



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

El dispositivo bariátrico en palabras: una aproximación al discurso de la obesidad y la cirugía bariátrica desde la perspectiva del paciente

Tesis para optar al título de psicólogo

Alumno: Francisco Javier Montaña Contreras

Profesor Patrocinante: Esteban Radiszcz Sotomayor

Profesor Guía: Roberto Fernández Droguett

Santiago, 2013

Agradecimientos

En la medida en que los agradecimientos tienden a ser insuficientes o excluyentes, quiero de entrada agradecer a todo quien influyó de alguna manera, directa o indirecta, en la producción de este escrito, ya que las palabras aquí expuestas son producto tanto de esfuerzos intelectuales, académicos, laborales, pero también afectivos y emocionales.

Dicho esto, agradezco en primer lugar al sostenedor de todo proceso en la vida, mi familia. Ya sea a través de la presencia concreta como forma de presión y expresión de interés, pero también presentes a través de la ausencia al tomar distancia y dar tiempo de maduración a mi trabajo, siempre fueron un apoyo y sostén fundamental durante este proceso.

A mis profesores, tanto patrocinante (Esteban Radiszcz) como guía (Roberto Fernández), quienes, cada uno en su estilo, pudieron dar forma y encausar una inquietud investigativa que a momentos se veía difusa o incluso perdida, otorgando así contención y orientación cuando fue necesario.

A los entrevistados, quienes tuvieron la valentía de dar su testimonio y compartir experiencias que muchas veces se prefieren acallar y mantener en el silencio.

A mi analista, Carolina, quien fue testigo del proceso en su extensión, y que sobre todo me permitió desarrollar una perspectiva de trabajo desde el psicoanálisis que no olvide lo humano del vínculo que allí surge, orientación que en parte creo queda plasmada en este trabajo, y que espero seguir desarrollando en mi práctica clínica.

A mi pareja, Tamara Tapia, que si bien desconocemos el futuro que nos depara nuestra relación y esta profesión que compartimos, la psicología, de ambas aprendimos la importancia de darle lugar a la palabra, y en tal sentido, que este espacio sea testimonio de que nuestra relación tuvo frutos, ya que en este trabajo también hay mucho de ti, y por lo tanto, es algo que compartiremos en el tiempo.

Finalmente, a la Universidad de Chile y al Hospital Félix Bulnes Cerda, ambas instituciones públicas que abrieron sus puertas y mostraron la mayor flexibilidad posible para poder desarrollar esta investigación.

Ese cuidadoso uso de la tecnología que el médico habrá de tener, podrá ser fortalecido en la medida en que el médico se disponga a reconocer en el uno por uno de la clínica, la evidencia de la forma particular en que cada paciente se representará en sus síntomas. Lo más singular que cada uno tiene.

Luis Eduardo Hoyos, 2001

Comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la re-significa. Un cambio de significación es, también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender.

Luis Antonio Chiozza, 2006

Tabla de Contenido

Resumen	6
Introducción	7
Presentación del problema de investigación.....	7
Relevancia del problema de investigación.....	11
Plan de Argumentación	12
Marco teórico	13
El discurso de la medicina en torno a la obesidad.....	13
<i>Obesidad y medicina</i>	13
<i>Cirugía Bariátrica</i>	17
<i>Psicología y Cirugía Bariátrica</i>	20
Cuerpo, obesidad, cirugía bariátrica: encuentros y desencuentros entre medicina y psicoanálisis.....	25
<i>La medicina moderna y el lugar del paciente</i>	25
<i>El cuerpo: el diálogo entre medicina y psicoanálisis</i>	32
<i>Obesidad y cirugía bariátrica: algunos aportes psicoanalíticos</i>	37
Pregunta de Investigación	42
Objetivos	42
Objetivos Generales.....	42
Objetivos Específicos	42
Marco metodológico	43
Enfoque metodológico.....	43
Diseño metodológico.....	45
Población y muestra.....	46
Técnicas de producción.....	47
Análisis de la información.....	48
Análisis	52
I. La obesidad como experiencia generalizadora e individualizante.....	56
I.1. Orígenes de la obesidad: lo singular vuelto generalidad	56
I.2. Obesidad: figura del descontrol, necesidad de lo radical como respuesta	59
I.3 Obesidad: identidad del sujeto ante el otro social	65

II. Lo corporal: lugar de expresión de la obesidad	68
II.1 Imagen corporal: escenario de confrontación con la obesidad	69
II.2 La sexualidad marcada por la vergüenza.....	72
II.3 El cuerpo cosificado, objeto de tratamientos médicos	75
III. Lo radical bariátrico	80
III.1 La indicación bariátrica como homogenización de experiencias	80
III.2 La omnipotencia bariátrica a través de su radicalidad	84
III.3 El paciente: un rol pasivo que otorga un valor excesivo	92
Discusión	96
Conclusiones	104
Referencias	108
Anexos	115
1. Consentimiento informado.....	115
2. Guión temático entrevista.....	117

Resumen

En la presente investigación se indagó en los discursos que sostienen personas a las cuales se les ha indicado el ingreso a un programa de cirugía bariátrica, en relación a su obesidad, su cuerpo y el tratamiento que se les ofrece, con el fin de conocer algunos soportes discursivos de los cuales se vale dicha intervención para tomar forma en la subjetividad de los pacientes. Se realizaron entrevistas en profundidad a 8 sujetos. La información obtenida se analizó en base al análisis del discurso, desde un marco interpretativo psicoanalítico. Los principales resultados sugieren que la cirugía bariátrica se vale de dos mecanismos discursivos fundamentales: la condensación del deseo y la homogenización de los sujetos. Se concluye que la práctica de la cirugía bariátrica requiere abordar la palabra del sujeto a quien opera para sostener su intención terapéutica, además de evitar así la tecnificación y deshumanización de la práctica médica.

Palabras clave: obesidad, cirugía bariátrica, relación médico-paciente, cuerpo, psicoanálisis

Introducción

Presentación del problema de investigación

Si bien la obesidad como fenómeno ha estado presente desde épocas muy tempranas en la historia del ser humano, sólo hasta hace poco tiempo ha comenzado a considerarse como una enfermedad necesaria de atención especializada, a raíz del ritmo acelerado de aumento de casos de sobrepeso y obesidad tanto a nivel mundial como nacional y, de entre ellos, los casos de obesidad mórbida. A tal grado ha sido el avance de la obesidad en la población que la Organización Mundial de la Salud [OMS] ha declarado que la obesidad ha alcanzado la proporción de una epidemia a nivel mundial, representando de esa manera una vital amenaza para la salud (OMS, s.f., citado en Moreno, 2012; Pizarro, Rodríguez, Buscaglione y Atalah, 2012).

Respecto a dicha amenaza, es bien sabido que la obesidad tiene importantes efectos en la salud de la persona. En cuanto a la salud física, la obesidad incrementa de manera considerable el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, resistencia a insulina, hipertensión arterial, trastornos respiratorios del sueño, reflujo gastroesofágico, entre otras enfermedades. (Rubio, Martínez, Vidal, Larrad, Salas-Salvado, Pujol, Díez y Moreno, 2004). Así también, se ha asociado la obesidad con ciertas repercusiones del ámbito psicológico, como son problemas de autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales y disminución general de la calidad de vida (Rubio et al., 2004).

Ante tal pronóstico, se han desarrollado diversas líneas temáticas y enfoques disciplinarios que intentan ofrecer un tratamiento efectivo para esta condición. A nivel nacional, uno de los antecedentes de mayor impacto dentro del escenario de las políticas públicas de salud lo supone la iniciativa Estrategia Global contra la Obesidad en Chile [EGO Chile], la cual pone el foco de atención del tratamiento principalmente en el ámbito nutricional, en particular en poder desarrollar una alimentación saludable y fomentar la actividad física a lo largo de toda la vida (Ministerio de Salud [MINSAL], 2006).

Sin embargo, al margen de las pretensiones de este tipo de intervención en mejorar la salud de la población, es bien sabido que la realidad de los tratamientos ambulatorios para la obesidad se caracteriza por una falta de respuesta efectiva y sostenida en el tiempo, ya sea éste basado en dieta, actividad física, cambios

conductuales o farmacoterapia, e incluso en cualquiera de sus posibles combinaciones (Maluenda, 2012; Papapietro, 2012b).

