados que hacían de cómo el aprendizaje que tuvieron en esta etapa fue lineal para su seguimiento y que siguen utilizando.

### **Etapa intraoperatoria en cirugía bariátrica.**

La gran parte de la bibliografía científica en la etapa intraoperatoria de la cirugía bariátrica es dedicada a la descripción de las técnicas utilizadas y manejo de complicaciones físicas posteriores. Conocer cuáles son las vivencias que con más frecuencia se presentan nos permite obtener un marco del estado de las personas operadas para implementar intervenciones y detectar el tipo de cuidados necesarios.

La persona al ingresar al hospital comienza con un protocolo que implica una serie de pasos y manejo especial. Mayo Clinic (s.f.) describe las particularidades en esta etapa:

Se utiliza anestesia general, por lo que la persona queda inconsciente durante el procedimiento, y la cirugía es realizada por vía laparoscópica a través de pequeñas incisiones en el abdomen. La cirugía dura algunas horas, y tras el procedimiento, la

persona despierta en una sala de recuperación donde se vigila el estado monitorizando cualquier complicación, la duración estimada en el hospital posterior a la cirugía son tres días.

Al implicar la cirugía bariátrica una serie de riesgos y complicaciones, las vivencias anteriores y posteriores inmediatas al procedimiento son varias. De las que más se mencionan en las narraciones de esta investigación previas al procedimiento son miedo, estrés y nervios:

sólo estaba muy asustada, me acuerdo que les dije a los enfermeros o a los camilleros, les dije ‘es la primera vez en diez años que no me siento gorda’; [risas], tenía mucho susto de entrar al quirófano (Sandra, 43 â)

entonces yo decía pues tengo miedo, no sé qué vaya a pasar, y me platicaban que cuando te inflan por el gas, entonces yo entré como con mayor temor de lo que realmente me pasó [...] (Germán, 44 â)

Después de la intervención quirúrgica, los estados emocionales que implicaban desgaste por el riesgo que percibían de la cirugía se transformaron, las siguientes vivencias que experimentan fueron consecuencias fisiológicas por ejemplo, dolor y molestias físicas y una sensación que la describen como estar “crudo” refiriéndose a un mareo y debilidad:

me quería dar el vómito, quería vomitar, y estaba yo desesperada porque no se me quitaba, y era una sensación, súper horrible que nunca me había dado y ella estaba ahí (refiriéndose a una enfermera), entonces ella fue en todo momento me acuerdo que pensaba que era lo peor, dije no, esto es lo peor y fum, me quería vomitar, pero no me vomitaba (Sonia 47 â)

era el tema de los gases, ya me dijo Beto, “pues si, te metimos gas, estás inflado, pues traes el efecto de toda la medicina que te pusimos, pues si, tu cuerpo está enojado, o sea, se te va a pasar al ratito, no te preocupes” y si, literal, un día así lo pase medio

mal, pero mal ni siquiera vomité, mal como molestia tipo digo así media cruda, y ya, se me quitó (Germán, 44 â)

Por otro lado, en el estado emocional, prevalecen las sensaciones de alivio y satisfacción, factores importantes a tomar en cuenta pues permite que la cirugía bariátrica sea identificada como un procedimiento que si bien es complejo, el cuerpo lo tolera de una forma que la persona percibe no impactar de forma complicada inmediatamente después, pues va sintiendo mejoría, seguridad y calma:

te digo, fue tan bien la cirugía, bastante práctica, no fue como que quedara yo ahí tirado todo [risa], todo, ¿si me explico?, todo mal, no, bastante bien [...] (Juan Pablo, 37 â)

entonces mis papás estaban súper ansiosos por la cirugía, yo estaba súper ansiosa por la cirugía, y este, entonces ya, llega el día de la cirugía, y, literalmente salgo, o sea yo madriadísima y mis papás llorando, llorando así de “todo está bien” o sea de que “todo está bien”, de eso me acuerdo perfecto, estaba yo toda sedada y los veía y todos se estaban abrazando de que “ya salió, ya salió” y yo [risa] y yo ‘sí, ya salí, ya salí’, porque si o sea, fue literalmente un trauma familiar (Vanessa, 32 â)

Ahora bien, existieron diferentes factores favorables que se observan inciden para que la sensación de alivio y satisfacción se haya podido dar, sobretodo se remarca uno que involucra el objeto de estudio de esta investigación: los cuidados. El hecho de que los entrevistados percibieran que tuvieran cuidados suficientes y necesarios dentro del hospital fue determinante para una recuperación apropiada y un estado emocional óptimo, además, también lo reflejaron con los cuidados que obtenían del equipo bariátrico, pues denotaba seguridad y confianza. Éstas son algunas de las narraciones que se obtuvieron respecto a la importancia de los cuidados que marcaban la diferencia en la etapa intraoperatoria:

Ya cuando ves que sí esta la persona ahí, dice “¿cómo te sientes? y mira que con paciencia, y no se preocupen y cualquier duda avísenme” y ya sabes ¿no? entonces

simplemente es el hecho de despertar y ver ahí a la gente y que el día siguiente vayan otra vez y te pregunten “oye, ¿qué onda, se te ofrece algo? ¿tienes alguna duda?”, ‘no, no, no, todo bien’, entonces eso fue muy muy padre, la verdad es que sí es un gran apoyo (Germán, 44 â)

o sea, muy buena atención, dice mi marido “no nos dejaron dormir, pero no te dejaron que te llegaran los dolores”, cada ratito “que te voy a poner esto, ahora va esto” y no me dejaron para nada, o sea, gracias a Dios te digo que yo no sentí ningún dolor, ni uno, ni uno, ni uno, no sentí (Lisandra, 36 â)

Por último, otros de los factores que fomentaron una tranquilidad y resultados positivos en los participantes fue el hecho que no tuvieran complicaciones postoperatorias y que la recuperación fuera rápida, lo que animó mucho a que estuvieran seguros de su decisión y motivados para los siguientes pasos:

mi esposa fue la que me cuidó, incluso ella decía “no, con cuidado”, yo ya me quería parar y caminar, y yo le decía ‘no, es que mientras más rápido te pares y camines, más rápida es la recuperación’, entonces fue de hacer un poquito la lucha entre de que ella me quería tener tranquilo y de que yo me quería ya parar porque también ella quedó sorprendida de lo rápido que fue mi, mi, la recuperación o sea que el mismo día de la cirugía yo estaba parado y al día siguiente yo estaba sentado en la terraza ¿no? (Jesús, 42 â)

cuando pasó y me di cuenta que fue mucho más sencillo de lo que yo esperaba, y dije ‘ay, ahora si voy a estar quince días acostado’ y me dijeron “no, como que quince días acostado, párate y muévete”, pues yo también fue como que ‘ah caray, estuvo mucho más sencillo’ y este, sin ninguna complicación, gracias a Dios afortunadamente, cero complicaciones de nada (Germán, 44 â)

A través de estas vivencias, la etapa intraoperatoria se puede dividir en dos momentos: uno antes de ingresar al quirófano donde el malestar emocional aumenta y se encuentra miedo,

estrés y nervios, siendo un campo de acción importante para el psicólogo y la generación de intervenciones orientadas a la relajación y manejo de pensamientos disfuncionales como los catastróficos o filtros mentales; y segundo, posterior a la intervención, donde sobresalen molestias, dolores y sensaciones incómodas físicas, para éstas, los factores favorables para sobrellevarlas y tener un mejor manejo fue el haber tenido cuidados suficientes por parte de su familia, pareja y el equipo bariátrico, por lo que se remarca la presencia aquí el objeto de estudio de esta investigación, los cuidados como parte central de adherencia.

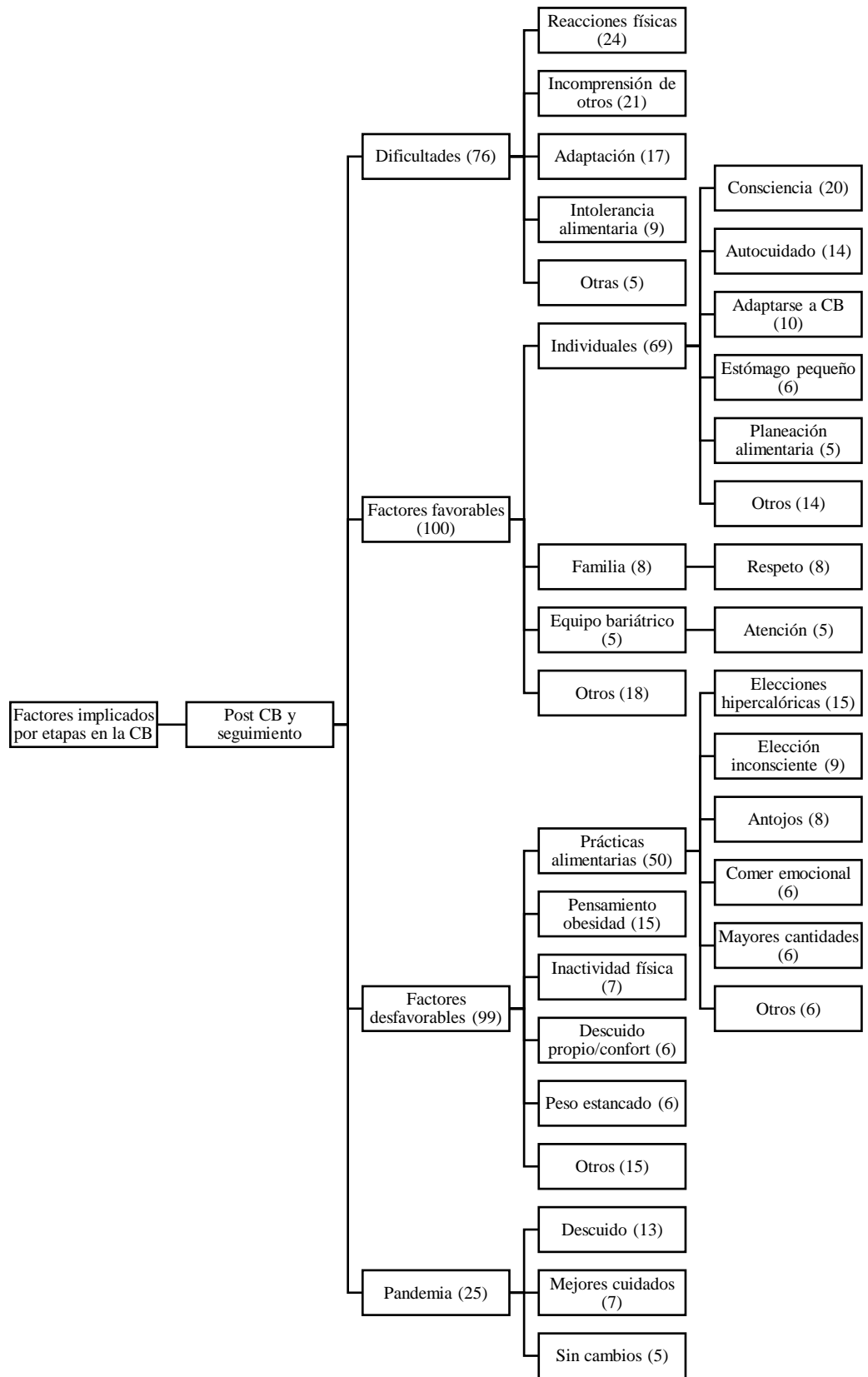


Figura 13. Diagrama Factores implicados por etapas en la Cirugía Bariátrica 2. Elaboración propia, 2021.

## **Post cirugía bariátrica y seguimiento.**

Posterior a la intervención quirúrgica, se da paso a una serie de cambios, tanto fisiológicos, físicos y conductuales, pues son éstos últimos los que van a marcar la diferencia en cuanto al resultado exitoso que se pueda tener con la cirugía, si bien por el hecho de tener la intervención la pérdida de peso va a ocurrir, la selección de alimentos y estilo de vida son los que van a determinar que sea de una forma saludable o no, que el cuerpo se adapte o tenga ciertas dificultades, entre otros.

En las guías de práctica clínica del Consejo de Salubridad General de México (Consejo de Salubridad General, 2008) se establece que el éxito en los resultados de la cirugía depende de los pacientes por los cambios conductuales que se deben de llevar y el grado de adherencia hacia ellos, refiriendo como formas de incrementarla a través del automonitoreo, apoyo social y control de estímulos, por mencionar algunos.

Por ello, se puede notar que el estado, disposición y acciones que realicen las personas con cirugía bariátrica son clave en su proceso, en este apartado, se van a ir tejiendo los puntos detectados que fueron favorables o desfavorables, dificultades y situaciones que incidieron en los resultados que han ido teniendo.

Para iniciar, conviene entender dónde están parados los entrevistados respecto a la meta de peso que fue marcada de forma conjunta con el nutriólogo o su cirujano bariátra (Tabla 4):

Tabla 4

*Especificaciones sobre cirugía bariátrica y meta de peso*

Nombre	Género	Edad	Tipo de Cirugía Bariátrica	Tiempo de Cirugía Bariátrica	Meta de peso
Sonia	Femenino	47 años	Manga gástrica	2 años	Falta llegar a la meta
Juan Pablo	Masculino	37 años	Bypass gástrico	3 años	Fue cumplida, pero tuvo reganancia
Mayte	Femenino	45 años	Manga gástrica	1 año	Falta llegar a la meta
Sandra	Femenino	43 años	Manga gástrica	3 años	Fue cumplida, pero tuvo reganancia
Germán	Masculino	44 años	Manga gástrica	1 año	Falta llegar a la meta
Luis	Masculino	34 años	Manga gástrica	2 años	Cumplida
Vanessa	Femenino	32 años	Manga gástrica	2 años	Cumplida
Lisandra	Femenino	36 años	Manga gástrica	1 año	Fue cumplida, pero tuvo reganancia
Jesús	Masculino	42 años	Bypass gástrico	2 años	Falta llegar a la meta
Juan	Masculino	48 años	Bypass gástrico	4 años	Fue cumplida, pero tuvo reganancia

Como se puede ver, de los 10 participantes en este estudio, 2 (20%) llegaron a la meta y la han mantenido, 4 (40%) llegaron a la meta pero reganaron peso y a 4 (40%) les falta llegar a la meta de peso que establecieron.



Regularmente, la pérdida de peso es medida a los 12 meses y/o 24 meses para detectar el porcentaje de exceso de peso perdido, pues es cuando se da la mayor pérdida y de forma más rápida, sin embargo se ha hecho hincapié en que para determinar el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo tiene éste que ser medido a los 5 años de seguimiento (Larrad y Sánchez-Cabezudo, 2004) y hay también estudios que indican que la reganancia de peso ocurre de forma más frecuente entre los 3 y 6 años posterior a la intervención quirúrgica (Papapietro, 2012a). Estos datos nos llevan a abrir un paréntesis de esta investigación y señalar que sería importante realizar un seguimiento a más años para detectar si existió reganancia de peso y encontrar la relación con los factores que incidieron a largo plazo con no poder conservar y mantener los resultados.

Por el momento, los datos que aquí se encuentran sí permiten sacar conclusiones sobre resultados a mediano plazo y metas cumplidas.

Iniciaremos con las dificultades que fueron vivenciadas por los participantes, éstas aluden a los aspectos que generaban problemas para el manejo del seguimiento y las consecuencias que tenían posterior a la cirugía. Sobresalieron las reacciones físicas, refiriéndose a sensaciones del cuerpo o reacciones que se produjeron a causa del funcionamiento distinto del cuerpo, aquí algunos ejemplos:

y, mmmm, esto del cansancio, que me tardé mucho en resolverlo, muchísimo, creo que se me acaba de quitar apenas, hace poquitito, si, fue como muy complicado, bueno, creo que tiene que ver también con la alimentación, eee, no, no creo, definitivamente, y con los suplementos [...] (Sandra, 43 â)

[...] una vez que lo entiendes, qué te pasa, por qué tu cuerpo reacciona, por ejemplo, cuando yo me lleno, ahorita después de la cirugía, me mormo, a veces, mmm, me da por como llorar, como lagrimeo, como cuando te da gripa... mi nariz esta súper empapada, entonces en ese momento me doy cuenta que ya no puedo comer nada, pero no me, no me, no sabía que me pasaba hasta que note que era después de que estaba satisfecha (Sonia, 47 â)

En las narraciones sobre dichas reacciones físicas se refleja que a pesar de que fueron consecuencias del proceso, las alcanzan a identificar y esto hace posible su abordaje para tratarlas o prevenirlas, pues en cierto caso tiene que ver con hacer modificaciones en la dieta o ingerir suplementos, y, en otros casos, aprender del cuerpo y sus necesidades para realizar los ajustes en alimentación o actividades que eviten llegar a las reacciones incómodas del cuerpo.

En ese último sentido, otra dificultad fue la adaptación, que tiene que ver con poder adoptar las medidas, indicaciones y recomendaciones en estilo de vida que ahora son adecuadas para el funcionamiento del cuerpo y las metas que se tienen. Lo que manifestaron los entrevistados fueron dificultades en conocer los alcances, límites del cuerpo, reacciones, cantidades o alimentos que se pueden consumir y cuáles no, la imagen corporal que se tiene y adaptación en cuanto a lo que se quiere consumir y lo que el estómago va a permitir y se necesita elegir:

yo lo que entendí es que en mi proceso, yo sentí que tenía algo atorado, necesitaba agua para pasármelo, y entonces cuando siento que traigo algo atorado es que ya mi estómago no quiere nada, y a veces todavía me pasa que estoy tomando agua, y el traguí... ya lo siento aquí atorado y tiro la que me iba a pasar, porque eso me hace vomitar o me hace sentir... ya no vomito, más bien me siento mal, y me puedo sentir mal mucho rato (Sandra, 43 años)

Luis (34 años) narra una experiencia que tuvo donde el no sentirse adaptado le desencadenó un episodio de ansiedad importante:

estaba en casa de mis papás, obviamente en un principio fue un tema literal de aprender ¿no?; entonces en una ocasión [...] me levanto a las tres de la mañana, pues con un hambre, con un dolor de cabeza, o sea, no tienes idea, abro la puerta del refri, dije ahorita me como algo para calmar esta hambre, porque no era ansiedad, era hambre porque sabía que era hambre y me dolía la cabeza, y me sentía débil y la madre, pues total de que abro el refri, no había nada que pudiera comer, o sea, era un

refri lleno, pero no había nada que yo pudiera agarrar y meterme a la boca porque sabía que lo que me agarrara y me metiera a la boca lo iba a vomitar, porque mi cuerpo todavía no estaba listo para recibir alimento sólido, ¿si me explico? Si yo agarraba, no sé, cualquier cosa que agarrara del refri, un pedazo de, lo que tu quieras, fruta lo que fuera, pues mi cuerpo no, entonces yo sabía que nada de lo que estaba ahí podía comer, abro la lacena y lo mismo, fue un, después supe por otra persona que me platico, me dice “güey, eso es un ataque de ansiedad” [risas]; sí, yo me puse a llorar en el refri, con la puerta abierta a las tres de la madrugada y me preguntaba a mi mismo ‘es que, ¿qué me hice? O sea, ¿qué chingados me pasó?’, y ya, o sea, ‘¿qué te hiciste? Te, te, ésta es tu vida güey, no vas a volver a la normalidad nunca’, o sea, fue un shock, muy muy fuerte, nunca había sentido eso, me faltaba la respiración, me sentía muy mal, total de que ya, al día siguiente me levanto, hacen de desayunar, no sé que pendejada, se me pasa, no lo volví a sentir

Esto lleva a subrayar la importancia de la intervención del equipo bariátrico y entre ellos, el psicólogo, para facilitar el proceso de adaptación, pues las modificaciones, sensaciones y vivencias presentan muchos cambios y novedades que pueden generar crisis por no tener las herramientas suficientes o conocimiento para sobrellevarlos.

Ahora, si hablamos de que las propias personas operadas manejan dificultades para adaptarse a una cirugía donde tuvieron preparación y tuvieron información vasta del tema, las personas cercanas que pueden no tener mucho conocimiento de lo que implica la cirugía bariátrica tendrán mayor dificultad entendiendo por lo que atraviesan, y así lo manifiestan los entrevistados, notando que otra dificultad para vivir el proceso es que otros (amigos, familiares, etc.) no comprendan su nueva forma de vivir y cuidarse:

yo creo que al principio si te afecta un poquito, ver esos cambios tan, tan notables, tan drásticos, pero te afecta más... el, el asombro de las personas, la gente que no te ve en cierto tiempo y de repente te ve y dices tú “¿qué te pasó?” y para todos “¿te enfermaste y te pegó la diabetes?”, para todos es como decir “puta, este, algo le sucedió ¿no?”, este, y como que eso es lo que te empieza a impactar de repente y si

no lo sabes de alguna manera entender o, o dirigir como que si, si te pudiera afectar, porque si es como que muy eee, te choca pues de que de repente ves a gente sorprendida y hasta con cierto temor o recelo de decir “¿pues qué te pasó? O ¿es contagioso o no? ¿o que chin...?”, ¿sabes? ¿si me explico? (Juan, 48 â)

las comidas sobretodo en casa, en su casa (refiriéndose a su esposa), porque su, en su casa vienen de su, su mamá creció teniendo una fonda ¿verdad?, entonces para ellos la forma de demostrar afecto es la comida, ¿verdad?, entonces a veces, ella ha tenido que hablar con su mamá, porque la mamá se sentía ofendida que no quería más comida o que no quería lo que me estaba ofreciendo, ¿no? (Jesús, 42 â)

porque por ejemplo, íbamos con otros amigos o íbamos con amigos y nuestros amigos eran los que nos decían “¿con eso? ¿eso van a comer? Pero no sé que”, o sea, te veían como, o sea, “no entendemos, como ¿por?” (Vanessa, 32 â)

De nueva cuenta, trasciende el apoyo psicológico que se pueda dar en esta dificultad para poder lidiar y generar estrategias de afrontamiento que resulten en un control de dichas situaciones, previniendo que los operados de cirugía bariátrica caigan en inseguridad o desgaste por el señalamiento y cuestionamiento de otros.

Por último, la intolerancia a ciertos alimentos va a marcar dificultades al inicio pues las personas asemejan frecuentemente las primeras etapas como “aprender a comer otra vez” debido a que las sensaciones y reacciones del cuerpo pueden ser diferentes con comida que antes acostumbraban, por lo que es una consecuencia inevitable que va a requerir de las personas tolerancia al malestar mientras aprenden y van haciendo ajustes a los alimentos.

Una, la parte un poquito frustrante para mí era el tomar agua, a mí me encantaba agarrar un vaso de agua helada y tomármelo de golpe ¿verdad?, y era imposible, me dolía, pero se tenía que ser agua a traguitos, entonces yo creo que del día uno hasta el año ¿verdad?, fue una de mis principales frustraciones entre comillas, la, el gusto de

poder agarrar un vaso de agua helada y poder tomármelo de golpe que ya no se podía, ¿no? (Jesús, 42 â)

me hice intolerante a algunos alimentos, el salmón me cuesta mucho trabajo digerirlo, las carnes rojas me cuestan mucho trabajo digerirlas, el puerco, casi no puedo comer, o muy poquito, porque me siento mal, eeeee, y el azúcar, esa es una gran bendición en mi vida, porque, un 10 de mayo que le compré un pastel que le gusta a mi mamá de chocolate, me sentí fatal, tuve que ir a vomitarlo, me acosté, sudé frío, muy muy mal que me sentí, entonces el azúcar me hace sentir mal [...] (Sandra, 43 â)

En contrapeso, existieron factores favorables que permiten lidiar con estas dificultades y posibilitan que el proceso bariátrico y sus cambios sean más llevaderos. En este estudio se alcanzan a ubicar los factores favorables identificados por quienes los propician (la persona operada, la familia o el equipo bariátrico); esto fue lo que se encontró:

De forma individual o personal, la toma de consciencia de las nuevas modificaciones que se deben hacer para cuidar el cuerpo y la forma en que funciona tras la intervención es un factor favorable, pues impulsa a comportamientos orientados al cuidado y estar en constante observación de lo que falta, de lo que va bien; además, cuando los entrevistados notan los avances o consecuencias de sus comportamientos en resultados (sea mencionado por otras personas o lo vean en lo diferente que les queda la ropa) es lo que funciona como retroalimentación de que lo van haciendo bien o les falta modificar:

pues yo creo que te digo, de entrada, todo el trabajo que se ha hecho, toda la conciencia, todo el apoyo de toda la gente, el que te lo sigan diciendo “oye pues que bien te ves” “oye que buena decisión”, eso creo que es una motivación muy grande, y la otra este, de alguna manera pues te digo, no sólo con la pandemia, pero desde antes, si baje un poquito la cantidad de viajes, yo trate de programarlos menos, traté de quitarme las salidas a las comidas esas con mis clientes, ya de repente ponía un desayuno, de repente pos ya no era la comidona así, y si se los dije ¿no?, tengo, tengo ya bastante tiempo de conocerlos a la mayoría, entonces tuve la confianza de decirles

‘oye, fíjate que pasé por esto y por esto, este, y pues no puedo comer igual que antes, tú no te preocupes por mí, tú siéntete libre de comer lo que tú quieras’ entonces yo creo... (German, 44 â)

pues a mí más que nada me sirvió mucho el, el hacerme consciente de las cosas, de, que, que si estaba bien que comiera o que no, el dejar el alcohol, claro deja nada más la cervecita, porque ya de vez en cuando si me echaba mi, mi alcoholito o algo sin gas, si podía tomar pues, pero si me ayudó mucho el hacerme más que nada consciente, de que estaba mal, o sea en lo que comía, eso fue lo que me, me ayudó (Lisandra, 36 â)

En la misma línea de los factores favorables individuales estuvieron también el autocuidado y la planeación de alimentos; el primero refiriéndose a que las personas posterior a la cirugía generaban más conductas de atención a su persona y cuidado, y la segunda, se permitían establecer un plan o determinaban en qué momentos y qué era lo que iban a comer, contrario a elegir lo disponible, es decir, de forma consciente se manejaban las prácticas alimentarias:

fíjate que esa parte es, recae mucho en uno mismo, yo creo que algo que me favorece es que necesito yo, yo mismo como inspirarme como dicen, volverme a meter en esto, en el mood de me voy a cuidar, me voy a cuidar, me voy a cuidar, voy a hacer ejercicio, porque te vas subiendo y te vas sintiendo bien, te vas sintiendo bien, te vas sintiendo mejor, mejor y mejor, y mejor, este, esa parte recae mucho en uno mismo, o bueno en mi caso particular recae mucho en mí mismo (Juan Pablo, 37 â)

realmente nada más este, planeábamos juntos, a mí me gusta mucho planear todo, hasta la de después ¿no? que vamos a comer la próxima semana y planeamos la despensa en base a eso, entonces ayudo mucho con eso, con la planeación de, de las comidas, y que sí podía comer y que no, y las porciones, ee, ya al punto por ejemplo, ya es una forma de vida de que vamos y compramos carne y pollo y lo primero que hacemos cuando regresamos por ejemplo es ponerlo en porciones de lo que tenemos que comer ese día y lo cerramos en paquetes al vacío y lo guardamos ya en porciones,

entonces a ese grado llegamos a los cambios que me ayudó mi esposa a que todo esta ya medido y pesado ¿verdad? (Jesús, 42 años)

Estos hallazgos coinciden con los realizados por Lecaros et al. (2015a) en un estudio donde identificaban facilitadores y obstaculizadores en la pérdida de peso en personas con cirugía bariátrica, y encontraron que una clave facilitadora fue la medición de calorías y un control en lo que se come y en cómo se come, éstos ellos lo refieren principalmente a consecuencia del temor a volver a subir de peso; en el caso de esta investigación también se reflejó que una motivación era cuidarse y no subir de peso, pero también en gran parte el sentirse muy bien físicamente tras hacer las modificaciones.

Otros factores favorables tienen que ver con el haberse adaptado a la cirugía bariátrica y tener el estómago pequeño, pues ambas se dirigen a que la persona realice ajustes para su nueva condición. En primer instancia, cuando los entrevistados lograron adaptar ciertos comportamientos o inclusive decisiones a su condición, tenían mejores resultados y les facilitaba continuar con los nuevos hábitos, por ejemplo el caso de Jesús (42 años) que reacomodó condiciones en su vida para que empataran mejor con su proceso.

la gran ventaja que siento que yo tuve, ese año moldear todo y tomar los consejos y decir bueno, entonces, quiero vivir en un lugar que tenga estas condiciones, ¿verdad?, y quiero hacer una despensa que tenga estas condiciones y todo fue más, todo fue fácil siguiendo los consejos que nos habían dado desde antes de la operación o inmediatamente posterior a la operación

Otro ejemplo fue Luis (34 años) que muestra los ajustes cotidianos que lo llevan a tener buenos resultados y mantenimiento en su proceso:

a mí por ejemplo, me da mucha hambre entonces yo andaba en la moto, ¿cómo hacia para andar en la calle?, pues muy fácil, compré botecitos de Jericaya, les ponía fruta picada, yogurt natural con miel y los congelaba y me los llevaba al congelador, al golf, a medio partido ahí me veías comiendo mi plato de yogurt con frutas y empecé

a cambiar mi dinámica en frente de los demás, incluso en las reuniones de trabajo, me suena la alarma y ‘con permiso señores yo voy a comer e’, porque soy paciente de cirugía bariátrica y vámonos ¿no?

En segunda instancia, el tener un estómago más pequeño es una ventaja para los entrevistados, ya que esto facilita un autocontrol más fácil que antes, pues refieren que es una barrera automática que les marca las cantidades adecuadas a ingerir, situación que antes costaba mucho trabajo y fomentaba grandes cantidades:

el tamaño de mi estómago no es el mismo, eso es lo que más me ha favorecido, pero el otro, es que, mmmm como te digo, como te sientes muy contento y feliz no, eso facilita todo, como que sientes que tienes esa ventaja, es una ventaja. Cuando no lo tienes, dependes completamente de tu fuerza de voluntad, no es fácil tenerla (Sonia, 47 â)

La familia se vuelve participante también de los factores que ayudan a llevar el proceso bariátrico. Lecaros et al. (2015a) encontraron que un elemento que perciben las personas operadas como valioso es que su familia cambie hábitos alimentarios en conjunto, ya que ayuda a que no se sienten solos. En este estudio, los entrevistados más bien indican que el que la familia respete su forma de comer y acepte sus cambios facilita y es suficiente para que ellos puedan continuar con sus elecciones, no hicieron hincapié en que necesitaran que los demás modificaran sus hábitos:

porque siempre nos dicen “oigan pero no” ‘no o sea, todo esta súper bien, todo esta delicioso, es que no podemos, no nos cabe, físicamente no nos cabe’ y todo mundo “ah ok”, o sea, pero hasta la gente extraña se nos quedaba viendo, así como “¿por qué no comen?”, pero sí, o sea, y con respecto a al familia, nos ayudo muchísimo eso, porque no nos presionaban, o sea, nos dicen “ah ya te llenaste, ah está bien”, o que, pero mi mamá me decía por ejemplo “pero, ¿cuánto te sirvo? ¿así está bien?”, ‘sí, así está bien’, o sea, no eran como invasivos de “no, tienes que comer más” (Vanessa, 32 â)



En cuanto al equipo bariátrico, Lecaros et al. (2015a) observaron en sus entrevistados como positivo que el equipo eduque respecto al proceso posterior, pues dicta la base para el cambio en el estilo de vida. En esta investigación se incluyó en los cuidados la atención y educación que el equipo bariátrico otorgaba y, es congruente con el estudio previamente mencionado en el sentido que es visto por las personas en este proceso como adecuado y necesario pues promueve buenos resultados:

porque pues era uno de mis retos que yo trabajé mucho con Mariela y con Paola, con la nutrióloga y la psicóloga, de que me decían “oye y ¿cómo le vas a hacer cuando vayas con tus clientes? O sea, ¿ya tienes un speech pensado? Oye, tú no te dejes”, por ejemplo, Mariela era mucho de darme recomendaciones de cómo manejarlo, Paola la nutrióloga era mucho de “no, no, no, mira te voy a dar una alternativa, es más, si en ese momento estas ahí, mándame una foto del menú, y yo te digo lo que menos te puede afectar, ¿no?”, este, “así sin problema, háblame y pregúntame y ya sabes, no importa si es sábado o domingo, tú háblame y pregúntame si le to puedes comer o no y yo te digo si hay algo mejor o ya vemos como lo manejamos ¿no?”, entonces también en eso yo siempre me sentí súper asesorado ¿no? (Germán, 44â)

Entre otros factores favorables que tuvieron menor impacto y que en particular ayudaban a los participantes se mencionaron: la comprensión del proceso de personas menos allegadas, tener la comida separada en porciones, ser intolerante a algunos alimentos calóricos y no tener acceso fácil a antojos.

Los hallazgos aquí presentados pueden ser tomados como referente de trabajo desde la preparación a la cirugía; por ejemplo con la persona, orientando hacia un autocuidado, consciencia y formulando puntos de adaptación en su vida cotidiana para que favorezca al cambio, con la familia psicoeducando sobre lo que sí es la cirugía bariátrica y la forma en que se pueden dirigir y lo que pueden esperar de las nuevas conductas y finalmente, llamada de atención para el equipo bariátra sobre la importancia de estar pendiente y otorgar los cuidados cognitivos óptimos para su adaptación.

Pero, así como existen estos factores que facilitan, se ubican los factores desfavorables al proceso bariátrico que sabotean el éxito y pueden ser los causantes de la reganancia de peso a largo plazo. Papapietro (2012a) señala que si bien cambios anatómicos y factores de la técnica quirúrgica pueden influir en la reganancia de peso, los principales factores son conductuales y psicológicos, lo cual coincide con lo que se encuentra en los entrevistados de este estudio.

En primer lugar, se ubican como factores desfavorables algunas prácticas de alimentación que los entrevistados notan como comportamientos que pueden y llegan a sabotear los resultados que van teniendo. Estudios anteriores han evaluado las conductas alimentarias de mayor impacto y encontraron que ocasiona un descontrol el desorden de horarios, picoteo, comer por ansiedad o emociones y elecciones hipercalóricos, y también, el hecho de que la restricción de alimentos sea por el cuerpo y no por la elección consciente de la persona operada (Papapietro, 2012a) (Lecaros et al. 2015a).

Esta investigación coincide con esos hallazgos, pues se encuentra que las elecciones hipercalóricas y elecciones inconscientes sobresalen como las conductas que desfavorecen el proceso, se encontró que estas elecciones de alimentos regularmente llevan alguna connotación o significado, por ejemplo como lo muestra Mayte (45 â):

pues este que las mañanas no puedo evitar el panecito [risas], que a veces digo ‘ay deberás’, pero es que sin el panecito y el café en la mañana, siento que no inicio bien el día

o continúan con algunas costumbres de casa que llega a influir a la hora de elegir los alimentos, como muestra Jesús (42 â):

[...] aquí en México te sientas y ponen el kilo de tortillas en medio de la mesa, ¿no? fatal esa parte, y lo hemos intentado corregir y nuevamente la mala costumbre y ya lo estamos intentando atender en la, tanto en casa de sus papás (refiriéndose a su pareja) como en la mía, tener, no poner la comida al centro, ¿verdad?, esa mala costumbre de

poner la comida y todo el mundo se servía, ¿verdad?, estamos ahí intentando también que ellos cambien sus hábitos, que no, que la comida está en la cocina, se sirve un plato, exactamente, ¿verdad?, entonces eso es todavía lo complicado, bueno, ¿verdad?

Se observa que los entrevistados alcanzan a detectar el impacto negativo de esas elecciones, saben que no va dentro de lo recomendado y dan una connotación de mala o negativa, lo que suele repercutir en críticas para sí mismos que generan malestar:

a veces que a mí me gustan los chetos por ejemplo, entonces a veces una bolsa enorme así, grande la mayor, me alcanza para toda la semana, digo a veces termino tirándolos, si, como la mitad termino tirando, pero me siento culpable de que me estoy comiendo los chetos que es algo que no me debería de comer, por, por ejemplo, o sea ehh, eso es algo ya más de uno, como no, no engañarte a ti pues (Sonia, 47 años)

Este, el chiquearte otra vez, las recompensas, ¿no? hójole, como estamos encerrados, pues encargamos, encargamos de comer y encargamos cochinas, ¿no? entonces de ‘ay pues voy a comer poquito ¿no?’ digo tu te vas a encontrar otra vez con tus mismos pretextos ¿no? entonces pues eso es algo que tienes que tener ahí bien presente (Germán, 44 años)

Comer por antojos, implicando satisfacción también se encontró relevante, pero una particularidad es que los entrevistados son conscientes de ese “permiso” que se dan pues saben que no es parte tampoco de la dinámica de alimentación que había adoptado, por lo que buscan que sea poco lo que ingieren o buscan compensarlo con ejercicio o la idea de comer más saludable en las próximas comidas:

en ese peso, me vengo a vivir a Estados Unidos, y estando aquí, luego de vacaciones, entonces, el país de la comida chatarra, me encantan las hamburguesas, me encantan los aros de cebolla, y el refresco, que no estaba consumiendo, entonces empiezo a consumir refresco, que me insistí muchísimo para dejar, ya lo deje otra vez, pero me insistí mucho porque el refresco me hacía vomitar, entonces me daba antojo y le daba

un traguito y fui como acostumbrando mi estómago otra vez al refresco, tache para mi (Sandra, 43 â)

[...] cuando viajo especialmente a Europa, el pan, el pan europeo, el pan danés, hijole, es que no se parece nada a lo que comemos aquí, entonces sé que voy a estar una semana allá, o 10 días y peco, pero peco esa semana con el pan como no tienes idea, entonces eso es cuando subo, y luego ya regreso y luego ya otra vez ejercicio y dieta, y otra vez bajo y luego por algo tengo que viajar y otra vez subo, entonces me había mantenido en eso (Jesús, 42 â)

El comer emocional llega a ser otro factor que no favorece continuar con una alimentación equilibrada, pues dentro de esta práctica se observa que a partir de ciertas emociones o estado emocional, algunos de los entrevistados se dirigían a la comida como una ayuda para sobrellevarlo:

como los dulcecitos, el pan y todo eso que, solo, que lo sigo buscando porque siento que me refugio ahí con mis emociones (Mayte, 45 â)

pues me ponía mal, me, por ejemplo me ponía mal y luego me comía algo y me dolía el estómago, y me sentía bien mal (Sonia, 47 â)

Mayores cantidades de comida fue otro factor, a pesar de que existe restricción y menor capacidad alimentaria a consecuencia de la cirugía bariátrica, ésto también se hace presente y los entrevistados comienzan a notar una mayor ingesta, es periódica, pero aún así termina siendo importante:

pero dentro de ti sabes que estás haciendo lo mismo que comerte el comidón, pero ahora lo haces en pausa (Sonia, 47 â)

Como se puede ver, la alimentación sigue siendo punto de referencia para los resultados que pueden ser poco exitosos o que implican dificultad para alcanzar metas en la pérdida de peso

y estado de salud; a pesar de que se notó en común que los entrevistados tenían consciencia del tipo de alimentación y conductas necesarias, era difícil hacer un manejo en sus elecciones alimenticias.

Un fenómeno que persigue esta incongruencia fue detectado de manera importante, se observó en algunos entrevistados una discrepancia entre el hambre y saciedad que sentían y lo que necesitaban ingerir con lo que sus pensamientos y percepción quería y pedía, en pocas palabras, una dualidad entre lo que necesitaban y lo que pensaban. Algunos de ellos lo explicaban como que tenían la operación pero seguían teniendo pensamiento de “gordos”:

este, si obviamente este, eee, sigue uno teniendo un gordo, un obeso, en su cabeza uno, este, yo siento que de repente si como que agrrr, pero la misma cirugía no te lo permite (Juan, 48 â)

Este fenómeno es explicado por Lecaros et al. (2015a) donde señalan que las personas en período de restricción alimentaria llegan a tener deseos de comer de la forma que acostumbraban antes por la relación que tenían con la comida, a manera de dependencia. Aquí se señaló como “pensamiento obesidad” pues se denotó por los entrevistados que son pensamientos de necesidad de mayor comida o ciertos alimentos, justamente como se mencionaba por Lecaros et al. (2015a) por la forma anterior que se estaba acostumbrado a comer y que parecería que no conecta con la nueva forma que el estómago, el proceso bariátrico y los profesionales de salud indican:

si, porque no sé si ahorita vas a llegar a esto pero, el punto es que, ¿te acuerdas de las dos hambres que te menciono?, de la cabeza y del estómago, te quitan el hambre del estómago, pero la de la cabeza es como, como un, un demonio con el que sigues luchando, no, un demonio no es, pero es, es un tema pues, lo traes, el hambre lo traes en la cabeza, ¿no? yo me servía lo que la doctora me decía que tenía que comer, pero en mi cabeza es muy rara (Sandra, 43 â)

uno, entender mi cuerpo, por ejemplo, los primeros, o las primeras veces, o los primeros días, tu mente quiere seguir comiendo como antes, entonces tú ves el plato y dices ‘no, eso no me va a alcanzar’, todavía algunos platillos que veo, que se me antojan muchísimo, pero lo empiezo a comer y ya me llené, como a las dos, ya me llené (Sonia, 47 años)

Además, con el pensamiento de obesidad se refleja una pérdida de control, pues la mente al “sentirse” programada con estas creencias, la persona percibe tener dificultades para mantener sus metas o puede estar eligiendo más en base a estos pensamientos en lugar de su realidad. En el caso de Luis (34 años) está sensación de pérdida de control le genera mucho impacto:

vaya, y me da miedo, eventualmente es aparte, que es un miedo irracional que traigo en la cabeza de ‘me da miedo no darme cuenta donde empieza’, o sea, porque no supe donde empezó, o sea, yo no, es lo que yo le digo a la gente ‘no fui gordo de la noche a la mañana’, en algún momento empezó o sea, hubo un día que deje de hacer ejercicio, un día que dije ‘mañana’, un día que ‘no pasa nada’, y como no lo tengo identificado me da mucho miedo al día de hoy

o en el caso de Jesús (42 años) que también se ve reflejado el pensamiento de obesidad con la costumbre de no cuidarse, de no tener un filtro que dirija las decisiones que se toman:

si yo me sirvo un plato con las porciones normales esta perfecto, quedo satisfecho, pero si enfrente de mi tengo la comida, sigo comiendo ¿verdad?, o sea, si ponen en la mesa y en medio ponen las tortillas o ponen el queso, sigo comiendo, en verdad, este, todavía eso es un tema que yo tengo que trabajar de autocontrol, entonces, la obesidad la relaciono con una falta de autocuidados de, e, no me importaba tanto el cuidarme, ¿verdad?, mi salud, y una, una falta un poco de autocontrol

Por otro lado, pasando de los pensamientos a la falta de comportamientos, la existencia de períodos de inactividad física es considerada como un factor desfavorable, las personas en

esta investigación que no lo realizaban se debió a diferentes factores, en una mujer fue por estar limitada físicamente y por la pandemia de manera temporal, pero en los otros casos lo adjudican a no encontrarlo satisfactorio:

me choca el ejercicio, si hago, no mucho, a veces emm, hago una clase de pilates por internet, duro así como que entro, una o dos semanas y luego ya no entro, y luego otra vez una o dos semanas, compramos bicicletas, de repente vamos toda la semana a andar en bicicleta, de repente tenemos como desde abril hemos ido tres o cuatro veces, así, fluctúa el ejercicio, no me gusta mucho (Sandra, 43 â)

los podría lograr si me ejercitara, si me, porque incluso también físicamente estaría muchísimo mejor, entonces, lo que a mi me ayudaría muchísimo es vencer mi pereza, o sea, el tema de, de de, hacer ejercicio, es eso, porque creo que de la comida no estoy como tan mal (Vanessa, 32 â)

Aquí vale la pena enfatizar que la actividad física es muy importante en el proceso bariátrico, pues estudios sugieren que a través de ella se logra disminuir la pérdida de masa magra, lo que mejora la composición corporal de los pacientes (Muñoz, Hernández, Palacio, Maíz y Pérez, 2016).

La falta de cuidados y llegar a un estado de confort es otro elemento que limita los resultados y el éxito del proceso, en este punto los entrevistados lograron identificar que a pesar de que factores externos han impactado para mantenerse en un estado de pasividad, es la responsabilidad de ellos mismos en mayor medida:

solo es un poquito más difícil, porque llevas la vida más desordenada, pero y creo que eso es culpa mía, ¿por qué? Porque yo al final de cuentas soy el que me estoy cuidando, pero creo que, entonces si creo que el que a lo mejor, el que más ha fallado para mí, soy yo mismo (Juan Pablo, 37 â)

yo, yo creo que no, yo creo que más bien es uno, o sea, no, no hay algo que lo saboteé, es uno que de repente se relaja, es uno que de repente este, eee, por alguna situación, desde económica hasta de depresión de ansiedad [...] (Juan, 48 â)

Un hallazgo relevante de Lecaros et al. (2015a) identificó en su investigación que algunos de los que tenían regañancia de peso decidían mantenerse en un peso que no correspondía al estipulado por los profesionales de salud; en el caso de los participantes de este estudio, la meta sí es continuar bajando de peso, pues no se sienten satisfechos con el peso que ganaron, aunque el plan de acción para este objetivo les resulta difícil ponerlo en marcha.

También, dentro de las dificultades, está el estancamiento con el peso o que no continúen bajando en cierto períodos de tiempo, esto les produce frustración y desmotivación, pues a pesar de que realizan cambios y ajustes perciben que no son suficientes para movilizar los resultados.

En último lugar, no se puede dejar de lado como parte de las vivencias del período de seguimiento un evento que ha trascendido en el estilo de vida: la pandemia por COVID-19. Esta situación ha generado modificaciones importantes en la organización de la vida cotidiana con constantes confinamientos, alteraciones en horarios y lugares de trabajo, etc., pero también un impacto en el estado emocional; todo ello repercutiendo en los hábitos cotidianos.

A consecuencia de la pandemia, se detectaron tres tipos de respuesta referente a los cuidados: descuido, mejores cuidados y no haber tenido cambios.

En primer lugar, existió en la mayoría de los participantes un descuido inicial tras las primeras medidas que fueron implementadas en nuestro país, los comportamientos asociados a ellos sobretodo se reflejaban en las prácticas de alimentación ya que había mayor picoteo, consumo de alimentos hipercalóricos, se encargaba comida a domicilio y se tenía desorden de horarios; sin embargo, se observaron dos posturas frente al descuido, quienes continúan con él:



estos últimos días con esto de COVID aquí en casa de mi mamá ha sido un... se ha salido todo de control ¿verdad? Pero pues tú me conoces, tú sabes que me gusta hacer ejercicio y ese tipo de cosas, entonces creo yo que cuando pase todo este tipo de cosas, y que retomemos, pues voy a volver a, a mis actividades normales, ahorita es como, siento que es como un período de relax (Juan Pablo, 37 â)

pero luego pasó la pandemia y no he hecho nada, entonces este, pero he notado que yo como súper poquito ahora, pero sin embargo, sin embargo, siento que en estos días de pandemia engorde, entonces no sé si es porque no hago nada, y que estoy sentada todo el día en la computadora, todo el día hasta las once o doce, este y me ha dado por leer muchísimo, leo muchísimo, no sé, porque deberás que mi comida es poquito, o sea así [indicando con las manos poca cantidad] los platitos (Sonia, 47 â)

Y quienes después de detener los cuidados, fomentaron adecuaciones y retomaron un plan de acción que les permitiera continuar con el proceso bariátrico de forma óptima, esto gracias a la toma de conciencia de como se estaban alejando de las prácticas anteriores:

de inicio este, el primer mes que de repente “es que tienen que estar encerrados, y esto y lo menos que puedan salir”, como que de repente de estar en casa aquí todo el día, porque si tuve esos días nada más, esos primeros, como que si, pues que haces más que comer todo el día ¿no? o estar ‘haber tráete eso y esto y el otro’, pero pusimos atención a tiempo y, este, supimos este, quiero pensar que sacarlo adelante ¿no? (Juan, 48 â)

cuando empezó este con las guardias en la oficina pues si cambió, porque yo esperaba a mi marido a comer, entonces a veces me malpasaba, hasta el grado que dije ‘no’, esto me va a hacer daño entonces, ahora yo lo que hago es, me quedo en la oficina de 2 a 3, como ahí, y ya voy por él, para ya cuando lleguemos aquí, ya ceno con él, entonces yo ya no malpasarme (Lisandra, 36 â)

También, hubo quienes a partir de la pandemia implementaron mejores cuidados pues aprovecharon la estancia en casa y tiempos diferentes para continuar con sus metas y proceso:

ahorita a mi la pandemia me ha caído de perlas porque me ha obligado a disciplinarme mucho con la comida, entonces no lo he subido (Luis, 34 años)

entonces hicimos un grupo, así de, porque a todo mundo nos pasó igual, hicimos un grupito de un reto de bajar de peso, de salir a caminar y hacer ejercicio, y bla, bla, bla, y ya, pues ese reto lo empezamos como en, a finales de abril si mal no recuerdo [...] (Germán, 44)

Y, finalmente, para algunos no existieron cambios importantes que determinaran resultados diferentes, pues atribuyen sus comportamientos a un control interno en lugar de externo:

creo que, como yo entendí lo que, como ya funciona mi cuerpo, no, no cambió realmente, a lo mejor cambió porque mis hermanas se venían aquí a hornear y comíamos más galletitas y así, pero no, no fue así como grande, no, realmente comemos lo mismo (Vanessa, 32 años)

En síntesis de este capítulo, la cirugía bariátrica puede ser comprendida de una forma mucho más extensa que sólo cambios anatómicos y funcionales, pues desde la decisión hasta la forma de llevar el seguimiento posterior a la intervención quirúrgica, participan un sin número de factores psicológicos y sociales que intervienen en el éxito o reganancia de peso que pueden tener las personas que se someten a este tratamiento para la obesidad.

Para subrayar el inicio del proceso, el hecho de que la decisión para la cirugía bariátrica se tome hasta que el médico habla sobre un pronóstico catastrófico por continuar con obesidad o hace énfasis en los indicadores negativos de salud que ya tiene, nos dice que las personas con obesidad están minimizando su padecimiento o el impacto real generado no es el mismo que el percibido, lo que abre el tema de tomar la obesidad más en serio, más como enfermedad que únicamente como parte de imagen corporal y también, nos llama a destacar

la cirugía bariátrica como un tratamiento válido y exitoso, pues las opiniones previas de los que se operaron fueron totalmente negativas, con una imagen de miedo y complicación, mientras que ya realizada cambia a ser satisfactoria, con sus dificultades y retos.

Además, este procedimiento también tiene un apartado que tiene que ver con la perspectiva de género, pues los hallazgos sugieren que existe poca aceptación de esta operación como tratamiento para los hombres, pero, al mismo tiempo, es para ellos más sencillo llevar el proceso, los participantes lo adjudicaron a que el cuerpo del hombre responde mejor y además, los cuidados necesarios son en su mayoría dados por mujeres. Entonces, hay un campo importante de trabajo en que la cirugía bariátrica no sólo sea válida y se elimine el estigma y mitos por el desconocimiento, sino también hay que lidiar con la limitación por género y que sea considerada para hombres como un tratamiento de salud y bienestar.

Como área de oportunidad, podemos notar que la tecnología en el proceso bariátrico es clave, las personas comienzan a recurrir más a ella y se topan con carencia de información o información poco fiable, por lo que sería muy acertado que los mismos profesionales de la salud sean quienes trabajen en información fiable digitalizada, grupos de apoyo, blogs o páginas de acceso con opciones válidas de platillos y entrenamientos orientados a la población bariátrica, así mismo en promover el uso de apps y gadgets que pueden apoyar con la monitorización del proceso bariátrico, siempre y cuando sean costeables para la persona.

Se desprende también de este capítulo las tres etapas que conlleva el proceso bariátrico, donde las vivencias que tuvieron los entrevistados permitieron conocer cuáles son las dificultades a las que se enfrentan, pero también los factores favorables y desfavorables, ya que, al poder identificarlos se pueden potencializar o tomar como punto de intervención para implementar mejoras y estrategias que les permitan a las personas con cirugía bariátrica acercarse a resultados óptimos, tanto físicos como emocionales.

De forma resumida, se nota que en la primer etapa, el inicio del proceso implica muchos cambios, restricciones alimentarias y miedo, esto es esperado y forma parte de la adición a un nuevo proceso, por lo que la clave se encuentra en fomentar una adaptación a través de

aprendizaje, y potencializar lo que se encontró favorable, como el autocuidado y la participación del equipo bariátrico con valoraciones completas, pues fomentan seguridad en los candidatos a la cirugía, además, vale la pena impulsar la comprensión familiar y de pareja, pues cuando ellos entienden y apoyan el proceso, brindan confianza y permanencia a la persona en su adherencia.

En la segunda etapa del proceso, las vivencias previas al ingreso a quirófano son de malestar emocional sobretodo con miedo, estrés y nervios, mientras que al salir comienzan los malestares físicos e incomodidad, pero ya en un estado prioritariamente de alivio; lo que es necesario aquí y sobresale como punto a favor es que existan cuidados suficientes en dos ejes: el personal médico y equipo bariátrico y la familia y pareja.

En la tercer etapa, la más larga y permanente, se destacan dos dificultades que necesitan ser abordadas pues son modificables y tratables: la incomprensión que tienen otras personas hacia el tratamiento y nuevo estilo de vida de las personas y la adaptación de ellos mismos ante este estilo de vida. Además, los entrevistados notan factores que sabotean su progreso, entre ellos siguen estando prácticas de alimentación como elegir comidas con muchas calorías o elegir sin tomar en cuenta necesidades reales o el comer emocional o por antojos; también la falta de actividad física detiene su progreso y un elemento que se había encontrado como factor para fracaso de antiguos tratamientos para bajar de peso y se repite es el confort tras cierto grado de pérdida de peso que hace que disminuyan comportamientos de salud, ante lo cual sigue aumentar el compromiso.

Me interesa resaltar uno de los factores desfavorables que en la literatura no ha sido suficientemente mencionado y considero que merece un abordaje específico y orientado totalmente desde el área psicológica: el “pensamiento obesidad”. Se le dio este nombre porque, aunque el estómago tiene diferente capacidad y el cuerpo nuevas adecuaciones nutricionales que recibir, la persona continúa teniendo en mente pensamientos sobre otros requerimientos o cantidades, es decir, no se logra empatar la realidad con la percepción, existe un desajuste que crea mucho conflicto en la persona y la lleva a frustrarse y no elegir cantidad o calidad de alimentos de la mejor manera, pues sigue eligiendo como si tuviera

obesidad y otro cuerpo. El trabajo sobre este respecto es importantísimo y requiere el manejo de cogniciones, creencias y conductas que seguramente vienen desde hábitos familiares y diversos temas respecto a la relación con la comida, que un psicoterapeuta tiene las herramientas para colaborar.

Y, vale enmarcar también que dentro del seguimiento, fomentar lo que ya se vio que ayuda y favorece a la adherencia es vital, por ejemplo, conductas de la persona con la cirugía como ser consciente, lo cual se potencializa mucho desde la educación del equipo bariátrico, el autocuidado y adaptación; por parte de la familia el respeto y por parte del equipo bariátrico la atención continúa y presencia para apoyar en los distintos retos que la persona va enfrentando.

Y, finalmente, la pandemia por COVID-19 es una situación que no es ajena a los procesos bariátricos por la cantidad de cambios cotidianos que generó, los cuales, efectivamente repercutieron en los resultados que pudieron tener la mayoría de los entrevistados pues notaron que sí existió descuido en alimentación y activación física por los cambios tan marcados de la cotidianidad, que si bien algunos pudieron revertir y adaptarse e inclusive verlo como oportunidad para mejorar sus cuidados, otros continuaban con una cadena de elecciones poco favorables, lo cual, a largo plazo va a repercutir en un desajuste importante de hábitos y peso.

Los efectos a consecuencia de la pandemia en el incremento de peso cada vez son más estudiados y en México, se espera que las personas suban un promedio de 8.5 kilos, consecuencia de las pérdidas, problemas económicos y estrés (Lagos, 2021) por lo que la intervención sobre los efectos de la pandemia más el proceso bariátrico y ajustes son marcados como de atención inmediata por las repercusiones que genera.

Para cerrar después de todos estos hallazgos se contesta a la pregunta del capítulo: ¿la cirugía bariátrica es opción fácil o difícil como tratamiento? Ciertamente es compleja y conlleva sus dificultades pero, es una opción con muchas ganancias y éxitos que se facilita a través de los cuidados, tanto el propio, el de la familia y el de la pareja como el del equipo bariátrico.

## **Capítulo 9. El papel de la pareja y sus cuidados en la cirugía bariátrica ¿Favorable o desfavorable?**

Como se ha venido revisando en el capítulo 8, la cirugía bariátrica desde el inicio al seguimiento del proceso implica una serie de dificultades físicas (restricción alimentaria, intolerancia a alimentos, reacciones físicas, entre otras) como psicológicas y sociales (miedo a la cirugía, incompreensión de otros, entre otras) que impactan a la persona en la mayoría de sus esferas de vida, siendo una muy importante, la relación de pareja.

La pareja se toma como un eje relevante en esta investigación pues no sólo el proceso bariátrico ejerce cambios en el estilo de vida que modifican la dinámica en pareja, sino también existe un efecto en los elementos que favorecen o sabotean la adherencia a tratamiento; esto se ha visto reflejado en algunos estudios, donde por un lado la presencia de la pareja propicia conductas benéficas (Varela Montero y Barrón López de Roda, 2016) y otros que por el contrario han observado que la pareja produce una especie de boicot (Téllez, 2019) a los cambios que la persona con cirugía bariátrica tiene que realizar, por lo que es indispensable generar una puntualización más precisa y descriptiva de los comportamientos o situaciones que afectan o ayudan al éxito del mantenimiento del peso perdido.

Es importante mencionar que es poca la literatura científica que destaca aspectos tan particulares del papel de la pareja en la cirugía bariátrica; con anterioridad lo que ha sobresalido de las investigaciones en adherencia a tratamiento es que el apoyo social y familiar (en este incluido pareja) son los elementos que más la fomentan, pero son pocas las precisiones sobre comportamientos específicos y formas de participación de la pareja en concreto.

En este capítulo, en primer lugar se muestra los aspectos generales de la relación de pareja de los participantes de esta investigación, incluido su tipo de relación, formas de cuidado y principales conflictos; después, teniendo la idea de la manera en que se conforman y principales características, el objetivo es mostrar los principales hallazgos sobre la perspectiva de la pareja ante el proceso, los cambios que existieron en pareja, los factores favorables y desfavorables detectados para la adherencia al proceso bariátrico, los principales

cuidados que la pareja otorga y subrayar cómo tienen una trascendencia positiva o negativa y, finalmente, notar el rol de género implicado a los tipos de cuidados que se dan cuando se es paciente de una cirugía bariátrica.

### **9.1 Generalidades de la pareja**

Cada pareja está compuesta por ciertas características y dinámicas que propician una forma y estilo de vida particular, y son estas elecciones y acuerdos que muchas veces marcan la pauta de las decisiones personales, y viceversa.

En este estudio participaron personas con una unión legal y otras que no lo tenían, con una conformación consensual con coresidencia o con arreglos no residenciales. Además, se identificaron los componentes del amor (Sternberg, 1989) presentes de cada relación y por ende, el tipo de amor que deriva, pues nos abre la puerta a buscar nexos entre las características de la pareja y el tipo de cuidados que pueden otorgar y formas de participación en el proceso bariátrico. En la Tabla 5 se señalan los componentes del amor propios de cada pareja de este estudio que fueron previamente descritos en la presentación de casos, es importante señalar que fueron los que se encuentran presentes en el período de la entrevista, pues como señala el autor, pueden verse modificados en diferentes etapas y cambiar a lo largo de la historia de pareja.

Tabla 5

*Componentes y tipos de amor de cada pareja*

Nombre	Género	Edad	Tiempo de relación de pareja	Componentes del amor	Tipo de amor
Sonia	Femenino	47 años	5 años	Déficit en los tres componentes	Ausencia de amor
Juan Pablo	Masculino	37 años	10 años juntos, 8 años casados	Pasión y compromiso	Amor necio
Mayte	Femenino	45 años	24 años juntos, 23 años casados	Compromiso	Amor vacío
Sandra	Femenino	43 años	22 años juntos, 18 años casados	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado
Germán	Masculino	44 años	20 años casados	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado
Luis	Masculino	34 años	13 años	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado
Vanessa	Femenino	32 años	13 años	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado
Lisandra	Femenino	36 años	10 años juntos, 5 años casados	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado
Jesús	Masculino	42 años	5 años juntos, 3 años casados	Compromiso e intimidad	Amor de compañía
Juan	Masculino	48 años	30 años juntos, 27 años casados	Pasión, compromiso e intimidad	Amor consumado

Como se puede ver, predomina en 6 casos el amor consumado, donde los participantes manifiestan percibir en sus relaciones pasión, compromiso e intimidad; aquí no existe una relación entre el tiempo juntos, sino más bien la ausencia de algún componente puede estar ligado a los diferentes conflictos y su forma de resolución, como se verá más adelante. Por su parte, Cuevas (2019) enuncia que una relación conyugal sólida se constituye de comunicación, confianza, construcción de vínculos sólidos, intercambio de cuidados y atención de todo tipo de necesidades, por lo que si no se presentan puede existir la separación,



en este sentido, si bien la carencia de estos componentes no ha marcado la disolución de unión de forma permanente en los entrevistados, sí se nota reflejada en el impacto y participación que tienen en el proceso de cirugía bariátrica.

Las generalidades en pareja que fueron importantes para este estudio van dirigidas a puntualizar la percepción de los cuidados que tienen en general, su forma de participación en el hogar, los conflictos que con más frecuencia presentan o han sido trascendentes y sobre ellos, su forma de resolución; la identificación de estos elementos nos permite comprender la dinámica de pareja y su relación con las formas en que pueden estar presentes en un proceso tan importante que es la inclusión de un estilo de vida diferente a raíz de la cirugía bariátrica.

En este subcapítulo se establecieron 4 categorías centrales, de las cuales se desprenden 13 subcategorías y 9 subsubcategorías. En el siguiente diagrama (Figura 14) son enunciadas las categorías y subcategorías y posterior a ellas, se desprende la descripción de cada una de ellas de acuerdo con los resultados.

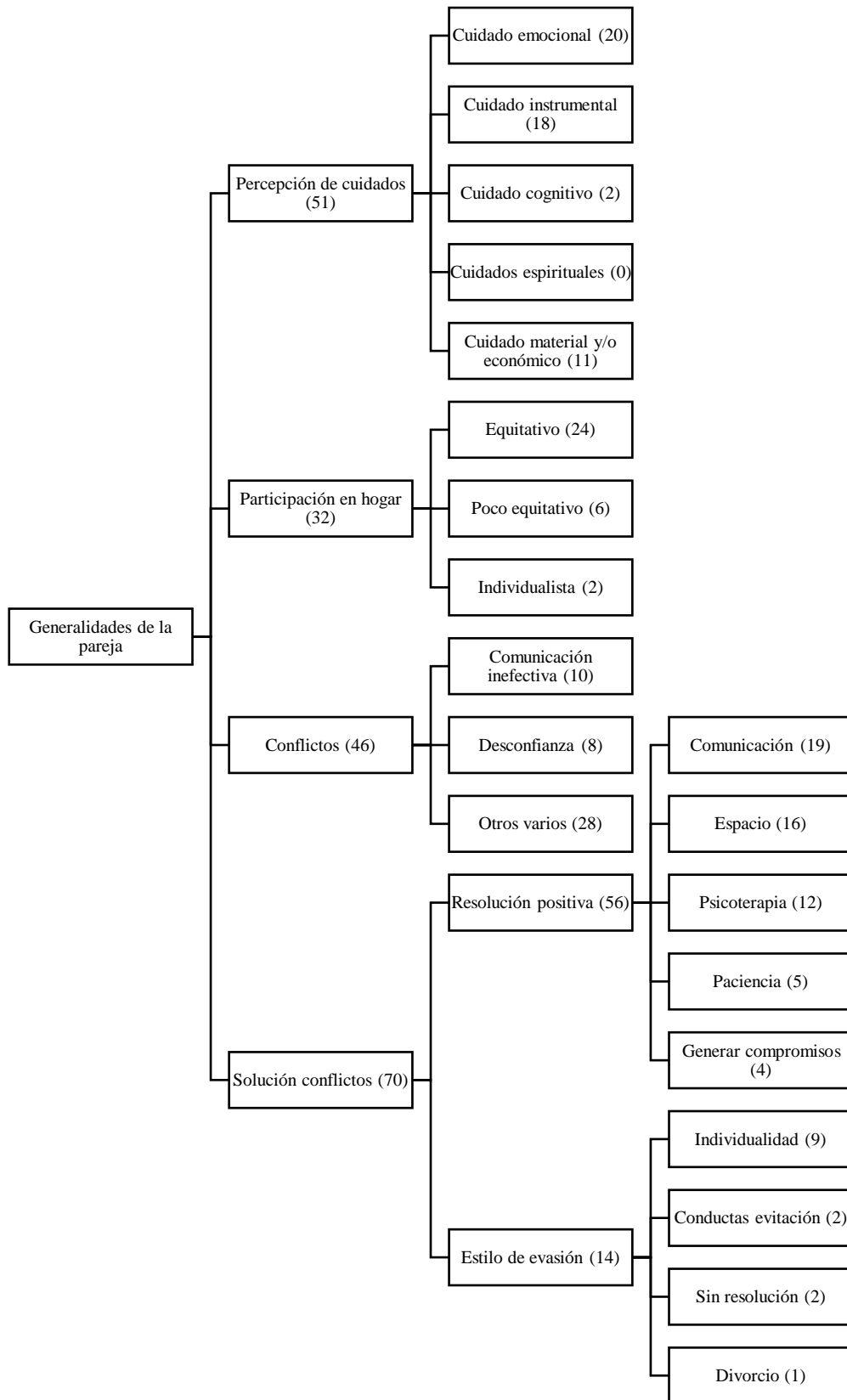


Figura 14. Diagrama Generalidades de la pareja. Elaboración propia, 2021.

## **Percepción de cuidados.**

El cuidado forma parte de una de las dimensiones del apoyo social que puede tener una persona en pareja (Baqar y Husaini, 1990) y, en la definición de Vega y Camacho (2019, p.90) podemos encontrar palabras claves para su entendimiento como: “una interacción”, “la implicación de un proceso simétrico” y “presencia mutua”; es decir, va a estar marcada una relación constante de ir y venir, donde ambos necesitan estar reconociendo sus necesidades y aportando para ellas, no puede ser unilateral.

En esta investigación, los tipos de cuidado con mayores pesajes e incidencia fueron el emocional e instrumental. Sobre el cuidado emocional, Guzmán et al. (2002, p.49) apuntan que entre las formas de expresión se encuentra “la vía del cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y preocupación por el otro”. Con los participantes, a pesar de que esta dimensión fue la más mencionada, se ubicó que no siempre fue referida como satisfactoria o completa, pues se denota la falta de reciprocidad, y, se encontró en dos entrevistados, los cuales tienen en común la falta de intimidad como componente del amor:

han pasado muchas cosas y yo siento que, en algún punto yo si me preocupo y de allá para acá no, o de aquí para allá piensan una cosa y de allá para acá es otra cosa [...] (Juan Pablo, 37 â)

y hasta donde él quiera, y ya no le vuelvo a preguntas ‘¿oye y cómo está tu papá?’ ‘¿oye y cómo...?’ No, porque siento que eso es, como antes me, con la experiencia que tengo, no, no me, era como estar de chismosa ¿no? Entonces no, entonces la respuesta es no, no somos recíprocos, no puede ser el mismo peso, pero poco, o la manera en que él lo hace, para mí ha sido suficiente (Sonia, 47 â)

Mientras que para otros participantes, la dimensión de cuidado emocional ha implicado compañía, diálogo, atención al otro, respeto, demostración de interés, preocupación por el otro y apoyo en las decisiones que se toman de forma individual:

[...] a mi lo que se me hace una relación, de estar los dos al pendiente, mutuamente, que si estás mal te marco ‘¿cómo estas? ¿cómo sigues? ¿te traigo algo?’, o sea, es eso, más que nada y cuidarlo, y donde él no pueda entrar, entro yo (Lisandra, 36 â)

yo creo que lo primero es el respeto ¿no?, respetarnos a nosotros, respetar la relación, respetar la situación que tenemos, este, y cuidarnos es preocuparnos el uno por el otro, ¿no? estar pendientes, siempre este, siempre estar atentos de qué pasa, de cómo se siente, de las señales, de lo que no te dice, sobretodo ella es muy perceptiva, yo soy más, yo soy bruto en eso, pero he tratado como de hacerlo más, desarrollando, pues de repente no es desarrollo, es calendario ¿no? (Germán, 44 â)

La dimensión del cuidado instrumental que hace alusión a los comportamientos dirigidos a las necesidades específicas del otro (Guzmán et al., 2002) se vio muy presente en la mayoría de los entrevistados sin importar el género; en sus narrativas se transmite que están muy conscientes sobre las conductas que realizan para el otro y su bienestar y también notan la reciprocidad:

cuando se requiere, te digo, es, es am, pues yo, ‘no lo hagas tú, yo lo hago’, o ‘te acerco esto’ así, cosas de, este, ‘yo voy por ti a donde, te los voy a traer, lo que necesites’ (Mayte, 45 â)

cuando yo me enfermo es lo mismo, o sea, está como muy, muy al pendiente de que “¿qué necesitas?, necesitas esto, vamos con el doctor, hagamos el otro”, o sea, como nos cuidamos en el sentido de que, físicamente y emocionalmente como que estamos bien, o sea no, si creo que es eso (Vanessa, 32 â)

En cuanto al cuidado material y/o económico, no se detecta una forma unificada en los participantes sobre llevar los gastos, pues cuando hacen mención de este aspecto, en su mayoría ambos integrantes de la pareja aportan ingresos para los diferentes gastos de casa o personales; sólo en dos casos de los diez, el hombre es quien contribuye a la totalidad de los gastos y esto en ambos casos tuvo que ver con un cambio de ciudad donde la mujer no podía

aún trabajar por el movimiento realizado, aunque ellas tienen la disposición de contribuir con su trabajo. Esto es importante porque nos habla de un quiebre de la forma tradicional de llevar la economía. Aquí se puede ver proyectado que los gastos son cubiertos en su mayoría por ambos miembros de la pareja, pero la diferencia está en quien aporta más, en dos de los casos la mujer lo hace:

la que la tiene soy yo, la que lo apoyo económicamente, porque la verdad no gana bien en su trabajo, eso es su realidad. Aquí la que gana bien soy yo, yo tengo un mejor trabajo, esta casa es mía, aquí él vive, pero es mi casa (Sonia, 47 â)

En los otros casos, los gastos van siendo cubiertos en su mayoría por quien en el momento recibe mayor capital y se distribuye a las necesidades del hogar y en un caso, la distribución tenía que ver con que el hombre aportara los “gastos fuertes” y la mujer el complemento:

entonces siempre ha sido muy parejo el asunto, en el tema de la lana, yo soy el que apporto y llevo a la casa, o sea yo pago la hipoteca, yo este, pago lo que se tenga que pagar grande, y lo que ella gana extra es como para los viajes, para lo extra, para las salidas, como para, o sea no, no, nunca nos hemos rendido cuentas, o sea nunca ha sido de cuánto ganas, cuanto tienes y dame, nosotros has de cuenta, fijamos una cuota que es, yo pago te digo todo lo grande este, seguros, todo eso y ponemos una cuota para administrar la casa, entonces esa yo la deposito, se la deposito todos los meses a ella, y ella completa obviamente porque pues no siempre alcanza, siempre hay imprevistos, tenemos como un fondito de ahorro que es como el de las emergencias, de que “oye pues se le trono las llantas a la camioneta” pues ahí que cambiárselas, de ahí sale ¿no? (Germán, 44 â)

Finalmente, la dimensión de cuidado cognitivo y espiritual tiene muy poco o nulo impacto en las relaciones de pareja, lo que puede ser entendido como carencia en la transmisión de consejos, recomendaciones y acompañamiento para brindar seguridad sobre lo que el otro está viviendo y su carencia puede ser explicada por la generación y edad de los entrevistados,

ya que al ser adultos jóvenes, la necesidad en orientación y acompañamiento espiritual es menor.

### **Participación en el hogar.**

Las labores domésticas o del cuidado del hogar que implican alimentación, limpieza y mantenimiento, compras, administración del hogar, etc., ha sido durante mucho tiempo vinculado a las mujeres. En México (INEGI, 2019), al analizar las horas dedicadas a las diferentes actividades en la población, se encontró que los hombres destinan 23.8% de su tiempo a labores domésticas y de cuidados, mientras que las mujeres dedican 64.1% a éstas, una diferencia aún bastante marcada.

Sin embargo, los participantes de este estudio en su mayoría perciben que en la cuestión doméstica se equilibran en las actividades, si bien no es una repartición igualitaria en el sentido que no se destina el mismo tiempo o cantidad de labores, sí lo valoran como equitativo pues existe una distribución de actividades que le competen a cada uno, aunque referente al tiempo destinado se distingue en las narrativas que en su mayoría, siguen abarcando mayor cantidad las mujeres, lo que implica una reproducción en la feminización de las labores domésticas:

en cuanto a quehaceres, más bien yo me enfoco a la casa que arreglarla y eso, ya nomás le encargo que saque la basura, o él, la verdad ahorita él cocina muy bien, pues yo le dejo el cocinar [risa] y yo lavo trastes, yo arrimo todo y ya, lo, él cocina o a veces yo, o a veces él me dice “no, no, yo cocino mejor ándale, espérame y yo llego y cocino” pues ándale, y más ahorita de que cómo hoy también estoy trabajando, este, pues llego y dice “no, tu acuéstate, tu acuéstate ahorita y yo te hago de co... de cenar, de comer” y ya (Lisandra, 36 â)

aquí en, en México, como yo trabajo desde la casa a distancia, normalmente yo en las mañanas estoy en la computadora y ella esta haciendo algo de limpieza, si yo termino y ella sigue haciendo, yo voy y ayudo, no es que haya algo específico asignado, a

veces ella plancha las camisas pero a veces yo las plancho ¿verdad?, o si los dos tenemos flojera las vamos y las llevamos a la plachaduría, este, y como nuevamente, como me gusta mucho la tecnología, tengo el, un robot para trapear y otro para barrer, entonces nada más es apretarle, y una vez a la semana nada más dar una limpieza más profunda al, a la casa ¿verdad? (Jesús, 42 años)

En el caso particular de Vanessa (32 años) y Luis (34 años) si se detectó una cantidad pareada de horas que destinan ambos a las labores del hogar:

si, totalmente, entonces eee, de repente, te digo, yo soy el que iba a, a comprar la comida y por lo general soy el que cocino, Vane también le ha dado por empezar a cocinar pero ee normalmente todo lo que tiene que ver con comida aquí en la casa es con Luis [...] eee, el tema de la casa, antes lo hacíamos entre los dos, de que los sábados a ti te toca arriba, a mí me toca la parte de abajo y pues ya barrer, sacudir y todo, porque no tenemos chance, porque estamos en friega, viene una señora y nos ayuda, pero la verdad es que no sé, nos hemos acostumbrado mucho a pues si lo lavas, lo limpias, en la cocina, descansas, el otro recoge la cocina, por eso me gusta cocinar [risas], este, la verdad es que mucho ha sido así de limpiar y recoger, no tenemos roles asignados, lo que si es que ya dijimos ‘oye no esta chido, tenemos una terraza y siempre huele a caca, vamos a ponernos un rol y una semana tú y una semana yo’ ok, vamos estableciendo así los roles (Luis, 34 años)

En cuanto a la percepción de que es poco equitativo, los entrevistados que lo refieren son dos hombres y una mujer, especificando que la participación de los hombres es menor; los hombres aludieron a que tenía que ver con el tiempo o salidas de trabajo, mientras que la mujer explica que tiene que ver con que el hombre es desordenado. Estas formas de participación continúan con la reproducción de códigos culturales de género que han sido tradicionales:

si, si, de alguna manera pero, si hablamos de porcentajes, en todos los sentidos, yo creo que tendría que ser un 80-20, o sea un 80 ella, y un 20 yo, este, porque yo trabajo

más tiempo, entonces es menos el tiempo que tengo en la casa pero, por decir, este, cuando me toca a mi cuidar a mi hija, pues ya es grande, ella ya no necesita cuidados de alguna manera y el niño si, entonces cuando hay que llevarlo a sus actividades, cuando hay que llevarlo a sus eventos el fin de semana o algo, tratamos de estar los dos con él [...] (Juan, 48 años)

él cero que participa, él no hace nada, entonces, cuando yo lo conocí esta es mi casa, ehhh, a mí no me gusta que me digan, oye, esto debe de ir acá, no, porque es mi casa, aquí se hace lo que yo digo porque es mío todo, es mi dinero, pero entonces eso también a él en su, yo siento que en su vida, él no es muy ordenado, deja todo tirado, este, no, me ha pasado cada cosa con él, que a veces llega tomado, y como no, no lo puedes observar si está tomado, pero hace cosas de que, deja la comida en la cocina o deja un zapato aquí y el otro allá, o sea, es muy desordenado (Sonia, 47 años)

Lo que se alcanza a ser visible con éstos datos es que la participación en casa está conformada por ambos miembros de la pareja, cada vez más integrado el hombre a las labores del hogar, a ello aluden a que comienza a ser equitativo, sin embargo, al nombrar y ejemplificar el tipo de actividades que el uno o el otro realiza, el tiempo otorgado a las actividades, momentos y días en que las mujeres lo realizan sigue abarcando mayor tiempo del que el hombre destina.

### **Conflictos en pareja.**

La presencia de conflicto en las relaciones de pareja se ha podido entender como un apartado común y necesario que permite la transformación y evolución de la relación, ya que, de lo contrario, la evitación de conflictos puede obstaculizar el desarrollo de ella, inhibiendo la intimidad emocional y el deseo sexual (Tapia et al., 2009).

Lo que se pudo notar en cuanto a los conflictos que se presentaban con mayor frecuencia con las personas entrevistadas en esta investigación fueron la comunicación inefectiva y desconfianza; los otros motivos de conflicto fueron muy específicos de cada relación, encontrando por ejemplo desde la diferencia de edad hasta el rompimiento de acuerdos.