Será así entonces que, como respuesta ante esta falta de efectividad en el tratamiento de la obesidad, surgen las intervenciones quirúrgicas de la obesidad, las llamadas Cirugías Bariátricas. Ellas consisten en diversas técnicas quirúrgicas que se reúnen bajo esta definición en la medida en que comparten el objetivo de producir pérdidas importantes de peso en el paciente (Papapietro, 2012b). Con todo, a raíz de la complejidad del procedimiento y su carácter invasivo, se ha llamado la atención sobre la necesidad de un trabajo interdisciplinario (Maluenda, 2012; Papapietro, 2012b), de entre los cuales se considera al profesional psicólogo. A éste, en general se le otorga la función de realizar una evaluación preoperatoria del paciente, sobre todo en términos de descartar psicopatologías, así como también un seguimiento postoperatorio para poder evaluar y trabajar posibles complicaciones a largo plazo (Pérez y Gastañaduy, 2005; Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005).

Ahora bien, desde sus inicios en la década del 50 (Mechanick, Kushner, Sugerman, Gonzalez-Campoy, Collazo-Clavell, Spitz, Apovian, Livingston, Brolin, Sarwer, Anderson & Dixon, 2009), la práctica de la cirugía bariátrica se ve enmarcada en un contexto de transformación cultural en lo que respecta al modo en el cual se concibe el vínculo médico – paciente, y que ha modificado profundamente los lugares que éstos han ocupado tradicionalmente.

Uno de los elementos centrales que define la relación entre médico y paciente en la actualidad tiene que ver con que, entre ambos, existiría un intermediario el cual ha sido denominado como “tecnociencia” (Ladrière, 2000, citado en Manitta, 2005), el cual hace referencia al instrumental tecnológico, amparado por el desarrollo científico, que comienza a interactuar y regular los vínculos de las personas. Así, la tecnociencia destaca por el hecho de construir un universo que interactúa con el natural, pero que se engendra de tal manera que adquiere autonomía respecto del segundo, logrando imponer en definitiva sus propias leyes de funcionamiento al accionar humano. Esto tiene sus efectos en el hecho de que el médico, habiéndole dado en un tiempo mayor cabida a la clínica de la escucha y la mirada, hoy se ve sometido a la presión de la modernidad y la tecnología que prioriza y le otorga mayor validez al trabajo desde la medición y los estudios científicos (Greco, 2008); es decir, se privilegia la imagen del objeto tecnológico ante la palabra del discurso del sujeto paciente.

Esto ha tenido como consecuencia la profundización de la distancia entre el médico y el paciente, afectando en definitiva la escena de la consulta al restringir cada vez más el lugar del sujeto en la misma (Greco, 2008). De allí que se plantea que dicha relación ha entrado en crisis (Bohórquez, 2004), la cual “está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción” (p.13).

Aún más, por sobre esta deshumanización de la relación entre ambos, o mejor, como consecuencia de esta distancia que se produce entre ambos actores, ocurre un cambio también en el entendimiento que ambos tendrán sobre el cuerpo que el paciente expone. Como plantea Manitta (2005), el síntoma que el paciente presenta instala una pregunta en su ser como sujeto, pregunta que no logra descifrar de modo que la dirige al médico. Luego, desconociendo él mismo como paciente el cifrado inconsciente que existe en su cuerpo, será el médico quien a través del diagnóstico y su discurso anátomo/funcional, atrapa la demanda de saber del primero en su propio saber médico, donde su deseo se ve atravesado por su exclusivo interés en el funcionamiento real de los órganos y sus funciones (Tort, 1994, citado en Manitta, 2005).

Retomando entonces la temática de la obesidad, entendiendo que esta, en tanto productor de un malestar en el sujeto, genera una pregunta en él en la medida en que lo enfrenta a un punto de opacidad en su cuerpo que no logra descifrar, presentándose así como algo enigmático, será ante el discurso médico, en este caso la cirugía bariátrica en particular, donde encontrará una respuesta que lo captura en su saber (Tort, 1994, citado en Manitta, 2005), callando así la pregunta que éste se hace por su sentido. De modo que, a una pregunta que convoca al sujeto desde el cuerpo, se responde con el dispositivo quirúrgico de la tecnociencia moderna, significando de esa manera un cuerpo y su enfermar naturalizado, lo cual, siguiendo a Bleichmar (2005), responde a una lógica donde se reduce el cuerpo a “una máquina natural cuyo funcionamiento mecánico se supone ajena a la mente que la habita” (p. 58.).

En cambio, el psicoanálisis desde sus inicios con Freud, ya sea bajo la forma de la histeria (1905), de la sexualidad infantil (1905), de la constitución del yo (1914, 1923) o la teoría de las pulsiones (1905, 1914, 1915) ha denunciado la interrelación entre cuerpo y psiquis, desnaturalizándolo así de su estatuto exclusivamente orgánico e introduciéndolo en el registro de lo inconsciente y la palabra. En particular, en los *Tres Ensayos* (1905) Freud introduce la noción de “vías de influencia recíproca” (p.187), dando cuenta con ello que cualquier modificación que se efectúe en el campo de las necesidades y funciones

biológicas puede incidir en la erogeneidad vinculada con el órgano que desempeña dicha función, del mismo modo que la modificación de la erogeneidad de un órgano puede afectar su función biológica.

El desconocimiento del discurso médico de esta realidad a través de la anulación del relato del sujeto obeso y la tecnificación de su clínica, como es el caso de la cirugía bariátrica, permite que en última instancia su accionar en el paciente se naturalice, es decir, que pueda operar con independencia de la realidad subjetiva donde ella interviene. Comienza a formar parte de la mencionada tecnociencia descrita anteriormente (Ladrière, 2000, citado en Manitta, 2005).

Es en este marco entonces donde se centra esta investigación, apuntando a conocer y profundizar en el padecer del sujeto obeso a raíz de su enfermedad, para así comprender el modo en que una alternativa de tratamiento como lo es la cirugía bariátrica pueda tener lugar en su vida. Se estima relevante poder dar voz a una experiencia que tiende a ser nombrada antes que escuchada.

Así, la problemática que orienta esta investigación radica en *explorar el discurso del paciente al momento de enfrentar un programa de cirugía bariátrica, describiendo y analizando los significados que éste sostiene en torno a su cuerpo y su enfermedad, y cómo éstos se vinculan con los significados asociados al tratamiento bariátrico que se le indica*. De este modo, la investigación busca indagar en el discurso que el paciente bariátrico sostiene en torno a su padecer, para así interpretar, desde un marco psicoanalítico, un tipo de sujeto que se produce a partir del discurso médico, que sostiene en última instancia la posibilidad de la intervención quirúrgica en el marco de la obesidad. Esto permitiría desnaturalizar su desempeño en la medicina moderna al identificar algunos de sus sostenes lingüísticos presentes en el malestar del paciente obeso.

Los casos a estudiar en esta investigación corresponden a pacientes candidatos a cirugía bariátrica, usuarios del programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Félix Bulnes Cerda. Este programa, al estar integrado a la atención de dicho hospital, atiende pacientes de comunas asociadas al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, quienes son derivados desde la atención primaria a partir de una evaluación principalmente de orientación médica. El tratamiento que ofrece el programa está a cargo de un equipo multidisciplinario, conformado principalmente por: médico cirujano, kinesióloga, nutricionista, nutrióloga, psicólogo, radiólogo y anestesiólogo.

Entendiendo que esta problemática abre diversos ejes investigativos posibles de desarrollar, a raíz de la incipiente bibliografía especializada en la temática desde el

enfoque cualitativo, se optará por realizar un estudio exploratorio – descriptivo, analizando entonces el primer enfrentamiento que el paciente tiene en el encuentro con este tipo de intervención. Se dejará para futuras investigaciones la posibilidad de acceder a la experiencia una vez ejercida la operación, a corto y/o largo plazo; comparar experiencias pre y post operatorias; comparar experiencias de cirugías efectivas con casos de pacientes en que haya fracasado el proceso; etc.