Respecto a la comunicación inefectiva, los entrevistados que mencionaban este aspecto aludieron a que el problema era la falta de comprensión en el mensaje que ellos o su pareja querían emitir y además, la forma de decirlo no era la óptima, lo que en consecuencia, generaba problemas:

porque nos pasa que él dice una cosa y yo entiendo otra, y al revés también, y entonces eso generaba conflictos (Sandra, 43 â)

como vivíamos como en conflicto porque nuestra circunstancia era como un poco difícil, teníamos, manejábamos muchísimo estrés, entonces este, cualquier cosita que la otra persona no hacía, o dejaba de hacer, o nos molestábamos, entonces lo que no queríamos éramos pelear, entonces nos dejábamos como de decir muchísimas cosas, así como de ¿para qué le digo?, y era por eso, porque no quieres como discutir (Vanessa, 32 â)

El tema de desconfianza también apareció, entendida como tener dudas sobre el actuar de la pareja y propiciada por una sensación de inseguridad sobre lo que podría estar pasando, esto fue referido por un hombre entrevistado que asumió la responsabilidad de haber fomentado dichas inseguridades en su pareja y por tres mujeres entrevistadas que en ocasiones no tuvieron o tienen confianza a su pareja:

desconfianza... yo soy muy desconfiada, la verdad, dudo mucho y soy mucho de, si algo me llama la atención es hasta que sepa el por qué, entonces este, a veces llega a enfadarlo pero le digo que él me tiene que entender pues, me debe de tener paciencia, pues ahora si que ya le ha tocado estar, yo tener esa, ahora si que por mala suerte la desconfianza y pues a veces afecta eso (Lisandra, 36 â)

al primer, los primeros dos años, o tres, no confiaba en lo que me decía, y a la fecha todavía me gana, que no confío y, pues él salía todavía a veces con otras chicas, y yo me di cuenta [...] (Sonia, 47 â)

Se puede ver reflejado que cada relación de pareja maneja situaciones conflictivas únicas de acuerdo con su estado y condiciones, por lo que es necesario entender cada dinámica como diferente y tener una comprensión de la historia de pareja cuando se pretenda tomarla en cuenta para procesos de salud tan trascendentes como el bariátrico.

### **Solución de conflictos en pareja.**

Ahora bien, los conflictos de pareja fueron diversos y únicos de acuerdo con cada caso, pero, ante la existencia de dificultades, las forma de resolución pudieron ser más unificadas y se pudieron también clasificar en diferentes estilos mencionados por Kurdek (1994): resolución positiva, estilo combativo, estilo de evasión o retirada y estilo de obediencia. En el caso de los participantes, existieron dos estilos únicamente: la resolución positiva y el estilo de evasión o retirada.

El estilo de resolución positiva se basa en comprender la posición del otro y uso de estrategias de argumentación o razonamiento constructivo para alcanzar compromisos y negociar (Kurdek, 1994); fue esta la que prevaleció en los casos con conductas como una comunicación más asertiva que implique escucha y comprensión y además, verbalización clara y dirigida de lo que genero malestar, en conjunto con peticiones concretas:

entonces creo que hemos aprendido los dos a expresar lo que sentimos y lo que nos molesta y ‘oye no estuvo tan chido que dijeras esto’, me hizo sentir de tal manera, o sea, como cositas así que si antes no lo hacíamos porque nos daba como mucho miedo como, como el, el conflicto (Vanessa, 32 años)

mmmm, hablamos, no hablamos enojados, hasta que cada quien se tranquiliza, a veces, es por mensajito, como para dar mi explicación, a veces es en persona, de explicar desde mi punto de vista ¿no?, ‘yo quería, yo dije esto y me sentí de esta manera cuando tú me dijiste’, como aclarar el tema sin darle vueltas a lo que pasó ‘es que tu dijiste...’, es tú percepción, es mí percepción, sólo te digo lo que yo pensé, y

él igual, solo me dice cómo se sintió con algo que yo hice o que yo dije [...] (Sandra, 43 â)

Previo a una comunicación asertiva, se observó que los entrevistados utilizaban como estrategia dar o buscar un espacio, con el fin de manejar su estado emocional y no dañar el acercamiento con su respectiva pareja, lo que propiciaba que cuando pudieran establecer comunicación se encontraran con mayor disponibilidad y mejor autocontrol:

ahora si que hablando, nosotros hablamos, primero estamos muy enojados, y ahora si que nos dejamos de hablar un rato, un día o así ya, dependiendo de cómo este el problema o el malentendido, y ya después hablamos, pero ya tranquilos, porque sino, le digo ‘si tú me gritas yo te grito y no nos vamos a entender nunca’, entonces si dejo que se enfríen las cosas y ya le digo porqué de mi duda o porqué esta pasando eso (Lisandra, 36 â)

tratamos mucho de, yo soy muy, muy, muy [chasquido] reactivo en muchas cosas, ‘entonces mejor sabes que, voy a ir a pasear a la perra y me voy a salir de mí, y me voy a calmar y ya luego platicamos y tratamos de buscar una solución’ (Luis, 34 â)

Otra estrategia que se vio mencionada como forma activa de resolución fue el asistir a psicoterapia, cuatro personas (2 mujeres y 2 hombres) acudieron a terapia de pareja para adquirir mejores herramientas en su comunicación e interacción:

[...] teníamos ahí un detallito atorado, y estuvimos yendo a terapia como, no sé cuántas sesiones fueron, no sé si fueron tres meses, una cosa así, ujum, y estuvo bien padre porque tuvimos herramientas nuevas, para para comunicarnos porque nos pasa que él dice una cosa y yo entiendo otra, y al revés también, y entonces eso generaba conflictos (Sandra, 43 â)

incluso con la terapeuta que vamos hicimos una, una revisión de toda la relación en general y la verdad es que todo esta muy bien, verdad y los planes a futuro y todo, y ese es un puntito que no está mal (refiriéndose a la interacción sexual) pero queríamos mejorar (Jesús, 42 â)

Mientras que una mujer lo hizo de forma individual para sobrellevar desde su parte los conflictos y tener mayor aceptación sobre la situación en pareja, si bien la dinámica en pareja no cambió, ella pudo establecer otras actividades que le permitían sentirse mejor en la parte individual:

Entonces ya después que tomé una terapia de codependencia, pues ya me fui yo como que alejando, 'pues si no quieres ir tú, pues yo me salgo', ya si, ya así como que tú no vas yo tampoco, o sea no, yo ya me salgo, y ahorita no, mis hijos me siguen para todos lados, voy a un lado, van conmigo, y no nos faltan pues salida (Mayte, 45 â)

Finalmente, el tener paciencia y generar compromisos y acuerdos en pareja fueron dos formas de resolución positiva que también manejan los entrevistados a manera de poder mejorar en la relación.

Se puede pensar que el hecho de que predomine un estilo de resolución positiva en los casos se debe al incremento de recursos y estrategias que están al alcance de las parejas, teniendo que ver también para su acceso el nivel económico, de educación, cultural y generacional que permite la apertura a dichas herramientas como forma de crecimiento.

Por otro lado, se observaron dentro del estilo de evasión ciertas conductas que lejos de generar un impacto positivo, obstaculizan el avance; el estilo de evasión o retirada implica el rechazo y evitación del conflicto, con actitudes como negándose a hablar o irse del lugar (Kurdek, 1994), en estos casos se observó que algunos entrevistados recurrían a apartarse, buscando su individualidad para sentirse mejor y que el conflicto se diluyera, tenían conductas de evitación o dejaban sin resolver el problema, y, en un caso, existió el divorcio

ante la percepción de sentirse incapaz para resolver, aunque después viniera una reconciliación.

Se destaca que quienes utilizaron este estilo fueron tres personas con los siguientes tipos de amor: ausencia de amor, amor necio y amor vacío y sólo una con amor consumado; esto genera una fuerte relación entre la falta de intimidad y la carencia de resoluciones funcionales ante el conflicto, pues en el único caso de amor consumado que se utilizó la individualidad con estilo de evasión, en mucha mayor frecuencia también recurría a otras formas de la resolución positiva.

A continuación se pueden ver algunas narrativas relativas al estilo de evasión:

[...] como sus hijas no me quieren conocer, más bien evitamos algunos temas para no, pues no caer en eso, no, en eso que ni siquiera es mi problema, es de ellas ¿no? Entonces no, trato de no meterme (Sonia, 47 años)

[...] se sale mi esposo, este ha llegado a fumar (refiriéndose cuando hay algún problema) (Mayte, 45 años)

A lo largo de estas descripciones y narraciones sobre las generalidades en pareja se puede señalar que las personas que fueron incluidas en esta investigación pueden llegar a compartir muchos rasgos de la dinámica en pareja, por ejemplo, el hecho de una participación en hogar más equitativo, pero también algunas diferencias como es en el tipo de problemáticas que presentan y su estilo de afrontamiento, que en estos casos, predominó la resolución positiva, lo que puede ser un elemento más a favorecer una participación activa de la pareja en la cirugía bariátrica, tema que se verá a continuación.

## **9.2 Participación de la pareja en cirugía bariátrica**

El apoyo social se ha venido remarcando en distintos estudios como el factor psicosocial más importante para que una persona pueda adherirse a los tratamiento para el sobrepeso y

obesidad (García et al., 2020) y no sólo impacta en los resultados a corto plazo, sino que también influye en gran medida para el mantenimiento de la baja de peso en el proceso post operatorio de la cirugía bariátrica (Lecaros et al., 2015a).

A raíz de estos datos, es natural tomar en consideración a la pareja como fuente de apoyo social cuando una persona atraviesa por un proceso bariátrico, y más aún, entender de forma específica su participación conlleva a discernir en los comportamientos que fomentan la adherencia a tratamiento o, caso contrario, pueden generar dificultades en la adaptación al estilo de vida deseado y necesario.

En esta investigación se le dio mucho peso a indagar los factores en la pareja que los entrevistados notaron por experiencia como factores favorables y desfavorables para su tratamiento y resultados, e inclusive los cambios que notan posterior a la cirugía bariátrica en pareja, pero también, se buscó conocer el panorama inicial al que se enfrentan en pareja desde su estado de obesidad, ubicando las diferentes posturas que toma su pareja desde su obesidad y la decisión de la cirugía.

En esta parte se abordan 4 categorías centrales, con 17 subcategorías y 7 subsubcategorías; se muestra a continuación un diagrama (Figura 15) que las ejemplifica y después cada apartado de hallazgos pertinente a estas categorías.

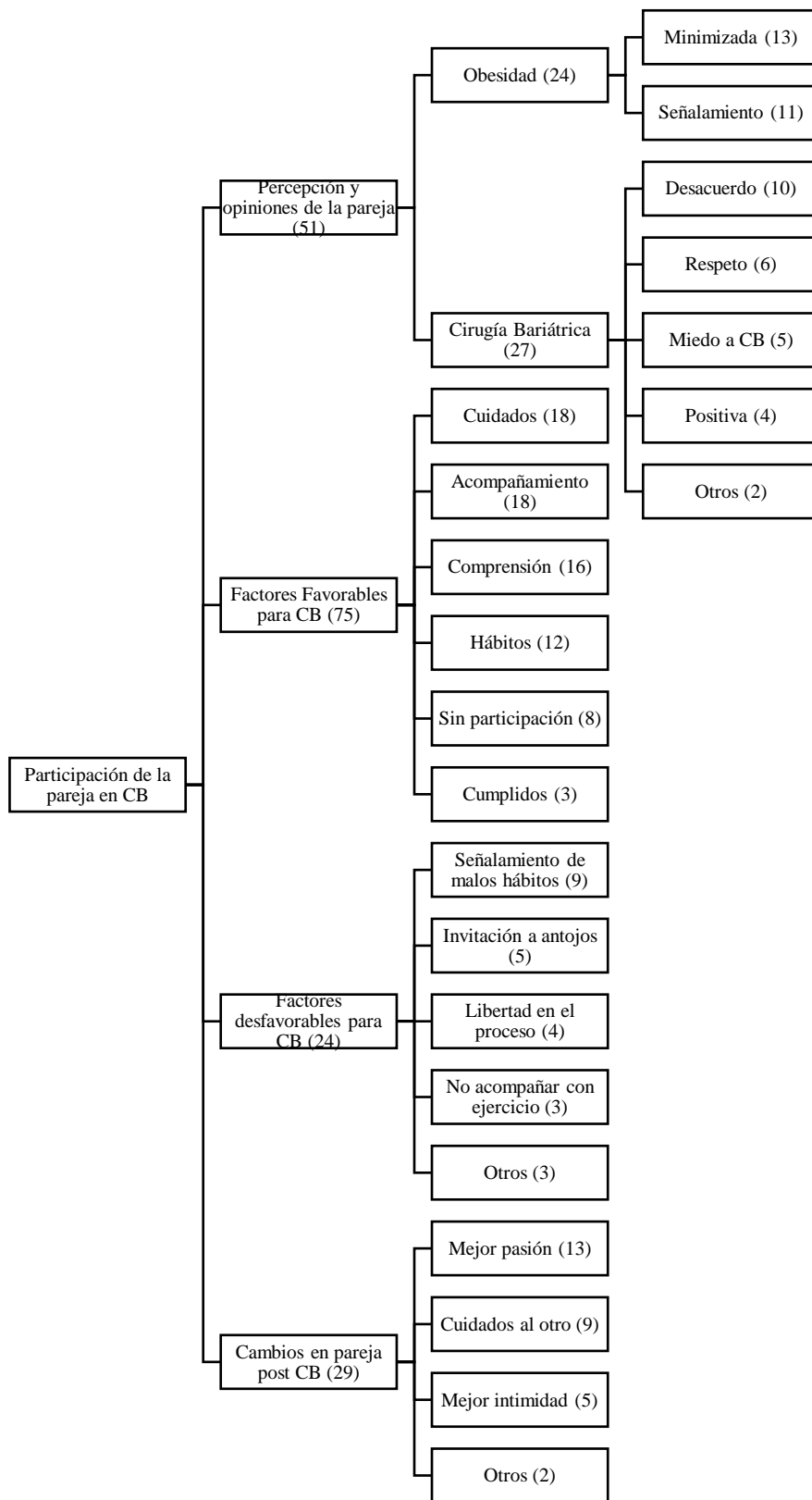


Figura 15. Diagrama Participación de la pareja en la cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.

## **Percepción y opiniones de la pareja.**

Si bien la opinión de la pareja no fue mencionada por los entrevistados en esta investigación como un elemento final para la toma de decisión de la cirugía bariátrica, no deja de estar presente la influencia que observaron los entrevistados ante la percepción de la obesidad que sus parejas tenían hacia ellos y la opinión cuando eligen la cirugía bariátrica como tratamiento para disminuir el peso.

Conocer la visión previa de la pareja es interesante, pues formalmente quien lleva una preparación y conocimiento extenso para atravesar por el proceso bariátrico es el paciente y no siempre se incluye a la pareja en la zona de aprendizaje y por tanto, si existen dudas, incomodidad o miedos por el proceso en la pareja del candidato a cirugía, dependerá en gran medida de qué tanto esté incluida en el proceso para que pueda modificar su percepción y no exista un desconocimiento o apoyo insuficiente a lo que implica el cambio de vida.

Lo que se revela en las narrativas de los entrevistados de este trabajo es que ante la obesidad que tenían, sus parejas tomaron una de dos posturas: o bien minimizaron la condición o existió un señalamiento hacia ella.

En el caso de la minimización, los entrevistados percibían que sus parejas no la consideraban como un problema, no le daban importancia pues existía aceptación hacia su imagen corporal y tampoco existía preocupación pues no ligaban al peso el riesgo de contraer enfermedades:

En relación a la pareja o en mi hogar no, porque nunca, nunca tuve ningún problema de ese tipo hablando de mi esposa, que de alguna manera me, me generara problemas mi obesidad ¿no? bueno, cuando menos que yo haya sido consiente, a lo mejor, a lo mejor no te das cuenta de muchas cosas, pero después este que lo platicábamos le digo ‘oye, tú me veías así, ¿por qué no me decías?’, “pues es que sí te veía pues yo obeso pero nunca me causó un problema, nunca me avergonzó, nunca esto, nunca el otro, entonces no tenía porque yo estarte eee, molestando, estarte este fastidiando ¿no?” (le refirió su esposa) (Juan, 48 años)



como mi pareja anterior me conoció ya con sobrepeso, nunca fue un, un tema ¿verdad? Nuevamente yo no me sentía incómodo con mi cuerpo, a pesar que mi obesidad era importante, no era que me viera desnudo y me frustrara, la verdad es que no, entonces eso era lo que no permitía que me pusiera, o le diera tanta importancia ¿no? porque ‘bueno pues así soy yo, soy gordo, y soy un gordo feliz’ ¿no? (Jesús, 42 â)

mi esposo siempre ha dicho que a él no le importa, que, él lo que quiere es que yo esté bien, que el peso no le importa, pero pues obviamente si yo no me siento bien, pues afecta en la relación, es como “vamos a tal lado” ‘mmm no, mejor ay que quedarnos en la casa’ “oye, hay una cena con los del trabajo, ¿vamos?” ‘mmm, no, mejor yo me quedo aquí en la casa’, ¿si?, es como hújole, que pena que pena que lleves a la gorda a la cena [risa] (Sandra, 43 â)

Se observó que aunque la pareja minimizara este aspecto, para los entrevistados sí marcaba de forma negativa una diferencia en ciertas áreas, para algunos dificultades en el trabajo, para otros en lo social, por lo que es posible que las personas con obesidad no estén comunicando abiertamente las dificultades por las que atraviesan con esta condición, y por ende, sus parejas asuman que están bien.

Caso contrario, existieron parejas que sí mencionaban y señalaban la obesidad de los entrevistados desde la preocupación respecto a la salud y el impacto negativo que denotaba, y, en la mayoría de los casos, los entrevistados percibieron que fue de una manera asertiva que les brindaron comentarios respecto a su condición:

le agradezco muchísimo y siempre le voy a agradecer y le voy a decir que pues, le agradezco haberme tenido paciencia y verme dicho las cosas con el cariño que me las dijo para realmente demostrarme que era una preocupación genuina el tema de mi peso ¿no? porque si me lo dijo “¿sabes qué? Me preocupas, me preocupa, a mí no me importa como te veas” y me lo dijo una vez “me preocupa que no te sientes bien, y es

evidente que no te sientes bien, ni física, ni emocionalmente Luis”, me dice: “porque si yo te viera feliz, a pesar de que estuvieras gordo, no me importaría, pero no te veo feliz” y eso fue como ‘ay güey’, me costó mucho trabajo aceptarlo pero a la fecha digo, le agradezco muchísimo que haya tenido pues, ese valor la neta para aventarse un volado de saber cómo lo iba a recibir yo (Luis, 34 â)

Este señalamiento de la pareja viene desde notar que el otro tiene ciertas incomodidades y afecta su imagen o estado emocional, no existieron narrativas donde una preocupación por posibles enfermedades futuras fuera el detonante para hablar sobre obesidad, lo que puede indicar dos cosas: poca cultura de prevención y/o no percibir la obesidad como un factor preliminar de riesgo de otras enfermedades crónicas, ya que esa connotación se le daba posterior a hablar con el cirujano bariátra y es lo que ultimadamente hacía que tomaran la decisión de la cirugía.

Y justamente, siguiendo con la opinión ante la cirugía bariátrica, existieron diferentes posturas frente a la decisión de sus parejas: hubo quienes estuvieron en desacuerdo, otros que respetaron la elección o tenían una opinión positiva y quienes reaccionaron con miedo ante lo que implicaba dicho tratamiento.

En desglose de estas posturas, en primer lugar quienes estuvieron en desacuerdo (un hombre y una mujer) por la razón que lo percibieron como un método innecesario y además, iba en conjunto con la postura de minimizar la obesidad como un problema trascendente:

pues con mi pareja [risa], de que me haya dicho no, por él podía seguir igual, incluso por él no había problema, porque él al principio no estaba muy de acuerdo con la cirugía, pero él me decía “es que para mí estas bien así, no hay necesidad de que te arriesgues” pero pues ahora si que uno decide ¿verdad? (Lisandra, 36 â)

ella no quería que me operara, y pues ya sabes, lo que, conflicto universal, lo primero que decía: “¿con qué quieres pagarlo?” “no, es que va a ser un gasto que te puedes ahorrar, que te puedes hacer tú, tú sólo lo puedes lograr” y que no sé que “porque tu

puedes, tu puedes”, y “¿para qué te gastas ese dinero?” y que no sé que, y yo me voy a gastar lo que cueste, yo me lo voy a hacer, porque me lo voy a hacer, porque yo quiero hacérmelo (Juan Pablo, 37 â)

Las parejas que asumieron la opción de cirugía bariátrica con respeto o de manera positiva, tienen en común que tuvieron un conocimiento o indagaron sobre la cirugía bariátrica, y pudieron tener una comprensión de la ventaja que traería a su pareja, fuera de los riesgos, miedos o dudas que ellos pudieran tener:

entonces este, con ella lo platique, este, igual se puso a investigar con algunos colegas de ella, y eso y el otro, ya me dijo: “bueno, es una opción que de alguna manera está, de alguna manera ya con muchos años y obviamente hay un índice de mortalidad, pero bueno, éste es el menos”, entonces por ahí como que todo eso me fue animando [...] (Juan, 48 â)

yo le explique como estuvo, le dije: mira es como una bolsita, y, le expliqué, mira le cortan y luego le cosen y así queda tu bolsita, es lo que él trae esa idea ¿no? este y vio también el proceso, y pues hasta ahí, es lo que él respeta pues (Sonia, 47 â)

Y finalmente, las parejas que tuvieron miedo o temor por el procedimiento, se referían sobretodo a las posibilidades de que algo saliera mal y se pusiera en riesgo la vida, lo percibían como arriesgar mucho por bajar de peso:

[...] le dije que necesitaba que hablara con mi marido (refiriéndose al cirujano bariátra), y entonces me dio otra cita donde habló con Alfredo, hújole que chistoso, pero ya no me acuerdo del detalle, pero si, básicamente le explicó a Alfredo otra vez, claro que cuando dije ‘me quiero operar’, todo mundo se infartó, porque al parecer las cirugías son peligrosas, y entonces todo mundo estaba preocupadísimo, Alfredo más que todo, Alfredo tiene terror a que me hagan algo a mí (Sandra, 43 â)

Se puede notar que a pesar de las diversas reacciones de las parejas, lo decisivo para que los participantes pudieran elegir ser operados como tratamiento para bajar de peso tuvo que ver con tener claro y desde la realidad la implicación a futuro de su obesidad, situación que no todas sus parejas tenían entendido, pero que cuando se involucraron o tuvieron acceso a la información, su percepción mejoraba hacia la cirugía bariátrica.

### **Factores favorables para la cirugía bariátrica.**

En el estudio de Lecaros et al. (2015a) se expresó que tenía mucho valor para los participantes cuando su núcleo familiar cambiaba sus prácticas de alimentación, pues en opinión de los autores, propiciaba que no se sintieran solos en el proceso de cambio; en una narrativa que mostraron de sus entrevistas, un participante mencionó que el que su esposa tratara de comer más sano, lo percibía como una “energía positiva” (p.1507) lo que propiciaba que se le diera una mirada positiva al proceso, que cuenta mucho para asumir un proceso de cambio tan relevante.

En sintonía con esta investigación, aquí fueron encontrados también varios comportamientos de la pareja que permitían obtener resultados favorables y facilitadores para su proceso:

Uno de los más importantes y objeto de estudio, fueron los cuidados que los entrevistados percibieron de sus parejas. Todos los participantes de esta investigación lo argumentaron, con sólo una excepción, Sonia (47 años), que como recordatorio en su relación de pareja se encuentran escasos la pasión, intimidad y compromiso. En todos los demás, la forma de cuidados se ve manifiesta en el día a día a través de recomendaciones que dan, acciones para seguir en línea con sus necesidades y sobretodo, tener presente los cambios que están atravesando en el nuevo proceso:

sentí el apoyo, el apoyo que siempre estuvo al pendiente de mí, este, y, si no me ayudaba mi hija, pues él (refiriéndose a su esposo) estaba para ayudarme, pues yo siento que sí este, o sea que no me dejaba hacer esfuerzos, que sí ha estado al pendiente (Mayte, 45 años)

pues es que es fácil seguirlo cuando tienes todo el apoyo de “¿qué necesitas? ¿cómo vas? ¿eso si puedes comer? ¿te hace falta algo? ¿si te estás comiendo todo lo que te toca? ¿ah, si puedes comer eso?” (preguntas que le hace su esposo) (Sandra, 43 â)

Vane tiene la confianza de decirme “oye Luis, noto que estas comiendo mejor, o que estás comiendo peor, deberías de poner atención porque luego te vas a sentir mal, o, viceversa ¿no?, yo le digo ‘sabes qué Vane, creo que necesitas echarle más ganas a esto y esto en el ejercicio’ esa intimidad y esa confianza que hemos generado, creo que tuvo mucho que ver que entendemos física y emocionalmente de lo que pasa en la otra persona ¿no? o sea, entendemos que, es un tema de, no está enojada, neta trae hambre, o sea, [risa] es neta...(Luis, 34 â)

A la par de los cuidados e igual de importante es que la pareja no sólo propicie atenciones, sino que también acompañe en el proceso y conductas de cuidado, es decir, que realicen acciones y cambios similares a los que su pareja necesita hacer, pues ésto les generó facilidad en sus rutinas y nuevo estilo de vida, promoviendo que sea una dinámica que se pueda mantener a largo plazo, ya que es más factible si lo practican ambos:

pero aquí a la que le gustan las verduras es a mí, a, a ellos tres casi no les gustan, entonces por ejemplo, hay arroz de coliflor, para todos, la respuesta es: él (refiriéndose a su pareja) me apoya en lo que este haciendo y en que sea saludable para los cuatro, yo no tengo que hacer comida especial para ellos, si quieren algo especial se los puedo hacer, pero no es algo que ellos pidan (Sandra, 43 â)

evidentemente que ella (refiriéndose a su esposa) se sumo a esto que estaba, ayudó mucho que ella sea nutrióloga, a, entonces este el, la elección del tipo de alimentación que hay que tomar, luego ella allá no podía trabajar por el tipo de visas que teníamos, entonces también ella ya se dedicó a hacer ejercicio, a tener clases de inglés, a cosas así, entonces nos motivábamos juntos al a un estilo de vida saludable ¿no? entonces

los fines de semana irnos a caminar a algún bosque o cosas así, entonces si fue la motivación de motivar o acompañar el cambio o estilo de vida (Jesús, 42 â)

Enseguida se presenta un elemento que también les permite a los participantes sentirse cómodos y disminuir la extrañeza en su nueva forma de vida y es tener comprensión por parte de su pareja, por ejemplo, en el caso de Vanessa (32 â) y Luis (34 â) pareja que vivió el proceso bariátrico con un mes de diferencia, en sus narrativas sobresale mucho que el hecho de entender por lo que el otro pasa ha marcado mucho la diferencia para poder establecer los cambios y estar el uno para el otro de una forma óptima y asertiva:

pues es que, ¿sabes qué?, yo creo que tenemos una, o sea, algo muy diferente a otras parejas es que como los dos nos lo hicimos, entonces yo entiendo perfectamente bien por lo que pasó, o sea, entiendo perfectamente bien la frustración que le diera o que le da, o sea ¿sí sabes?, o sea entonces, no trato, no lo enjuicio, no digo ‘ay no, tienes que comer más eso’, o sea no, porque o si, es eso, porque yo lo viví, yo viví esa frustración [...] (Vanessa, 32 â)

Vane me ha ayudado mucho a buscar esas opciones y ha buscar esos nuevos sabores, así como me los presentó esa primera vez que yo viví ee, que empecé a andar con ella, digo yo no era nada gourmet, ella de que “ábreme el queso de no sé que chingados, que bla bla bla”, ahorita ella me ha ayudado mucho a buscar esas opciones de cosas que me, nos gustan y nos nutre, a presentármelas y ee, pues esa, también lo que ha ayudado mucho es la empatía que ha tenido, el, el entender, saber que, a, “no está enojado, tiene hambre” [risas], eso ha ayudado mucho (Luis, 34 â)

Si bien, no es una realidad para todas las parejas que tengan que tener ambos la cirugía bariátrica para entenderse, pues vale la pena señalar que a pesar de que esta pareja tiene el mismo procedimiento, cada cuerpo y mente lo vive de forma diferente; lo que se obtiene de este caso es que un alto nivel de empatía, conocimiento sobre el proceso y aceptación de las diferentes sensaciones que se experimentan es lo que ha generado excelentes resultados y una dinámica funcional como pareja en la cirugía bariátrica.

Los demás entrevistados que señalaron la comprensión como un aspecto favorable lo obtuvieron gracias a que establecieron diálogo con sus parejas sobre la nueva forma de cuidados que tenían y, algo en común es que se requirió también por parte de su pareja aceptar el proceso para así poder seguir en la línea de respeto sobre sus necesidades.

Otro factor a favor del proceso en la pareja es que los hábitos que practica la pareja sean saludables y eso produce que la persona con la cirugía pueda motivarse y seguir en sintonía con sus cuidados:

es que realmente él mmmm, pues cuando él come y por decir, desayuna, y ya no come nada más. O sea no está picando, ahí como uno, que luego ahí, va y pica otra cosa y no (Mayte, 45 años)

pues si, la verdad he copiado muchas cosas buenas de ella, muchos hábitos buenos y los aplico en mi vida (Juan Pablo, 37 años)

El hecho que la pareja mantenga hábitos saludables es un aspecto que se puede potencializar para la adherencia de la persona con cirugía bariátrica, pues recordando el “efecto halo”, éste puede favorecer el cambio de conductas a través del “contagio” de las conductas saludables a las personas más cercanas al círculo del paciente, Woodard et al. (2011) indicaron que es posible mayor participación por parte de la familia de un paciente cuando existe este efecto y que por tanto, existe mayor colaboración entre los miembros para la pérdida de peso; ahora, imaginemos que se produce este efecto de manera doble, donde no solo la persona con cirugía bariátrica propicie el cambio, sino también la pareja, la colaboración puede aumentar de forma impactante para ambos.

Por último, se tiene como efecto favorable por dos mujeres Sonia (47 años) y Mayte (45 años) que sus parejas no participen y no se involucren; vale la pena recordar que en estos dos casos existe la carencia de intimidad y son dos mujeres que llevan los cuidados, tanto del hogar o

personal de forma mucho más individual; en sus narrativas, el hecho de que no intervengan en sus decisiones les ayuda:

mira una cosa que siento que mi personalidad ayuda, que no se meta (refiriéndose a su pareja), o sea que me deje a mi tomar mi decisión y cuando este haciendo las cosas que me motive, que me diga “ah que bien te ves” o “bien hecho”, eso, nada, pero al momento de tomar la decisión, no que te imponga porque otra vez vuelvo a lo mismo, es como los adolescentes con los padres, que no, no vas a ir a la fiesta, pues voy a ir, me brinco la barda y me voy a la fiesta y me emborracho y llego todo pasado, no (Sonia, 47 â)

En resumen de este apartado, se remarca la existencia de entendimiento por parte de la pareja y conductas saludables a la par de la persona con cirugía bariátrica como principales factores favorables para aumentar la adherencia a tratamiento; ahora bien, conviene hacer hincapié (como adelante se verá) de qué fue lo que las personas observan como sabotadores.

### **Factores desfavorables para la cirugía bariátrica.**

El pronóstico del tratamiento en cirugía bariátrica puede verse marcado por múltiples factores, uno de ellos que menciona Palma y Lasagni (2019) es la familia, sobretodo en tres sentidos: si es capaz de identificar de manera oportuna los problemas en el proceso, facilitar el cumplimiento del tratamiento y adaptarse a los cambios, de otra manera pueden obtenerse resultados poco favorables; integrando a la pareja en este apartado, podríamos notar que para cumplir estos tres ejes, es necesaria la colaboración y permanencia de la pareja dentro de los cambios que conlleva el proceso.

En caso contrario, nos podemos encontrar actitudes o comportamientos que no le permiten a la persona con cirugía bariátrica poder ajustarse a las indicaciones; en este estudio una de las conductas específicas que tienen los miembros de la pareja que no favorecen a la adherencia al proceso bariátrico es el señalamiento de malos hábitos o errores cuando incumplen con el



plan de alimentación o tienen carencias en los comportamientos que “deberían” hacer respecto a indicaciones:

algo, algo que a lo largo del tiempo yo, cuando estaba con las dietas y todo, te digo, como ella es muy disciplinada y muy organizada, entonces para ella, yo digo, es muy fácil decir “lo voy a hacer y lo hago”, y lo hace al pie de la letra ¿no? y yo no, yo soy en esa parte, fue uno de mis problemas, este, y es una de mis debilidades, este, ‘hoy no, hójole, mañana si’, este entonces ella, ella no tiene la forma, en ese sentido, como no, no es una forma de decírtelo dulcemente, o sea simplemente te dice “oye pues otra vez estas saliendo, pues otra vez vas a caer en lo mismo”, entonces de repente si le he dicho ‘oye, pues yo creo que hay maneras más así como, cariñosas de decirlo, y el impacto es mucho mejor ¿no?’ (Germán, 44 â)

Desde la posición de Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010), los consejos que suele ofrecer el entorno social respecto a la pérdida de peso a quienes tienen obesidad, los hacen sentir agredidos, criticados e incomprensidos, por lo que aquí se hace énfasis en un elemento del apartado pasado, dentro de los factores favorables, que es más funcional el acompañamiento, contrario al señalamiento de lo que no se está haciendo de la mejor manera, además, como antecedente, se ha hecho ya mención que en muchas familias con miembros con obesidad, suelen existir niveles de comunicación inefectivos (Guzmán et al., 2010), por lo que es de suma importancia intervenir en la dinámica que se tiene en pareja respecto a cómo se lleva el plan de tratamiento y cómo acompañar de forma más eficaz.

Otro factor desfavorable que los entrevistados encuentran en pareja es que les inviten u orienten a ciertos antojos, ésto genera en ellos incomodidad y se refleja carencia de comprensión hacia el proceso o la importancia que tiene elegir la calidad de alimentos:

pues ¡ah!, lo que me afectaba a veces era de que me quería sacar “ándale, vamos a tomar una cerveza, es que ya no es lo mismo” y ya le decía ‘es que no puedo’, pues trataba de decirle que ya no era lo mismo, y le costó trabajo entender ese aspecto, de que ya no, o sea, no íbamos a poder salir a tomar como antes pues, ya él ya siempre dijo “no pues ya

no es lo mismo” y ya, como que le cayó el veinte y ya, me respetó o ya me decía “¿qué puedes tomar o qué se te antoja?” [...] (Lisandra, 36 â)

bueno, me ayudó mucho en lo que sí decía “oye eso, eso no va con lo de la dieta, eso no va con lo del tratamiento” “te vas a hacer eso pero te quieres, o sea”, ¿si me explico? Este, pero también muchas veces era lo mismo pero al revés, “ay no pasa nada, vamos a comernos eso”, ¿si me explico?, las cosas buenas y las cosas malas era la misma, ¿si me explico? Me decía “no te puedes comer eso” o bien fácil, “no te tomes una cerveza porque va en contra del tratamiento” ¿eda?, porque la cerveza engorda, ok, pero si me decía “vamos a cenar ¿no? una hamburguesita”, si me explico, y era la otra parte, el otro lado, entonces eso fue como ayudaba, como perjudicaba (Juan Pablo, 37 â)

Finalmente, dos elementos que perciben los entrevistados que no ayudan al proceso tiene que ver con adjuntar responsabilidad del proceso a la pareja: por un lado es que su pareja les da mucha “libertad” en este, es decir, que no les señale de forma más firme cuando no está incumpliendo con el plan de alimentación, esto fue referido por una mujer; y por otro lado, que fue referido por dos hombres, es que su pareja no los acompañe a hacer ejercicio como ellos querían. Esto nos muestra que sí hay un nivel de expectativa a que la pareja se comprometa en conjunto con el proceso, pero también, que es importante la diferenciación entre lo que la pareja podría hacer para colaborar y lo que la persona en su tratamiento tiene como responsabilidad.

### **Cambios en pareja posterior a la cirugía bariátrica.**

Si bien es cierto que la cirugía bariátrica genera múltiples cambios en el cuerpo y estilo de vida de quien ha sido intervenido, también se perciben cambios en la dinámica de pareja que en esta investigación fueron percibidos como mejoras inesperadas, pues aunque en ningún momento fue objetivo de la cirugía o fue planteado como algo esperado, la relación de pareja tuvo modificaciones que la favorecieron.

Uno de los más mencionados, en este caso por 4 hombres y 3 mujeres, fue una mejora en el componente del amor: pasión (Sternberg, 2000), por el lado de las mujeres sobretodo se remarca que posterior a la cirugía bariátrica el cambio en su imagen corporal fue tal, que les permitió desarrollarse mejor en el aspecto sexual, sintiéndose mejor consigo mismas, incrementando la seguridad y por ende el deseo sexual; en el caso de los hombres, también mencionan una mejor imagen corporal pero no sólo a través de la mejora en autoestima, sino también refieren incremento de libido deseo o apetito sexual y la frecuencia en relaciones sexuales aumentó.

En uno de los casos (Jesús, 42 años), el ver una mejora en autoestima, se motivó en conjunto con su pareja para asistir a psicoterapia para mejorar la parte sexual en la relación.

Aquí algunas narrativas que aluden a la satisfacción en el componente pasión en las mujeres:

pues este, es que ahorita por decir, este, eh, a mí, antes me daba como pena que, pues quitarme la ropa enfrente de él, porque me sentía mal, no sé, y pues ahorita ya me siento mejor, o sea, como que ya no siento la misma sensación (Mayte, 45 años)

al principio él no quería pero yo, ya después te ven y dices “no manches, te ves bien delgada” o, le llamas más la atención pues simplemente, si, si ha mejorado, si mejoró demasiado ese aspecto la verdad (Lisandra, 36 años)

creo que es mucho mejor (refiriéndose al área pasión), o sea, honestamente creo que por lo mismo, porque yo no tenía una buena apreciación de mi, también, mi, mi, sentido de libido era como de ‘naa’, o sea, era como, no, y también en él ee, también creo en él, creo que también él manejaba muchas inseguridades y también no se sentía tan atractivo entonces, eso influyo muchísimo, o sea, si, creo que sí cambio abismalmente porque yo ya me siento que, yo ya me siento atractiva, entonces eso en automático, cuando una persona ya se siente atractiva, las personas atraes, ¿si sabes? (Vanessa, 32 años)

Y otras narrativas en este aspecto de los hombres:

ahorita ya no es ese tema de incomodidad, es como 'ah, esta chido, no pasa nada', o sea, si cambió muchísimo esa parte, además, pues físicamente te sientes mejor, o sea, neta tienes más aguante, [risas] (Luis, 34 â)

entonces si, por ese lado también es de las cosas que ha mejorado mucho a raíz de la cirugía (refiriéndose al área pasión), y es algo que tampoco yo tenía considerado, o sea fue como un plus que me llegó después de todo [risas], entonces, si, la verdad es que voy a decir una parte de motivación, estaría padre para la gente que le interese por ese lado, o que la gente lo sepa que su vida sexual puede mejorar (Germán, 44 â)

Previas investigaciones ya han hecho alusión a la mejora en el área sexual, por ejemplo el de Ferrer-Márquez et al. (2017) donde encontraron que antes de la cirugía bariátrica, un porcentaje amplio de mujeres y hombres presentaban problemas de satisfacción sexual, y después la cirugía, la satisfacción sexual mejoró significativamente posterior al año, sobretodo en mujeres.

Aquí la diferencia entre hombres y mujeres que se enmarca es que en mujeres mejora la imagen y confianza en sí mismas, lo que contribuye a una mejora en la sexualidad, y en los hombres, mejora también este aspecto pero subrayan más una mejora en el deseo, la frecuencia y el acto sexual en sí.

Otro aspecto que se ve influenciado a raíz de la cirugía bariátrica son los cuidados que se dan en pareja, en el sentido de estar más pendiente de las necesidades del otro y con mucha mayor comunicación respecto a lo que puede necesitar, sobretodo se ve en las narrativas el uso de preguntas claras y directas respecto a las necesidades de su pareja:

pues es que, es que si, en el sentido de que nuestra dinámica cambio, por ejemplo, pues ahora antes, totalmente estaba enfocado como a comer y a convivir, pero más bien ahora ya esta como de "bueno y ¿qué se te antoja?", en el sentido de que ¿qué te

cae bien? O sea, cambio como en eso la dinámica, antes literalmente podías comer lo que sea, no, ahora es como de “bueno, ¿pero que puedes comer?”, no comida, antes le encantaba la comida italiana, pero pues ahora la comida italiana casi todo es pasta, entonces no, no vamos tanto a comidas italianas, por ejemplo (Vanessa, 32 â)

Pero de forma curiosa, se observa que este elemento fue referido por tres mujeres y sólo un hombre, y en el caso de las otras dos mujeres además de Vanessa (32 â), (donde sus parejas no son quienes tienen la cirugía bariátrica), el cuidado y atenciones aumentó hacia ellos:

ahora con la pandemia, y además de todo lo de la operación, los cuidados ahora son mejores para él, comemos mejor que antes, la calidad de los alimentos es mejor, y ahora lo vitamino, como yo compro vitaminas para mí, esto también se toma, le digo mira, le doy como seis pastillas, ‘mira ahí te va la vitamina C, la vitamina E, eehh, para que te salga el pelo, la vitamina del Calcio, el Zinc y tu pastilla de la hipertensión’ [risas] y se lo doy todo [...] y me dice “¿y esto?” pues son tus vitaminas “ah”, no pregunta, se lo echa (Sonia, 47 â)

ahora si que yo me uní más a él, porque vi ahora si que como él me ha apoyado, entonces, yo traté de cambiar, de apoyarlo también y cualquier cosa que, estar al pendiente de él como esta al pendiente de mi, él a si diario me marca que “¿cómo estás? ¿te sientes bien, cualquier cosa avísame” y así, así estamos ahorita, lo siento más unido pues (Lisandra, 36 â)

Esto hace hincapié en cómo el cuidado ha sido focalizado predominantemente a las mujeres, como lo hace notar Enríquez (2019a) en su investigación sobre cuidados, donde destaca a la familia como principal proveedora de cuidados, y, dentro de ella, las mujeres, otorgando mayor tiempo del que los hombres destinan a esta actividad.

Y por último, otro cambio notorio es la mejora en otro componente del amor: la intimidad (Sternberg, 2000). En este sentido, los entrevistados argumentan que la vivencia de la cirugía bariátrica les permitió generar más acercamiento, unión y comunicación, pues el proceso

implicó un esfuerzo en conjunto que además permitió mayor conocimiento del uno con el otro y poner sobre la mesa expectativas, miedos y sensaciones:

ya después de que fui con Beto (cirujano bariátra) me quedó bastante claro que pues no era una opción, era un deber que yo tenía que haber hecho, este, pero eso nos ayudo a acercarnos más como pareja, a decirle pues ya sabes, abrirte más, sin querer darte cuenta cuáles son tus miedos, darte cuenta pues que cosas te preocupan más, conocerla a ella (refiriéndose a su esposa) y decir pues también le preocupa que yo me vaya a morir de un infarto, entonces toda esa parte que dices tú de relación íntima, yo creo que a raíz del proceso de la cirugía para nosotros fue totalmente a favor, fue un punto de, de mayor comunicación y de mayor cercanía (Germán, 44 â)

Como queda enmarcado en este apartado, la participación de la pareja en la cirugía bariátrica es notable, desde las percepciones y opiniones previas, hasta las conductas que realiza llegan a influir en el curso del seguimiento a las indicaciones propias del proceso bariátrico, y además, no sólo ejercen influencia en adherencia, sino que también existen cambios en la relación de pareja que pueden favorecer el tipo de amor, pues, como se ha venido viendo, se mejoran componentes como la pasión o la intimidad, lo cual pudo haber influido para la calidad en la relación.

Otra cosa vale la pena destacar, los factores favorables tuvieron mayor pesaje que los factores desfavorables en el aspecto cuantitativo, pero también en el cualitativo, pues en las narrativas los participantes enfatizaban más las acciones que habían tenido por parte de su pareja como elementos de ayuda y les costaba más trabajo verbalizar conductas que no fueran de mucha ayuda o, cuando lo hacían, las llegaban a minimizar, contrastando que era más lo favorable.

### **9.3 Cuidados de la pareja en la cirugía bariátrica**

Nos encontramos ahora con el apartado que concierne al objeto de estudio de esta investigación: los cuidados otorgados por la pareja en la cirugía bariátrica. Con detenimiento podremos observar los cuidados que los entrevistados pudieron experimentar por parte de su

pareja en cada una de las etapas de la cirugía bariátrica, diferenciando cuáles tipos de cuidados fueron prioritarios, cuáles importantes o inclusive, cuáles fueron carentes.

Los cuidados en el área de la salud han sido importantes pues conllevan una gran implicación por parte de los miembros de la familia, en específico, de la pareja; a juicio de Zelizer (2009), los cuidados de la salud resultan ser más importantes que otros en el hogar, pues son muchas las actividades que giran entorno a las indicaciones médicas o de salud, donde normalmente la familia se ve involucrada.

No se encontraron estudios en la literatura científica donde se haya explorado en específico el eje de cuidados de la pareja en cirugía bariátrica y además, en apartados por etapas de la cirugía, sino que más bien se ha enfocado el estudio de forma general al apoyo social y regularmente poniendo atención a la familia en general. En esta investigación se sopesa mucho el papel de la pareja dentro de este proceso, pues se considera que en las familias mexicanas, el papel de la pareja es trascendental cuando se habla también de cambios personales, como plantea Valdés, Vera y Urías (2018) sobre las demandas de la pareja en la actualidad, donde no sólo se espera que cumplan funciones instrumentales, sino también a contribuir a la felicidad y la realización personal de los miembros de la familia.

Los tipos de cuidados que se consideraron son: cuidado emocional, instrumental, cognitivo, espiritual y material y/o económico.

En este subcapítulo se presentan tres categorías centrales que representan las tres etapas de la cirugía bariátrica, con 15 subcategorías que refieren los tipos de cuidados otorgados por la pareja en el proceso, se muestran en el siguiente diagrama (Figura 16) y enseguida la descripción de los hallazgos principales.

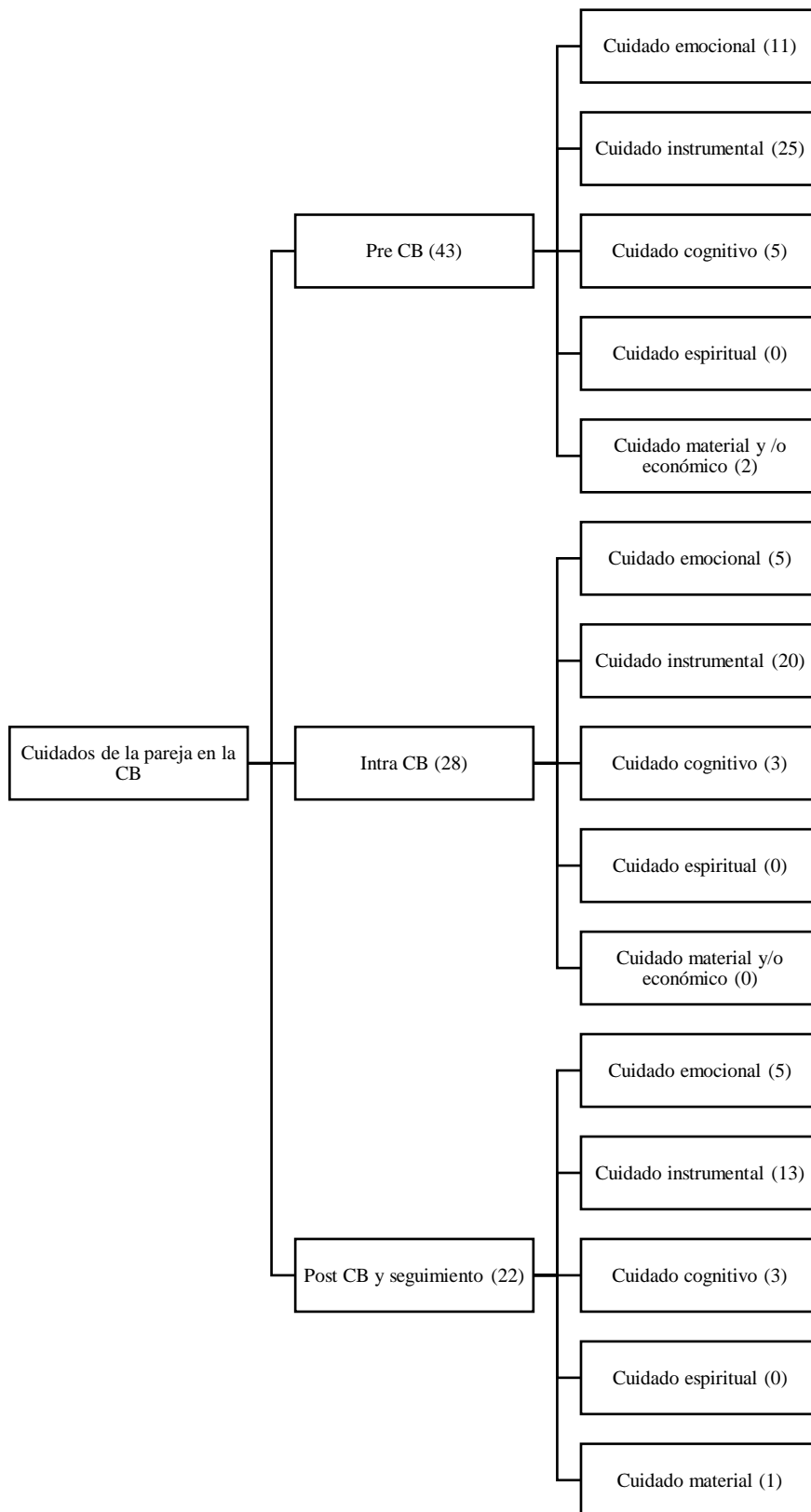


Figura 16. Diagrama Cuidados de la pareja en la cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.



## **Cuidados en la pareja pre cirugía bariátrica.**

La etapa previa a la cirugía bariátrica contempla valoraciones del estado fisiológico, psicológico y social y también, la preparación al cuerpo, mente y ambiente cercano para el proceso bariátrico. En el capítulo 8.2 se esbozaron los principales factores implicados por etapas en la cirugía bariátrica y, en específico, la etapa previa al procedimiento remarcaba ciertas dificultades como la restricción alimentaria y el miedo a la cirugía, y se inicia con una serie de cambios que le requieren una reestructura de pensamientos, emociones y conductas a la persona.

En las narrativas obtenidas respecto a los cuidados que la pareja les otorgó a los entrevistados, se denotó que el mayor pesaje se tuvo en esta área y con mayor trascendencia en los cuidados instrumentales, seguido de los emocionales, después los cognitivos y en muy poca medida los materiales y/o económicos y, en ningún momento, en ninguna de las tres etapas los cuidados espirituales fueron mencionados o estuvieron implicados.

En cuanto a los cuidados instrumentales, para los entrevistados tuvo un significado importante y hacen mucha referencia a que su pareja “estuvo al pendiente” de lo que pudiera hacer para ellos, esto implicó que los acompañaran en el proceso y las indicaciones que tenían, también se involucraron en citas en algunos de los casos, pero sobretodo en la cotidianidad respecto a las restricciones alimentarias y con un acompañamiento consciente sobre lo que necesitaban y lo que no:

antes de, pues me pusieron, cuando salía con mi familia pues ellos me apoyan en, en, ahora si que en arrimar lo que yo pudiese comer, y aquí en casa, ahora si que con mi marido, pues él me apoyaba, yo arrimaba las cosas, “y esto puedes comer y ya” decía, “pues vamos a hacer esto” y armaba nada más lo que pudiese comer pues (Lisandra, 36  
â)

Alfredo (esposo) estuvo muy pendiente, muy pendiente de que todos, yo creo que mi mamá también, de que todos los niveles estuvieran bien, de que yo cumpliera con lo que el doctor estaba ordenando que se hiciera [...] (Sandra, 43 años)

En cuanto a los cuidados emocionales, la forma en que se encontraron en la pareja fue a través de la reafirmación de la decisión que tomaron, se notó en la pareja un esfuerzo para transmitirle a los entrevistados seguridad y motivación sobretodo a través de verbalizarles su aprobación:

pues ella me estuvo así como motivando, y encontrando la forma sutilmente, digo, sin que yo me sintiera agredido, ofendido, en, en, en que yo fuera a buscar te digo, una opinión médica [...] (Germán, 44 años)

pues así como “me da susto, pero si es lo que tu quieres y si vas a estar bien” eso, como el apoyo emocional, “de si es lo que tú quieres y si vas a estar bien”, el sacar ese presupuesto porque, por lo menos para nosotros es mucho dinero, entonces el sacar ese presupuesto, aunque ya estaba pensando que era pensado para una cirugía, pues de todas maneras es dinero que sabes que ahí está por si se necesita para algo, entonces el decir ‘híjole, ¿me voy a gastar todo lo que tengo?, me lo voy a gastar’ y que él dijera “si, está bien”, eso también es como mucho alivio (Sandra, 43 años)

El cuidado cognitivo en esta etapa se hacía presente por la pareja en la forma de consejos y orientación respecto a las indicaciones que tenían los entrevistados, sobretodo a manera de “recordatorio” de la forma en que debían establecer sus hábitos y seguir ciertas instrucciones:

entonces Alfredo estuvo súper pendiente de que yo estuviera hidratada, que era como lo primero [...] (Sandra, 43 años)

[...] inclusive yo le decía a Betzy ‘pues yo no quiero decirlo, yo no quiero que’ porque luego decía no, “luego va a ser bien incomodo que la gente te vea que empezaste a adelgazar y te empieza a preguntar y para qué vas a echar mentiras y luego la gente

se va a sentir mal de que no le dijiste”, entonces Betzy también me ayudó con ese proceso de cómo manejarlo [...] de repente era que me regañaba, de “acuérdate que no puedes hacer esto” “oye acuérdate que tienes que comer despacito, y acuérdate que”, pero era nada más como de seguimiento ¿no? [risas] (Germán, 44 â)

Finalmente, el cuidado material y/o económico se vio poco expresado. Dentro de los datos sobre el pago de la cirugía, consultas y estudios, en la mayor parte de los casos estuvo solventado por la persona misma, o parcialmente por los padres. Cuando se hace alusión al cuidado material y/o económico por parte de la pareja más bien se ve reflejado en pagos que aportaban en complementos del proceso, por ejemplo vitaminas, gimnasio, consultas, suplementos, etc.:

pues en mi proceso, te digo que al principio no estaba muy de acuerdo, pero terminé diciéndole que pues era mi decisión, que yo quería hacerlo [...], este, él me motivaba a ir a correr, dice “ándale, no nomás va a ser la cirugía, tenemos que hacer algo”, pero pues ya íbamos a correr y, me pagaba hasta el gimnasio “ándale yo te pago pero métete para que empieces, para que, o sea, se te haga más fácil” o sea si me apoyó demasiado (Lisandra, 36 â)

En resumen, los cuidados por parte de la pareja en la etapa previa de la intervención quirúrgica se encuentran sobretodo en forma de acompañamiento y presencia en los distintos cambios que va teniendo la persona, siendo el factor motivacional y de aprobación también mencionado como importante para las personas en esta etapa de valoración y preparación.

### **Cuidados en la pareja intra cirugía bariátrica.**

La etapa que tiene que ver con el proceso quirúrgico y la estancia hospitalaria conlleva diversas vivencias físicas y emocionales, pues el hecho de someterse a cirugía implica ciertos riesgos físicos, pero también una serie de procedimientos que pueden ser incómodos para la persona y sensaciones displacenteras. Como se vio en el capítulo 8.2, el factor favorable más importante para sobrellevar esta etapa fue que la persona percibió cuidados suficientes, si

bien, no todos fueron atribuidos a la pareja, sí forma parte de las personas esenciales dentro de ella, vale la pena también mencionar que en todos los casos, la pareja estuvo presente en la estancia hospitalaria.

El cuidado que predomina en las narraciones de los entrevistados es de nueva cuenta el instrumental, y se manifestó en la estancia hospitalaria con atenciones y conductas dirigidas a las necesidades de su pareja, procurando que tuviera las menores incomodidades posibles por lo que implica una recuperación de cirugía:

pues ahí de que... “¿qué te duele?, ¿qué te traigo?, tómate esto, toma aquello, eh, ya te puedes dar un traguito de agua, ya puedes tomar...”, échame la mano para ir al baño, y así...(Juan Pablo, 37 â)

no pues ahí, este, conmigo todo el tiempo (refiriéndose a su esposo e hijos), desde que llegué, y esperaron ahí en, este la habitación y pues todo, o sea, todo, “¿se te ofrece algo?”, cuidándome el suero, y todo, o sea, todo el tiempo estuvieron ahí conmigo (Mayte, 45 â)

pues está muy al pendiente de mí, en la noche por ejemplo, me muevo tantito y “¿qué te duele? ¿te sientes bien?”, a partir de la cirugía como que ya se puso muy arisco, entonces él me decía “cualquier cosa avísame”, entonces cuando me movía, me movía poquito y era de que “¿te duele algo? ¿te sientes mal? ¿le hablo al doctor?”, y yo ‘no, no pasa nada’, “a bueno, avísame” y yo ‘sí’, está muy al pendiente de mí pues (Lisandra, 36 â)

El cuidado emocional también se presenta en esta etapa en segundo lugar, aunque con menor pesaje que en la etapa anterior, aquí se puede ver reflejado en la compañía que le hace la pareja y en conversaciones de apoyo:

pues Vane me decía “¿cómo te sientes? ¿vas bien? Vamos bien, vamos chido”, empezamos, ahí fue lo padre, que se unió la relación porque empezamos a buscar

opciones para los dos, porque los dos teníamos pos el mismo problema por decirlo de alguna manera ¿no? (Luis, 34 â)

Y finalmente, el cuidado cognitivo, donde las parejas estaban atentas y reiteraban que se siguieran las indicaciones que los médicos y nutriólogos habían dado:

mi esposa fue la que me cuidó, incluso ella decía “no, con cuidado”, yo ya me quería parar y caminar, y yo le decía ‘no, es que mientras más rápido te pares y camines, más rápida es la recuperación’, entonces fue de hacer un poquito la lucha entre de que ella me quería tener tranquilo y de que yo me quería ya parar [...] (Jesús, 42 â)

A pesar de que la pareja sí está presente en esta etapa del proceso quirúrgico, sus cuidados fungen más como acompañamiento, y tiene congruencia este papel después de la revisión de las vivencias, pues al ser más síntomas físicos, implican la participación del equipo bariátra y médico para la atención de necesidades del recién operado, por lo que los cuidados emocionales se ven disminuidos.

### **Cuidados en la pareja post cirugía bariátrica y en el seguimiento.**

Vale la pena recalcar que esta es la etapa más larga del proceso bariátrico, pues no sólo se refiere al período inmediato después de la salida del hospital, sino a todos los años subsecuentes a la intervención, además, es donde es fundamental la adherencia a tratamiento para la pérdida de peso y también para el mantenimiento.

Como se ha seguido la línea, los cuidados instrumentales son los que sobresalen en esta etapa también, estos van encaminados a que la pareja este consciente de las nuevas adecuaciones y elecciones que tiene la persona con cirugía bariátrica, para así tomarlo en cuenta y fomentar ese tipo de decisiones:

realmente nada más este, planeábamos juntos, a mí me gusta mucho planear todo, hasta la después ¿no? que vamos a comer la próxima semana y planeamos la despensa

en base a eso, entonces ayudó mucho con eso, con la planeación de, de las comidas, y que sí podía comer y que no, y las porciones, ee, ya al punto por ejemplo, ya es una forma de vida de que vamos y compramos carne y pollo y lo primero que hacemos cuando regresamos por ejemplo es ponerlo en porciones de lo que tenemos que comer ese día y lo cerramos en paquetes al vacío y lo guardamos ya en porciones, entonces a ese grado llegamos a los cambios que me ayudo mi esposa a que todo esta ya medido y pesado ¿verdad? (Jesús, 42 â)

Sólo en un caso existieron complicaciones donde fueron necesarios cuidados más especializados en salud posterior a la intervención, fuera del hospital, que fue el caso de Juan (48 â), en éste se vio sumamente marcado el cuidado de su pareja como primordial:

este, te digo que una vez estando aquí en casa ya era alimentarme con la sonda y pues ya, hay que conectarse y había que poner la sonda en lo alto para que bajara e hiciera su, su función la, el alimento líquido, este y entonces pues si, sí fue muy importante su, su apoyo (refiriéndose a su esposa), su respaldo, su atención, totalmente

En segundo lugar, el cuidado emocional se presenta a través de la implicación del otro con la validación, el respaldo, la escucha y sobretodo, comentarios que los entrevistados percibían como apoyo, de motivación y cariño hacia ellos:

sin embargo, si era mucho de “a pues mira, le pregunte a mi amigo de, me dijo que acá venden este tipo de comida”, porque era algo que siempre nos ha gustado, salir y descubrir lugares, entonces, lo empezamos a adaptar y a transformar a esa nueva dinámica, y este, y, básicamente son los cuidados que tuvimos entre nosotros, y obviamente el apoyo de “vas bien, no te sientas mal, no escuches las opiniones de los demás” (Luis, 34 â)

[...] Betzy es ya sabes, es mi porra, ya sabes, quiere publicar fotos y me quiere hacer comparativas y, o sea, ella sigue en su plan de motivarme y, pues “que guapo te ves y te

ves más guapo que antes y si antes me gustabas ahora me gustas más” este, pues otra vez, te digo, el tema, el tema sexual cambió muchísimo (Germán, 44 â)

En esta etapa el cuidado cognitivo disminuye, pero sigue estando presente por parte de las parejas cuando les señalan a los entrevistados las acciones que no van acorde a las indicaciones o también que podrían estar siendo carentes, recordemos que este señalamiento suele ser percibido como factor desfavorable para los entrevistados.

Como nos podemos dar cuenta, en las tres etapas que implica la cirugía bariátrica, el orden de prevalencia de cuidados fue el mismo: en primer lugar los cuidados instrumentales, en segundo los emocionales, tercero los cognitivos, y cuarto el material y/o económico. Se observa que son trascendentes pues, en el capítulo 9.2, funge como el principal factor favorable de la participación en la pareja, y aquí se puede conocer con mayor profundidad de la forma en que es percibida por los participantes, aunque en las narraciones se percibe que los cuidados que reciben por parte de su pareja no la responsabilizan del éxito, sino más bien lo entienden como un acompañamiento positivo que facilita atravesar por el proceso de un cambio en el estilo de vida.

Llama la atención también que impacten más los cuidados instrumentales, pues quiere decir que han valorado y visto más trascendente todo el apoyo dirigido a conductas específicas para el cambio de hábitos, más que el impacto emocional que llegaron a tener por la cantidad de cambios en sus hábitos o impacto de su imagen corporal; ésto puede ser entendido por los resultados que suelen tener los pacientes de cirugía bariátrica, donde las narrativas predominan a señalar una sensación de logro y satisfacción, donde consecuentemente mejora el autoestima y la sensación de bienestar general y calidad de vida.

#### **9.4 Rol de género en cuidados en cirugía bariátrica**

Se ha establecido en México una diferencia importante entre hombres y mujeres a los cuidados que se brindan para la salud en casa, el INEGI (2019) midió en valor económico de esta actividad con los géneros, notando que las mujeres aportaban 3.5 más que los hombres.

Estos datos han sido consistentes con muchos estudios de índole social y cultural, donde se ha mostrado que el cuidado es “cosa de mujeres”, Enríquez (2019a, p.183) sostiene que “la familia es la principal proveedora de cuidados y dentro de ella, las mujeres. El cuidado que otorgan las mujeres va dirigido a la pareja (...)”, aquí se incluyen los cuidados emocionales, materiales e instrumentales.

En el siguiente diagrama (Figura 17) se presentan 5 categorías que expresan la perspectiva respecto al rol de género en los cuidados cuando existe la cirugía bariátrica y más adelante, la argumentación.

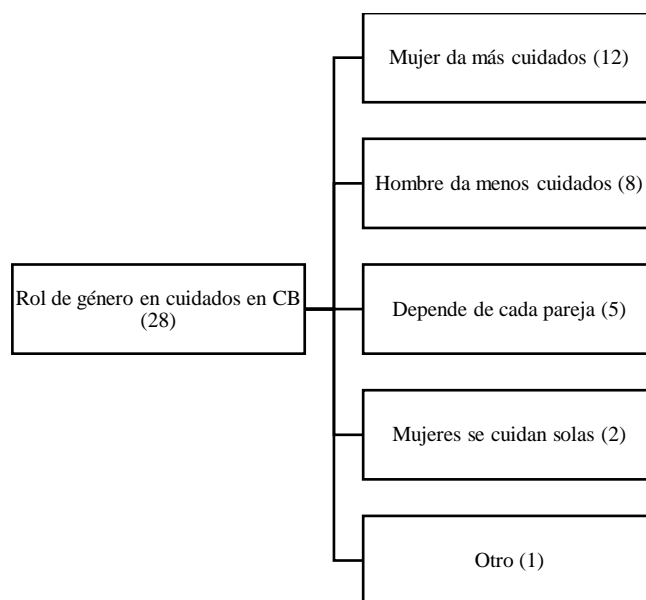


Figura 17. Diagrama Rol de género en cuidados en cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.

En las entrevistas se quiso conocer la perspectiva de las personas que participaron para que, ya al tener la experiencia de cirugía bariátrica, pudieran también opinar sobre la diferencia de género respecto a dar y recibir cuidados en una cirugía bariátrica y lo que percibían concuerda con lo presentado anteriormente: las mujeres dan efectivamente más cuidados en la cirugía bariátrica (indicado por 3 mujeres y 4 hombres) y los hombres menos (referido por 3 hombres y 2 mujeres):



yo creo que los hombres somos un poquito menos atentos, menos comprensibles a la hora de atender una situación de esta ¿no? este, de repente uno en su cabeza con esa idea retrograda de decir que somos el que provee y tienes que salir a buscar el sustento y ese tipo de cosas, como que se nos pierde un poquito esa parte ¿no?, en cambio la mujer no, digo, en mi caso, como te repito, siempre estuvo al pendiente, siempre estuvo conmigo, siempre me apoyo, siempre me ha estado de alguna manera este, pues ayudando la verdad, pero si, si creo que es diferente, no debería de ser, pero si es diferente (Juan, 48 â)

creo que un hombre esta más chiqueado que la mujer, creo que el hombre la tiene más fácil, porque la mujer le facilita todo, desde los alimentos hasta que la porra, hasta que te quitan la ropa, me imagino ¿no? o sea si yo, yo me imagino a mi novio ¿no? si él me dijera “me voy a hacer la operación y ayúdame” o sea inmediatamente yo le cambiaria todo, eh, la, la, cuando empiece a bajar le cambiaria esas camisas, las dejaría fuera de su vida (Sonia, 47 â)

creo que es como un tema como más bien, porque así nos han, así nos han educado, a que una mujer es más protectora, más cuidadora que el hombre, creo que, mi percepción es que creo que al hombre le cuesta como más trabajo, pero no porque no lo pueda hacer ¿si sabes?, sino más bien como que no tiene como herramientas o no sabe cómo hacerlo y creo que a nosotros como mujeres si nos han enseñado a que tienes que estar al cuidado de las demás personas, y tienes que estar al pendiente y cositas así, entonces creo que si, nos es más natural, por así decirlo, a las mujeres que a los hombres (Vanessa, 32 â)

pues, si, yo pienso que si, porque, por decir, uno de mujer, este, pues a este, deja te preparo caldito, o déjame te preparo esto, y por parte del hombre si te apoyan pero no te andan así, de esta parte no te andan haciendo ese tipo de cosas pues, la que luego apoya en ese aspecto es la mujer (Mayte, 45 â)

pero si yo creo, y yo creo que los hombres son un poco más, un poquito más, como que un poquito más apáticos que una mujer, entonces yo creo que la mujer te da un mejor trato, que un hombre para que una mujer (Juan Pablo, 37 â)

Inclusive, siguiendo por esta misma línea, hubo dos mujeres que manifestaron que las mujeres se cuidan solas, haciendo alusión a que a pesar de que pudieran intervenir los cuidados de sus parejas, ellas son las que realizan las actividades que fueron necesarias para el estilo de vida:

yo estuve mucho tiempo en casa, bueno, yo soy, yo soy la que cocina pues, habrá mujeres que trabajen y no cocinen, yo soy la que cocina, yo soy la que compra el súper y yo soy la que elijo, entonces, de alguna manera soy totalmente responsable de lo que yo me como, y en los hombres normalmente dependen de que alguien o cocine o compre o ellos comen en la calle porque trabajan todo el día, digo mi proceso hubiera sido muy diferente si yo hubiera trabajado todo el día, a que cocino porque pues, no estoy en la oficina, tengo dos niños chiquitos y yo estoy mucho en casa (Sandra, 43 â)

A raíz de lo anterior podemos destacar la dimensión cultural del cuidado que ha otorgado una responsabilidad a las mujeres, priorizando su papel en la atención de los otros y también de sí mismas, pues no existieron narrativas que señalaran que los hombres se cuidaran solos.

En una opinión diferente, 3 hombres argumentaron que dar o recibir cuidados no depende completamente del género, sino más bien de la pareja que se tiene y su disponibilidad para darlos:

entonces creo que sí es algo que, a pesar de que tu pareja sea hombre o mujer, no se opere, tiene que entrar en tu rol, tiene que entrar en tu dinámica, porque si no ¿cómo?, no lo puedes, desde mi punto de vista no se podría lograr, desde mi punto de vista (Luis, 34 â)

la diferencia la hay en la capacidad de que la pareja entienda cuáles son las necesidades ¿verdad?, independientemente si fuera hombre o mujer, creo que yo, o sea, si el caso hubiera sido al revés, que mi esposa es la que se opera, yo me hubiera documentado o hubiera estudiado el qué se necesita ¿verdad?, y qué cambios son necesarios y los hubiera platicado desde el principio, para saber si estoy de acuerdo o no en entrarle en esos cambios (Jesús, 42 años).

Además, algo que se busca integrar en este apartado que fue parte de los hallazgos en el estudio, es que cuando los entrevistados mencionaban otros miembros que participaron en sus cuidados a lo largo de las tres etapas de la cirugía bariátrica, las mujeres en especial mencionaban la presencia de otras mujeres participando en cuidados instrumentales y emocionales, entre ellas: la mamá en primer lugar, hermanas, empleada doméstica y compañeras de trabajo. Esto es crucial pues reafirma que las mujeres siguen teniendo la función de cuidadoras aún cuando existe la pareja masculina.

Sólo en dos casos el cuidado de la mamá en hombres estuvo más marcado, pero que inclusive denota la ausencia de la pareja, por lo que el de otra mujer (mamá) se hace presente: en la etapa de seguimiento con Juan Pablo (37 años) su pareja y él no viven juntos y por lo pronto que está con su mamá ella es quien provee cuidados instrumentales y, en el caso de Luis (34 años), en la etapa pre cirugía bariátrica e intra hospitalaria, cuando Vanessa (32 años) y él dejaron de vivir juntos en esa temporada y ella a la par estaba viviendo el proceso bariátrico, la mamá de él fue quien estuvo de forma permanente proveyendo los cuidados necesarios.

Se puede ver en mayor medida que predomina una visión de cuidados atribuidos a la mujer, se le adjuntan mayores cualidades, aptitudes y características para poderlos brindar, a diferencia del hombre, donde los entrevistados argumentaron que están menos “entrenados” para ello, tienen menos capacidad de detalle para ejercer el cuidado o realiza menos actividades cuando lo realiza. Sin embargo, también comienza a emerger una visión de mayor cuidado en hombres hacia las mujeres, más equitativo, donde el hombre también pueda ser

el proveedor de cuidados en salud si es necesario, sin embargo, es una postura que se ve reflejada únicamente en los hombres, no expresada por las mujeres.

A manera de cierre de este capítulo, se remarca que dentro de las generalidades de la pareja, existe una percepción de cuidados sobretodo de tipo emocional e instrumental que acompaña la cotidianidad de la relación, los conflictos que existen en pareja suelen ser variados de acuerdo a la historia, etapa y vivencias de cada relación pero, la solución de ellos puede verse clasificada en cuatro estilos, en la mayoría de los casos de esta investigación, se notan resoluciones positivas que fomentan el diálogo, acuerdos y formas convenientes para mejorar la relación, y en ciertos casos, donde el tipo de amor carecía de componentes como la intimidad o el compromiso, se veían estilos de evasión.

Respecto a la obesidad, se observa que en un principio el impacto de lo que implica la obesidad tanto en imagen corporal como riesgo de otras enfermedades es minimizado por la pareja, lo que conlleva a que exista una primer reacción de desacuerdo al proceso bariátrico, pues es congruente que si no se considera un factor de riesgo, un tratamiento tan complejo como la cirugía bariátrica suena desmedido; ésto nos marca una pauta de atención muy grande hacia la problematización de la obesidad, pues se subestima como factor de riesgo y como enfermedad, pero aún más, a los psicólogos bariátricos nos señala la trascendencia de incluir a la pareja dentro de la fase educativa de lo que implica el proceso y su funcionalidad, para que la pareja se pueda sumar dentro de los recursos de adherencia a través de los cuidados, ya que, si la pareja no logra una comprensión y aceptación del proceso, puede disminuir su colaboración y fomentar la minimización de conductas de autocuidado en el otro.

Respondiendo a la pregunta del capítulo: ¿es el papel de la pareja y sus cuidados en la cirugía bariátrica favorables o desfavorables? De acuerdo con los hallazgos aquí presentados, los cuidados que otorga la pareja, en específico instrumentales y emocionales son eje para apoyar en la adherencia al tratamiento, además del acompañamiento en su estilo de vida, comprensión y hábitos saludables de la propia pareja.

Pero, de forma contraria, el papel de la pareja también puede obstaculizar la adherencia con ciertas conductas hacia su pareja dentro del tratamiento, por ejemplo el señalarle los malos hábitos cuando comete errores o invitarle antojos. En su mayoría, el impacto que se vio aquí tuvo mayor pesaje en el sentido favorable e inclusive, no sólo favorecía a una mejor adherencia al proceso, también la relación de pareja se vio beneficiada, pues existieron datos donde el proceso bariátrico mejora la pasión, los cuidados y la intimidad en pareja.

Los hallazgos señalan, además, mayores cuidados instrumentales a diferencia de los emocionales, ésto se explica por la naturaleza de los cambios y modificaciones al estilo de vida, al considerar que la cirugía fomenta nuevas adecuaciones, pero valdría la pena proponer una colaboración entre parejas más emocional, pues a raíz de esta, la motivación implicada podría verse favorecida.

Finalmente, el rol de género en los cuidados para la cirugía bariátrica nos confirma lo que se ha venido viviendo de forma social y cultural respecto a los cuidados: las mujeres dan más y los hombres menos. Gran limitante para las mujeres que atraviesan por una cirugía bariátrica pues ya se remarcó la importancia que tienen los cuidados por parte de la pareja y además, de forma paralela el hecho de que el hombre reciba muchos cuidados podría entorpecer su tratamiento, si descuidada la responsabilidad que le corresponde, pues no hay que olvidar que el primer eje de esta cirugía para adherencia tiene que ver con el autocuidado.

## **Capítulo 10. Papel del psicólogo y la psicoterapia en cirugía bariátrica y pareja**

El psicólogo dentro de la cirugía bariátrica está presente como parte fundamental del equipo bariátrico, pues la evidencia científica explicita multifactorialidad en las causas de la obesidad, incluyendo entre ellas aspectos psicológicos y sociales. Además, la presencia de psicopatología también es una realidad que subraya la necesidad de la intervención psicoterapéutica para la mejora del bienestar general de la persona, pues se han encontrado tasas elevadas de ansiedad, depresión y trastorno por atracones en pacientes con obesidad con una prevalencia de 26,5%, 15,2% y 27%, respectivamente (Olguín, Carvajal y Fuentes, 2015).

En México, en la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 (Secretaría de Salud, 2018) incluye de forma obligatoria la presencia e intervención del psicólogo para que una persona pueda ser propiamente candidato en este procedimiento, en específico, su papel consiste en realizar una valoración psicológica y social de los principales factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad, así como notar también los factores protectores con los que cuenta la persona para permanecer en el tratamiento; también es parte de su función indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales y dar apoyo psicológico para la modificación de hábitos y trabajo en adherencia a tratamiento.

Ahora bien, la psicoterapia, además de entrar en la evaluación y valoración, entra en el marco del tratamiento, pues es necesario la elección de un enfoque psicoterapéutico para encuadrar los objetivos que previamente se mencionaron y poder realizar de una forma profesional y adecuada el abordaje que lleve al manejo óptimo de la existencia de psicopatología, factores de riesgo y modificación de hábitos para una correcta adherencia terapéutica al proceso bariátrico.

Habiendo enfatizado entonces la necesidad en primera línea del psicoterapeuta en el proceso de cirugía bariátrica, en esta investigación su presencia se ve pertinente en tres planos:

- las experiencias previas y creencias de los participantes en psicoterapia que pudiera marcar la aceptación y percepción de su utilidad para el abordaje posterior que tuvieron en el proceso
- los tipos de cuidados del psicólogo y el impacto que tuvieron en los participantes en las tres etapas del proceso bariátrico
- el campo de acción del psicoterapeuta en el proceso bariátrico de acuerdo con los hallazgos de esta investigación y a la experiencia en el campo de la autora.

### **10.1 Experiencias previas en psicoterapia**

Las diferentes perspectivas y experiencias que puede tener una persona respecto al abordaje psicológico pueden marcar la pauta de su conocimiento, apertura, aceptación y colaboración al proceso de psicoterapia que va a llevar una persona en el proceso bariátrico.

En esta investigación, se encontró que de forma previa al proceso bariátrico, algunos participantes ya habían tenido la experiencia de estar en un proceso de psicoterapia individual o de parejas, por lo que el acercamiento cuando se someten al tratamiento no resultó desconocido, aunque para otros, el papel del psicólogo al inicio parecía confuso.