Relevancia del problema de investigación

La relevancia de este estudio puede definirse en tres ejes principales, ya sea que se entienda desde una lógica clínica, sociopolítica y metodológica.

En cuanto a su relevancia sociopolítica, abordar la problemática de la obesidad y la cirugía bariátrica desde un enfoque discursivo permite introducir nuevos elementos al debate sobre su operar, llevando la discusión más allá de elementos técnicos como son su efectividad o complicaciones postoperatorias. En cambio, la introducción del discurso del paciente permite abrir la reflexión sobre el ejercicio de poder implícito en el accionar de la cirugía bariátrica, desnaturalizando así su operar en la medida en que se establecen algunas de las coordenadas simbólicas desde las cuales el dispositivo bariátrico se vale para actuar. Además, dando voz a los protagonistas del accionar bariátrico (en tanto son ellos quienes se someterán a su intervención), es posible ampliar la concepción de aquello que la literatura denomina como “efectos” de la cirugía bariátrica, en la medida en que dichos efectos se piensan respecto del proceso postoperatorio; en cambio, aquí se introducen los efectos que la indicación del tratamiento puede tener en el sujeto incluso antes de operarse, y que tienen que ver con la forma en que éste se relacionará con su cuerpo, su enfermedad, y sobre todo, con la pregunta que su síntoma le impone.

De allí se desprende a su vez la relevancia clínica de esta investigación, en la medida en que un estudio que se interese por la experiencia subjetiva del paciente en este tipo de intervenciones permite comprender el fenómeno relacional que allí surge entre éste y el tratamiento que se le ofrece, lo cual podría ayudar posteriormente a un mejor abordaje del paciente de manera integral. De esta manera se entiende que los resultados de esta investigación no sólo aportan al médico o al psicólogo en su comprensión hacia el paciente, sino que al equipo interdisciplinario en su conjunto.

Finalmente, el hecho de reconocer el lugar y la experiencia del sujeto por medio de un enfoque cualitativo permite realizar aportes preliminares desde esta perspectiva

metodológica al estudio de las cirugías bariátricas, ya que, como denuncia Navas (2009), “escasean las investigaciones científicas donde los planteamientos socioculturales sean centrales en estos pacientes” (p. 253). Si bien esta investigación pone el interés central en el sujeto, y por esa vía no se enmarca propiamente en un enfoque sociocultural, necesariamente al abordar la problemática de la relación médico – paciente se realizarán aportes en esa línea.

Y también, esta investigación puede aportar en el marco del interés por desarrollar estudios de orientación interdisciplinaria, generando diálogos entre diversas disciplinas, en particular en este caso entre la medicina y el psicoanálisis. Destacar, sin embargo, y siguiendo los planteamientos de Bernardi (2005), que dicho interés no busca generar una simbiosis de discursos y conceptos idénticos entre ambas disciplinas que antes que aportar conocimiento generen más confusión, sino más bien, “conceptos apenas similares que mantienen entre sí una tensión que estimula el avance de las investigaciones” (p. 45).

Plan de Argumentación

Para lograr abordar el problema de investigación de este trabajo, se presentará en primer lugar un marco teórico que asiente ciertas nociones básicas que permitan luego realizar un análisis de la información obtenida en la recolección de datos.

Dicho marco teórico se estructurará principalmente en dos grandes ejes. El primero dará cuenta del entendimiento médico actual respecto a la obesidad y la cirugía bariátrica, enfatizando hacia el final el rol que a la salud mental, y a la psicología en particular, se le ha dado en ese contexto. Luego, el segundo eje dará una panorámica de cómo el psicoanálisis ha pensado la práctica médica en el contexto de la modernidad a propósito de la relación médico – paciente, y dentro de esa lógica, el entendimiento que ha surgido a propósito del trabajo con el cuerpo y en particular lo que convoca la patología de la obesidad.

A la luz de esas claves, se establecerá el marco metodológico con el cual se realizará el trabajo en terreno, para luego presentar el análisis de los resultados y finalmente desprender reflexiones y conclusiones finales, sugiriendo además futuras posibles investigaciones que complementen y profundicen lo aquí desarrollado.

Marco teórico

El discurso de la medicina en torno a la obesidad

Obesidad y medicina

La aproximación al fenómeno de la obesidad desde el enfoque médico ha definido a dicha enfermedad como una anormal o excesiva acumulación de grasa que puede perjudicar la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Sin embargo, siendo ampliamente reconocida la multicausalidad detrás de una enfermedad como la obesidad (Moreno, 2012), parece más completa la definición que elevan Bauza & Cols (2005, citado en Gimeno, 2012), al plantear la obesidad como una “enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, caracterizada por el exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Se asocia con diferentes comorbilidades, y está determinada por la interacción de factores genéticos y culturales” (p. 3). Dicha definición permite reconocer desde ya la interacción entre el cuerpo orgánico y el contexto social donde éste se inserta.

Por otra parte, el diagnóstico de la enfermedad se realiza a partir del llamado Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula a partir de dividir el peso del paciente en kilogramos por su estatura en metros al cuadrado. En función de este, la OMS considera los siguientes puntajes de corte (OMS, s.f., citado en Ovalle, 2012):

IMC	Diagnóstico	Riesgo Asociado a la salud
Menor a 18,5	Bajo peso	Menor a 18,5
18,5 a 24,9	Peso Normal	Promedio
25 a 29,9	Sobrepeso o Pre Obeso	Aumentado
30 a 34,9	Obesidad grado I o Moderada	Moderado
35 a 39,9	Obesidad grado II o Severa	Grave
40 a 49,9	Obesidad grado III o Mórbida	Muy grave

En base a esta clasificación, autores como Gimeno (2012) han complementado dicha propuesta con otros criterios, considerando pesos aún mayores a raíz de casos que han excedido dicha propuesta:

IMC	Diagnóstico
50 a 59,9	Súper obesidad
60 a 65,9	Súper Súper Obesidad
Mayor a 66	Triple Obesidad

Más allá del diagnóstico específico, en sí la enfermedad de la obesidad se caracteriza más por la pluralidad de su fenotipo que por una forma de expresión que se mantenga constante entre el universo de los pacientes aquejados por tal condición. Resulta interesante al respecto mencionar que “sólo el 2 a 3% de los obesos tendría como causa alguna patología endocrinológica, entre las que destacan el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia” (Moreno, 2012, p. 125), dando así un amplio margen de acción a los factores de orden psicosocial en la instauración de la patología. Al respecto, se han asociado diversos factores al sobrepeso y la obesidad al momento de expresarse la enfermedad (Moreno, 2012):

Demográficos	Socioculturales	Biológicos	Conductuales	Actividad Física
> Edad	< Nivel educacional	> Paridad	> Ingesta alimentaria	Sedentarismo
Sexo femenino	< Ingreso económico		Tabaquismo	
Raza			Ingesta de alcohol	

En ese contexto, donde la obesidad aparece como la expresión del cruce de diversos elementos, no deja de impresionar la prevalencia de este cuadro en la población. A nivel mundial, la OMS estima que al año 2008, 1.5 billones de adultos (desde 20 años en adelante) tenían sobrepeso, y que de este total, 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres padecían de obesidad. Por otra parte, sus proyecciones sostienen que para el año 2015 dichas cifras aumentarían a 2.3 billones de personas con sobrepeso y 700 millones con obesidad (OMS, 2012).

Luego, en Chile, la situación no escapa a la tendencia mundial. Los últimos datos entregados por el Ministerio de Salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud del año 2010, indican que en la población mayor de 15 años, el 39.3% padece de sobrepeso, el 25,1% de obesidad, y el 2,3% de obesidad mórbida, lo cual implica que si para el 2003 el

61% de la población presentaba un exceso de peso, para el 2010 dicha cifra aumenta a un 67%, es decir, 8.900.000 personas. En lo específico respecto a la obesidad mórbida, el aumento de dichas cifras se traduce en que si para el año 2003 la población que presentaba tal condición correspondía a 148.000 personas, para el 2010 dicho número aumentó a 300.000 personas (MINSAL, 2010).

Este aumento de la obesidad en la población tiene como consecuencia el aumento del malestar en la misma, ya que se ha asociado a la obesidad con distintas afecciones ya sean éstas tanto del ámbito biológico como también del orden psíquico y social (Poves, Macías, Cabrera, Situ, y Ballesta, 2005), repercutiendo de esa manera negativamente en la calidad de vida de las personas (Oliva, 2009).