De manera puntual, dentro de los participantes de esta investigación, 2 hombres y 2 mujeres han asistido a psicoterapia individual, si bien no todos mencionan los objetivos con los asistieron, se puede ver una aceptación sobre el proceso:

lo que me llamó fue la parte de apoyo social, entonces lo conecto a la comunicación porque siempre ha sido un tema que me a costado trabajo, pero es un tema que desde los 18 años he tratado con terapia, por momentos tengo terapia, bueno, tuve terapias semanales, luego lo bajamos quincenales luego un tiempo sin terapia, por escalones ¿no? (Jesús, 42 años)

[...] yo parte de mi depresión, fue por la diferencia de edad, entonces, este, pues bueno, yo quería hacer unas cosas, pues él ya no, y pues cosas así [...] ahorita ya es

este como que lo supere, después de, de tomar terapia de codependencia y todo ese rollo, lo superé, entonces como que ya, ah si no quieres ir tu, a yo me voy, o sea y antes no pensaba así, o sea como que yo si estaba, quería ser codependientes, este yo quiero que salir contigo, ¿no? si no sales pues yo tampoco, entonces pues todo eso me afectó mucho (Mayte, 45 años)

Y, también existió la mención de asistencia a psicoterapia de pareja, donde 2 mujeres y dos hombres de esta investigación tienen antecedentes de haber tenido un proceso psicoterapéutico para mejorar la comunicación que tenían en pareja y afirman que la relación de pareja mejoró:

todavía antes de venirnos teníamos ahí un detallito atorado, y estuvimos yendo a terapia como, no sé cuantas sesiones fueron, no sé si fueron tres meses, una cosa así, ujum, y estuvo bien padre porque tuvimos herramientas nuevas, para para comunicarnos porque nos pasa que él dice una cosa y yo entiendo otra, y al revés también, y entonces eso generaba conflictos (Sandra, 43 años)

llegamos a tener esta, terapia de pareja por lo mismo, porque pues obviamente se quebranto muchísimo la confianza desde que, los mensajes de WhatsApp, lo que tu quieras, digo, nunca jamás este, llegué a ser infiel, pero si era ese sentimiento de validación ¿no? [...] (Luis, 34 años)

A continuación se muestra de forma esquemática la asistencia a psicoterapia de manera previa al proceso bariátrico de los participantes (Tabla 6):



Tabla 6

*Antecedentes en proceso de psicoterapia*

Nombre	Género	Edad	Asistencia previa a psicoterapia	Tipo de psicoterapia
Sonia	Femenino	47 años	No	--
Juan Pablo	Masculino	37 años	Si	Individual
Mayte	Femenino	45 años	Si	Individual
Sandra	Femenino	43 años	Si	De pareja
Germán	Masculino	44 años	No	--
Luis	Masculino	34 años	Si	De pareja
Vanessa	Femenino	32 años	Si	De Pareja
Lisandra	Femenino	36 años	Si	Individual
Jesús	Masculino	42 años	Si	Individual y de pareja
Juan	Masculino	48 años	No	--

Por lo que podemos observar, existe ya la experiencia previa de un proceso psicoterapéutico en el 70% de los casos de esta investigación, lo cual sugiere un porcentaje elevado ya que en México se ha reportado que apenas el 1% de la población ha asistido al psicólogo, a pesar de que se estima que hasta un 29% de los adultos en este país los adultos presentarán alguna enfermedad o trastorno mental en algún momento de su vida (Rojas, 2019); ésto indica que aún prevalece estigma respecto a la asistencia con un profesional de salud para el abordaje de la cuestión emocional, y se infiere que de las posibles razones por las cuales el porcentaje de casos de asistencia al psicólogo en esta investigación es elevado puede ser por el nivel socioeconómico predominantemente alto y la escolaridad que por lo menos, en todos los casos alcanzaba licenciatura.

### **10.2 Cuidados del psicólogo en cirugía bariátrica**

El proceso de cirugía bariátrica va a implicar en la persona que se opera muchos cambios de comportamientos que favorecen al bienestar general, sin embargo, atravesar por un período de ajustes involucra creencias, emociones y conductas y sobretodo, una reestructura de estilo de vida, y repercute mucho el estado emocional en que la persona se encuentra, los recursos con los que cuenta y las dificultades por las que atraviesa para poder lograr dichos cambios. El psicólogo en este apartado va a ser el encargado de evaluar y valorar su estado para así

dirigir un tratamiento oportuno y poder dotar de herramientas y tener un seguimiento que le permita a la persona con cirugía bariátrica orientarse al éxito del tratamiento.

Fue por lo tanto otro objetivo importante de esta investigación resaltar cuáles son los tipos de cuidados que las personas en un proceso bariátrico perciben por parte del psicólogo, pues ello conlleva al conocimiento de los elementos favorables o en su caso desfavorables o carentes en el papel del psicólogo y en consecuencia, poder actuar y establecer prácticas de calidad como profesionales de salud que puedan abarcar las necesidades de la población bariátrica de forma eficiente.

A continuación se podrán ver reflejadas las narrativas que las personas entrevistadas dieron respecto a su percepción de los cuidados que el psicólogo tuvo en el proceso bariátrico y la descripción de ésta, en el siguiente diagrama (Figura 18) se muestran 3 categorías centrales que van a hacer abordadas, las cuales corresponden a las tres etapas del proceso bariátrico y se desprenden 5 subcategorías pertinentes a los cuidados encontrados.

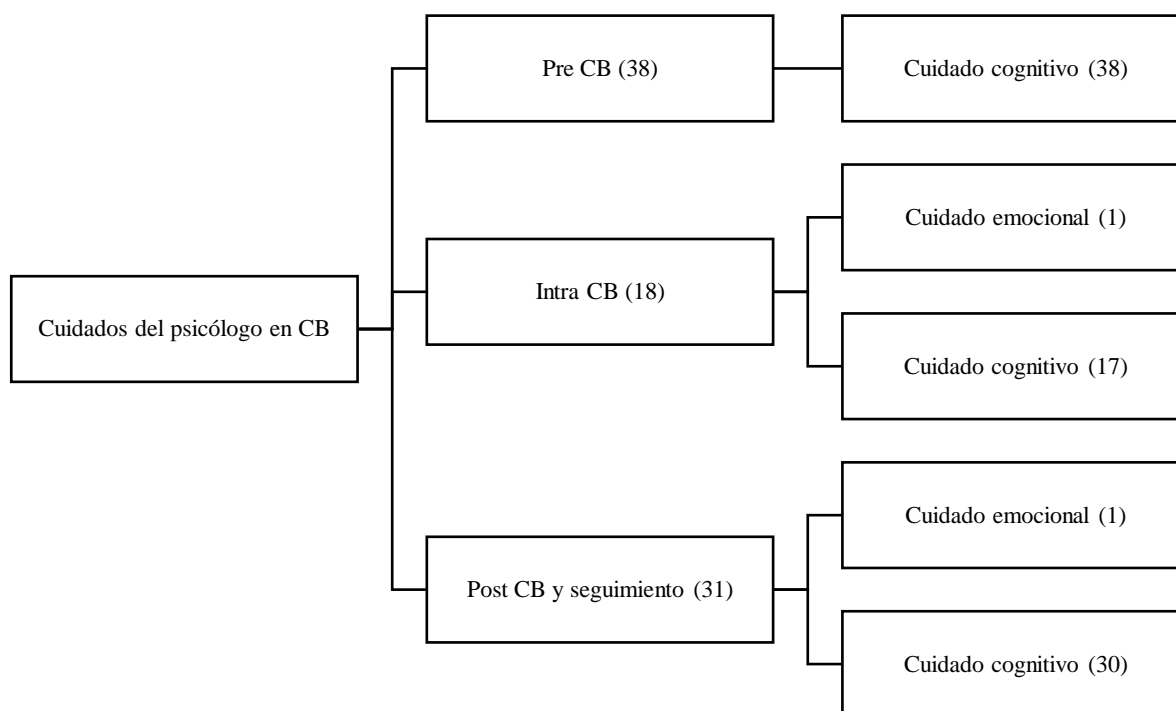


Figura 18. Diagrama cuidados del psicólogo en cirugía bariátrica. Elaboración propia, 2021.

## **Cuidados del psicólogo pre cirugía bariátrica.**

La valoración que el psicólogo realiza en la primer parte del proceso de cirugía bariátrica es determinante no sólo para indicar si la persona es candidato para el procedimiento, sino también porque permite considerar los elementos que le llevaron a subir de peso y/o que pueden sabotear el éxito del tratamiento. Además, previo a la cirugía bariátrica, idealmente el psicólogo otorga preparación psicológica y social para que la persona pueda manejar de mejor forma los cambios y necesidades que el proceso implica.

Es tan importante la participación del psicólogo en esta etapa que Papapietro (2012a) en un estudio señaló que muchos de los factores psicológicos que inciden en la reganancia de peso posterior a la cirugía bariátrica se pueden detectar en la etapa preoperatoria y además, remarca la trascendencia de informar al paciente de estos factores, pues así se abre la oportunidad a que pueda obtener tratamiento ya que la cirugía por si misma no los modificará.

En esta investigación, la participación del psicólogo fue reflejada por las narrativas de los participantes en un sólo cuidado para esta etapa: el cuidado cognitivo. Aquí se pudo notar en primer lugar que identifican algunos que la función de la valoración parecía más de beneficio interno, es decir, para recabar datos que le permitieran al equipo bariátrico tener la información necesaria para que la persona atravesara por el procedimiento y no necesariamente como beneficio de la persona a operarse:

para serte sincero creo que no, este, eee digo, comparándolo con que nunca había yo asistido a una sesión este, de terapia ¿no? este, nunca creí o nunca sentí que hubiese necesitado ir con un psicólogo, entonces para mí fue nuevo el sentarme a platicar con Valeria (psicóloga), este, y de repente pues conversar ¿no? porque siempre fueron conversaciones, este, muy, muy respetuosas, muy amenas, muy, entonces este, yo sinceramente no creí que me hayan funcionado, más bien como que les funciona a ellos para darse una idea del perfil de uno (Juan, 48 â)

pero no había realmente en mi experiencia como, o al menos yo así lo sentí como un entender ¿no?, o sea entender por lo que estas pasando, el, el shock que le estas haciendo a tu cuerpo, este, como funciona la comida, o sea no, yo esperaba como más, y la verdad creo que me quedó como debiendo, realmente lo sentí como un, una aprobación para que me pudieran operar, como algo “ah si, no está loquita” o sea, ‘no está loquita, si se puede operar’ (Vanessa, 32 â)

Para otros, el cuidado cognitivo se vio reflejado al permitirles conocer los factores que estaban repercutiendo de forma negativa en su proceso y también, permitía que pudieran delimitar su decisión, obteniendo información, resolviendo dudas y teniendo una perspectiva mucho más completa del procedimiento y proceso:

muy importante, porque yo siento que como vas con muchas dudas, ujummm, ehhh, psicológicamente también tienes ciertas dudas de que, de por qué lo haces, y al final, pues es una decisión muy personal, sí es importante, yo creo que te va como quitando las piedras ¿no? tanto en la cuestión psicológica, como la parte de la nutrición y yo, creo que lo había hecho bien (Sonia, 47 â)

pues yo empecé con Adriana (psicóloga), empecé ahí con Adriana, y empezó ahí a como, ahondar un poquito en el qué y por qué de la situación, me decía mucho que sí y sí, justamente, que después de la cirugía necesitábamos quitar esas cosas, porque después de la cirugía, esas cosas iban a seguir estando ahí, entonces que mucho de las, del, de la obesidad, era por esas situaciones ah, psicológicas que tenía cargadas, aunado a otros factores, ¿verdad? (Juan Pablo, 37 â)

Otra de las formas de cuidado cognitivo por parte del psicólogo fue permitir el entendimiento del proceso bariátrico como una realidad que implica cambios, modificaciones corporales y consecuencias para las cuales se tiene que tomar responsabilidad y acción:

o sea, si nos hacia mucho hincapié, mucha, más que eso fueron algunos ejercicio donde tienen que reflexionar lo que van a hacer, o sea, tienen que entender que se van

a mutilar el cuerpo, que es por un bien mayor, que van a tener consecuencias, que las cosas pueden o no salir bien, pero es una decisión que están tomando de manera consiente, o sea, fue mucho esa parte, no trabajamos tanto realmente el tema emocional, porque no era mi terapeuta de, de siempre ya, o una terapeuta que yo haya escogido ‘ah voy a trabajar con esta terapeuta’ (Luis, 34 años)

se me hizo muy completa, porque yo he tenido muy poco trato con psicólogos, entonces yo decía, pues también ‘¿por qué un psicólogo? ¿qué tiene que ver con esto?’ entonces mi primer contacto fue así como, Mariela (psicoterapeuta) me explicó así súper bien de “no mira, no te preocupes, tu vida va a cambiar, o sea, tienes que hacer las paces con tu cuerpo, o sea lo has estado agrediendo, y ahorita pues es un cambio, para ti va a ser una, una nueva forma de ver las cosas, de relacionarte con la sociedad”, entonces para mí fue, fue algo pues también fue algo que me ayudó mucho a entenderlo ¿no? [...] (Germán, 44 años)

Finalmente, una carencia que se vio detectada en el cuidado cognitivo por parte del psicólogo fue que en el caso de Vanessa (32 años) y Luis (34 años), al llevar el proceso a la par y tener la cirugía bariátrica con un mes de diferencia, la intervención psicológica se realizó en conjunto, situación que para Vanessa fue insuficiente y poco funcional, pues considera que faltó que fuera personalizada a sus necesidades, denotar y trabajar en objetivos para mejora de su alimentación y muy importante también, tener un espacio libre y con confianza, pues percibía que en sesión de los tres no podía expresarse y ser escuchada:

entonces, si, o sea, y eso fue un clásico en la, con la psicóloga, porque incluso con la psicóloga la vimos juntos los dos, y yo así como de [cara de disgusto], o sea, yo no me sentía como con tan libre de decir realmente mis cosas porque a veces Luis me interrumpía o me decía “no pero es que no sé que” o sea, y yo decía ‘ay bueno, pues si quieren lleven ustedes dos la sesión’ ¿si sabes?

es que me pareció como muy... como nada personalizada, o sea, en mi experiencia fue como muy, muy de “bueno y este”, pues si como muy básica, o sea se notaba

como demasiado “tengo que llenar un formulario” y este “mira, yo les sugiero que, que se tomen una fotografía ahorita, y después, porque cuesta mucho trabajo”

Esta última parte pone el reflector en que a pesar de que el entendimiento y participación de la pareja en el proceso bariátrico es importante, no puede opacar y abarcar el espacio personal que necesita tener el candidato a cirugía bariátrica para vivir el proceso de forma individual y enfatizar sus vivencias, recursos, dificultades y plano de acción.

### **Cuidados del psicólogo intra cirugía bariátrica.**

Posterior a que se le ha realizado una cirugía bariátrica a una persona, Ríos y Fueyo (2012) consideran que la visita hospitalaria por parte del psicólogo es clave para iniciar la etapa del proceso postoperatorio como una primera etapa de vinculación.

Como se pudo ver en el capítulo 8.2, las vivencias en la estancia hospitalaria posterior a la cirugía bariátrica tienen que ver con malestar físico, incomodidad y síntomas comunes al haber tenido la intervención, pero aumenta el malestar emocional previo al ingreso al quirófano, donde se manifiesta estrés y miedo.

En las narrativas de los participantes de este estudio se encontró que detectaban cuidado cognitivo por parte del psicólogo y sólo una persona manifestó percibir cuidado emocional.

Respecto al cuidado cognitivo, para dos personas (un hombre y una mujer) fue innecesaria la participación del psicólogo en esta etapa, pues refieren que la atención en ese momento va más dirigida hacia otras cuestiones fisiológicas y de otras personas es de quien requieren la participación, por ejemplo del equipo médico como cirujano y enfermeras o de la familia y acompañante:

la psicóloga creo que fue una vez como para valorarme y ver si me había afectado de más o no, cómo me sentía, pero ahh, algo tranquilo [...] este, eee no noté una gran diferencia que dijera ‘ay, me siento aliviado, me siento satisfecho cada que platico



pues creo que me llamó (refiriéndose a la psicóloga), me habló, no me acuerdo si me habló, si, si me llamó y me dijo que cómo me sentía, que cómo había salido todo, ah y, si, si, me llamó, primero me empezó, me mando unos WhatsApp, antes de la operación, que todo saliera bien, que todo saliera bien, “te llamo el día que te salgas”, y ya al día siguiente que cómo me haba sentido, que cómo me sentía, que si estaba desesperado, que como... no pues todo bien, y ya los siguientes días me empezó, me seguía enviando mensajes, con ella hablaba poquillo... (Juan Pablo, 37 â)

De acuerdo a estas narrativas y la experiencia por parte de las personas con cirugía bariátrica, es poco el impacto que perciben de la visita intraoperatoria y los cuidados obtenidos en esta etapa por parte del psicólogo, pareciera que efectivamente lo que abre la puerta es al primer establecimiento de vínculo de la etapa posterior y de seguimiento de acuerdo a Ríos y Fueyo (2012), pues para la persona parece no repercutir en cuanto a intervención o que noten necesario cierto tipo de abordaje o atención.

Esto podría marcar la pauta a explorar y precisar otros momentos clave de vínculo posterior donde la persona con cirugía bariátrica esté mucho más presente y receptiva y pueda notar el alcance e importancia que tiene el seguimiento psicológico para la adherencia terapéutica y la modificación de hábitos.

### **Cuidados del psicólogo post cirugía bariátrica y en seguimiento.**

En la revisión de literatura científica sobre cirugía bariátrica y psicología, la etapa posterior y el seguimiento es la más documentada respecto a investigaciones del papel del psicólogo, pues se suele subrayar la relevancia de su participación para que los pacientes puedan manejar diferentes temas que sobrevienen, entre ellos hace mención Ríos y Fueyo (2012) de los más recurrentes trabajados por el psicólogo: la etapa emocional inmediata al postoperatorio, el cambio de hábitos relacionados con los alimentos y el manejo de relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social.



En esta investigación, vuelve a ser clave el cuidado cognitivo por parte del psicólogo, y se refleja en las narrativas donde los participantes perciben que éste puede brindarles una comprensión mayor del proceso, ayudándolos a delimitar sus elección con consciencia y búsqueda de alternativas:

si, definitivamente mucho más incluso que el de la nutrióloga (hablando de la trascendencia del cuidado psicológico), porque la nutrióloga nomás te va a decir “de esto y esto comes y de esto no” punto [...] acá tienes la opción de que mira, esta variable, ésta y ésta te va a suceder, entonces si te ves que la granola te va a lastimar, si ves que el jugo de naranja ya no el litro, pero el medio litro, también te va a engordar, o sea, si le das las variables, pues ya oye, tú sabes si lo quieres seguir haciendo o no (Sonia, 47 â)

si, porque pues era uno de mis retos que yo trabajé mucho con Mariela (psicoterapeuta) y con Paola, con la nutrióloga y la psicóloga, de que me decían “oye y ¿cómo le vas a hacer cuando vayas con tus clientes? O sea, ¿ya tienes un speech pensado? Oye, tú no te dejes”, por ejemplo, Mariela era mucho de darme recomendaciones de cómo manejarlo (Germán, 44 â)

Asimismo, los entrevistados destacaron que dentro de los cuidados cognitivos, el entendimiento de su relación con la comida, sobretodo el para qué comían fue bastante funcional pues el poderlo identificar les permite tener mejores prácticas de alimentación que no vayan ligadas al comer emocional, esto concuerda con Lecaros et al. (2015a) donde argumentan que la ayuda psicológica es considerada positiva pues le permite a los pacientes de cirugía bariátrica reconocer el rol y significado de la comida en sus vidas:

pues es que te sirve demasiado, o sea, yo creo que es algo importante, que te vayan guiando desde antes, de por qué y para qué comías o qué te hacía comer antes, y para que ahora te hagan ver el qué, el qué debes de comer, el que debes de tranquilizarte o ponerte metas [...] (Lisandra 36 â)

la parte psicológica, el hacer consciente que algunas veces solo comía por ansiedad, que no es que tuviera hambre, sino era la ansiedad de comer, eso, el, el hacerlo consciente ayuda a, ayuda bastante ¿verdad? (Jesús, 42 â)

También, los cuidados cognitivos en psicología permiten el abordaje del “pensamiento obesidad” notado como un factor desfavorable de la etapa post cirugía bariátrica y seguimiento explicado en el capítulo 8.2 donde se tienen pensamientos de necesidad de mayor comida o ciertos alimentos que no es congruente con la capacidad del estómago y la necesidad de consumirlo; Sandra (43 â) admite que pudo haber sido una gran ayuda para su manejo, sin embargo no continuó en proceso psicoterapéutico:

yo creo que a mi proceso le hizo falta el acompañamiento terapéutico porque es un proceso más grande que el físico, lo que pasa, porque no dimensiona en su momento lo que implicaba, porque, cuando yo veía la comida y mi estómago decía ‘es suficiente’ y mi cabeza decía ‘¿de veras con tan poquito vas a tener?’, hubiera sido bueno tener a alguien especialista como tú, no cualquier psicólogo porque si bien tú no tienes problemas, creo, que tú no tienes problemas con tú, con tú relación con la comida, tienes mucha experiencia en el proceso bariátrico, y entonces necesitas una de las dos para entender lo que estamos pasando las personas como yo, o entiendes la compulsión para comer porque también la tienes o la entiendes porque la estudias, entonces ahí, no sé si, no sé si esa parte me, me dio como el entorno para estancarme

Además, en dos entrevistados (un hombre y una mujer) se pudo ver reflejada la satisfacción por el proceso psicoterapéutico que no sólo asumía el aspecto del proceso bariátrico, sino que abarcaba de forma amplia diversos factores de la vida de la persona que repercutían de forma positiva en el bienestar general:

la verdad, en mi caso particular me ha ayudado no simplemente en lo del tratamiento bariátrico, sino me ha ayudado, como lo decía Adriana (psicoterapeuta) al principio, necesitamos ver que tienes atrás, para que no repitas eso que, hacerlo después de tu

tratamiento, y la verdad después del tratamiento, después de la operación, mi, mi proceso psicológico ha sido muy, muy bueno, la verdad, bueno yo siento, ya claro me puede faltar mucho [risa] pero, me ha ayudado a crecer, a entender cosas, a sentirme bien conmigo mismo más que todo (Juan Pablo, 37 años)

no, este, pues incluso, yo iba con un, este, con muchas cosas atoradas, de, bueno, pues lo que te comentaba, de trabajo, que como me sentía, y la verdad me sentí liberada, en ese aspecto, pero pues sí, este, mmm, pero si he detectado otras cosas que si quiero platicarte después contigo, pues he detectado otras cosas que siento que si me están afectando [...] (Mayte, 45 años)

Y en otros casos, la carencia de un proceso psicoterapéutico se hace presente en el caso de Vanessa (32 años) nuevamente, pues expresa que ella sí considera útil y funcional el abordaje de la psicoterapia para haber atravesado cada etapa del proceso bariátrico de una manera óptima, sin embargo al no haberlo tenido de una forma personalizada, los cuidados cognitivos que pudo haber obtenido de ello los tuvo que aprender por experiencia propia y al lado de su pareja:

me hubiera gustado como otro manejo de terapia, o sea, creo que si fue como, creo que si realmente hubiera sido un acompañamiento ¿sabes? un antes, durante y después de la cirugía, o sea, que fuera una situación porque, esto que, yo te he estado diciendo de que yo entendí que mi cuerpo bla, bla, bla, fue algo que yo fui sacando en conjeturas, ¿si sabes? o sea, que no fue un rollo como que alguien me lo explicó, que me dijo, no, no, no, o sea fue una conjetura en que Luis y yo llegamos y que nos dimos cuenta es que no, es que tenemos que hacer esto, si queremos seguir permaneciendo de esta manera, pero fue porque nos apoyamos entre los dos, y porque los dos fuimos los que tomamos decisión de lo que queremos en nuestra casa, ¿no? y cómo queremos alimentarnos y todo ese tipo, pero no fue tanto como que una psicóloga nos dijera “ah y vas a ver esto, y a los dos años tu”, no, o sea no, ni al caso

Por último, sólo Lisandra (36 años) expresa cuidados emocionales por parte del psicólogo, referido al manejo emocional y de sintomatología que le ocasionaba malestar, también indica “pensamiento obesidad” y comer emocional, mismos que trabajar en psicoterapia fue una herramienta funcional para ella, y también, a partir de esta narración se puede ver implícito el cuidado cognitivo:

ah, excelente, fue la mejor que me ayudó, ahora si que me tranquilizaba cuando tenía estrés con mi marido, este, cuando la cirugía, o sea, a relajarme, porque también me daba como ansia y decía ‘es que mi mentalidad, mi estómago está chiquito pero mi mente todavía sigue siendo igual’, entonces que me daba ganas de gusguear pues ya, era, comía o gusgueaba, entonces era como tranquilizarme y creas o no el hablar con una tercera persona te ayuda demasiado, en todos los aspectos, bueno a mí me, el siempre lo que piense otra persona a mí me ha ayudado demasiado, el que me recomiendan, eso me ha ayudado

Se manifiesta en este apartado como efectivamente se cumple uno de los papeles del psicólogo respecto a la etapa post cirugía bariátrica y seguimiento que menciona Ríos y Fueyo (2012): el cambio de hábitos relacionados con los alimentos. Sin embargo, se encuentra de forma escasa el papel del psicólogo respecto al impacto que la cirugía genera en las relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social o también, en vivencias de corte emocional.

Para finalizar este apartado, se muestra de forma esquematizada (Tabla 7) los participantes que continuaron un proceso psicoterapéutico posterior a la cirugía bariátrica y quienes lo dejaron incompleto o no lo tuvieron. De acuerdo con un consenso de profesionales bariátricos (Ríos y Fueyo, 2012), lo ideal es que el proceso continúe por lo menos el primer año después de la cirugía bariátrica para favorecer un nuevo manejo de conductas y emociones que propician un mejor estilo de vida, en este caso 5 de los 10 participantes contaron con sesiones en psicoterapia después del proceso pero fueron 3 los que mantuvieron las sesiones como mínimo el primer año.

En el caso de los que sí continuaron, los posibles factores es que dentro de sus objetivos de seguimiento en el tratamiento se incluyen temas sobre manejo emocional y de pareja pero también demuestran interés, curiosidad y disposición ante el proceso psicoterapéutico como herramienta de crecimiento.

Tabla 7

*Seguimiento de un proceso psicoterapéutico*

Nombre	Género	Edad	Seguimiento de un proceso psicoterapéutico	Mantenimiento del proceso el primer año post CB
Sonia	Femenino	47 años	No	--
Juan Pablo	Masculino	37 años	Si	Si
Mayte	Femenino	45 años	Si	Si
Sandra	Femenino	43 años	No	--
Germán	Masculino	44 años	Si	Incompleto
Luis	Masculino	34 años	Si	Incompleto
Vanessa	Femenino	32 años	No	--
Lisandra	Femenino	36 años	Si	Si
Jesús	Masculino	42 años	No	--
Juan	Masculino	48 años	No	--

Esto, además de indicar la baja adherencia a los controles profesionales, puede estar influyendo de manera negativa, pues no se obtienen los recursos o herramientas necesarias para que la persona pueda sobrellevar y generar un buen nivel de adherencia a tratamiento y se refuerza con autores como Lecaros et al. (2015a) que señalan que la adherencia a controles post operatorios fue detectada como un factor favorecedor de la pérdida de peso en esta cirugía.

Como se ve reflejado, los cuidados cognitivos del psicólogo sobresalen en las tres etapas del proceso bariátrico, pues las personas en este proceso ubicaron que el conocimiento de factores de riesgo para su tratamiento, la identificación que tenían con la relación con la comida y el notar los recursos con los que contaban les permitió generar mejores alternativas en el manejo posterior. Estos datos concuerdan con Lecaros et al. (2015a) donde postulan que el apoyo de los especialistas bariátricos se percibe positivamente cuando educan a las personas en el proceso post quirúrgico, pues esto hace posible el cambio del estilo de vida.

Llama la atención también que el cuidado emocional no se destaque tanto en las etapas del proceso bariátrico por parte del psicoterapeuta, pues normalmente se asocia un proceso psicoterapéutico con apoyo emocional; para esto se prevén dos posibles explicaciones: una de ellas es que dentro del proceso, el psicoterapeuta puede estar más focalizado a las prácticas de alimentación, cambio de hábitos y preparación para la cirugía, que se destine menos a diversos aspectos que tienen que ver con la personalidad, emociones o psicopatología o inclusive que sean áreas poco exploradas por tener poco marco de tiempo para las valoraciones o intervenciones; y la segunda posibilidad es que el candidato para la cirugía bariátrica o ya intervenido en esta cirugía no comprenda la vinculación de su proceso psicológico con la cirugía bariátrica o se resista al manejo y por ende, se limita la participación del psicoterapeuta a únicamente el aspecto educativo del proceso psicoterapéutico.

### **10.3 Campo de acción de la psicoterapia en la obesidad, pareja, proceso bariátrico y rol de género**

Las narrativas de las personas entrevistadas para esta investigación se han ido documentando a lo largo de los últimos capítulos y se han presentado características particulares, diversas dificultades, factores favorables y desfavorables, y situaciones que enmarcan las vivencias de la persona con obesidad, su relación de pareja, el tratamiento elegido que fue la cirugía bariátrica y el rol de género respecto al cuerpo y la cirugía bariátrica, lo que permite proponer y destacar la relevancia en diversos puntos de la psicoterapia.

Este subcapítulo precisa el campo de acción de la psicoterapia en los distintos hallazgos presentados en los capítulos de resultados, con el fin de fomentar su inclusión y pertinencia no sólo en el proceso bariátrico sino también denotando el impacto de rol de género, en la vivencia de la obesidad y las relaciones de pareja, pues la participación del psicoterapeuta puede marcar la diferencia y generar las herramientas necesarias en las personas para que puedan realizar cambios y modos de afrontamiento congruentes a sus objetivos y necesidades. Esta percepción es generada además, desde mi experiencia como psicóloga en

el área de la salud desde hace 7 años y mi trabajo con población bariátrica desde hace 4 años, más la suma de cursos, diplomados y, actualmente, la maestría en psicoterapia que abona a mi formación.

Por lo que en el siguiente diagrama (Figura 19) se muestran los campos de acción de la psicoterapia divididos en 4 categorías que aluden a la obesidad, relación de pareja, el proceso bariátrico en sus tres etapas y el rol de género, y se desprenden 12 subcategorías y 23 subsubcategorías.

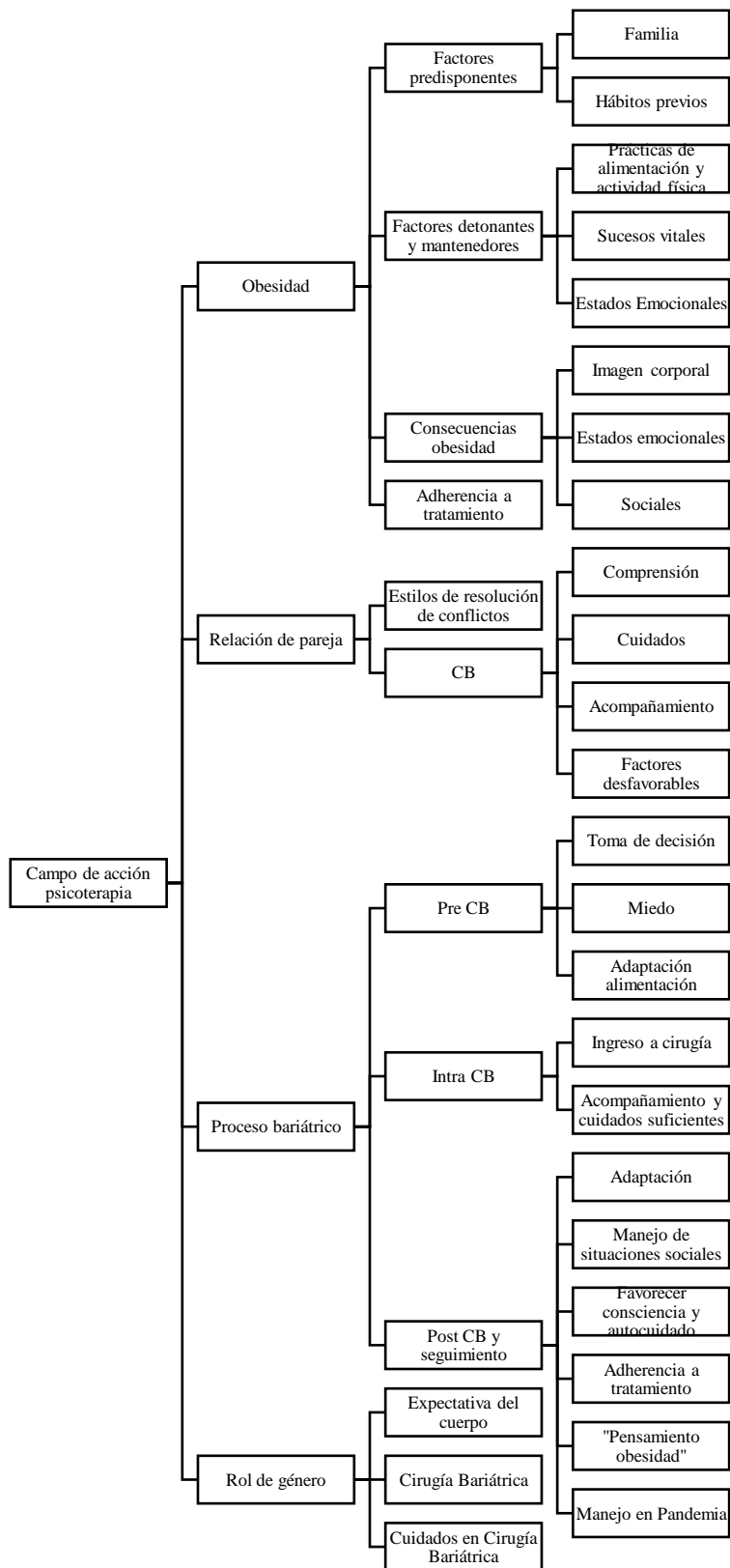


Figura 19. Diagrama Campo de acción de la psicoterapia. Elaboración propia, 2021.



## **La psicoterapia en la obesidad.**

El enfoque de participación en la psicoterapia en obesidad suele ser dirigido hacia una atención cuando la enfermedad ya es un problema, inclusive, elegir la psicoterapia como abordaje en la obesidad es aún muy novedoso para la población en general y se suele incluir gracias a las recomendaciones de profesionales de la salud como médicos o nutriólogos, pero todavía no se es percibido como un tratamiento base en el abordaje de este padecimiento. Sin embargo, el campo de acción no sólo está limitado al padecimiento per se, sino a la prevención.

Dentro de los hallazgos que se observaron en el capítulo 7.1 en Antecedentes de la obesidad, se nota que dentro de los factores predisponentes que se encuentran para el desarrollo de la obesidad son los hábitos que se aprenden de familia y los que se van formando a lo largo del tiempo que van impactando en el estilo de vida y por ende, en el peso. Dentro de estos hábitos se encuentran prácticas de alimentación como comer de forma vasta, la preferencia de carbohidratos; y, dentro de los hábitos que la persona va generando encontramos comer grandes cantidades, preferencia de carbohidratos, consumir con frecuencia antojos, comer emocional, acceder a alimentos disponibles por el estilo de vida tan desgastante, etc., etc., por lo que aquí se encuentra un campo importante de acción para el psicoterapeuta.

Estos datos en un proceso de psicoterapia son importantes, pues cuando se indaga y se llega a ellos, se puede tener un marco completo de comprensión del caso que oriente el por qué y cómo se formó la relación con la comida y además, cuando se detectan dichos hábitos y comportamientos se pueden generar intervenciones que apunten hacia una psicoeducación e incidir para evitar que futuras generaciones crezcan bajo estos hábitos que a la larga van desencadenando el exceso de peso.

Además, se notaron ciertos factores detonantes y mantenedores de la obesidad, en su mayoría prácticas de alimentación, sucesos vitales como el matrimonio, cambio de ciudad, etc. y estados emocionales o inclusive psicopatología donde claramente la psicoterapia puede incidir con estrategias de regulación, un plan de tratamiento enfocado a pensamientos,

emociones y conductas. Existe sin embargo, una limitación y no es propio de la disciplina, sino a la creencia que se tiene de las personas con obesidad, Ríos (2017) menciona que se suele atribuir la total responsabilidad de haber llegado a ese estado a la persona y la clave se pone en que se esfuerce en mejorar su alimentación y talla; sin embargo, se limitan los otros grandes campos de acción como el manejo de los factores emocionales y de vida e inclusive hasta las normas sociales regulatorias de los productos o espacios urbanos.

Romper con el estigma de obesidad y con la creencia de que la persona tiene que modificar su obesidad en soledad y con carga de culpa por haber llegado a ese estado es otro de las grandes metas en el manejo de cogniciones sobre este padecimiento, que abriría la ventana hacia mejores tratamientos, más acompañados y completos y sobretodo, con mayor participación de otros.

Por otra parte, cuando se tiene obesidad, existen a su vez consecuencias, muchas fisiológicas pero también de imagen corporal, emocionales y sociales que tienen consecuencias a su vez en las prácticas de alimentación y sedentarismo. Inclusive, autores como Esquivias et al. (2016) han mencionado que no se ha establecido si la psicopatología es causa o efecto de la obesidad, pues ha sido asociada en múltiples estudios en ambas categorías, lo que destaca que el trabajo psicoterapéutico es necesario ante la existencia de malestar emocional que va a restringir la calidad de vida y posteriormente, la energía que pueda ser utilizada para generar cambios.

Finalmente, la adherencia a tratamiento. Autores como Cabello y Ávila (2009) y Guzmán et al. (2010) declaran que la intervención psicológica es vital para el éxito en los tratamiento de obesidad pues facilitan el compromiso al tratamiento y el mantenimiento en el mismo. La psicoterapia puede incidir en adherencia gracias al apartado de modificación de conducta que se puede aplicar desde distintas perspectivas, por ejemplo, desde la cognitivo-conductual se han recabado distintas estrategias como el control del estímulo, identificando las causas de un estilo de vida poco saludable; el refuerzo positivo, reconociendo los cambios introducidos; la reestructuración cognitiva, modificando las creencias o desmintiendo mitos; la automonitorización de medidas corporales, seguimiento de pautas dietéticas o realización de

actividad y ejercicio físico mediante registros para conseguir una mayor implicación del sujeto en el programa de reducción de peso (Rubio et al, 2007) (Shukla, Buniak y Aronne, 2015).

### **La psicoterapia en las relaciones de pareja.**

Delimito en primer lugar que la incidencia en la psicoterapia en las relaciones de pareja no solo se puede lograr a través de psicoterapia de pareja, sino también en psicoterapia individual, y aquí es muy importante esta diferenciación pues la persona que está en tratamiento para obesidad no siempre va a tener la disponibilidad de la pareja a participar en las sesiones, lo que aún así no limita las posibilidades de mejora.

Un amplio campo de trabajo de la psicoterapia cuando se habla de la relación de pareja es la resolución de conflictos. La mirada principal no siempre va a ser los conflictos, pues estos, como se ha establecido por diversos autores por ejemplo Tapia et al (2009), son necesarios, pues la no existencia de ellos realmente puede perjudicar la relación al detener su desarrollo. Entonces, el foco son los estilos de resolución, aquí se tomo la propuesta de Kurdek (1994) y se encontró que de forma primordial los entrevistados manifestaron una resolución positiva que implica la comprensión y el diálogo para llegar a negociar y formular compromisos, pero por otro lado, hubo parejas con estilo de evasión o retirada que implicaba el rechazo y la evitación de problemas, lo que va a traer como consecuencia una ruptura en el progreso y dificultades para ejercer modificaciones, lo que puede conllevar a la reaparición del conflicto en muchas ocasiones.

Ahora, abonando al foco de esta investigación, el papel de la pareja en la participación y cuidados en cirugía bariátrica también es un campo de acción muy grande en psicoterapia. Como ya se vio en el capítulo 9.2 y 9.3 que comprende los factores favorables y desfavorables y los cuidados, se remarca que la comprensión del otro, su acompañamiento y cuidados instrumentales y emocionales son óptimos para facilitar la adherencia de la pareja al tratamiento y mantenimiento de cierto estilo de vida. También se destacaron ciertos factores favorables como el señalamiento de errores en la adherencia y la invitación a antojos como

saboteadores de la adherencia. En ambos sentidos, se puede trabajar desde la psicoterapia con la persona en el proceso de cirugía bariátrica para en primer lugar, notar el lugar, postura y participación de su pareja, y posterior, si se está notando que la pareja es clave en el proceso, encontrar una manera válida de incluirla y dirigirla hacia los comportamientos que ya se detectaron favorecen, y, asimismo, trabajar con aquellas conductas que desfavorecen y fomentar alternativas de solución.

Recordemos que la ausencia de apoyo social fue encontrada por García et al. (2020) como el principal factor psicosocial determinante para el abandono del tratamiento de reducción de peso. Estos autores destacaron que es indispensable desde el núcleo social básico y los profesionales de la salud la participación y percepción de apoyo, por lo que la pareja aquí adquiere gran protagonismo si se involucra o no lo hace y en nuestros hallazgos, tiene relevancia para fortalecer y facilitar el tratamiento.

### **La psicoterapia en el proceso bariátrico.**

Como ya se ha venido mencionando, la participación del psicólogo en el proceso bariátrico es obligada en México para que una persona pueda acceder a ella, empero, no siempre se lleva un proceso de psicoterapia o muchas veces, se deja incompleto el tratamiento psicológico y se ha reconocido en las narrativas de esta investigación que en ciertas etapas se desconoció la utilidad del papel del psicólogo, no se entendieron los alcances o se vio poco indispensable.

En primer lugar, vale la pena establecer la diferencia entre la participación de un psicólogo y un psicoterapeuta. Si bien, un psicólogo con formación bariátrica es deseable y requerido para abarcar el proceso de valoración, preparación y seguimiento en la cirugía bariátrica, se destaca que existen diversos hechos involucrados en la persona candidata a cirugía bariátrica: la implicación del estado emocional, sucesos de vida, psicopatología que se llega a encontrar con una prevalencia de entre un 30-50% de forma activa en las personas que van a ser operados por una cirugía bariátrica (datos que fueron recopilados por diversos estudios en el artículo de revisión de León, Zumaeta y Ruiz, 2017), repercusiones en la familia y sociedad

donde se puede encontrar señalamiento, crítica y rechazo y además, la relación emocional con las prácticas alimentarias, donde por ejemplo autores como Lecaros et al. (2015a) indican que la comida muchas veces forma parte de la regulación emocional, lo que continua siendo un problema para muchas personas tras la cirugía bariátrica; todo esto subraya que un proceso de psicoterapia es ideal para no solo impactar en la adherencia a tratamiento, sino también asegurar el mantenimiento de la pérdida del exceso de peso perdido tras el abordaje de todos los factores psicológicos y sociales implicados, que en realidad es el gran problema que nos encontramos con la obesidad, una enfermedad que va y viene.

Ahora, tomando en cuenta cada etapa del proceso bariátrico de acuerdo con los hallazgos aquí reportados encontramos que la presencia del psicoterapeuta es muy útil y se va a definir en qué factores de acuerdo con la etapa que va cursando:

En la etapa previa a la cirugía bariátrica, se observa que la dificultad en la toma de decisión de operarse tiene que ver con dos aspectos, el minimizar la obesidad como un problema y en no conocer realmente lo que implica la cirugía bariátrica, por lo que la técnica de psicoeducación es una opción funcional para llevar de la mano a la persona a un acercamiento real a la intervención y sus responsabilidades. El manejo del miedo y la adaptación a las diferentes restricciones alimentarias que inician en esta etapa también es un campo de intervención, donde la persona puede beneficiarse del acompañamiento psicoterapéutico para iniciar el proceso y todos los elementos que se mueven de inicio, así como apoyar en el aprendizaje de conductas y actitudes que promuevan inclusión de cambios. Otro punto muy marcado es el inicio del manejo social tras la decisión y cómo abordarla frente a familia, compañeros de trabajo, amigos y sobretodo pareja, pues el psicoterapeuta tiene un papel central para apoyar en la aceptación, comunicación asertiva y manejo de límites que serán necesarios en esta etapa y en la de seguimiento.

En la etapa intra hospitalaria, normalmente el psicólogo hace la visita un día posterior a la intervención quirúrgica, pero en base a la experiencia de las personas aquí entrevistadas, el mayor momento de malestar emocional es previo a la intervención, donde manifiestan mayor nivel de estrés, temor y ansiedad, por lo que la intervención psicológica podría ser mejor

colocada previo al ingreso quirúrgico y para establecer el primer vínculo que Ríos y Fueyo (2012) menciona útil como marca del seguimiento post cirugía bariátrica, el acompañamiento puede realizarse a través de diferentes formas, ya sea estar en contacto o ciertamente en la visita hospital, donde el objetivo puede ser acompañamiento y procurar que la persona tenga los cuidados suficientes, que es el factor favorable que más remarcaron los entrevistados, pues, en estos casos no existió malestar emocional posterior a la cirugía bariátrica.

Finalmente, el campo de acción del psicoterapeuta se abre completamente en la etapa post cirugía bariátrica y de seguimiento, pues el trabajo aquí es amplio de acuerdo con lo manifestado por los participantes de este estudio. Entre los objetivos esta la adaptación a un estilo de vida que sea congruente a las nuevas necesidades específicas del cuerpo, continúa el manejo de situaciones sociales que pueden implicar incompreensión de otros y crítica hacia las conductas o imagen corporal de la persona con la cirugía, es importante favorecer la consciencia y autocuidado, fomentar estrategias de compromiso y motivación para que la adherencia a tratamiento siga, trabajar en el “pensamiento obesidad” que tiene que ver con la desvinculación entre la petición mental y emocional de la cantidad y calidad de la comida con las necesidades y requerimientos del estómago y cuerpo y, finalmente hasta las estrategias de adaptación y aceptación para la pandemia por COVID-19 que ha impactado en el estilo de vida y prácticas cotidianas, afectado la adherencia.

Es muy notoria la trascendencia de las intervenciones psicológicas en las problemáticas y situaciones difíciles que se pueden llegar a presentar en el proceso bariátrico, sobretodo porque lo que implica estar de forma colaborativa en proceso de psicoterapia es el mejor conocimiento de sí mismo y el implemento de estrategias efectivas para el crecimiento, como corrobora Mensorio y Costa-Júnior (2016), donde para ellos este crecimiento se aumenta gracias a las intervenciones psicológicas el afrontamiento centrado en el problema y la búsqueda de apoyo social; en pocas palabras, aumenta el hacer frente con recursos eficientes y además, la persona asume responsabilidad.

## **La psicoterapia y los roles de género.**

La inclusión de los roles de género en esta investigación se efectuó con el objetivo de abonar al campo de la investigación e intervención con perspectiva de género que se percibe en construcción dentro de la psicología, por lo que se hace énfasis en incrementar su documentación y mirada a este tema. En específico de este trabajo, se buscó notar los mandatos sociales de género a través de las narraciones y opiniones de los entrevistados pues influye y se ve reflejado en la postura, comportamientos y problemática de la cirugía bariátrica.

En primer lugar, se destacó la expectativa del cuerpo y se fueron encontradas diversas opiniones en esta investigación, por ejemplo, la mayor aceptación de un cuerpo masculino con obesidad, contrario a que en el de la mujer se espera delgadez y, para otros, no existe ya diferencia, pues en ambos cuerpos hay puesto cierto parámetro. En segundo lugar, el rol de género en la cirugía bariátrica alcanza a ser también señalado, pues los entrevistados comparten que pudiera existir mayor facilidad en que el hombre lleve el proceso, por sus actitudes y aptitudes para sobrellevarlo, pero a la par, consideran menor aceptación de este, por ser un procedimiento que se les atribuye a las mujeres por ser para la pérdida de peso, inclusive, se ha documentado una mayor realización de la cirugía en mujeres que en hombres. En tercer y último lugar, los cuidados en la cirugía bariátrica son atribuidos a las mujeres como proveedora principal de atención y apoyo y se denota que los hombres dan menos, y, en menor incidencia, se remarca que dependería de cada pareja.

A través de estos tres escenarios que marcan mucha la presencia del rol de género, la psicoterapia necesita ubicar estos hallazgos y posicionarse desde lo que actualmente se está esperando si se es hombre o mujer respecto al cuerpo, cirugía bariátrica y los cuidados que va a dar o recibir, pues ya hay un marco creado como influencia para los comportamientos, y, de acuerdo con la opinión de Garzón-Segura (2015, p.65): “tener una lectura de las relaciones desde el género enriquece la intervención y provoca una ruptura con lo tradicional, en pro de un cambio social”.

Es decir, esto generaría como consecuencia la posibilidad de una mejor aceptación de la imagen corporal rompiendo los esquemas que se tienen, la limitación para los hombres a la cirugía bariátrica sería menor y los cuidados podrían ser brindados más por los hombres hacia las mujeres en los procesos de cirugía bariátrica; la posibilidad de que estos tres escenarios sean más aceptados favorece y marca enormemente la diferencia, sobretodo en calidad de vida y bienestar en pareja y salud.

Para concluir este capítulo, se nota que la participación del psicoterapeuta en el ámbito bariátrico es muy rica y tiene realmente un papel consistente a lo largo de cada etapa del proceso y además, una gran implicación con los componentes de este, desde la familia, pareja, y sobretodo, la relación que se tiene con uno mismo para atravesar por la serie de modificaciones y adecuaciones.

Contrario a lo que se ha venido documentando sobre la baja incidencia de participación en un proceso psicoterapéutico de los mexicanos, los entrevistados aquí tienen mayor aceptación y experiencia en psicoterapia de forma previa por diversos motivos y peticiones, pero se rescata que solo en un participante el objetivo había sido para abordar el tema del peso y la relación con la comida, por lo que se marca como área de concientización y oportunidad importante para la psicoterapia.

El cuidado que más se destacó del psicólogo en el proceso bariátrico fue el cuidado cognitivo, aquí se encuentra delimitadas sus funciones a lo largo de cada etapa del proceso:

- Etapa pre cirugía bariátrica: generar comprensión en el candidato bariátrico en los factores predisponentes y mantenedores del exceso de peso, dar mayor educación y entendimiento de lo que el proceso bariátrico va a implicar y la responsabilidad y compromiso necesario.
- Etapa intraoperatoria: manejo emocional previo al ingreso al quirófano y acompañamiento y presencia de forma posterior.



- Etapa post cirugía bariátrica y de seguimiento: Generar consciencia en las elecciones, mejorar la relación con la comida, fomentar la búsqueda de alternativas y afrontamiento en dificultades, abordaje de áreas de vida para el bienestar general y la intervención en el “pensamiento obesidad”.

Pero también, se descubren limitaciones y deficiencias en el proceso bariátrico por parte del psicólogo, pues para algunos, desde el inicio, no queda claro el papel del psicólogo, su intervención e inclusive la valoración es vista como un requisito a cumplir para el equipo y no como cuidado hacia ellos, esto apunta hacia la pertinencia de una explicación más sustancial de la participación del psicólogo para el candidato de cirugía bariátrica y el énfasis en la devolución de información por parte del psicólogo sobre su proceso y lo detectado como puntos de mejora, de trabajo y recursos favorables potenciales a utilizar.

Asimismo, se plantea la necesidad de participación mayor del psicólogo en la preparación quirúrgica y su presencia previo al ingreso al hospital, pues de acuerdo con los entrevistados, la presencia en el hospital posterior a su estancia no beneficia en gran medida, pues, para entonces, no existe malestar emocional sino cansancio y malestares físicos que, con los cuidados médicos y familiares es suficiente.

Igualmente, vale la pena fomentar el seguimiento psicológico, pues en los datos aquí mostrados, solo la mitad continúa con un proceso psicoterapéutico y de éstos, dos quintas partes lo dejan incompleto o lo perciben después innecesario, lo que sugiere otra vez la falta de comprensión sobre la función y el papel del psicólogo.

Ahora, remarcando justamente el papel del psicoterapeuta, se creyó indispensable marcar todas las áreas de abordaje donde tiene mucho campo de acción a lo largo de los hallazgos encontrados en esta investigación:

- En la obesidad, el psicoterapeuta puede incidir en los factores predisponentes como hábitos familiares y previos, los factores detonantes y mantenedores que normalmente implican hábitos y circunstancias de vida con carga emocional, el

trabajo en las consecuencias negativas que ha traído la obesidad y que suele dejar huella y la adherencia a tratamiento.

- En la pareja (que vale la pena recordar que su papel en la cirugía bariátrica sí va a repercutir en adherencia a tratamiento), el psicoterapeuta tiene la posibilidad de evaluar y trabajar con los estilos de resolución del conflicto y facilitar que en pareja se propicie la comprensión, cuidados y acompañamiento para el procedimiento bariátrico necesarios de la participación de la pareja y educar también hacia los comportamientos negativos que sabotean el proceso.
- En el proceso bariátrico, la participación es amplísima como se mencionaba con anterioridad, desde la toma de decisión, el manejo de emociones que se desprenden sobre el proceso, el acompañamiento, adaptación, manejo de situaciones difíciles propias, en pareja y sociales, adherencia, autocuidado y “pensamiento obesidad” hasta la pandemia y su repercusión en el estilo de vida.
- Finalmente, el psicoterapeuta con perspectiva de género, permitirá abordar las limitaciones consecuentes de ciertos roles de género que se encuentran en la expectativa del cuerpo, la cirugía bariátrica y los cuidados que se dan en pareja.

Como da cuenta este capítulo, el psicoterapeuta tiene un papel fundamental en la cirugía bariátrica y la pareja, pero, desafortunadamente, falta información y mayor inclusión para que su participación trascienda como tiene la capacidad y herramientas para hacerlo, por lo que esta investigación busca sumar al campo y abrir mayor concientización y oportunidades.

## Capítulo 11. Conclusiones

La obesidad en México es un problema de salud pública, en la actualidad nuestro país tiene una de las tasas más altas de esta enfermedad: uno de cada tres adultos presenta obesidad (OCDE, 2019). Esta realidad genera numerosas problemáticas a nivel social y económico, pero indiscutiblemente impacta de forma negativa en la cotidianidad de quien la padece, incluyendo su núcleo más cercano como la pareja.

Los esfuerzos entre los profesionales de la salud para combatir este padecimiento ha sido una de las tareas más grandes, pues no sólo se focalizan en los tratamientos y su efectividad, sino que también se requiere el trabajo en estrategias que fomentan la adherencia al mismo. La obesidad es una enfermedad propiciada por múltiples factores pero, de acuerdo con Rodrigo-Cano et al. (2017) uno de los más importantes es el estilo de vida que la persona lleva, lo que implica que comportamientos y hábitos son determinantes para que se mantenga esta enfermedad o bien, la modificación de conductas de forma sostenida sea clave para su tratamiento.

Toda esta problemática me llevó a estudiar la obesidad desde un plano particular: los cuidados y su influencia en la adherencia a tratamiento, ya que una investigación reciente realizó una revisión sistemática de estudios sobre adherencia a tratamiento en personas con obesidad (García et al., 2020) y señalaron que la ausencia de apoyo social (por el núcleo básico o profesionales de la salud) es determinante para el abandono del tratamiento. En este estudio, el foco de los cuidados estuvo dirigido a la pareja como parte fundamental del núcleo más cercano de la persona y al psicoterapeuta, como miembro del equipo de salud y clave en un tratamiento en adherencia.

### 11.1 Hallazgos que responden las preguntas de investigación

Este enfoque llegó a plantear las preguntas de investigación y objetivos dirigidos a escrudñar los tipos de cuidados otorgados por parte de la pareja y el psicoterapeuta que influían en la adherencia a tratamiento por obesidad en la cirugía bariátrica. En este primer apartado de

conclusiones, se retomaran las preguntas de investigación que van a ser fundamentadas con los hallazgos encontrados en los capítulos anteriores.

La principal pregunta de investigación fue: ¿Cuáles son los tipos de cuidado que otorga la pareja y el psicoterapeuta, desde la percepción de la persona, para la adherencia a tratamiento por obesidad en la cirugía bariátrica?

Dentro de los hallazgos de este estudio se destaca que la pareja sí tiene una participación importante en el proceso bariátrico como tratamiento a la obesidad de la persona y, en específico, el factor favorable más relevante dentro de esta participación son los cuidados que le son otorgados por parte de la pareja. Estos cuidados van a ser encontrados en las tres etapas del proceso bariátrico: pre, intra y post y seguimiento de la cirugía bariátrica.

En la etapa previa a la cirugía bariátrica, los cuidados de la pareja son en primer lugar de tipo instrumental; en segundo, de tipo emocional y, posteriormente de tipo cuidado cognitivo y material y/o económico.

Los cuidados instrumentales más importantes que los entrevistados percibieron es que su pareja “estuviera al pendiente”, para ellos esto tenía mucho valor y lo notaban cuando la pareja estaba al tanto del proceso, respetaba las restricciones alimentarias que tenía y sobretodo, acompañaba con acciones lo que debía de implementar, por ejemplo, facilitándole ciertos alimentos, asistiendo a las citas también, fomentando el ejercicio, etc.

Los cuidados emocionales encontrados se enfocaron en que el entrevistado percibiera que su pareja reafirmaba la decisión con apoyo y respeto e inclusive animara a seguir el proceso, la validación en este caso permitía que el candidato a la cirugía generara más confianza y seguridad en el proceso.

En menor plano estuvieron presentes los cuidados cognitivos que notaron en sus parejas cuando les daban consejos y orientación sobre las indicaciones que tenían que seguir en su tratamiento; y, finalmente, los cuidados materiales y/o económicos en bajo grado, pues sólo

algunos entrevistados los obtuvieron de forma parcial, con el pago de algunas consultas, suplementos o gimnasio por parte de sus parejas.

Se destaca entonces que para esta etapa, la presencia a través de estar al pendiente con atención en las modificaciones y necesidades del otro, con acompañamiento y reforzando la decisión de la cirugía bariátrica son los elementos que más le significan a la persona por parte de su pareja para atravesar y seguir la etapa de valoración y preparación para el proceso.

En la etapa intraoperatoria, para las personas incluidas en este estudio, el tener cuidados suficientes fue el factor favorable más importante para sobrellevar las dificultades y malestar emocional y físico que se presenta. Dentro de estos cuidados, la pareja formó parte sustancial con cuidados instrumentales en primer lugar, después emocionales y por último, cognitivos.

La forma de generar cuidados instrumentales en esta etapa por parte de la pareja fue a través de brindar atención y propiciar conductas para satisfacer las necesidades del otro mientras estaba en el hospital. Los cuidados emocionales se vieron reflejados con la compañía en la estancia hospitalaria y conversaciones de apoyo que se daban mientras el otro se recuperaba y, los cuidados cognitivos tuvieron que ver con la atención de la pareja a que la persona con la cirugía siguiera las indicaciones y consejos brindados por el personal médico para su recuperación.

La presencia de la pareja en la etapa intraoperatoria tiene un papel de acompañamiento primordial, pues el cuerpo es intervenido de forma drástica y por ende, existen repercusiones inmediatas como mareos, dolores e incomodidad en la persona, lo que lo coloca en una situación de vulnerabilidad donde la mejora va siendo progresiva pero requiere de los cuidados cercanos del equipo bariátrico y de otras personas para que pueda avanzar mejor.

Finalmente, el período más largo y permanente es el posterior a la cirugía bariátrica y el seguimiento que tiene, donde la persona con la intervención bariátrica va a tener la responsabilidad principal del manejo de indicaciones y adherencia para que los resultados puedan ser favorables.

En este período de igual forma prevalecieron los cuidados instrumentales cuando la pareja fomentaba conductas hacia las nuevas adecuaciones a un estilo de vida bariátrico, los cuidados emocionales enseguida notados fueron a través de la validación, respaldo, escucha, apoyo, motivación y cariño demostrado y, finalmente, los cuidados cognitivos en esta etapa se presentan en menor grado pero se hacen notar de forma particular cuando la pareja le señalaba a la persona en el proceso bariátrico las equivocaciones, carencias que tenía o errores que cometía cuando no seguía las indicaciones.

Se resalta entonces que los principales cuidados que otorga la pareja en todo el proceso bariátrico son los cuidados instrumentales, enseguida los emocionales y después los cognitivos y el material y/o económico. Estos cuidados a la persona en el proceso le significan acompañamiento y apoyo importante que le proporcionan herramientas para mantenerse en el tratamiento, aunque, en ningún momento opaca el nivel de responsabilidad prioritaria que tiene el autocuidado, sino más que nada facilita la permanencia.

Sobre la jerarquización de los cuidados que se encontró en este estudio, tiene sentido que los cuidados instrumentales sean prioritarios, pues la cirugía bariátrica conlleva un sinnúmero de ajustes, modificaciones y adaptaciones que debe enfrentar la persona a la que se le realiza.

Se pone el reflector en la disminución de cuidados emocionales, pues se infería que al ser un procedimiento que implica riesgos y tantas nuevas conductas, la persona sea sobrepasada por malestar emocional pero, en estos casos no fue así, esto se puede explicar por dos situaciones: primera, se encuentra en la totalidad de entrevistados una satisfacción completa del procedimiento que tuvo como consecuencia mayor agrado en la imagen corporal, calidad de vida e inclusive mejoras en la relación de pareja, por lo que el logro es combustible suficiente para sobrellevar las dificultades y retos generados; y, otra posible explicación es que los entrevistados posiblemente no presentaban niveles de psicopatología importantes que interfirieron en su estado anímico y su funcionalidad para llevar a cabo todas las modificaciones pertinentes que requieren esfuerzo y afrontamiento.

Dentro de este campo donde el equipo bariátrico incide, se encuentra incluido el psicoterapeuta con un papel central en el proceso, desde la valoración hasta participar en la modificación de conductas que necesita realizar la persona candidata para la cirugía bariátrica. La importancia que tiene el psicólogo (aquí no se hace alusión al psicoterapeuta pues se desconoce si los psicólogos que abordaron a los entrevistados tenían la formación de psicoterapeutas) fue remarcada a través de las narraciones que se tuvieron por parte de los entrevistados, donde se pudieron ver reflejados los cuidados que otorgaba en las distintas etapas del proceso bariátrico:

En la etapa previa a la cirugía bariátrica, el psicólogo fue identificado por otorgar cuidados cognitivos, principalmente estos se refirieron a trabajar en conjunto con los entrevistados y detectar los factores predisponentes, detonantes y mantenedores de la obesidad, con el fin de poder darles un manejo y que no sean elementos que aparezcan de nueva cuenta y saboteen el proceso, además, genera comprensión de la obesidad y posibilita la búsqueda de alternativas para afrontar; también, dentro de los cuidados cognitivos el psicólogo favoreció el conocimiento del proceso bariátrico, así como las consecuencias y repercusiones de este, posibilitando que la persona a ser intervenida detectara las responsabilidades que se hacen presentes y la realidad sobre los cambios.

Existieron, además, dos posturas percibidas por algunos entrevistados que fomentan la delimitación del trabajo terapéutico del psicólogo y su papel en el equipo bariátrico. Una fue que en algunos casos, no se entendió como importante el papel del psicólogo en la primer etapa porque se percibió que las sesiones eran más para avalar el requisito y que se notara que la persona era candidata, sin que los entrevistados advirtieran alguna trascendencia o aporte a su caso y, la segunda postura va por el mismo camino, pues no se cumplieron las expectativas de algunos entrevistados que esperaban mayor atención, abordaje y acompañamiento a través del proceso. Lo anterior dirige la atención hacia la necesidad de reforzar el papel del psicólogo y su función dentro del equipo bariátrico, así como abordar con las sesiones necesarias toda la fase de valoración y preparación, de lo contrario, se va perdiendo la oportunidad de poder vincularse con la persona y limitándose los campos de acción.

En la etapa intraoperatoria se tienen dos momentos claves: cuando la persona va a ingresar a quirófano y posterior a la cirugía con su recuperación. Esto es importante porque previo a ingresar a la cirugía es cuando se presenta el mayor malestar emocional con nervios, estrés y miedo; mientras que al salir, lo que se argumenta es una sensación de alivio acompañada de malestar físico e incomodidad.

El cuidado cognitivo fue mayormente encontrado por parte del psicólogo en esta etapa, en forma de estar presente y prestar atención dirigida a las necesidades de los intervenidos, además, una persona nombró el cuidado emocional presente, notado por el acompañamiento emocional que le dio a lo largo de la estancia.

Sin embargo, algo que alerta en esta etapa es que para dos personas se percibió innecesaria la visita del psicólogo, pues la percibían como “extra” cuando ya estaban siendo cuidados por sus familiares y atendidos por el equipo médico. Recordemos que Ríos y Fueyo (2012) refieren esta visita importante pues genera el establecimiento del primer vínculo para la etapa de abordaje de seguimiento en este proceso, pero parecería que podría tener mayor impacto en el momento previo al ingreso a quirófano que es cuando se manifiesta el malestar emocional y posterior a su salida del hospital que es cuando ellos inician sus cuidados y adaptación.

Finalmente, en la tercer etapa los cuidados cognitivos adquieren mucho mayor fuerza pues cubren muchos objetivos como generar comprensión del proceso que fomenta la adaptación, mejorar la relación con la comida, manejar y trabajar en el “pensamiento obesidad” (que implica un desajuste entre las necesidades y capacidad del sistema digestivo con los pensamientos y creencias de que se ocupa una cantidad mayor, y los antojos van dirigidos hacia alimentos poco recomendados) y el abordar aspectos personales y diferentes problemáticas que suman a un bienestar general.



Poco se mencionan los cuidados emocionales en esta etapa, pero cuando se nombran, se dirigen hacia el apoyo y contención emocional y también al manejo de las emociones para un entendimiento y control del comer emocional.

Lo que nos demuestran estos hallazgos es que el cuidado cognitivo por parte del psicólogo se hace presente a lo largo de las tres etapas del proceso bariátrico, pero es indispensable una mayor inclusión de su papel no sólo respecto al proceso bariátrico, aquí es cuando cobra relevancia que se tenga formación de psicoterapeuta para participar en el proceso, pues esto permitiría un abordaje mucho más amplio de distintos factores que inciden en los pensamientos, emociones y conductas que favorecen o sabotean la adherencia a tratamiento.

Ahora bien, vale la pena resaltar ¿Qué tipos de cuidado de la pareja favorecen la adherencia a tratamiento para la obesidad?

Los cuidados que se mencionaron con anterioridad favorecieron a la adherencia tratamiento que la persona con la cirugía bariátrica tenía, pero su participación no estuvo únicamente limitada a los cuidados, sino que hubo algunos elementos destacados que también se señalaron como beneficiosos para el proceso: el que la pareja acompañara las conductas de salud que el otro debía llevar, que tuviera una actitud de comprensión hacia la nueva forma de vida y decisiones que elegía para el cuidado y, que por tanto, cambiaban la cotidianidad y, ayudaba también que la pareja tuviera hábitos saludables, pues de esta forma se generaba un doble efecto “halo” que fomentaba conductas saludables.

Sin embargo, fue documentado también que el que la pareja no participara favorecía a dos entrevistadas, esto se explica por la relación de pareja que llevaban, donde en ambas, la relación carecía de un nivel adecuado de intimidad, ya que si no se tiene una cercanía que propicie el cuidado, atención y comprensión, el tener cuidados por parte de la pareja en este proceso va a ser difícilmente aceptado. La falta de intimidad opaca los cuidados que se puedan tener, así como las peticiones y comunicación sobre ellos.

Y, así como se encuentran cuidados y conductas que favorecen, así también se encontraron cuidados y comportamientos que dificultan la adherencia por parte de la pareja, lo que lleva a responder la pregunta de investigación: ¿Qué tipos de cuidado de la pareja obstaculizan la adherencia a tratamiento para la obesidad?

El cuidado cognitivo en forma de señalamiento de los malos hábitos o errores que cometen en el tratamiento es uno de ellos, pues es percibido como crítica y no como punto de apoyo; y, el invitar al otro a antojos o proponer alimentos poco saludables que salen de lo recomendado para el cuidado. Estos dos elementos fueron los que más enunciaron como factores desfavorables que alejaban del tratamiento.

Como se puede ver, la influencia de la pareja es predominantemente favorable y existen diversas formas de cuidados y comportamiento que benefician la adherencia al tratamiento de una persona con obesidad en el proceso bariátrico. Estos hallazgos llaman al equipo bariátrico a incluir a la pareja como participante y colaborar en el proceso pues realmente sus cuidados inciden de forma positiva, pero también, indican a notar las conductas que pueden sabotear y que es pertinente manejar para que no interfieran con el tratamiento.

Ahora bien, a raíz de los hallazgos de la totalidad del estudio, puede responderse a la cuestión de ¿Qué sugerencias y líneas de intervención se pueden incluir en psicoterapia dentro del marco de abordaje de adherencia a tratamiento para la obesidad?

Se encontraron diversas líneas y sugerencias de intervención para los psicoterapeutas que no están limitadas únicamente a la pareja y su participación en el proceso bariátrico, sino que se amplió bastante el campo donde pueden accionar en todo lo involucrado a este proceso: la obesidad, las relaciones de pareja y al proceso bariátrico.

En lo que concierne a la obesidad, las líneas de acción del psicoterapeuta van orientadas a la intervención en los factores predisponentes que incluye la familia y los hábitos previos, pues la comprensión y entendimiento de cómo se fueron desencadenando los comportamientos y

fomentando la relación con la comida, adquirida desde las costumbres familiares, traen consigo una connotación emocional, social y cultural.

Otra es el abordaje de los factores detonantes y mantenedores como son las prácticas de alimentación y ausencia de actividad física, ciertos sucesos vitales que marcan cambios importantes en el modo de vida y llegan a promover malestar y estados emocionales que pueden ser causantes de un desajuste en el estilo de vida que promueve la obesidad.

Asimismo, cuando se tiene obesidad, el manejo de efectos que tiene sobre el cuerpo y la vida de la persona se vuelven objetivos de trabajo en el proceso psicoterapéutico respecto a los temas como imagen corporal, los estados emociones como ansiedad y depresión y los efectos sociales que trascienden más de lo que se cree pues estos se ven reflejados en forma de rechazo, retraimiento y acoso.

La adherencia a tratamiento es otra clave de trabajo en psicoterapia que no es exclusiva de un tratamiento como la cirugía bariátrica, sino que puede ser focalizada a cualquier tratamiento de la salud y orientado de forma profesional cuando se padece obesidad.

También, el campo del psicoterapeuta abarca la relación de pareja desde el plano individual. Aquí se puede ver incluido el favorecer componentes del amor que estén escasos o no sean funcionales (pasión, intimidad y/o compromiso), revisar los estilos de resolución de conflicto, buscando sobretodo propiciar resoluciones positivas y así, llevar también a que en la cirugía bariátrica la pareja pueda generar cuidados, comprensión hacia el proceso y dar un acompañamiento que influya de manera óptima a la adherencia, siendo consciente de los comportamientos desfavorables que pudieran incidir para que dificulten el proceso.

Y, concerniente a la cirugía bariátrica, el campo de acción del psicoterapeuta es amplio, se destaca sobretodo que en la etapa previa a la intervención, se tiene la formación para verse involucrado con la persona y revisar las opciones y elementos para la toma de decisión de un procedimiento tan complejo, y el abordaje de dos situaciones propias de iniciar un tratamiento nuevo: el miedo y la adaptación a la nueva forma de alimentación.

Para la etapa intraoperatoria, se replantea el momento de visita de hospital, pues pudiera ser de mayor relevancia para las personas en este proceso que la visita sea previa al ingreso al quirófano que es cuando se encuentra el mayor malestar emocional y, que de forma posterior, se esté en contacto con la persona para dar acompañamiento y verificar que este recibiendo los cuidados suficientes.

Para la etapa posterior a la cirugía y el seguimiento, son múltiples las líneas de acción que se tienen para el trabajo en psicoterapia: abonar en el proceso de adaptación, el manejo de situaciones sociales difíciles como la incomprensión, la crítica o la escasez de límites, favorecimiento de consciencia y autocuidado, adherencia a tratamiento, el abordaje del “pensamiento obesidad” y, no podemos dejar de lado una situación actual de amplio impacto al estilo de vida: la falta de adherencia como repercusión de la pandemia por COVID-19.

Se denotó que con esta población el nivel de seguimiento posterior a la cirugía bariátrica con el psicólogo fue bajo, a pesar de que es recomendado al menos el primer año después del procedimiento (Ríos y Fueyo, 2012). Esto nos marca que existe déficit en la aceptación de la participación del psicólogo o también que el papel que está teniendo no se esta reforzando por el equipo bariátrico, otra posible explicación es que se está quedando corto el abordaje psicoterapéutico, por lo mismo, se hace énfasis en que el psicólogo sea psicoterapeuta para que utilice las herramientas necesarias de intervención y pueda manejar un plano amplio de la relación con la comida y adherencia a tratamiento, pues, finalmente, se sabe que esta viene determinada por muchísimos elementos de la persona, entre ellos la familia, costumbres, estados emocionales y creencias centrales.

Me interesa contestar ahora la última pregunta de investigación: ¿Cómo los roles de género pueden estar relacionados al cuidado que da la pareja y cómo repercute a la adherencia al tratamiento para la obesidad en la persona?

Se confirma en este trabajo de investigación la presencia de roles de género en los cuidados. Como ampliamente ha sido estudiado “los cuidados son adjudicados a la familia y en ella, la

principal proveedora de ellos son las mujeres” (Enríquez, 2019a, p.183). En este estudio los entrevistados percibieron que efectivamente la mujer da más cuidados y el hombre menos, lo que incide en cómo cada uno vive la cirugía bariátrica. Esto representa que si un hombre elige la cirugía bariátrica, va a tener mayor grado de cuidados y por ende, el proceso podría verse facilitado, mientras que si la mujer es quien lleva este tratamiento, la dificultad en adherencia puede verse implícita ya que necesita realizar mayores conductas y cuidados que su pareja no va a facilitar.

Sin embargo, algo curioso se dejó ver en el caso de las mujeres, pues fueron quienes mayormente citaron a otras cuidadoras como facilitadoras en su proceso bariátrico, aunque su pareja estuvo presente, obtuvieron cuidados instrumentales, emocionales y cognitivos de parte de otras mujeres de su entorno: la mamá primordialmente y otras, como hermanas, compañeras de trabajo, la empleada doméstica o la cuñada.

Esto permite reforzar dos premisas: una, que los cuidados siguen abarcando a la mujer prioritariamente, lo que la coloca en una posición de desventaja pues implica mayor desgaste y esfuerzo cuando se es ella quien es paciente bariátrica y dos, los cuidados en el proceso bariátrico son fundamentales para poder llevarlo con la mayor adherencia, pues aunque la mujer pueda percibir carencia de su pareja, busca el apoyo de otras mujeres para poder complementarlo.

Existe también un tema a considerar que es el derecho de los cuidados. Partimos desde el supuesto más enunciado que dicta que “todas las personas deben tener el derecho a ser cuidadas y a cuidar con dignidad a través de la acción coordinada, equitativa y corresponsable del Estado, el mercado, las comunidades, los hogares y las personas” (OXFAM, 2019, p.15); pero a raíz de esta investigación surge la interrogante de si la pareja puede elegir no involucrarse y que sea esto respetado. Sobre todo se pone la mira en la feminización del cuidado, donde Enríquez (2014) acentúa a la mujer en el cuidado inclusive en los programas sociales de transferencias condicionadas: “pone en el centro las cualidades de lo femenino para el cuidado del otro y mantiene silencio ante la ausencia de responsabilidades de los

hombres” (p. 392), y esto suele ser un denominador común no sólo en este tipo de programas, sino en cualquier situación que implique vulnerabilidad.

Como se ha encontrado en los hallazgos, las mujeres suelen ser las cuidadoras principales en la cirugía bariátrica; lo que es bien sabido, además, es que esto ocurre en presencia de todos los demás papeles y situaciones a los que también necesita atender (cumplir deberes de madre, esposa, hija, trabajadora, autocuidado, etc.) por lo que se coloca aquí una postura en acuerdo con la de Fraga (2019) que promueve el derecho a cuidar y ser cuidado pero también a no cuidar, pues el cuidado justamente va dirigido a propiciar un bienestar que implica la interacción de ambas partes y, si ello va a repercutir en la alteración del cuidador o su desgaste, se considera válido que no participe o que disminuya dichos cuidados de acuerdo a sus posibilidades.

## **11.2 Discusión de hipótesis**

En un segundo apartado de estas conclusiones, busco revisitar las hipótesis generadas en un primer momento en base al estado del arte de la problemática y mi experiencia en el campo bariátrico, a continuación se formula la discusión sobre los resultados en comparativa con lo propuesto.

Una primer hipótesis propuesta fue que la pareja tenía un papel trascendental en el proceso bariátrico de una persona ya que influía en pensamientos, emociones y conductas con el otro a través de sus cuidados, en cómo este lo percibía y vinculaba; efectivamente, los datos propuestos nos permiten afirmar que la persona en el tratamiento bariátrico toma en consideración a la pareja como participante cercano dentro de su proceso a través de los cuidados, acompañamiento y comprensión que genera, le favorece tener comportamientos saludables que van en pro de lo indicado por el equipo bariátrico y las necesidades del cuerpo.

Sobre las hipótesis de cuáles cuidados van a ser a estar relacionados al proceso bariátrico por parte de la pareja, se infería que el principal sería el emocional, pero, los resultados nos permitieron darnos cuenta de que en realidad el primordial es el instrumental, donde la pareja

está al pendiente de las necesidades y vivencias que el otro tiene a lo largo del proceso. El cuidado emocional sí estuvo presente, reflejado a través de la comprensión y respeto hacia el nuevo estilo de vida, lo que dista de lo inferido en un primer momento donde se pensaba que este iba a ir más dirigido a muestras de afecto y aliento por posible malestar emocional y vulnerabilidad.

Lo que se observó fue que como las personas en este procedimiento presentan un alto grado de satisfacción con los rápidos resultados, los cuidados son más bien enfocados a los cambios constantes que se tienen que hacer, no realmente a un estado anímico complicado, pues el estado de vulnerabilidad se alcanza a ubicar solo en la etapa intraoperatoria.