Respecto al primero, se sabe que la obesidad presenta una asociación con patologías como la infertilidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artropatías, cardiopatías y muerte prematura, además de apneas del sueño y dificultades respiratorias; asimismo, es considerada la segunda causa de mortalidad prematura evitable, después del tabaco (Gimeno, 2012; Hernández, Gómez, Huergo, Ocio, García, Álvarez, Ártola & Argüelles, 2012). Por todo esto, se entiende que la obesidad implica necesariamente un gasto importante de recursos a nivel del sistema de salud, tanto en términos económicos como humanos, siendo relevante de esa manera profundizar en el conocimiento y la comprensión de dicha patología.

De la mano de la asociación de la obesidad con estas enfermedades orgánicas, también se le ha vinculado con diversas alteraciones psicológicas, como la depresión y la ansiedad (Denia, 2009), deficiente autoestima, labilidad emocional, sentimientos de culpa, auto-reproche y frustración al fracaso (Poves, Macías, Cabrera, Situ, y Ballesta, 2005) así como también alteraciones psicosociales, sobre todo discriminación y estigmatización (Hernández et al, 2012).

Considerando entonces la efectiva relación de la obesidad con factores psicosociales, vale llamar la atención sobre las características particulares de la misma, ya que, como establece Denia (2009), si bien dicha relación hoy en día se encuentra ampliamente reconocida, la naturaleza de dicha interacción no se encuentra completamente dilucidada. Más bien, lo que se tiende a reconocer es una relación bidireccional entre salud mental y obesidad, en términos de que, al mismo tiempo que ciertos cuadros psicológicos pueden llevar a la persona a desarrollar un cuadro de obesidad, así también ella puede facilitar la emergencia de conflictos psicológicos en la persona (Hernández et al., 2012).

Justamente, de la relación entre obesidad y salud mental resulta importante destacar términos como “factor de riesgo”, “factor predisponente” o “asociación”, ya que si bien hacen referencia a una relación entre lo psicológico y la enfermedad de la obesidad, no dan cuenta de una causalidad directa, abriendo así la posibilidad de indagar, en el caso a caso, cómo estas dos dimensiones pueden verse relacionadas. Es así como Gimeno (2012) advierte que, si bien se puede reconocer en la obesidad, muchas veces, un importante componente emocional al que hay atender desde la escucha psicológica, ello no puede llevar a psiquiatrizar exageradamente “lo obeso”, en tanto que “no todos los obesos padecen su obesidad en el sentido de requerir psicoterapia o sentirla ‘síntoma’ tal como en el psicoanálisis lo pensamos” (p. 2).

En este complejo panorama, donde la disociación “salud física” y “salud mental” se vuelve difusa, haciendo converger la perspectiva médica y la psicosocial, surgen múltiples intervenciones que buscan responder a la cada vez más alta demanda de atención y tratamiento por parte de la población chilena y mundial. Uno de los antecedentes más destacados en la institución política de salud del país en relación al tratamiento de la obesidad lo constituye la elaboración de la Estrategia Global contra la Obesidad EGO – Chile, elaborada por el Ministerio de Salud en el año 2006, la cual, en concordancia con lineamientos propuestos por la OMS, tiene como meta principal el “disminuir la prevalencia de la obesidad en nuestro país, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física, a lo largo de toda la vida” (MINSAL, 2006). Otras iniciativas que surgieron en adelante a partir de la adopción de esta estrategia fueron el EINCV (Estrategia de Intervención Nutricional en el Ciclo Vital), el PASAF (Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física), EGO – Escuelas y el programa “Elige Vivir Sano” (Erazo, 2012).

Con todo, más allá de estas iniciativas es bien sabido que la realidad de los tratamientos ambulatorios de la obesidad no es alentadora. En general, dichos tratamientos se caracterizan por una falta de respuesta efectiva y sostenida en el tiempo (Erazo, 2012), ya sea éste basado en dieta, actividad física, cambios conductuales o farmacoterapia, e incluso en cualquiera de sus posibles combinaciones (Maluenda, 2012; Papapietro, 2012b). Ante esta realidad, la medicina ha desarrollado y puesto al servicio del aquejado por la obesidad un dispositivo de orden quirúrgico que viene a instalarse como respuesta a esta falta de resultados en su intervención.

Dicha práctica ha sido nombrada bajo el rótulo de Cirugía Bariátrica, las cuales, por sus características de intervención, han convocado a profesionales de distintas áreas

de la salud a un trabajo y generación de conocimientos de manera interdisciplinaria, en el cual la psicología ha mostrado un interés incipiente.

Habiendo desarrollado entonces el entendimiento que la perspectiva médica hace de la obesidad, se dará paso a profundizar en lo específico que supone este tipo de intervención médica, tanto en lo que respecta a su procedimiento y los efectos que puede acarrear en la salud.

Cirugía Bariátrica

La cirugía bariátrica (del griego *baros*, presión o peso) consiste en una intervención quirúrgica que se indica a pacientes que presentan un exceso de peso extremo y/o que su sobrepeso supone una situación de urgencia o que interfiere de manera significativa en el normal desarrollo de su vida diaria (American Society for Metabolic & Bariatric Surgery [ASMBS], 1997). Esta alternativa de tratamiento tiene como objetivo lograr tanto una baja de peso significativa en el paciente (al menos del 50% del exceso de peso) así como también lograr mantener dicha baja a lo largo del tiempo. Sin embargo, autores como Moreno y Zugasti (2004) advierten que, en última instancia, “más importante que el número absoluto de kilogramos perdidos es la mejoría de las comorbilidades asociadas al sobrepeso” (p.69).

En general, las intervenciones quirúrgicas se clasifican en 3 grandes grupos según la especificidad de la técnica involucrada; así, se reconocen las cirugías de *técnica restrictiva*, las cirugías de *técnica malabsortiva*, y las cirugías de *técnica mixta*. Las primeras (*técnicas restrictivas*) tienen como objetivo lograr una sensación prematura de plenitud y saciedad gástrica, consiguiendo así una menor ingesta de alimento, y a consecuencia de ello una disminución del aporte calórico, todo lo cual se logra reduciendo la capacidad de retención de alimento del estómago. Por su parte, las *técnicas malabsortivas* buscan que el alimento que el paciente ingiere no sea bien aprovechado por el intestino lo cual se consigue generando cortocircuitos o “by-pass” a lo largo del tubo digestivo, especialmente en aquellas zonas donde las grasas son absorbidas. Finalmente, las *técnicas mixtas*, como su nombre lo indica, consisten en combinar ambas técnicas anteriormente mencionadas, con el objetivo de minimizar complicaciones o fracasos propios de cada técnica, obteniendo así mejores resultados (Moreno y Zugasti, 2004).

Sumándose a la tendencia mundial, Chile en las últimas décadas ha ido incorporando, cada vez con mayor rapidez, equipos de cirugía bariátrica en las

instituciones de salud (Bambs, Cerda y Escalona, 2008), y aunque en general se concentran en el sector privado de salud, también se han desarrollado algunas experiencias en el ámbito de la salud pública, contexto en el cual se inserta esta investigación. La primera experiencia bariátrica publicada en el país data de 1986 en Valparaíso, la segunda hacia 1993 en el hospital San Juan de Dios, y ya hacia 1999 comienzan a aumentar las publicaciones de distintas agrupaciones, destacando principalmente el grupo quirúrgico de la Universidad Católica y el del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, así como el hospital San Juan de Dios (Csendes, Korn y Burdiles, 2006), dando cuenta así de un interés creciente por parte de los profesionales de la salud en la materia.

Dicho interés puede comprenderse a raíz de los importantes efectos que se han reportado a raíz de estas cirugías en la salud del paciente. En términos generales, la cirugía bariátrica se presenta en la actualidad como el tratamiento más eficaz para la obesidad, incluso en los casos más graves, logrando una baja de peso importante en el paciente, mejorando diversas comorbilidades metabólicas, y en consecuencia también promueve su calidad y expectativa de vida. Además, se ha establecido que dichos efectos tienden a mantenerse durante años luego de la operación (Papapietro, 2012b).