Se esperaba también que el cuidado material y/o económico estuviera más presente en las mujeres por la distinción de género, donde el hombre podría tener el papel de proveedor, sin embargo, no fue así. Existió este tipo de cuidado pero de forma parcial y no como un apoyo que el otro no pudiera solventar, sino como una muestra de apoyo y acompañamiento al proceso, pues este cuidado se veía reflejado cuando la pareja le compraba algunos suplementos, pagaba la mensualidad del gimnasio, etc. El costo de la cirugía no fue asumido por ninguna pareja, ni hombre ni mujer. Este aspecto puede ser también explicado por el nivel socioeconómico de los entrevistados y el hecho que en todos los casos la persona con la cirugía bariátrica trabaja o trabajaba y fue éste el principal recurso del pago; sólo en dos casos, la mayor parte del costo fue cubierto por un seguro médico.

Se propuso la hipótesis de que si la percepción de cuidados llegaba a ser disonante, insuficiente o los cuidados eran restringidos, la adherencia a tratamiento podría verse obstaculizada; lo que se denota aquí es que no se obstaculizaba sino que más bien dificultaba el proceso, pero fue muy marcado que la primer línea para que la adherencia no existiera o bajara era en consecuencia de las conductas de la propia persona con el tratamiento como central, pues a pesar de que la pareja tuviera cuidados disonantes, la persona lo notaba como un factor desfavorable pero no trascendente para desechar su autocuidado.

Lo que sí se percibió en las personas donde la pareja tenía poca participación o podría mejorar es que sí argumentaban que si esos puntos mejoraran se potencializaría su adherencia pues esos puntos de ayuda y cuidados otorgarían mayor motivación y compromiso en su proceso.

Otra hipótesis que fue reafirmada es la presencia del rol de género en cuanto a los cuidados otorgados en la cirugía bariátrica, pues como se acaba de expresar en el apartado anterior y se mencionaba en hipótesis, las mujeres sí son las que proveen cuidados en mayor medida, si bien esto facilitaba al proceso de los hombres pues sus parejas estuvieron más al pendiente de sus necesidades, las mujeres por su parte tuvieron cuidados además de su pareja de otras mujeres como sus madres, hermanas, empleada doméstica y compañeras de trabajo. Se establecía además la influencia del amor romántico como limitante de expresar las necesidades si eso conllevaba a evocar conflictos, pero aquí no se vio ligado de esta manera, más bien, los casos donde las mujeres no comunicaron o pidieron cuidados a sus parejas, tenían que ver con la carencia de intimidad en sus relaciones.

En complemento de lo anterior, se pretendía afirmar que si ambos miembros de la pareja manejaban una ideología paritaria, favorecería a una comunicación más fluida y mayor satisfacción con los cuidados recibidos; lo que aquí se mostró fue que lo que facilitó la transacción de cuidados tuvo que ver con un tipo de amor consumado (Sternberg, 2000) que permitía tener la intimidad y compromiso con la pareja para que se vinculara esto de mayor forma.

Ahora, tomando en cuenta el papel del psicoterapeuta, se deducía que el trabajo tendría que ir dirigido hacia una comunicación asertiva, estrategias de afrontamiento funcionales, la inclusión de la pareja en la conceptualización de tratamiento; con los hallazgos presentados, el papel del psicoterapeuta sobrepasa estas expectativas pues como se describió el capítulo 10.3 “Campo de acción de la psicoterapia en la obesidad, pareja, proceso bariátrico y rol de género”, son múltiples los campos y tareas que se tienen en diferentes momentos de la persona que no sólo abarca el proceso bariátrico, pues antes del tratamiento, por lo que se pudo aprender aquí, se puede incidir en la obesidad y sus factores predisponentes, detonantes



y mantenedores, previniendo incluso llegar a un nivel de obesidad tan elevado que requiera tratamiento quirúrgico.

En cuanto a las técnicas o líneas de intervención, por los distintos ejes que se vieron expuestos, se hace la propuesta de practicar la psicoterapia desde el diálogo interdisciplinario (Moreno y Zohn, 2013) para el abordaje del proceso bariátrico. La justificación de esta propuesta es que el proceso de cirugía bariátrica es tan complejo y las problemáticas y situaciones alrededor de ello van a ser personales, sociales, laborales, familiares, etc. que hacen necesario que el psicoterapeuta pueda seleccionar y orientarse a modelos y teorías que lo acercan a las necesidades de cada persona con obesidad que va a ser intervenida, además, esta perspectiva promueve el diálogo con otras disciplinas para fomentar una comprensión más valiosa y completa.

Finalmente, la hipótesis central estaba enfocada a demostrar que si la pareja de una persona con cirugía bariátrica otorgaba cuidados suficientes y satisfactorios la adherencia sería favorable, y, si no, la adherencia disminuiría; lo que se destaca aquí es que el hecho de que la pareja otorgue o no cuidados suficientes influye en si el proceso de adherencia se facilita o dificulta y por lo tanto, los comportamientos de la pareja se pueden catalogar en factores favorables o desfavorables que complementan el proceso bariátrico.

Y, en cuanto al papel del psicoterapeuta, era central notar la trascendencia y su influencia a través de los cuidados, pensando que los que más se otorgaban eran los emocionales y cognitivos. Los hallazgos mostraron que los cuidados cognitivos fueron los que más percibieron y obtuvieron los entrevistados y, el impacto que generaron en adherencia a tratamiento fue favorable, al ser un elemento más de comprensión y posibilidad de generar alternativas para la adaptación al proceso bariátrico.

### **11.3 Mirada global de los hallazgos encontrados**

Este apartado hará alusión a otros hallazgos de importancia encontrados, que si bien no fueron enunciados en los objetivos de esta investigación, son lo suficientemente importantes

pues componen una mirada global de la problemática y además, son elementos que permiten tener una visión amplia para construir una práctica psicoterapéutica más precisa.

Iniciando por el tema de obesidad, se destaca que a pesar de que en algunos casos se presentó este padecimiento en la niñez, el incremento de peso tuvo que ver con la etapa adulta, principalmente por prácticas de alimentación como el consumo de los alimentos disponibles. Aquí me gustaría abrir un paréntesis pues repercute mucho la cultura y dinámica laboral del país donde los horarios de trabajo suelen ser excesivos al igual que la exigencia, se ha señalado a México como uno de los países con mayor carga horaria con un promedio de 44.9 horas semanales (OECD, 2019), por lo mismo, las prácticas de alimentación van a verse afectadas y en consecuencia la persona elige alimentos de lo más cercano, accesibles y de rápida preparación, lo que se traduce en comida rápida y de poco valor nutricional, esto es una problemática que no solo involucra las elecciones personales, sino también políticas laborales que deterioran la posibilidad de llevar una alimentación de calidad; otras prácticas es el consumo de sweets y grandes cantidades de comida; falta de actividad física es otro motivo; estados emocionales como ansiedad y la presencia de sucesos vitales como el matrimonio, cambio de ciudad, hijos, etc.; y, prácticas de pareja donde se da el incremento de peso en consecuencia a ciertas costumbres como comer fuera.

Además, las consecuencias de la obesidad repercuten totalmente en la cotidianidad de las personas, en primer lugar de forma fisiológica, por los efectos y desbalance que existe, vemos personas con obesidad cansadas, pero también con una importante afectación emocional por el deterioro en imagen y múltiples limitantes de vida y, además, cargan un impacto en el área social pues se comprueba que vivimos en un país obesogénico (promotor de la obesidad) pero a la vez con estigma hacia ella, pues las personas con obesidad llegan a tener rechazo y acoso por su condición, lo que genera un retraimiento, y, un elemento que mencionan como importante y que ocasiona gran discomfort es que tienen menos opciones de ropa, lo que ocasiona bastante incomodidad y no les permite una expresión más ajustada a ellos, lo cual repercute en su identidad.

Considero importante enfatizar que dentro de las causas y consecuencias de la obesidad, como se acaba de mostrar en hallazgos, el aspecto emocional tiene relevancia en ambas partes, por lo que es necesario incluir en la problematización de obesidad siempre una exploración dirigida hacia el estado emocional, psicopatología y estrategias de afrontamiento que la persona utiliza como recurso para la expresión emocional. Además, en la historia de obesidad, es fundamental indagar acontecimientos relevantes que generaron malestar emocional y notar la influencia en hábitos, pues se suele encontrar una relación que orienta a comprender el incremento de peso. Es aquí además donde ocurre un engarce con la notabilidad de incluir dentro del tratamiento a la psicoterapia como elemento congruente que permite atender estas necesidades.

Cabe resaltar también la vivencia de obesidad en el entorno social pues desde la percepción de rechazo hasta la dificultad de encontrar ropa a la medida, la persona con esta condición va cayendo en un campo de limitaciones, las cuales con frecuencia llevan también a malestar emocional, disminución del autoestima y autoeficacia y menor motivación, lo que a su vez puede generar la utilización de la comida como recurso de afrontamiento al malestar e impedir la baja de peso y autocuidado.

Se notaron también los esfuerzos previos de los entrevistados en tratamientos que fracasaron para la pérdida de peso y su mantenimiento y se obtiene que el ejercicio y un plan de alimentación no son suficientes, sobretodo por inconstancia de las personas en ellos, la insatisfacción con los métodos y el confort que se produce cuando ya van bajando de peso; con esto, se puede hacer hincapié en que la psicoterapia es clave conjunta de un tratamiento aún cuando no es considerada la cirugía bariátrica, pues puede incidir en la inconstancia y el confort post pérdida. En la actualidad, se recurre poco al psicoterapeuta para abordar problemáticas respecto al peso cuando tiene que ver con obesidad, pues se sigue viendo a las personas con este padecimiento como si tuvieran responsabilidad única y tuvieran que asumirlo con culpa, sin ayuda y con sacrificio, contraria a otras enfermedades donde sí se visualiza el apoyo psicológico como permitido.

Un dato interesante es que fueron en mayoría las mujeres quienes mencionaron otros tratamientos extra al ejercicio y los planes de alimentación, lo que refleja la mayor expectativa y exigencia de pérdida de peso en ellas; esto también genera un riesgo y podría explicar la razón de que los abandonen por insatisfacción, pues llegan a ser tratamientos muchas veces agresivos o demasiado difíciles para mantener a largo plazo.

Otro de los hallazgos que promueve la obesidad tuvo que ver con los hábitos que vienen de familia y se destacan dos: la preferencia de carbohidratos y comer de manera vasta. Éstos han sido notados como comunes y frecuentes en la familia mexicana y promueven una alimentación con una carencia de valor nutricional y exceso de calorías, pues suelen ser comidas de grandes cantidades pero con falta de ciertos grupos de alimentos como las verduras.

A la par, hay muchas prácticas alimenticias que los entrevistados tuvieron previo a la obesidad, entre ellas continuaron con grandes cantidades como lo hacían en familia previamente y la preferencia de carbohidratos se mantuvo, pero también se reflejó que comen por antojos, existe comer emocional y comidas premio y, como ya se mencionó, consumen lo disponible. Esto nos está reflejando una relación con la comida influida por estados emocionales como estrés y una vez más, abre campo a la intervención de la psicoterapia en obesidad.

Ahora, resaltando la relevancia de la cirugía bariátrica, se observó que este tratamiento genera cambios monumentales en los hábitos, empezando por las prácticas de alimentación, donde los entrevistados ahora elegían sus alimentos de forma consciente, comían menos y poco y además, realizaban de forma más constante actividad física.

La toma de decisión en la cirugía bariátrica se ve muy influida por los médicos al presentarles la realidad, riesgos y pronóstico grave de su condición a las personas con obesidad, lo que nos dice que antes de ese punto, este padecimiento no está siendo tomado en cuenta con toda su magnitud y riesgo, por lo mismo, la cirugía bariátrica suele ser vista como un tratamiento demasiado complejo, se percibe con temor y desaprobación pues parecería que

se mide como incongruente comparada con el significado de la obesidad, aunque, una vez que se concientiza sobre la problemática real, y después de que las personas ya experimentan la cirugía bariátrica, se nota una satisfacción completa ante el tratamiento.

Vale la pena resaltar la realidad sobre la cirugía bariátrica desde la experiencia y encuentros reales con ella desde los entrevistados. Efectivamente es un procedimiento complejo, donde se tienen dificultades ante la restricción de alimentos, vivencias como miedo, malestares posteriores a la intervención quirúrgica que suelen ser de duración corta y, se puede enfrentar incompreensión de otros por el nuevo estilo de vida y dificultades en la adaptación a todos los cambios necesarios; pero también los entrevistados han enlistado una serie de factores favorables que hacen contrapeso a dichas problemáticas y permiten un manejo y orientación al logro, de las más importantes fueron: tener autocuidado, tener en el procedimiento una valoración completa por parte del equipo bariátrico, tener cuidados suficientes por parte de la pareja, familia y equipo bariátrico.

Existen también factores desfavorables que ellos detectaron que obstaculizan la adherencia a tratamiento en el seguimiento, entre los principales están: tener elecciones hipercalóricas e inconscientes de la alimentación, comer antojos o por emociones, la inactividad física y descuidarse por confort.

Se hace especial mención de un fenómeno como factor desfavorable al que se le dio el nombre de “pensamiento obesidad”, este significa que no existe una congruencia entre la necesidad del tipo de alimentos recomendados y la cantidad que se puede ingerir con lo que se piensa, pues se percibe que se puede comer más o se tiene la sensación de que necesitan más y existe antojo sobre otras comidas, lo que genera un alto nivel de frustración, las personas argumentan que a pesar de haber cambiado en muchos aspectos, siendo la imagen corporal uno de ellos, siguen teniendo pensamiento “de gordo”, es decir, mismos pensamientos y necesidades que cuando tenían obesidad. Esto es importantísimo a atender, sobretodo con la presencia del psicoterapeuta para que la persona pueda estar ajustada en pensamientos, emociones y comportamientos a su condición y no se perciba desfragmentada.

Otro punto tiene que ver con la pandemia por COVID-19, donde se vio reflejado el cambio en el estilo de vida en los descuidos en la adherencia a tratamiento y por ello la atención y reestructuración de comportamientos y pensamientos se hace necesaria para abordarla.

Una gran oportunidad para los equipos bariátricos y profesionales de la salud que tratan la obesidad es el uso de la tecnología y la implementación de abordaje por este medio. Si bien la pandemia por COVID-19 promovió más los recursos tecnológicos para continuar con diversas actividades, falta explotar este medio para fines de adherencia y aprovechar las diversas herramientas que pueden utilizarse como complemento a las consultas e información otorgada, además de que vuelve más atractivo y genera una valía extra en los servicios, también limita a que las personas se encuentren con información falsa o de riesgo promovida por personas fuera del ámbito de salud, pues es una realidad que las personas ya están en la búsqueda de opciones digitalizadas y están entrando a un terreno escaso.

La propuesta respecto al aspecto de tecnología sería que los equipos de profesionales de salud incluyeran dentro de sus recursos para adherencia a tratamiento herramientas con el uso de la tecnología a los cuales las personas candidatas a cirugía bariátrica tengan acceso como complemento a su preparación, pero también puedan tener acceso posterior a la cirugía bariátrica a opciones y sugerencias de alimentos, platillos, entrenamientos, e información relativa a síntomas u otras experiencias que apoyen el proceso desde conocimiento confiable y válido.

Las opciones también para este apartado van desde generar contenido sobre la cirugía bariátrica, testimoniales, el diseño de apps y gadgets para fomentar el automonitoreo hasta consultas y seguimiento digitalizado que promueva la permanencia de las personas con cirugía bariátrica en contacto con los profesionales de la salud al ser éste un medio con mayor facilidad.

El gran señalamiento en este proceso bariátrico que dejan ver los entrevistados en sus narrativas es que para la adherencia al tratamiento en primer lugar esta el autocuidado y la

responsabilidad en los hábitos que practican lo que genera un acercamiento a los resultados esperados, y después los cuidados por parte de la pareja y del equipo bariátrico.

Este estudio tuvo una perspectiva de género importante, pues como ya se mencionó, se destacó que los cuidados son mayormente dados por las mujeres, pero también se incluyeron otras dos vertientes en este apartado. Una de ellas fue la expectativa hacia el cuerpo, y fue señalado por los entrevistados que existe mayor aceptación al cuerpo masculino (inclusive si tiene obesidad) y la delgadez en la mujer es esperada, lo que nos indica que se sigue promoviendo un estereotipo y orientación hacia la obtención de cierto tipo de cuerpo en la mujer; también se indagó sobre el rol de género en la cirugía bariátrica y se encontraron comentarios que apuntalan a que el proceso es más llevadero en los hombres, pero a la par, hay menos aceptación de este en ellos.

Estos datos son muy relevantes, pues ambos explican el porqué las cirugías bariátricas son elegidas hasta en un 83.2% por mujeres (Guilbert et al., 2019), uno, porque hay mayor exigencia a las mujeres en cuanto a la delgadez, lo que las orienta más a tomar la decisión a un tratamiento complejo y dos, porque aunque los hombres pudieran verse beneficiados, este método es criticado, pues se toma como un procedimiento estético, cuando, en realidad, es una cirugía de salud.

Se ubica a raíz de estos datos una problemática importante y pertinente a tomar en cuenta: la opción de este tratamiento está siendo desvalorizado por los hombres a consecuencia de los roles de género y además, se descarta por tantos mitos y minimización del verdadero impacto de la obesidad.

En el tema de pareja, se observó que los entrevistados perciben en sus relaciones de pareja buen nivel de cuidados, sobretodo emocionales e instrumentales. Se identificó que la existencia de conflictos es variada pero los tipos de resoluciones se encuentran entre dos estilos: resolución positiva y estilo de evasión. El estilo de resolución positiva es el que predomina y promueve diálogo y acuerdos, pero, en las parejas con estilo de evasión se observan conductas de mayor individualidad y poca resolución que puede estar minando la

calidad en pareja, además, esto es congruente con la carencia en un componente de amor: la intimidad, y además, en los casos en que esto se presentaba había menor implicación de cuidados en la cirugía bariátrica por parte de la pareja, lo que resalta la importancia del vínculo en pareja y la implicación para la participación en el proceso, notando que puede ser más difícil. Inclusive, se han encontrado estudios donde a raíz de la cirugía bariátrica, existe una mayor incidencia de separaciones y divorcios en relaciones que ya venían desgastadas (Bruze et al., 2018).

La buena noticia es que los cambios en las relaciones de pareja también pueden mejorar, en este estudio, un dato importante es que existieron cambios positivos en algunas relaciones de pareja, sobretodo refirieron una mejora en la pasión, en la intimidad y en los cuidados que se dan el uno al otro, lo que es congruente con una investigación de Pories et al. (2016) que afirma que para mantener una relación de pareja sana es importante que el proceso bariátrico se viva en conjunto; estos datos son congruentes con esta investigación que notaba que cuando se vive de forma acompañada el proceso, se ve como favorable.

Además, se notó también en los hallazgos una diferencia en la relación de pareja respecto a la comunicación en hábitos, alimentación, estilo de vida, peso y obesidad antes y después de la cirugía. Previo a la cirugía, la pareja minimizaba el peso del entrevistado o señalaba su obesidad como peligrosa para la salud, con un acercamiento limitado a este tema, sin embargo, después de la cirugía bariátrica, se denota en las narrativas de los entrevistados como ya es posible hablar del tema, de los cuidados, de las dificultades y necesidades, del peso y de consecuencias. Es decir, entre las parejas es muy común encontrar el tema de obesidad como tabú y el proceso de cirugía bariátrica abre la puerta a la desmitificación de ella y la puesta en marcha de comunicación dirigida al estilo de vida y salud física, e, inclusive, salud mental.

A raíz de todos los hallazgos, conclusiones y perspectivas, se puede sugerir que la inclusión de la pareja es adecuada en el proceso bariátrico de una persona. Puntualmente, puede ser incluida en sesiones de psicoterapia donde se trabaje en conjunto para favorecer los comportamientos que se señalaron aquí son benéficos para adherencia a tratamiento, pero



también se de la oportunidad de abordar los conflictos y situaciones tanto de pareja como referentes al cuidado bariátrico o conductas de alimentación que sabotean la implicación a las indicaciones. Cabe destacar que el que la pareja comprenda el proceso bariátrico también es relevante para que se dicte un cuidado mayormente dirigido a las necesidades y sea adecuado, por lo que no se limita la integración a ciertas sesiones de psicoterapia, sino que también se promueve a la participación con el cirujano bariátra o nutricionista.

Se abre también la alternativa a otros miembros de la familia a participar en algunas sesiones en el proceso bariátrico pues tienen incidencia finalmente en los cuidados que otorgan. Sobre todo lo que se destacó en esta investigación: mujeres que cuidan mujeres con cirugía bariátrica, pues sus cuidados son esenciales en facilitar la adherencia, por lo que no se limita la participación únicamente a la pareja, sino al contrario, conviene ampliarla a las fuentes de apoyo más representativas para la persona.

Por otro lado, a lo largo de estos hallazgos y conclusiones, se han podido dar cuenta de la problemática de adherencia al tratamiento desde una mirada individual y de pareja, pero es indispensable señalar el efecto social y cultural que se tiene de manera muy marcada en la obesidad y el proceso bariátrico, que si bien no fueron hallazgos propios de esta investigación, si repercuten en la problemática:

- El ideal del cuerpo, que en nuestro país se orienta a la delgadez como símbolo de mayores beneficios (Bertrán Vilà, 2010) es un factor que en una persona con obesidad va a repercutir en consecuencias emocionales y conductuales que la pueden poner en riesgo. Asimismo, puede incidir en la exigencia que la persona en el proceso bariátrico tiene hacia sí mismo y puede ocasionarle frustración al no poder ella cumplir o llegar a una imagen que se equipare con los estándares sociales que se promocionan como adecuados.
- Los patrones de alimentación en México, donde últimamente predominan las opciones y el consumo de productos empaquetados van a tener consecuencias en

cualquier tratamiento de obesidad, pues el acceso y costumbre de elegir estos productos implica facilidad y confort.

- La industria alimentaria y la publicidad que genera determina y guía en muchos casos a la población respecto a sus elecciones de comida, la desventaja es que el enfoque que se tiene no sugiere calidad, sino que el objetivo en producción tiene que ver más con cantidad y comercialización exitosa, lo que va a implicar productos como sugiere Téllez (2019) con muchos ingredientes en exceso nocivos para la salud.
- La cultura del comer dicta mucho la elección de comida. La población mexicana tiene muy marcada la inclusión de la comida por placer además de ser eje en las celebraciones con comidas vastas.
- La seguridad alimentaria del país que implica acceso y disponibilidad a la comida va a estar determinada por la economía, la pandemia por COVID-19 actualmente y otros factores que también van a incidir de forma individual en el buen comer.
- Los programas de intervención gubernamentales dirigidos a la prevención de obesidad y a su tratamiento influyen en las oportunidades que se tienen para manejar propiamente esta enfermedad. Actualmente se notan carentes pues no hay acceso suficiente, prolongado o consistente para las personas con esta enfermedad, por lo que sigue incrementando el porcentaje de personas con esta condición.

Para finalizar este apartado, me gustaría expresar algunas consideraciones personales sobre los hallazgos encontrados. Uno de los datos más importante aquí mencionado es que la pareja sí tiene trascendencia en el proceso bariátrico y la adherencia a tratamiento, y noto que para tomar en cuenta los cuidados y su papel, mi formación, preparación y experiencia como psicoterapeuta permitieron formular preguntas adecuadas orientadas al análisis y esquematización de la relación entre la cirugía bariátrica y la pareja. Comparto también que mi motivación por este tema surgió precisamente en la práctica clínica cotidiana, observando cómo las personas con cirugía bariátrica llegaban a tener tantas vivencias donde la pareja

participaba, a veces vivencias de abandono y rechazo o en ocasiones de motivación y fortaleza, que resultaban al final en pensamientos, emociones y comportamientos en pro o contra de su adherencia.

El ser psicoterapeuta definitivamente apuntaló para obtener datos significativos, pero también me dejó con bastantes reflexiones sobre las acomodaciones e inclusiones necesarias para mejorar mi práctica a través de los resultados obtenidos. Me doy cuenta sobretodo que la obesidad necesita ser vista de forma mucho más compleja, para entonces poder ofrecer un tratamiento completo, lleno y nutrido, y sobretodo, un tratamiento funcional.

#### **11.4 Reflexión metodológica**

La metodología utilizada en el presente estudio permitió conocer de forma amplia la experiencia, significados y variables implicadas en todo el proceso bariátrico, pero sobretodo brindó la oportunidad de formular teoría a través de las narraciones de los entrevistados.

Sin embargo, también se alcanzan a notar ciertas limitaciones en los alcances de la teoría formulada y los hallazgos encontrados. Uno de ellos tiene que ver con el nivel socioeconómico, pues, al ser los entrevistados pertenecientes a clínicas privadas, el nivel encontrado fue predominantemente medio o medio-alto, por lo que se delimitó a este estrato y se carece de información y otras percepciones de niveles más bajos que podrían enriquecer o diferenciar el panorama de la obesidad, las relaciones de pareja y las vivencias de la cirugía bariátrica.

Otra limitante tiene que ver con la cantidad de entrevistados, es posible que si se reunieran más participantes e inclusive de otras localidades se podría generar mayor detalle de las vivencias y recabar otras formas de prácticas en las intervenciones tanto del equipo bariátrico como del psicólogo.

Finalmente, si bien los estudios de corte cualitativos nos permiten ampliar significados, un estudio cuantitativo podría medir el grado de adherencia a tratamiento en relación con los

cuidados de la pareja, por lo que esta investigación carece de medición con datos concretos que pudieran expresar de forma cuantificable la influencia entre éstas dos variables.

### **11.5 Propuestas en política de salud pública y salud mental**

En base a los hallazgos generados por esta investigación, fueron identificados diversos puntos que no sólo implican el trabajo personal o del equipo de profesionales de la salud para su mejora e implementación, sino que a nivel macrosocial tienen que ser considerados para fomentar un impacto significativo real en la pandemia del siglo XXI: la obesidad. En base a lo anterior, se enlistan diferentes propuestas fundamentadas por los hallazgos de este trabajo en la materia de salud pública y mental:

- Establecimiento de horarios y cargas de trabajo funcionales. Como se destacó en los hallazgos respecto a motivos de obesidad, una práctica de alimentación recurrente es el consumo de lo disponible debido a las exigencias y horarios laborales disfuncionales. México cuenta con una de las cargas laborales más excesivas (OECD, 2019) y recordemos que en la obesidad común, Quiroga-de Michelena (2017) señala a las situaciones laborales como uno de los motores a impulsar la compra de comida chatarra. Por lo que vale la pena delimitar en el campo laboral a horarios justos que incluyan tiempos de comida dignos y limiten el desgaste emocional y físico que en consecuencia tiene efecto en el sueño o posibilidad de realizar actividad física.
- Promoción y acceso a alimentación saludable. El ambiente obesogénico en el que se encuentra nuestro país influye en gran medida las compras y prácticas alimentarias. Ibarra (2016) menciona que el alto consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio ha incrementado a diferencia de la alimentación tradicional que se tenían antes. Por lo que se puntualiza como tarea para las agencias nacionales y gubernamentales implementar políticas y servicios en alimentación y nutrición que orienten a un consumo de alimentos saludables, sobretodo con acceso a ello.

- Campañas de concientización sobre la obesidad como enfermedad, su pronóstico y opciones de tratamiento completas. El hecho de que los participantes de esta investigación subestimaran la gravedad de la obesidad como enfermedad para llegar o cumplir un tratamiento habla de la poca perspectiva de realidad que se tiene sobre esta condición. Sería indicado la promoción de campañas donde se llevara a conocer el significado amplio de la obesidad con todos sus alcances y fortalecer las opciones de tratamiento, sobretodo desde los primeros tipos de obesidad que suelen ser ignorados por las personas, pues se atienden en tipos o grados mucho más elevados que suponen ya un riesgo para la salud y costos excesivos para el sistema de salud.
- Implementación de psicoterapia como parte del tratamiento a la obesidad. Se pudo resaltar a lo largo de esta investigación el lugar tan importante que tienen los factores emocionales y sociales en la obesidad como causa y consecuencia. Sin embargo, los tratamientos han sido enfocados sólo a la disminución de ingesta calórica y recomendaciones de actividad física, dejando de lado tratamientos que aborden la salud mental, lo que explica que a largo plazo exista gran deserción en los tratamientos y reganancia de peso. La psicoterapia es presentada aquí como una herramienta de cuidados cognitivos y emocionales muy valiosa para fomentar adherencia a tratamiento y estrategias de afrontamiento a situaciones propios de cambiar estilos de vida y claro, de manejar situaciones problemáticas que obstaculizan éstos cambios, abarcando la relación con la comida, que, como ya se vio, tiene un componente sumamente emocional.
- Respeto y reforzamiento al papel del psicólogo en la cirugía bariátrica. El primer contacto de las personas interesadas por la cirugía bariátrica en las clínicas privadas en México suele ser el cirujano bariátra y tiene una relevancia bastante marcada en la forma en que llevan el tratamiento posteriormente. Inclusive, como se mencionó en los hallazgos de esta investigación, es una parte fundamental para que la persona tome la decisión de operarse. Por ello, la presentación e importancia que señale el cirujano bariátra sobre la valoración y el seguimiento con el psicólogo influye mucho en la perspectiva e interés que la persona posteriormente otorga, por lo que es fundamental

que el psicólogo tenga un papel determinado y sus opiniones profesionales sean respetadas. De esta manera, se promueve la relevancia de su trabajo y se abre el canal de comunicación y trabajo de manera más eficiente y adecuada, tanto con la persona a ser intervenida como con los demás integrantes del equipo bariátrico.

### **11.6 Propuesta de estudios a llevar a cabo**

Con los hallazgos e información reunida en este estudio, se hace la propuesta de distintos ejes a llevar a cabo como investigaciones siguientes, pues permitirían fortalecer el conocimiento en el campo de la cirugía bariátrica:

Los cuidados de la pareja y del equipo bariátrico favorecen a la adherencia a tratamiento, pero no impactan de manera primordial sobre adherencia; ese factor sigue siendo el autocuidado. Este hallazgo permite esbozar una línea de investigación importante que es la relación que se tiene en autocuidado, desde la concepción cultural (donde en México existen opiniones donde el ver por uno mismo es egoísta y se fomenta la atención hacia los otros) hasta las dificultades personales para llevarlo a cabo y denotar qué lo obstaculiza, pues a su vez esto impacta en la adherencia a un tratamiento.

Otra propuesta implica estudios de corte mixto que incluya un diseño cualitativo y cuantitativo referente a la medición de adherencia a tratamiento y variables que participan en ella. De esta manera se podrá cuantificar el nivel de adherencia a través de instrumentos de medición con los factores que los entrevistados perciben que inciden en su tratamiento por parte de su pareja, familia y equipo bariátrico incluido el psicólogo.

Otra inclusión que se realiza como propuesta es la de generar una investigación que incluya las características específicas de la relación previo a la cirugía bariátrica, es decir, antecedentes relevantes donde se pueda ver la evolución de la pareja y la relación que ello pueda tener con los cuidados que otorgan.

Como veta de investigación, vale la pena también indagar sobre las vivencias que tiene la pareja de una persona que se somete a cirugía bariátrica, pues conocer su percepción, experiencias y significados al acompañar podrían promover un entendimiento sobre sus necesidades, carencias y oportunidades en su inclusión. Asimismo, explorar los derechos del cuidado, responder a la pregunta; ¿la pareja tiene alternativa en aceptar involucrarse o no en el cuidado? es una interrogante con dificultad en su respuesta donde posiblemente los miembros de la pareja puedan estar debatiendo y exista conflicto en su decisión o imposición de participación.

Una propuesta interesante para conocer puntos clave de experiencias en cirugía bariátrica respecto a los cuidados y adherencia a tratamiento es la obtención de narrativas a través de la entrevista cruzada, ya que de este modo se tendrían datos y vivencias construidas en conjunto que ampliarían la visión de dinámica en pareja.

Por otro lado, incluir también los antecedentes de psicopatología de las personas que atraviesan por cirugía bariátrica y tomarlos como factor de adherencia al tratamiento puede proporcionar hallazgos interesantes que sumen al campo de salud mental y pueda proporcionar propuestas adecuadas para su manejo y mejora de pronóstico.

Una siguiente línea van encaminadas a los objetivos de este estudio pero ampliar e incluir a otros niveles socioeconómicos e inclusive hacer una comparativa; se piensa relevante también notar si existen diferencias o similitudes de las vivencias de la cirugía bariátrica en clínicas privadas en contraste con clínicas de acceso público como el seguro social o el hospital civil.

Y por último, citando el estudio de Larrad y Sánchez-Cabezudo (2004) donde hacen hincapié que para demostrar el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo se tiene que hacer una medición del exceso de peso perdido a los 5 años; se piensa que es una consideración pertinente y sustancial hacer un seguimiento en dicho plazo a los mismos entrevistados de esta investigación, pues se podría obtener información que permita notar los cuidados de pareja y del equipo bariátrico incluido el psicólogo que influyeron para el mantenimiento de

peso, o en caso contrario, en la reganancia de peso, por lo que la sugerencia es la realización de estudios diacrónicos para notar y puntualizar los cuidados favorables o desfavorables que influyen en la adherencia a tratamiento a largo plazo en tratamiento por obesidad con cirugía bariátrica.



## Referencias bibliográficas

- Arias-Galicia, F. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: Análisis de su Confiabilidad y Validez en una Muestra de Supervisores Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (1), 67-92.
- Ariza, M. y de Oliveira, O. (1999). Escenarios contrastantes: patrones de formación familiar en el Caribe y Europa occidental. *Estudios Sociológicos*, 27(51), 815-836.
- Ariza, M., y de Oliveira, O. (1997). Formación y dinámica familiar en México, Centroamérica y El Caribe. *Ibero-amerikanisches Archiv*, 23(1/2), Neue Folge, 27-44. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/43392750>
- Asociación Argentina de Cirugía. (2019). *Cirugía Bariátrica y Metabólica. Consenso Intersocietario*.
- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R., y Rabito-Alcón, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-14. doi: 10.5093/cc2020a1
- Baqar, A. y Husaini (1990). Social support and depression among the black and white elderly. *Journal of Community Psychology* 18(1), 12-18.
- Bautista-Díaz, M., Márquez, A., Ortega-Andrade, N., García, R., y Álvarez, G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133.
- Bertrán Vilà, M. (2007). *Alimentación, cultura y salud en la ciudad de México*. (Para obtener grado de doctor). Universidad de Barcelona.
- Bertrán Vilà, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 20(2), 387-411. doi: 10.1590/s0103-73312010000200004
- Bickel, G., Nord, M., Price, C., Hamilton, W., y Cook, J. (2000). *Guide to measuring household food security* [Ebook]. Alexandria: Department of Agriculture, food and nutrition service.
- Brake, E. (2012). *Minimizing marriage*. Oxford: Oxford University Press.
- Bruze, G., Holmin, T., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., y Näslund, I. et al. (2018). Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status. *JAMA Surgery*, 153(7), 654. doi: 10.1001/jamasurg.2018.0215

- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., et al. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 292, 1724-1737.
- Cabello, M. y Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IV(8),82-104.
- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., y Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica [Gender differences in patients with morbid obesity candidates for bariatric surgery]. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 20(3), 189-198. doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15892
- Candelaria, M., García, I. y Estrada, B.D. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 32-39. doi: 10.1016/j.rmta.2016.02.002.
- Casey, P., Szeto, K., Lensing, S., Bogle, M., y Weber, J. (2001). Children in Food-Insufficient, Low-Income Families. *Archives Of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 155(4), 508. doi: 10.1001/archpedi.155.4.508
- Castillo, A. (2019). Intimidación y roles de género en las relaciones de pareja heterosexuales adultas: una revisión de literatura. En A. Cuevas, *Intimidación y relaciones de pareja: exploraciones de un campo de investigación* (1ra ed.). Guadalajara: Juan Pablos editor.
- Castillo, R., Vanega, S., y Sosa, M. (2018). Expresión de ira, satisfacción en la relación de pareja y bienestar psicológico. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 21(3), 1006-1018.
- Christakis, N., y Fowler, J. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New Engande Journal Of Medicine*, 357(4), 370-379. doi: 10.1056/nejmsa066082
- Code, L., Mullett, S., y Overall, C. (1988). *Feminist perspectives*. Toronto: Univ. of Toronto Press.

- Collins, L. y Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073.
- Collins, N., Ford, M. B., Guichard, A. C. y Allard, L. M. (2006). Working Models of Attachment and Attribution Processes in Intimate Relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2), 201-219.
- Consejo de Salubridad General. (2008). *Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida* [Ebook] (pp. 1-16). Ciudad de México: Gobierno Federal. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/051\\_GPC\\_CirugiaBariatricaAdultos/IMSS\\_051\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/051_GPC_CirugiaBariatricaAdultos/IMSS_051_08_GRR.pdf)
- Cordella M, Patricia. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (dsm-iv)? *Revista chilena de nutrición*, 35(3), 181-187. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000300003>
- Cordella, P. (2015). Fatorexia: La negación del sobrepeso. *Revista Mensual de Red de Salud UC Christus*, 40, 6-7.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G., y Nigh, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región Y Sociedad*, 25(57), 165-202. doi: 10.22198/rys.2013.57.a115
- Cruzat-Mandich, C., Díaz, F., García, A., y Díaz, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 10(1), 95-108.
- Cuevas, A. (2019). Conyugalidad e intimidad en América Latina: un panorama regional. En A. Cuevas, *Intimidad y relaciones de pareja: exploraciones de un campo de investigación* (1ra ed.). Guadalajara: Juan Pablos Editor.
- Dinour, L., Bergen, D., y Yeh, M. (2007). The Food Insecurity–Obesity Paradox: A Review of the Literature and the Role Food Stamps May Play. *Journal Of The American Dietetic Association*, 107(11), 1952-1961. doi: 10.1016/j.jada.2007.08.006
- Ellis, J., Macknight, M., Wilinon, J. (2006). Obesity surgery in England: an examination of health episode statistics 1996– 2005. *Obes Surg*, 17(3): 400-5.