Ahora, si bien todas las técnicas bariátricas son eficaces en dichos términos, existe también un amplio rango de variación en la magnitud de la pérdida de peso dentro y entre las técnicas quirúrgicas existentes. Por ejemplo, con una banda gástrica se ha reportado disminuciones de peso entre un 29% hasta un 87%, con bypass gástrico desde un 43% a un 85%, y en la manga desde un 33% a un 58% (Buchwald, Avidor & Braunwald, 2004, citado en Papapietro, 2012b). Asociado a estas bajas de peso, se consigue la mejora en una serie de comorbilidades, destacándose la Diabetes Mellitus 2, y en menor proporción aunque aún significativa, la hipertensión arterial, consiguiendo así una disminución del riesgo cardiovascular del paciente (Papapietro, 2012b).

Sin embargo, tras estos beneficios asociados a la cirugía, también se ha reconocido que puede presentar una serie de complicaciones. Papapietro (2012b) da cuenta que, a corto plazo, puede aparecer hemorragia, fuga anastomótica, infección y embolia pulmonar; luego, a mediano plazo, las complicaciones más reportadas son úlcera y estenosis anastomótica, hernia incisional y obstrucción intestinal; ya a largo plazo, las complicaciones más frecuentes responden al ámbito nutricional, en la medida en que los cambios anatómicos y fisiológicos pueden conducir a una malabsorción de nutrientes,

generando anemia y déficit de varias vitaminas, razón por la cual a muchos pacientes se les indica suplemento vitamínico de por vida.

Ante dichos riesgos, se ha desarrollado un perfil de paciente idóneo para la cirugía, muy compartido en la actualidad (Mechanick et al., 2009; ASMBS, 1997; Fobi, 2010), perfil que responde a la necesidad de hacer una preselección de los pacientes que postulan a la cirugía con la intención de prevenir dichas complicaciones, además de asegurar que el riesgo de exponer al paciente a estas dificultades se justifica ante las mayores complicaciones que suponen el cuadro de su obesidad. Mechanick et al. (2009) en su revisión da cuenta que el consenso establecido ya en 1991 por la National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel, no ha recibido modificaciones significativas a la fecha, a pesar de las muchas investigaciones que se han levantado desde entonces. Así, se establece que los pacientes que pueden ser considerados candidatos a la cirugía bariátrica son aquellos que presenten un IMC sobre 40, en un rango de edad entre 18 a 65 años; en el caso de los pacientes con una obesidad menos severa (IMC de 35 a 40) se considerarán candidatos en el caso que presenten una comorbilidad de alto riesgo como problemas cardiopulmonares de riesgo vital o diabetes mellitus tipo 2 no controlada, así como también aquellos pacientes que presenten dificultades físicas asociadas a su sobrepeso que interfiera con el normal desarrollo de su actividad diaria. Cabe mencionar, sin embargo, que en el último tiempo la tendencia de las investigaciones apuntan a considerar la posibilidad que los pacientes con un IMC hasta 30 pudiesen ser considerados candidatos, ya que se ha visto que también presentan una mejoría en su comorbilidad y calidad de vida; a su vez, también se han reportado experiencias exitosas con adolescentes, incluso con edades de hasta 11 años (Fobi, 2010; Ibañez y Gamboa, 2012), así como pacientes de 70 años (Maluenda, 2012; Ibañez y Gamboa, 2012).

Teniendo como base este perfil, además se espera como requerimiento de parte del paciente que dé cuenta de encontrarse bien informado, genuinamente motivado y que firme un consentimiento informado donde acepte los riesgos que supone la cirugía. En conjunto con ello, se sugiere que presente intentos previos por bajar de peso de manera no quirúrgica (al menos 1) así como también una *evaluación psicológica*, donde se logre pesquisar patologías que lleven a contraindicar la cirugía, sobre todo en aquellos casos donde se comprometa la capacidad del paciente de comprender las exigencias, implicancias y riesgos de la cirugía, además de intentar predecir en cierto modo el grado de efectividad que la cirugía tendría en cada caso (ASBS, 1997).

Dicho rol de la psicología en este procedimiento ha sido foco de debate y discusión en la actualidad, el cual poco a poco ha llevado a ampliar su campo de acción al mismo tiempo que ha demandado especificar su desempeño como profesional psicólogo en el ámbito bariátrico.

En tal sentido, habiendo reconocido las características centrales del procedimiento de la cirugía bariátrica y el interés médico que ella incita, se cerrará este apartado presentado los principales aportes asociados a la definición y objetivos de la intervención psicológica en este ámbito de trabajo, para, en adelante, poder profundizar en el contexto en que esta práctica se instala, sobre todo en el marco de la relación médico paciente.

Psicología y Cirugía Bariátrica

La intervención psicológica surge ante el reconocimiento de que la cirugía, aun siendo una intervención que aboga por un cambio en el organismo del paciente, tiene efectos significativos en la psiquis del paciente; justamente, la ASBS (Le Mont, Moorehead, Parish, Reto y Ritz, 2004) declara en su manual de sugerencias para la evaluación psicológica del paciente bariátrico que “la cirugía bariátrica es un procedimiento altamente efectivo que no sólo reconfigura y/o restringe el estómago del paciente, sino que también afecta significativamente su psiquis” (p. 1).

Bajo ese entendido, el rol psicológico en un equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica ha tendido a organizarse, por una parte, en una evaluación y preparación del paciente (proceso preoperatorio), y por otra, un seguimiento a largo plazo (proceso postoperatorio). Dentro del proceso *preoperatorio*, respecto a la *evaluación*, se establece que es necesario valorar: a) los hábitos alimenticios y posibles trastornos alimenticios asociados; b) la capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía, sus riesgos y los cuidados a largo plazo y de por vida que requerirá; y c) posibles trastornos mentales y rasgos patológicos de la personalidad. Todo ello se realizará con entrevistas al paciente y a sus familiares, además de una batería de test, ya sean de screening, psicodiagnóstico o valoración de su calidad de vida (Hofstadt, Pérez, Abad, Berenguer, Moncho y Picó, 2010).

Luego, en cuanto a la *preparación*, se espera que el paciente logre realizar una serie de cambios en su forma de relacionarse con la comida, para así asegurar que será capaz de mantener hábitos alimenticios que le permitan perder peso luego de la cirugía, y también evitar posibles complicaciones en el período postoperatorio. Para ello se espera

que el paciente pueda evitar los saltos de comidas, eliminar conductas de atracones y vómitos así como “picoteo”, y lograr que coma lentamente, sin ansiedad (Pérez y Gastañaduy, 2005).

Dentro de esta etapa preoperatoria del tratamiento, se establecen ciertos criterios de exclusión para pacientes que presenten patologías psiquiátricas severas o no demuestren cambio efectivo en los hábitos alimenticios, los cuales si bien varían entre distintas investigaciones, lo que se mantiene constante en la mayoría de ellas es el “alcoholismo, el abuso de drogas con sintomatología activa y la presencia de patología psiquiátrica no tratada o descompensada” (Maluenda, 2012, p. 180). De estos últimos, en general las consideraciones sobre qué cuadros serán contraindicados y cuáles no, dependerá del criterio clínico del profesional ya que las investigaciones tienden a variar en la severidad con que considera a una patología como contraindicación absoluta, relativa o simplemente no reconociéndolo como tal. Pérez y Gastañaduy (2005), por ejemplo, consideran como contraindicaciones absolutas tanto la presencia de cuadro activo de bulimia nerviosa, retraso mental grave, cuadro psicótico activo o descompensado, trastorno grave de personalidad, alcoholismo, drogadicción, depresión mayor con clínica activa y trastorno por atracón con sintomatología activa; por su parte, Bustamante, Williams, Vega, y Prieto (2006) consideran como contraindicaciones relativas la depresión mayor, bulimia nerviosa y el abuso de sustancias, mientras que como contraindicaciones mayores consideran la personalidad limítrofe, la esquizofrenia o cualquier psicosis crónica, además del abuso y dependencia de alcohol y drogas; Montt et al. (2005), además, agregarán ciertas especificidades a estas contraindicaciones, por ejemplo, que el alcoholismo o la drogadicción son una contraindicación salvo que el paciente de cuenta de abstinencia no menor a 6 meses, y también agregan como contraindicación relativa el tener un entorno familiar claramente desfavorable.

Habiendo sorteado entonces estos elementos de exclusión, el paciente accederá a la cirugía, momento que marcará el inicio del trabajo *postoperatorio*, el cual tiene como eje central el ofrecer al paciente un seguimiento donde se hace un registro de la evolución que éste va presentando en función de las mejorías en su salud así como las posibles complicaciones que pueda ir presentando. Ríos, Sánchez, Guerrero, Pérez, Gutiérrez, Rico, Balsa et al. (2010) proponen un proceso postoperatorio largo en el tiempo, donde, a grandes rasgos, se pueden reconocer 5 etapas centrales: a) Postoperatorio inmediato, donde se refuerza el vínculo con el paciente y su proceso; b) Etapa emocional inmediata postquirúrgica, donde se orienta y contiene al paciente ante la ansiedad que puede

suponer el inicio del proceso; c) Cambio de hábitos relacionados con los alimentos, donde se aborda la nueva relación del paciente con la comida; d) Etapa de cambio de imagen corporal, la denominada “luna de miel”, donde se comienzan a observar de manera evidente los cambios físicos, y e) Manejo de sus relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social, ya que la cirugía afectaría el autoconcepto, y por esa vía la forma de relacionarse con los otros, y viceversa.

Esta lógica de trabajo donde se considera una intervención tanto pre como postoperatoria responde, como se dijo anteriormente, al reconocimiento de los efectos psicológicos de la intervención bariátrica, pero sobre todo a partir de ciertos efectos que suponen complicaciones en el paciente y que afectan su calidad de vida. Como señala Montt et al (2005), si bien son numerosos los estudios que dan cuenta de los efectos positivos que tiene la cirugía en el paciente, logrando una importante baja de peso y una mejora en el estado psicológico y la calidad de vida del paciente en general, así también “no son escasos los reportes de patología afectiva después del sexto mes de cirugía, la aparición de trastornos alimentarios en personas en quienes no se había reportado tal condición o el malestar psicológico asociado al importante cambio físico derivado de una baja tan significativa de peso” (p. 286). Dicho malestar puede asociarse a partir de dificultades desde el paciente para adaptarse a diversas situaciones ligadas a la baja de peso, como las demandas que aparecen desde el entorno social a raíz del aumento de aceptación social, y la aceptación de la nueva imagen corporal, lo cual, sumado a la presencia de posibles elementos psicopatológicos preexistentes, puede ocasionar que aparezca o se intensifique alguna sintomatología psiquiátrica así como lograr una insuficiente pérdida de peso o, incluso, un aumento del exceso de peso perdido (Montt et al, 2005).

Ahora bien, a la luz del reconocimiento de los efectos psicológicos de la cirugía, algunas investigaciones que han profundizado en esta temática, como la desarrollada por Ruiz, Berrocal y Valero (2002), han llamado la atención respecto a la naturaleza específica de estos efectos. Al respecto, los autores plantean que, contrario a lo que se podría pensar desde el sentido común, la baja de peso asociada a la cirugía no tendría relación con los beneficios en la vida emocional que el paciente pueda presentar. En sus palabras:

“al contrario de lo que en un principio cabría esperar, los cambios emocionales que experimentan los individuos tras la intervención no se

relacionan con las pérdidas de peso obtenidos. Las mejoras emocionales parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras el tratamiento, todos ellos parámetros psicológicos. A su vez, las mejoras informadas en las relaciones sociales y de pareja tampoco se han encontrado asociadas en este trabajo a las pérdidas de peso, ni tampoco a los cambios habidos en la imagen corporal. En general, los resultados anteriores sugieren que los cambios en parámetros psicológicos que acontecen tras la cirugía se relacionan con cambios, a su vez, de la misma naturaleza, y son más independientes de las pérdidas ponderales de lo que en un principio cabría esperar” (p. 581)

Es decir, si bien existen cambios psicológicos a partir de la modificación orgánica específica en la que opera la cirugía bariátrica, al mismo tiempo no es posible atribuir categóricamente dichos cambios al operar de esta técnica en sí misma. Por lo tanto, se abre así un amplio lugar al trabajo psicológico desde donde se podría comprender el proceso que el paciente va a vivenciar a lo largo del procedimiento. Esto es, hay algo particular, singular, único de cada persona, que se pone en juego al momento de enfrentar este tipo de tratamiento y que se hace necesario indagar y conocer para comprender la significación que el paciente elaborará del tratamiento al cual se expone en adelante.

Comprendiendo desde esa mirada lo que el sujeto pone en juego al enfrentarse a este tipo de tratamiento quirúrgico es que propuestas como la de Gimeno (2012) en torno a la obesidad toman forma. Justamente, la autora plantea que la obesidad se instala en el paciente, ante todo, a partir de una repercusión subjetiva, particular a cada sujeto, de modo que sostiene que “no resulta posible hablar de UN perfil de obeso, sino de singularidades” (p.4), por lo cual prefiere utilizar el término “obesidades”, acogiendo así una mirada que busca a ir más allá de las generalidades de la noxa, entendiendo que “desde el punto de vista de la subjetividad resultaría arbitrario hablar de “una sola” obesidad, dado que a la complejidad biológica y socio ambiental se suma la del sujeto que padece (...) que complejiza indudablemente su abordaje, en el cual las herramientas múltiples confluyen” (p. 5).

En ese contexto, siguiendo aun a Gimeno (2012), lo particular y el desafío propio de esta clínica bariátrica responde a lograr abordar la complejidad que supone una

enfermedad que hace rasgo, y que desde allí deja escapar algo de lo subjetivo del paciente y que insiste permanentemente; por lo tanto, se entiende que “se puede hablar de padeceres comunes, de discriminaciones parecidas, y de abordajes que aun no siendo iguales para todos, pueden, en el uno a uno de la subjetividad, favorecer un corrimiento de ese lugar de goce a uno de implicación subjetiva, de pregunta y resiliencia” (p. 5).

Será entonces en ese espíritu que se enmarca esta investigación, atendiendo a esta subjetividad que, en el marco de la investigación científica, aparece muy relegada en el actual estado del arte. Se entiende así que, antes de comprender si los trastornos psicológicos son causa o consecuencia de la intervención de la cirugía bariátrica, por qué algunos pacientes fracasan ante la cirugía a pesar de su motivación e intereses, por qué otros logran la baja de peso pero finalmente parecen no mejorar sus quejas iniciales, es necesario comprender cómo este sujeto obeso se posiciona ante la posibilidad de acceder a la cirugía, es decir, es imperativo ante todo rescatar su experiencia, su posición como sujeto individual, conocer cómo sufre su obesidad y cómo la cirugía puede afectar dicha experiencia, levantando así nuevos elementos a la comprensión de los efectos de la intervención quirúrgica en las personas aquejadas de obesidad, tarea ante la cual el psicoanálisis aparece como una perspectiva conveniente y pertinente de trabajo, entendiendo su filiación con el trabajo discursivo del paciente y las posibilidades que desde allí ofrece al estudio e interpretación del dinamismo psíquico del mismo.

De este modo, habiendo situado el abordaje del discurso médico a la temática de la obesidad, las condiciones y características de trabajo de la cirugía bariátrica, y en ese medio, el rol que ha adoptado la psicología en particular, se da cuenta de la importancia de rescatar la subjetividad del paciente en un medio donde incluso la psicología, como ciencia que pone su foco de interés en la particularidad de cada persona, se ha puesto al servicio de estándares ajenos al sujeto al que atiende.

Así, resulta pertinente a continuación desarrollar los conocimientos que el psicoanálisis ha podido desarrollar en torno a las características de la relación médico – paciente en el contexto de la modernidad, en el entendido de que dicho vínculo responde a las lógicas de funcionamiento explicitadas hasta acá en torno a la obesidad y el operar bariátrico. Desde allí, se destacará el lugar que el cuerpo ocupa en el padecer del paciente enfermo y el vínculo que el médico le propone, para luego finalizar profundizando en lo específico que la obesidad y la posibilidad de la cirugía bariátrica ponen en juego en el sujeto sufriente.