- Elvin, W. L., Ferguson, M., y Collins, P. F. (2018). Nutritional monitoring of patients post-bariatric surgery: implications for smartphone applications. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31(1), 141–148. <https://doi-org.ezproxy.iteso.mx/10.1111/jhn.12492>
- Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cadernos De Pesquisa*, 44(152), 378-399.
- Enríquez, R. (2019a) El cuidado mutuo en las parejas heterosexuales adultas y adultas mayores contemporáneas: Hacia una caracterización de los debates. En A. Cuevas, *Intimidad y relaciones de pareja: exploraciones de un campo de investigación* (1ra ed., pp. 181- 236). Guadalajara: Juan Pablos Editor.
- Enríquez, R. (2019b). Las entrevistas a profundidad en el análisis de fenómenos psicosociales. En T. Zohn, E. Casillas y S. Cervantes, *Entrevistar en psicología* (1ra ed., pp. 211- 231). Guadalajara, Puebla: ITESO, Universidad Iberoamericana Puebla.
- Espinet-Coll, E., Nebreda-Durán, J., Gómez-Valero, J., Muñoz-Navas, M., Pujol-Gebelli, J., Vila-Lolo, C., Martínez-Gómez, A., y Creix-Comamala, A. (2012). Técnicas endoscópicas actuales en el tratamiento de la obesidad. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(2), 72-87. <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082012000200006>
- Espinet-Coll, E., López-Nava, G., Nebreda, J., Marro-López, C., Turró, R., López-Jamar, J., y Muñoz-Navas, M. (2018). Documento Español de Consenso en Endoscopia Bariátrica. Parte 1. Consideraciones generales. *REV ESP ENFERM DIG*, 110(6), 386-399.
- Esquivias, H., Reséndiz, A., García, F., y Elías, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud Mental*, 39(3), 165-173.
- Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972-994.
- Ferraro, A., y Gancedo, M. (2020). Cirugía Bariátrica. *Separata*, 28(2), 1-44.
- Ferrer-Márquez, M., Pomares-Callejón, M., Fernández-Agis, I., Belda-Lozano, R., Vidaña-Márquez, E., y Soriano-Maldonado, A. (2017). Satisfacción sexual tras cirugía

- bariátrica: estudio observacional prospectivo. *Cirugía Española*, 95(9), 521-528. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.08.013
- Ferrer, C., y Cruz, C. (2017). La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes chilenos. *Psiquiatría Y Salud Mental*, 34(3/4), 179-191.
- Fletcher, G., Simpson, J., Thomas, G., y Giles, L. (1999). Ideals in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, (1), 72-89.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ra ed.). España: Ediciones Morata y Fundación Paideia Galiza.
- Flores, M. (2016). Perspectiva antropológica de los trastornos de la alimentación: el caso del atracón. *Estudios Sociales*, 47, 113-141.
- Forbes. (2018). Para 2030, el 40% de los adultos en México sufrirán de obesidad. Recuperado el 17 de mayo de 2021, de <https://www.forbes.com.mx/para-2030-40-de-los-adultos-en-mexico-sufriran-de-obesidad/>
- Fraga, C. (2019). Cuidados y desigualdades en México: Una lectura conceptual. En OXFAM, *Trabajo de cuidados y desigualdad* (pp. 19-64). Ciudad de México: OXFAM.
- Fuentes, S. (2018). Cartografía del cuerpo. Recuperado el 27 de mayo de 2020, de <https://ichan.ciesas.edu.mx/puntos-de-encuentro-anteriores/cartografia-del-cuerpo/>
- Garaulet, M., Puy, M., Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R., y Moreno, M. (2008). Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 14(3), 150-155.
- García, F., Ruvalcaba, J., Porta, M., Yugoeslavia, A., y Guzmán, R. (2020). Adherencia al tratamiento en personas con sobrepeso y obesidad: análisis desde el modelo de Bronfenbrenner. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 2(1), 127-138.
- Garzón-Segura, A. M. (2015). El papel del género en la psicología: una revisión desde la investigación e intervención psicológica. (Documento de docencia No. 12). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/greylit.1276>
- Ghanbari Jolfaei, A., Lotfi, T., Pazouki, A., Mazaheri Meybod, A., Soheilipour, F., y Jesmi, F. (2016). Comparison between marital satisfaction and self-esteem before and after bariatric surgery in patients with obesity. *Iranian Journal Of Psychiatry And Behavioral Sciences*, 10(3). doi: 10.17795/ijpbs-2445

- Gilmartin, J., Bath-Hextall, F., Maclean, J., Stanton, W., y Soldin, M. (2016). Quality of life among adults following body contouring surgery after bariatric surgery: a systematic review protocol. *JBIR Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports*, 12(7), 240-270. doi: 10.11124/jbisrir-2014-1442
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. y Gómez-López, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051022>
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J. y Gómez-Lopez, J. (2012). Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 28(1), 303-312. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161032>
- Gómez, A. (2012). Cirugía Bariátrica. *Farmacia Profesional*, 26(2), 45-51.
- Graham, Y., Hayes, C., Mahawar, K., Small, P., Attala, A., y Seymour, K. et al. (2017). Ascertaining the Place of Social Media and Technology for Bariatric Patient Support: What Do Allied Health Practitioners Think?. *Obesity Surgery*, 27(7), 1691-1696. doi: 10.1007/s11695-016-2527-z
- Griebing TL. (2014) Bigger is not always better: The effect of obesity on sexual satisfaction and behavior of adult men in the United States. *J Urol*, 191, 1843.
- Guilbert, L., Joo, P., Ortiz, C., Sepúlveda, E., Alabi, F., y León, A. et al. (2019). Seguridad y eficacia de la cirugía bariátrica en México: análisis detallado de 500 cirugías en un centro de alto volumen. *Revista De Gastroenterología De México*, 84(3), 296-302. doi: 10.1016/j.rgmx.2018.05.002
- Guzmán, J., Huenchuan, S., Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL 9 al 12 de diciembre, Santiago de Chile. P. 35-70
- Guzmán, M., Del Castillo, A., y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. Morales, *Obesidad: un enfoque multidisciplinario* (1ra ed., pp. 201-218). Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Hafner, J. (1991). Morbid obesity: effects on the marital system of weight loss after gastric restriction. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 56(3), 162-166. doi: 10.1159/000288550
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holt A. y Lyness, KP. (2007) Body image and sexual satisfaction: Implications for couple therapy. *J Couple Relatsh Ther*, 6, 45–68.
- Holub, S., Tan, C. y Patel, S. (2011). Factors associated with mother's obesity stigma and young children's weight stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(3), 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.02.006>.
- Ibarra, L. (2016). Review: Transición Alimentaria en México. *Razón y Palabra*, 20(94),162-179.[fecha de Consulta 27 de mayo de 2020]. ISSN: 1605-4806. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1995/199547464012>
- INEGI. (2018a). *Encuesta de Nacional y Nutrición 2018* (p. 40). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- INEGI. (2018b). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. Recuperado el 3 de mayo de 2020, de <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html>
- INEGI. (2019). *Mujeres y hombres en México 2019* [Ebook] (pp. 1-267). Ciudad de México: INMUJERES. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2019.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf)
- INEGI. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad (12 de noviembre)*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP\\_Obesidad20.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf)
- James, W. (1963). El hábito. En *Compendio de psicología* (3rd ed.). Buenos Aires: Emecé editores.

- Jiménez, B. D., Rodríguez, M. A., y Jiménez, R. R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 21. Obtenido de Scielo.
- Kim, H. K., Hisata, M., Kai, I., y Lee, S. K. (2000). Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of cross-cultural gerontology*, 15(4), 331–347. <https://doi.org/10.1023/a:1006765300028>
- Kurdek, L.A. (1994). Conflict Resolution Styles in Gay, Lesbian, Heterosexual Nonparent and Heterosexual parental couples. *Journal of Marriage and Family*, 56 (3), 705-722.
- La malnutrición. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448198867.pdf>
- Lagos, A. (2021). La epidemia crónica de México: la obesidad y el sobrepeso se agravan durante la pandemia. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/mexico/2021-03-19/la-epidemia-cronica-de-mexico-la-obesidad-y-el-sobrepeso-se-agravan-durante-la-pandemia.html>
- 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. doi: 10.1016/s0009-739x(04)72326-x
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo* (1st ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F., y Moore, C. (2015b). Significados y vivencias en pacientes adultos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(2), 77-85. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200002>
- Lecaros, J., Cruzat, C., Díaz, F., y Moore, C. (2015a). Cirugía Bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1504-1512.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M., Martínez-de-Icaya, P., Martí, A., y Salvador, J. et al. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología, Diabetes Y Nutrición*, 64, 15-22. doi: 10.1016/j.endonu.2016.07.002
- Leija, G., Peláez, V., Pérez, E., Pablo, R., Orea, A., y Domínguez, B. (2019). Factores cognitivos productivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 10(1), 85-94.



- Leiva, M., Cruz, M., Díaz, P., Barros, C., Assadi, V., y Cortés, S. et al. (2020). Manejo psicológico del paciente sometido a cirugía bariátrica. Consenso Núcleo de Psicólogos de Cirugía de la Obesidad de Chile. *Revista Médica Chile*, 128, 518-527.
- León R., T., Zumaeta V., A., y Ruiz P., S. (2017). La compleja relación entre la salud mental y la cirugía para la obesidad: una revisión. *Revista Chilena De Cirugía*, 69(2), 174-180. doi: 10.1016/j.rchic.2016.08.001
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., et al. (2012) Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg*, 22, 70-89.
- López de Roda, A., y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psichothema*, 13(1), 17-23.
- López-Villalta, M., y Soto, A. (2010). Actualización en obesidad. *Cad Aten Primaria*, 17, 101-107.
- López, F., Gómez-Zapiain, J. y Apodaka, P. (1994). Historia familiar y de apego, estilo educativo, empatía y estilo de apego actual, como mediadores del grado de satisfacción en las relaciones generales, la comunicación afectiva y la actividad sexual de la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*(28/29), 19-34.
- López, N. (2018). *Predisposición genética a la obesidad y conductas de prevención en edad temprana. Análisis comparativo en escolares españoles y mexicanos.* (Para obtener grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid.
- López, O. (2013). Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 16(4), 1303-1312.
- Luna, U., Haro, S., Uriostegui, L., Barajas, T., y Rosas, D. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar*, 24(3), 116-120. doi: 10.22201/facmed.14058871p.2017.3.61004
- Lutz, B. (2006). El cuerpo: sus usos y representaciones en la modernidad. *Convergencia*, (41), 215-222.
- Lyon, H. y Hirschhorn, J. (2005). Genetics of common forms of obesity: a brief overview. *Am J Clin Nutrition*, 82(21), 5S-7S.
- Maluenda, F. (2012). Cirugía bariátrica. *REV MED CLIN CONDES*, 23(2), 180-188.

- Mangieri, C., Johnson, R., Sweeney, L., Choi, Y., y Wood, J. (2019). Mobile health applications enhance weight loss efficacy following bariatric surgery. *Obesity Research y Clinical Practice*, 13(2), 176-179. doi: 10.1016/j.orcp.2019.01.004
- Martos, M., Pozo, C., y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín De Psicología*, 93, 59-77.
- Massé, M. (2017). La mujer y el cuidado de la vida. Comprensión histórica y perspectivas de futuro. *Cuadernos De Bioética*, 28(3), 291-301.
- Mayo Clinic. (s.f.) Cirugía Bariátrica. Recuperado el 21 de marzo de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bariatric-surgery/about/pac-20394258>
- Menéndez, I. (2007). *Alimentación emocional*. Debolsillo.
- Mensorio, M., y Costa-Júnior, Á. (2016). Intervención psicológica a candidatos de cirugía bariátrica en un hospital público de Brasil. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(1), 120-127. doi: 10.17843/rpmesp.2016.331.1941
- Milhausen, RR., Buchholz, AC., Opperman, EA. y Benson, LE. (2015) Relationships between body image, body composition, sexual functioning, and sexual satisfaction among heterosexual young adults. *Arch Sex Behav*, 44, 1621–33.
- Ministerio de Planeación De Chile. (s/f). Guía para la reflexividad y el autocuidado, dirigido a profesionales y educadores de equipos psicosociales de los programas del sistema de protección social Chile Solidario Chile.
- Molina, C., Cifuentes, G., Martínez, C., Mancilla, R., y Díaz, E. (2016). Disminución de la grasa corporal mediante ejercicio físico intermitente de alta intensidad y consejería nutricional en sujetos con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica De Chile*, 144(10), 1254-1259.
- Montesi, L. (2018). De la salud y la enfermedad y de lo que no podemos dar por sentado. Recuperado el 31 de mayo 2020, de <https://ichan.ciesas.edu.mx/puntos-de-encuentro-antiores/de-la-salud-y-la-enfermedad-y-de-lo-que-no-podemos-dar-por-sentado/>
- Morales-Ramón, F., y Ojeda-Vargas, M. (2014). El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. *Salud En Tabasco*, 20(3), 94-97.

- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. doi: 10.1016/s0716-8640(12)70288-2
- Moreno, S. y Zohn, T. (2013). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, E. Gómez y R. Enríquez, *Psicoterapia Contemporánea: dilemas y perspectivas* (1ra ed., pp. 85-96). Guadalajara: ITESO, Universidad de Guadalajara Editorial Universitaria, Universidad Iberoamericana León y Universidad Iberoamericana Puebla.
- Moscoso-Loaiza, L., y Díaz-Heredia, L. (2018). Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto. *AQUICHAN*, 18(2), 171-185.
- Mullet, S. (1988). Shifting Perspectives: A New Approach to Ethics, en L. Code, S. Mullet y C. Overall (comps.), *Feminist Perspectives: Philosophical Essays on Method and Morals*, University of Toronto Press, Toronto.
- Mundo-Rosas, V., Vizuet-Vega, N., Martínez-Domínguez, J., Morales-Ruán, M., Pérez-Escamilla, R., y Shamah-Levy, T. (2018). Evolución de la inseguridad alimentaria en los hogares mexicanos: 2012-2016. *Salud Pública De México*, 60(3,may-jun), 309. doi: 10.21149/8809
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391. doi: 10.18294/sc.2009.242
- Muñoz, R., Hernández, J., Palacio, A., Maíz, C., y Pérez, G. (2016). El ejercicio físico disminuye la pérdida de masa magra en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Chilena De Cirugía*, 68(6), 411-416. doi: 10.1016/j.rchic.2016.05.007
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Savastano, S., y Colao, A. (2020). Nutritional recommendations for COVID-19 quarantine. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1-2. <https://doi.org/10.1038/s41430-020-0635-2>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Obesity: identification, assessment and management. Clinical Guideline. Recuperada el 15 de octubre de 2019, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
- Nutris en cuarentena COVID-19 México. (2020). Atención y recomendaciones de alimentación y nutrición en COVID-19. México Conexión Nutrición. Suplemento 2.

- Ocampo-Barrio, P., y Pérez-Mejía, A. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *SEMERGEN - Medicina De Familia*, 36(6), 325-331. doi: 10.1016/j.semerg.2010.01.006
- OCDE. (2019). *La Pesada Carga de la Obesidad* (p. 1). Ciudad de México: OCDE. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-MEXICO-In-Spanish.pdf>
- OECD. (2019). OECD Statistics. Recuperado el 12 de abril del 2021, de <https://stats.oecd.org>
- Oh, S., y Hong, M. (2003). Food insecurity is associated with dietary intake and body size of Korean children from low-income families in urban areas. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 57(12), 1598-1604. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601877
- Olguín, V P., Carvajal, A D. y Fuentes, S M. Patología Psiquiátrica y Cirugía Bariátrica. *Rev Chil Cir* 2015; 67 (4): 441-7.
- Olson, C. (1999). Nutrition and Health Outcomes Associated with Food Insecurity and Hunger. *The Journal Of Nutrition*, 129(2), 521S-524S. doi: 10.1093/jn/129.2.521s
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo* [Ebook] (1ra ed., pp. 3-4). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 11 abril 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Orozco Gómez, G., y González Reyes, R. (2012). *Una coartada metodológica*. México, D.F.: Productora de Contenidos Culturales.
- Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O., y Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Ortiz, M. J., Gómez-Zapiain, J. y Apodaka, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475.
- Overall, N., Fletcher, G., y Simpson, J. (2006). Regulation processes in intimate relationships: The role of ideal standards. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, (4), 662–685.
- OXFAM. (2019). *Trabajo de cuidados y desigualdad* (p. 15). Ciudad de México: OXFAM.

- Pacheco, D., Pinto, P., y Ascencio, E. (2019). Actualización en cirugía bariátrica/metabólica. *Nutrición Clínica En Medicina*, 13(2), 113-127.
- Palma, R., y Lasagni, V. (2019). *Psicología Bariátrica: aspectos psicológicos de la obesidad* (1ra ed.). Argentina: Editorial UMAZA.
- Papapietro, K. (2012b). Cirugía para la obesidad: efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 189-195. doi: 10.1016/s0716-8640(12)70297-3
- Papapietro, K. (2012a). Reganancia de peso después de la cirugía barbárica. *Rev. Chilena de Cirugía*, 64(1), 83-87.
- Peterson, D. R. (2002). Conflict. En E. Berscheid et al. (Eds.), *Close relationships*, (pp. 360-396). London: Lawrence Erlbaum
- Popkin, B. M. (2014). Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries. *Food Policy*, 47, 91–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodpol.2014.05.001>
- Pories, M., Hodgson, J., Rose, M., Pender, J., Sira, N., y Swanson, M. (2016). Following Bariatric Surgery: an Exploration of the Couple's Experience. *Obesity Surgery*, 26(1), 54-60. doi: 10.1007/s11695-015-1720-9
- Position of the American Dietetic Association: Weight Management. (2009). *Journal Of The American Dietetic Association*, 109(2), 330-346. doi: 10.1016/j.jada.2008.11.041
- Puhl, R. y Brownell, K. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Pujols, Y., Meston, CM. y Seal, BN. (2010) The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med*, 7, 905–16.
- Quiroga-de Michelena, M. (2017). Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 192-195. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13216>
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raimond, A. (2017). *The role of social support in weight stability maintenance*. Unpublished Master Thesis. Lawrence, KS: University of Kansas.

- Ramos, O., Jaimes, M., Juajinoy, A., Lasso, A., y Jácome, S. (2017). Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 23(3), 1-12.
- Rand, C., Kowalske, K., y Kuldau, J. (1984). Characteristics of marital improvement following obesity surgery. *Psychosomatics*, 25(3), 221-226. doi: 10.1016/s0033-3182(84)73064-7
- Reséndiz, A., Hernández, S., Sierra, M., y Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672-681.
- Reyes-Flores, E., Trejo-Álvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A. (2016). Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica de Honduras*, 84(3), 125-132.
- Rihm, A., Sharim, D., Barrientos, J., Araya, C., y Larraín, M. (2017). Experiencias Subjetivas de Intimidación en Pareja: Un Dilema Social Contemporáneo. *Psykhé*, 26(2), 1–14. doi: 10.7764/psykhe.26.2.1017
- Ríos, B., y Fueyo, A. (2012). El papel del psicólogo en la Cirugía Metabólica. *BMI*, 2. 3. 12(74), 1-5.
- Ríos, C. (2017). *Ciudades Obesogénicas Y Mujeres Vulnerables: salud urbana y exclusión socioespacial en South Bronx, La Courneuve y Lomas del Sur* (Grado de doctor). Instituto Tecnológico Y De Estudios Superiores De Occidente.
- Rivera, J., Colchero, M., Fuentes, M., González, T., Aguilar, C., Hernández, G., y Barquera, S. (2018). *La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control* [Ebook] (1ra ed.). Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodrigo-Cano, S., Soriano del Castillo, J., y Merino-Torres, J. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 37(4), 87-94.
- Rodrigues, Rodrigues de Oliveira y de Sousa. (2020). Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(3), 118-135. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165262>
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2nd ed.). Málaga: Ediciones Aljibe.

- Rojas, R. (2019). #DíaDelPsicólogo Apenas uno de cada 100 mexicanos acude con un psicólogo. *Saludiarario*. Retrieved from <https://www.saludiarario.com/diadelpsicologo- apenas-uno-de-cada-100-mexicanos-acude-con-un-psicologo/>
- Rubio, M., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., y Bellido, D. et al. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, *128*(5), 184-196. doi: 10.1016/s0025-7753(07)72531-9
- Ruymán Brito, Pedro. (2017). Cuidadología: pensamientos sobre el nombre de nuestra disciplina. *Ene*, *11*(2) Recuperado el 1 de junio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988348X2017000200002&lng=es&tylng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2017000200002&lng=es&tylng=es).
- Salinas, A., Manrique, B., y Téllez, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades. En *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población* (pp. 161-179). Córdoba- Argentina: ALAP.
- Sánchez, C., y Hernández, R. (2018). La satisfacción marital y el manejo del poder en la pareja: prevención para la salud. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, *27*(1), 72-82.
- Schachner, D. A. y Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, *11*(2), 179-195.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.
- SEEDO/XLS Medical. (2015). *Encuesta EROS*. Recuperado de [https://www.seedo.es/images/site/NdP\\_EncuestaEROS\\_12022015.pdf](https://www.seedo.es/images/site/NdP_EncuestaEROS_12022015.pdf)
- Shukla, AP., Buniak, WI. Y Aronne, LJ. (2015) Treatment of obesity in 2015. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, *35*(2), 81-92.

- Simpson, J. A., Rholes, W. S. y Nelligan, S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety - provoking situation: The role of the attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 434- 446.
- Soria R., Vega Z., Nava C., y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230. Recuperado el 18 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es)
- Stange, I., Ortega, A., Moreno, A. y Gamboa, C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, (29), 7-22. Recuperado el 18 de mayo de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870350X201700030002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X201700030002&lng=pt&tlng=es).
- Sternberg, R. (2000). *La experiencia del amor* (pp. 15-36). Barcelona: Paidós.
- Sternberg, R. J. (1989). *El triángulo del amor: intimidad, amor y compromiso [The Triangle of Love: Intimacy, Passion, commitment]*. Barcelona, España: Paidós.
- Strauss, A y Corbin, J. (1990). *Basic of grounded theory methods*. Beverly Hills: Sage.
- Suárez, M. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 58-62. Recuperado el 10 de abril de 2021, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582010000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010&lng=es&tlng=es).
- Tamayo Lopera, D., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Tapia, L., Poulsen, G., Armijo, I., Pereira, X. y Sotomayor, P. (2009). Resolución de Entrampes en Parejas en Conflicto: Aproximaciones desde las parejas y los terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(2),101-114.
- Téllez, C. (2019). *Obesidad: una enfermedad de salud mental* (2nd ed.). Chile: Salesianos Impresores S.A.
- Træen, B., Markovic, A. y Kvaem, IL. (2016). Sexual satisfaction and body image: A cross-sectional study among Norwegian young adults. *Sex Relation Ther*, 31, 123–37.



- Troncoso P, Claudia, Contreras C, Natalia, y González C, Solange. (2016). Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas. *Revista chilena de nutrición*, 43(1), 12-17. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000100002>
- Tronto J. C. (1993). Care. En *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care* (pp. 101-142). NY: Routledge.
- Vaca, M. (2016). El valor de las relaciones de cuidado. *Diánoia. Revista De Filosofía*, 60(75), 3. doi: 10.21898/dia.v60i75.55
- Valdés, A., Vera, J., y Urías, M. (2018). Particularidades de la familia mexicana actual. En A. Valdés, J. Vera y M. Urías, *Familia y crisis: Estrategias de afrontamiento* (p. 15). Sonora: AM editores.
- Varela Montero, I., y Barrón López de Roda, A. (2016). La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardíaca. *Acta De Investigación Psicológica*, 6(2), 2459-2468. doi: 10.1016/j.aippr.2016.06.009
- Vargas, F. (2014) Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Rev. Osteoporosis Metab Miner*, 6(1), 5-7.
- Vargas, L. (2013). La alimentación en las Américas: un patrimonio más complejo de lo que se suele pensar. *Sociedad y Ambiente*, 1(1), 61-76.
- Vázquez, V. (2004) ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista Endocrinológica de Nutrición*, 4 (13), 136-142.
- Vega, C., y Camacho, E. (2019). *Autocuidado de la salud II* (1ra ed.). Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.
- Vergara-Castañeda, A., Díaz-Gay, M., Lobato-Lastiri, M., y Ayala-Moreno, M. (2020). Cambios en el comportamiento alimentario en la era del COVID-19. *RELAIS*, 3(1), 27-30.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C., y Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación En Salud*, 8(2), 86-90.
- Warren, J., Smith, N. y Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*, 30(2), 272-83. doi: <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>

- WHO. (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization.
- Williamson, D., Davis, C., Duchman, E., McKenzie, S., y Watkins, P. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia y bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Woodard, G., Encarnación, B., Peraza, J., y Hernández-Boussard, T. (2011). Halo Effect for Bariatric Surgery. *Archives Of Surgery*, 146(10), 1185. doi: 10.1001/archsurg.2011.244
- Yankelevich, P. (2014). Alimentación e identidad nacional. *Desacatos. Revista De Ciencias Sociales*, (34), 182. doi: 10.29340/34.348
- Yilmaz, C., y Gökmen, V. (2019). Neuroactive Compounds in Foods: Occurrence, Mechanism and Potential Health Effects. *Food Research International*, 108744. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2019.108744>
- Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad* (1ra ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Zerrweck, C. (2018). *Manual para la adopción de clínicas de cirugía bariátrica* [Ebook] (pp. 1-28). Ciudad de México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

## Anexos

### Anexo 1. Cronograma de trabajo de Investigación

Tabla 8

*Cronograma de investigación año 2020*

Mes	Objetivos	Notas
Marzo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Introducción</li><li>▪ Justificación</li><li>▪ Preguntas y propósitos</li><li>▪ Estado de la cuestión preliminar</li></ul>	
Abril	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Objetivos y preguntas de investigación definidas</li><li>▪ Elaboración del estado de la cuestión</li></ul>	
Mayo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Objetivos y preguntas de investigación definidas</li><li>▪ Elaborar fundamentación teórica</li></ul>	
Junio	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Elaborar fundamentación metodológica</li><li>▪ Protocolo de investigación terminado y revisado</li></ul>	
Julio	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Elaborar y revisar guía de entrevista</li><li>▪ Elaborar consentimiento informado</li><li>▪ Recolección de datos</li></ul>	La recolección de datos se llevará a cabo en la cuarta y quinta semana de julio
Agosto	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Realizar transcripciones de entrevistas</li></ul>	
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Análisis de datos</li></ul>	
Octubre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Análisis de datos</li></ul>	
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Integración de datos</li></ul>	
Diciembre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Integración de material</li></ul>	

Tabla 9

*Cronograma de investigación año 2021*

Mes	Objetivos	Notas
Enero	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Redacción de discusiones, resultados</li> </ul>	
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Correcciones e integración de documento</li> </ul>	
Marzo		
Abril		
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Destacar últimas inclusiones, correcciones y detalles</li> <li>▪ Entrega final</li> <li>▪ Presentación final y examen de grado</li> </ul>	
Junio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrega de documentos y trámites de titulación</li> </ul>	

## **Anexo 2. Guion de entrevista**

### **Datos sociodemográficos.**

Nombre

Edad

Ocupación

Escolaridad

Domicilio (municipio, colonia)

Fuente y monto de ingresos económicos (mensual)

Religión

Plan de atención médica o tipo de seguro para servicios de salud que utiliza

A través de esta entrevista nos interesa conocer su experiencia y percepción sobre el proceso bariátrico que tuvo, cómo estuvo involucrada su pareja en el cuidado y el apoyo psicológico recibido. Por lo que le pediré que narre sus vivencias sobre distintos episodios:

### **Antecedentes de Obesidad.**

Indagar sobre la historia de sobrepeso y obesidad con relación a etapas de desarrollo y ciclo de vida

Antecedentes de enfermedades

Antecedentes familiares de obesidad

¿Cuáles son las causas que atribuye a su obesidad?

¿Realiza actividad física? Especificar

¿Cómo es su forma de alimentación? (horarios, forma de comer, alimentos preferidos, evitados, comer por emociones)

Objetivos o metas de la forma de alimentación que se llevaba

¿Qué crees que influye para las elecciones que tomaba respecto a la comida?

¿Cómo es el autocuidado que se brindaba?

¿Cuáles son los hábitos familiares que tenía en casa respecto a la alimentación?

¿Qué tratamientos para la obesidad anteriores a la cirugía bariátrica había tenido?

¿Por qué cree que no fueron suficientes o fallaron?

Consecuencias de la obesidad (Físicas, emocionales, familiares, sociales, pareja y laborales)

Significado de la obesidad a través del tiempo

Percepción y emociones sobre el cuerpo antes de la cirugía bariátrica

### **Antecedentes de Salud Mental.**

¿Algún miembro de su familia sufre de problemas emocionales o mentales?

¿Ha tenido usted problemas psicológicos o psiquiátricos? En caso afirmativo, explicar de qué forma ha impactado a su vida.

¿Ha estado hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos?

¿Ha estado en terapia antes, o ha recibido asistencia profesional para su problema?

### **Antecedentes de Pareja.**

Breve historia de su conformación como pareja (tipo de unión, presencia de hijos, cohabitación, tiempo juntos)

Arreglo familiar (tipo de unión y personas que habitan en casa)

Notar componentes del amor:

Pasión - ¿Existe atracción física? ¿Cómo es la interacción sexual que llevan?

Intimidad - ¿Cómo percibe el nivel de cercanía? ¿Muestran sus sentimientos y pensamientos de forma mutua?

Compromiso - ¿Mantienen la decisión de estar y mantener una relación en desarrollo?

¿Cuáles son los principales conflictos que se presentan entre ustedes? ¿Cómo afrontan los conflictos? (narraciones de dos o tres conflictos y formas de resolución)

¿Qué significa cuidarse uno al otro en su relación de pareja en la vida diaria y también en situaciones especiales (estar al pendiente, apoyo, acompañamiento)?

¿Cómo es la participación de uno y del otro en el hogar? Especificar en economía, labores domésticas, cuidados de los hijos, enfermedades.

¿Su pareja tiene sobrepeso u obesidad? En caso de ser afirmativo, ¿cuáles cree que sean las razones? ¿Ha llevado algún tipo de tratamiento? En caso afirmativo, ¿qué resultados tuvo?

### **Etapa Preoperatoria de la cirugía bariátrica.**

#### ***Proceso.***

¿Cuál fue el motivo de su cirugía?

¿Cuál fue el procedimiento quirúrgico recomendado y elegido?

¿Cómo elaboró el proceso de decisión?

¿Qué comentarios tuvo por parte de otros?

¿Alguien le acompañó a sus valoraciones?

¿Quién solventó el precio de la cirugía y tratamiento (valoraciones, extras) y de donde provino el ingreso?

#### ***Red de cuidados.***

¿Cómo fue su forma de cuidarse?

¿Quiénes (cuidadores formales e informales) participaron en sus cuidados?

¿De qué forma ellos le apoyaron o recibió cuidados? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual.

¿Cómo percibió que fueron los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o esperaba diferente?

¿Considera recíproca la relación de cuidados con estas personas?

#### ***Cuidado de la pareja.***

¿Cuáles eran antes las formas de disfrute y tiempo libre que tenían como pareja?

¿De qué forma su pareja influyó o se involucró en la toma de decisión de la cirugía bariátrica?

¿Qué piensa su pareja de la cirugía bariátrica?

¿Cómo eran los hábitos de su pareja antes de la operación?

¿De qué forma le apoyó o recibiste cuidados de él/ella? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual (Dar ejemplos).

¿Cómo percibió que fueron los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o esperaba diferentes?

¿Cuáles fueron las formas en que cada uno era recíproco en el cuidado?

¿Existieron conflictos de pareja por la toma de decisión a la cirugía bariátrica? En caso afirmativo, ¿cómo se resolvió?

### ***Adherencia.***

¿Qué expectativas tenía en el tratamiento de cirugía bariátrica?

¿Qué creencias tenía sobre el procedimiento bariátrico?

¿Cuál era su motivación?

¿De qué forma su familia influyó en el tratamiento?

¿Hubo otras personas que influyeran en el tratamiento?

¿Qué papel tuvo para usted el equipo de salud?

¿Cómo fue su proceso de valoración psicológica?

### **Etapa Intraoperatoria de la cirugía bariátrica.**

#### ***Proceso.***

¿Cuál fue la fecha de su cirugía?

¿Tuvo complicaciones en la cirugía o en la estancia hospitalaria?

¿Cómo fue su vivencia al entrar a quirófano?

¿Cómo fue su experiencia posterior inmediata a la cirugía?

#### ***Red de cuidados.***

¿Quién le acompañó en el hospital previo a la operación y en la estancia en el hospital?

¿De qué forma ellos le apoyaron o recibió cuidados? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual.



¿Cómo percibió que fueron los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o esperaba diferente?  
¿Considera recíproca la relación de cuidados con estas personas?

### ***Cuidado de la pareja.***

¿De qué forma le apoyó o recibió cuidados de él/ella? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual

¿Cómo percibió que fueron los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o esperaba diferentes?

¿Cuáles fueron las formas en que cada uno era recíproco en el cuidado?

¿Existieron conflictos de pareja en esta etapa? En caso afirmativo, ¿cómo se resolvieron?

### ***Adherencia.***

¿Cómo percibió la operación y la estancia hospitalaria posterior?

¿Hubo dificultades? En caso afirmativo, ¿cómo las afrontó?

¿Cómo fue el apoyo recibido por el equipo de salud?

¿Cómo fue el apoyo recibido por el psicólogo?

### **Etapa Postoperatoria de la cirugía bariátrica.**

#### ***Proceso.***

¿Se han cumplido sus expectativas con el proceso bariátrico?

¿Ha tenido complicaciones posteriores a la estancia hospitalaria? En caso afirmativo, ¿cómo han sido resueltas?

#### ***Red de cuidados.***

¿Cómo es el autocuidado que se brinda ahora?

¿Quiénes han sido sus fuentes de apoyo?

¿De qué forma ellos le apoyaron o recibe cuidados? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual.

¿Cómo percibe que son los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o espera diferente?

¿Considera recíproca la relación de cuidados con estas personas?

### ***Cuidado de la pareja.***

¿Cuáles son ahora las formas de disfrute y tiempo libre que utilizan como pareja?

A raíz de su cirugía bariátrica, ¿hay cambios en la relación de pareja? Especificar

¿Considera que son balanceados los cuidados que brinda y recibe de su pareja? ¿Por qué?

¿De qué forma recibe cuidados de él/ella? Especificar material y/o económico, emocional, instrumental, cognitivo o espiritual

¿Cómo percibe que son los cuidados para usted? ¿Satisfactorios o espera diferentes?

¿Cuáles fueron las formas en que cada uno era recíproco en el cuidado?

¿Existieron conflictos por el tipo de cuidados que su pareja le otorga?

¿Por qué se dieron o dan? ¿Cómo se resolvieron o resuelven?

¿Algunas de estas situaciones han llegado a ser violentas? Ejemplificar

Ante conflictos con su pareja, ¿qué hace para resolver o para sentirse mejor?

¿Cómo le favorece el cuidado de su pareja y cómo influye en su proceso bariátrico?

¿Qué espera de su pareja en su proceso bariátrico?

¿Cómo considera que su pareja le ayudo a los cambios de hábitos? (Adoptando, incluyendo o manteniendo)

¿Su pareja realizó modificación de hábitos a raíz de su proceso bariátrico?

¿Qué comportamientos de su pareja perjudicaron o influyeron negativamente en su proceso bariátrico?

### ***Adherencia.***

¿Qué creencias tiene ahora sobre la cirugía bariátrica?

¿Cómo fueron cumplidas o no cumplidas sus expectativas al proceso?

Percepción y emociones sobre el cuerpo después de la cirugía bariátrica

¿Qué significado tiene ahora sobre el autocuidado?

¿Qué significado tiene ahora el cuidado por parte de la pareja?

¿Cómo es su motivación actual al tratamiento?

¿Cómo percibe el tratamiento actual?

¿Cuáles han sido sus dificultades con el proceso? ¿Cómo se resolvieron?

¿Cuáles han sido las ganancias con el proceso?

¿Existieron otras personas involucradas en su cuidado? Especificar quién y qué tipo de cuidados dieron

¿Qué favoreció y favorece a su proceso bariátrico? ¿Cuál es el que percibe más fuerte o prioritario?

¿Qué cree que perjudica o sabotea su proceso bariátrico? ¿Cuál es el principal o más fuerte?

¿Qué papel (favorecedor o perjudicial) tuvo su equipo de salud bariátrico en tu tratamiento?

¿Cómo ha sido el tratamiento psicológico en esta etapa? Explicar

¿La tecnología fue fuente de apoyo a su cuidado? Ejemplificar

¿Las redes sociales fueron fuente de apoyo en su cuidado? (Ejemplo grupos de ayuda)

¿Cómo ha sido su autocuidado?

¿Cómo es su relación actual con la comida?

Objetivos o metas de la forma de alimentación que se lleva

¿Cómo son las formas en que la pareja favorece y perjudica a la adherencia al tratamiento (qué ayuda o no ayuda)? Incluir relatos.

### ***Rol de género.***

¿Considera usted que los cuidados que recibe por la pareja para mantener la adherencia a tratamiento son distintos cuando se trata de hombre o mujer?

¿Considera usted que la experiencia de la cirugía bariátrica es distinta cuando se trata de hombre o mujer?

¿Considera usted que el significado y expectativa del cuerpo es distinta cuando se trata de hombre o mujer?

### **Anexo 3. Consentimiento Informado**

#### **Carta de consentimiento informado para audiograbación.**

Guadalajara, Jalisco, México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2020.

Por medio de la presente expreso mi acuerdo y consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación que realiza la Licenciada en psicología Dana Esmeralda Valle Galindo, que tiene por objetivo identificar los cuidados que otorga la pareja y su influencia para la adherencia al tratamiento por obesidad en personas con cirugía bariátrica en el Área Metropolitana de Guadalajara.

Tengo conocimiento de que la entrevista podrá requerir de al menos una sesión de alrededor de una hora y media y me comprometo a responder con la mayor honestidad posible.

Estoy enterado(a) también que las respuestas constituyen material de investigación y publicación en el área de la salud y la información que proporcione será manejada de forma confidencial, con el cambio de nombre.

Entiendo que siendo importante el que yo exprese lo que siento y pienso respecto a lo abordado en la entrevista, tengo también la posibilidad de expresar sólo lo que yo esté de acuerdo en comunicar.

Así pues, doy mi autorización para que el material de la audio-entrevista en la que participé sea utilizado en la investigación arriba mencionada, dentro de las condiciones de confidencialidad y respeto a mi persona.

Para cualquier duda y/o aclaración favor de comunicarse con la Lic. Dana Esmeralda Valle Galindo en el correo electrónico: danavalle00@gmail.com.

---

Nombre y Firma

#### **Anexo 4. Recursos**

A continuación, se mencionará los diferentes recursos necesarios para el correcto desarrollo de esta investigación:

##### **Recursos Humanos.**

En este apartado se encuentran las personas involucradas directamente con la elaboración de este trabajo de obtención de grado:

- Lic. Dana Esmeralda Valle Galindo, como autora de esta investigación
- Dra. Rocío Enríquez Rosas, como directora de tesis
- Lic. Kim Elizabeth Romero Sikorsky, como lectora

##### **Recursos Materiales.**

Los medios físicos y tangibles de los cuales se hizo uso para esta investigación son los siguientes:

- Equipo de computo
- Grabadoras de voz
- Impresora
- Libros y acervo como préstamo de la biblioteca “Dr. Jorge Villalobos Padilla, SJ” del ITESO
- Software para análisis de datos cualitativos “MAXQDA”

##### **Recursos Técnicos.**

Las herramientas e instrumentos que facilitaron el avance de este proyecto:

- Taller “MAXQDA” llevado a cabo los días 6 y 7 de febrero de 2020 a cargo de la Dra. Ana Josefina Cuevas Hernández, programa que permitió la capacitación para el análisis de datos cualitativo.
- Uso del tiempo prioritariamente otorgado a la elaboración de esta investigación

- Incorporación a Proyecto Macro “Intimidad y relaciones de pareja en la región centro-occidente del México contemporáneo: desafíos socioculturales”, con la clave 000000000284023 de la convocatoria de Investigación Básica de CONACYT.

### **Recursos Financieros.**

- Beca Mensual por el concepto de becaria de proyecto de ciencia básica otorgada por CONACYT<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Se incluye un agradecimiento especial a CONACYT por el apoyo otorgado para que sea posible la realización de dicha investigación, permitiéndole a la autora dedicar su mayor esfuerzo y tiempo a este proyecto.