Cuerpo, obesidad, cirugía bariátrica: encuentros y desencuentros entre medicina y psicoanálisis.

La medicina moderna y el lugar del paciente

Existe un amplio consenso en la literatura sobre la relación médico paciente que establece que esta ha entrado en crisis de la mano del desarrollo de la modernidad. La esencia de esta crisis radica en que existiría una actitud que “subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción” (Bohórquez, 2004, p. 3). Dicho trato tendría su origen en una serie de transformaciones “políticas, económicas, legales, culturales y tecnológicas, que con una postura racionalista estimulan actitudes utilitarias y eficientistas en la relación médico paciente, lo que reducen la relación a una interacción técnica instrumental que ha cambiado el lenguaje y presiona cambios en la interacción” (p.3), situando de tal manera al paciente en el lugar de cliente mientras que al médico como prestador de servicio (Bohórquez, 2004). Esta problemática, si bien desde la disciplina médica es reconocida a la vez que se han desarrollado propuestas al respecto, su abordaje ha sido principalmente desde una lógica de humanización del vínculo, en términos de respeto hacia los derechos del paciente, y en esa línea, la importancia de la alianza terapéutica, el rapport, la confianza, la empatía, etc. (Marsiglia, 2006; Facchini, 2004; Bohórquez, 2004). Por ejemplo, Marsiglia (2000, citado en Marsiglia, 2006) plantea que “el médico por experiencia propia conoce algunas de las necesidades del paciente, por lo que en mayor o menor grado se identifica con él y en la situación ideal, alcanza el nivel de empatía que le permite, al ponerse en su lugar, comprender el significado de sus deseos, sentimientos y pensamientos” (p. 185).

Por su parte, el psicoanálisis también ha abordado esta crisis de la relación médico paciente, si bien desde una perspectiva que añade a la anterior la problemática del sujeto, en la medida en que el reconocimiento de la singularidad del paciente no puede reducirse al respeto por sus derechos, lo cual si bien puede entenderse como una condición necesaria, no por ello es suficiente. En tal sentido, Manitta (2005), tomando como ejemplo el principio de autonomía, sostiene que “aun cuando se afirme que se ha respetado la autonomía del paciente, nada se sabe de él (...) es necesario que el médico pueda

situarse frente al sujeto como frente a un misterio, para poder reconocer la particularidad de éste y para que el paciente pueda reconocerse en su particularidad” (p.93).

Ahora bien, como llamado a la prudencia, es importante situar que la introducción de la noción del sujeto en el debate de la relación médico paciente no pretende llevar la discusión a una cierta demonización de la ciencia. Siguiendo a Tort (1994), si bien se reconoce que uno de los grandes aportes de Freud es cuando introduce la diferencia entre sexualidad y reproducción lo cual “permite una interpretación de lo biológico a partir de lo inconsciente” (p. 13), estableciendo así puentes de interacción entre ambas disciplinas, al mismo tiempo el autor sostiene que “no cabe reforzar una especie de antagonismo entre biología como tal y el psicoanálisis” (p. 35). De tal forma, el valor de la introducción de la problemática del sujeto en el vínculo médico paciente es que permite comprender que la crisis en que se ve envuelta no se reduce a una política del buen trato, sino que, en cambio, responde a una crisis mayor en donde los referentes culturales han caído en términos de satisfacción (Tort, 1994), lo cual ha repercutido también en el lugar que tanto médico como paciente toman en torno a la salud: “del lado del médico en cuanto debe administrar beneficios y responder a los criterios de eficacia importados del mercado; del lado del paciente vemos que hoy el poder de la ciencia brinda al sujeto la posibilidad de recurrir al médico a pedirle su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato” (Manitta, 2005, p. 90).

Dicho esto, en primer lugar, Freud (1930) en *El malestar en la Cultura*, ya introducía un cuestionamiento en torno al desarrollo tecnológico y la práctica médica, a partir de que si bien es evidente que se han logrado extraordinarios avances en las ciencias naturales y su aplicación técnica, potenciando cada vez el control del ser humano sobre la naturaleza, esto no ha cumplido su añoranza de satisfacción, de felicidad. Si bien esto no significa que no aporten algo, Freud (1930) resuelve categóricamente: “¿de qué nos vale una larga vida, si ella es fatigosa, huera de alegrías y tan afligente que no podemos sino saludar a la muerte como redentora?” (p. 87). Así, el autor plantea la tesis que la existencia dentro de una cultura, más allá de los desarrollos tecnológicos y científicos, tiene como consecuencia ineludible la presencia de un malestar, en la medida en que ella impone sacrificios no sólo a la sexualidad del ser humano sino que también a su inclinación agresiva: “gran parte de la culpa por nuestra miseria la tiene lo que se llama nuestra cultura” (Freud, 1930, p.85). La instancia que permite el paso de dicha exigencia desde un ámbito social al subjetivo Freud le denomina *superyó*, instancia psíquica que supone una introyección de la agresión del sujeto que originalmente se dirigía al exterior,

pero que se vio frustrada por los ideales culturales: “llamamos «conciencia de culpa» a la tensión entre el superyó que se ha vuelto severo y el yo que le está sometido. Se exterioriza como necesidad de castigo. Por consiguiente, la cultura yugula el peligroso gusto agresivo del individuo debilitándolo, desarmándolo, y vigilándolo mediante una instancia situada en su interior, como si fuera una guarnición militar en la ciudad conquistada” (Freud, 1930, p.120). En definitiva, la convivencia en un marco cultural conlleva siempre una cuota de malestar en tanto exige una renuncia a la satisfacción pulsional, de tal modo que los ideales del desarrollo técnico en cuanto al control de la naturaleza y el cuerpo humano refiere, no logrará cumplir a cabalidad el interés por conseguir un estado de plenitud.

Pese a dicho planteamiento, la cultura de la modernidad se ha caracterizado por sostener un ritmo de vida acelerado, destacando en ella el rol que la ciencia toma en tanto esta incluiría a todo sujeto en sus efectos progresistas: “la medicina entró en su fase científica en la medida en que surgió un mundo que, en lo sucesivo, exige los condicionamientos necesarios en la vida de todos en la medida en que la ciencia forma parte de ella, en que se halla presente en la vida de todos en sus efectos” (Lacan, 1985, p. 8). Se trataría de una época donde, siguiendo a González (2011) en su interpretación de Lacan, su malestar se caracterizaría porque los referentes de la medida común y la regularización, es decir, lo que se desprende de la función del ideal, se volvieron inconsistentes, fugaces, lo cual, en el caso de la ciencia y la medicina, “ha subvertido la función y el personaje del médico, tan estables durante mucho tiempo. La ciencia es la que lo introduce en la encrucijada de responder y el modo de responder es la cuestión que se cierne en torno a la nueva demanda” (González, 2011, p. 64).

De tal forma entonces, el malestar en el marco de la modernidad y la ciencia ha hecho sentirse también de manera estruendosa en la relación médico paciente, lo cual se refleja en diversas acusaciones, denuncias, reclamos, sentencias, códigos de ética, compromisos y tratados mundiales que en ella surgen (Manitta, 2005). Al respecto, si bien en principio en dicha relación se encontrarían dos sujetos, el médico a quien se le supone un saber, y el enfermo quien en base a ese supuesto le dirige al primero una demanda, tal escenario se ha visto modificado. En la actualidad, la demanda del paciente no sólo se orienta a reparar sino que también a devolver la felicidad, el sujeto exige el acceso a “un estado libre de molestias y de deseo peligrosamente saciado” (Manitta, 2005, p. 89), de modo que allí donde el médico hacía lo posible, hoy existen denuncias de malas praxis,

de tal forma que sólo “es cuestión de encontrar al médico indicado con los aparatos adecuados.” (Manitta, 2005, p. 90).

Dicha modificación de los lugares que ocupan médico y paciente obedece a un proceso histórico-social que ha desplazado el lugar del trabajo clínico del médico. Foucault (1963) da cuenta que en el proceso de comprensión de la enfermedad el trabajo médico ha tendido a centrarse en el estudio de la anatomía patológica, derivando desde allí la noción de la enfermedad como un trastorno fisiológico del tejido que termina por alterar al órgano, de modo que la sede de la enfermedad no estaría en el ser humano sino que en sus órganos, y será a ellos a lo cual se dirige el médico. Se integra así la muerte a la experiencia médica, marcando una forma singular de aproximación al cuerpo y al sujeto: “el cuerpo sin vida habla sobre el cuerpo del individuo que experimenta su singularidad en las prácticas del cotidiano” (Cavalcante, 2004, p.172).

Asimismo, los avances de las ciencias en términos de equipos de diagnóstico, así como la informática y los medios de comunicación, han producido un desplazamiento de la atención del médico desde el enfermo hacia la enfermedad. Previo a los años 50, en la medida en que existía menos apoyo de la aparatología, el trabajo clínico se centraba mayormente en la escucha y la mirada, en cambio, hoy habla más las mediciones y estudios científicos que se proponen, ateniéndose de tal forma a índices basados en pautas universales, perdiendo el énfasis de trabajo en el modo de enfermar singular de cada persona (Greco, 2008). Una de las principales consecuencias de esto es que en la práctica médica se confunden el signo (aquello medible, cuantificable, observable externamente) y síntoma (el reporte subjetivo que hace el paciente de su malestar, que escapa a la observación directa), desconociendo la importancia del segundo al momento de pensar el trabajo clínico no sólo como un diagnóstico sino que también como una intervención terapéutica; reflejo de esto es la siguiente cita del médico Wilhelm Olivier Leube a finales del siglo 19: “el tiempo empleado para hacer un buen interrogatorio, es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico” (Entralgo, 1982, citado en Hoyos, 2001). Como consecuencia de esto, Hoyos (2001) advierte que al desestimar el lugar del síntoma en el enfermar del paciente, lo que desaparece en definitiva es el sujeto: “el sujeto que se representa en los síntomas queda excluido entonces del discurso de la medicina, en el momento en que los síntomas son convertidos en signos, con lo que, además, se produce el efecto de convertir al enfermo en enfermedad” (p. 8). De tal forma, la medicina viene a convertirse en otro bien de consumo más dentro de la sociedad (Gómez, 1989).

Luego, del lado del paciente, ocurre que el avance de la tecnología y la información en la modernidad ejerce un intenso poder de seducción en el imaginario social, donde la confianza que anteriormente se depositaba en la figura de médico se desplaza hacia la fiabilidad de los instrumentos técnicos y su aparente neutralidad de información. Ahora bien, en tanto representante de dichos avances técnicos, el médico es situado por el paciente en un lugar de omnipotencia, esperando que éste sepa qué le sucede al mismo tiempo que se le adosa a ese deseo la responsabilidad de su padecer, lo cual se traduce en que el paciente asume en definitiva una actitud pasiva, dependiente e impotente frente a su enfermar (Gómez, 1989; Hoyos, 2001).

En la confluencia de ambos procesos, emergen procesos de *deshumanización del paciente*, en la medida en que reducir su sufrimiento a una categoría diagnóstica, donde el sujeto es representado por un número más en las estadísticas o en la tecnología, significa “impedirle hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la incompletud que señala la enfermedad, es despojarlo de lo más humano que tiene” (Hoyos, 2001, p. 11). Al mismo tiempo, de la mano de lo anterior se produce una *cadaverización del paciente*, en tanto se toma su queja en la literalidad de su discurso, desconociendo la dimensión representativa que su relato admite (Hoyos, 2001). Al respecto, Tort (1994) introduce la noción de *somatización inducida* para dar cuenta del momento en que el médico nombra el objeto del espacio clínico como proveniente de “una determinación anatómica y/o funcional de una o varias partes del cuerpo” (p. 162), al mismo tiempo que ocurre una *somatización solicitada*, lo cual corresponde “al proceso por el cual “se entiende” que lo traído, expuesto, sometido a examen, diagnóstico e intervención es el cuerpo y no el sujeto de palabra que requiere ser escuchado” (p. 163). De tal modo, el malestar del sujeto es reducido a la textualidad de la articulación de su demanda, desconociendo la dimensión representativa que ella porta.

Ante tal escenario, ya Lacan en 1966 (Lacan, 1985), enunciaba:

“¿Cómo responderán a las exigencias que muy rápidamente confluirán en exigencias de productividad? Pues si la salud se vuelve pública y objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida es productiva. ¿Qué podrá oponer el médico a los imperativos que lo convertirán en funcionario de esa empresa universal de la productividad?” (p.13)

Esto se entiende como un alto ante la cientifización, en tanto esta lleva a convertir al médico en un técnico, transformándolo así en un elemento prescindible en la medida en que su rol puede ser desempeñado también por la máquina moderna. De tal modo que, en miras de evitar dicha condición, Hoyos (2001) sostiene que el prudente uso de la tecnología en el trabajo médico “podrá ser fortalecido en la medida en que el médico se disponga a reconocer en el uno por uno de la clínica, la evidencia de la forma particular en que cada paciente se representará sus síntomas” (p. 13). Esto es, siguiendo a Lacan (1985), que el único camino que tiene el médico de perdurar como tal es en la forma en que responde a la demanda del paciente, que trasciende al desarrollo de la tecnología en el ámbito médico: “el único terreno es esa relación por la cual él es médico: a saber a partir de la demanda del enfermo” (p. 15).

Así, en *Medicina y Psicoanálisis*, Lacan (1985) plantea que no existe necesariamente una correspondencia unívoca entre demanda y deseo, de tal modo que cuando el paciente pide algo, aquello que realmente busca puede ser lo diametralmente opuesto. Como plantea Gómez (1989), “el paciente puede pedir alivio, consejo, saber sobre su enfermedad, tener un lugar para hablar y ser escuchado, o en algunas ocasiones el paciente puede desear ser un enfermo y por ello se resiste a cualquier tipo de tratamiento” (p. 184). Resulta interesante al respecto que autores como Greco (2008), en relación al hecho de que los pacientes piden algo que no necesariamente buscan, sostienen como ejemplo el enfrentamiento de pacientes con obesidad ante su enfermedad: “los dietistas, que trabajan en obesidad, pueden dar fe de esto con más casuística que otras especialidades” (p. 3).

Reconociendo así tal condición de la demanda del paciente es que se ha puesto énfasis en el argumento que el desempeño médico no se reduce a la administración de un antibiótico o un aparato quirúrgico – en el caso de la obesidad, la cirugía bariátrica –. En cambio, será allí en la dimensión de la demanda, trascendiendo el aparataje técnico, donde el médico podrá ejercer una labor terapéutica, la cual sólo es posible de sostener en tanto el médico esté dispuesto a conservar en sí el lugar de la ignorancia, una ignorancia que responde a la particularidad específica en el enfermar de cada sujeto y en la historia individual en la cual se anida el síntoma. Tal perspectiva permite en definitiva “la emergencia de una pregunta del paciente acerca de su síntoma” (Manitta, 2005, p. 91), devolviéndole así su autonomía y libertad frente al mismo, además de su responsabilidad en su causación y sostenimiento.

Así, acorde a dicha lectura del lugar del sujeto en el actuar médico, diversos autores han levantado una serie de propuestas y conceptualizaciones que buscan hacerle frente a esta crisis de la relación médico paciente. Por citar algunos ejemplos, Chiozza (2010) desarrolla el concepto de *patobiografía* como una metodología de trabajo que se centra en el concepto de historia en una doble vertiente, una “clínica”, que consigna los signos y síntomas así como el desarrollo de la enfermedad, y una “biográfica”, la cual presta atención en cambio a los acontecimientos y eventos vitales del sujeto considerando que ellas tienen un significado en el conjunto de esa vida, de tal modo que en el cruce de ambas, los órganos y el cuerpo emergen como testimonio de aquello que el paciente acalla. Asimismo, Ulnik (2008) sugiere la ampliación del concepto de *psicosomática*, considerándola así como “una disciplina que estudia los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen ya sea en la etiología, el desencadenamiento, la evolución o el tratamiento de las enfermedades somáticas (...) intenta describir las formas de encuentro e interacción de lo psíquico y lo somático” (p. 198).

Todas ellas, propuestas enmarcadas en el interés por la supervivencia del lugar del sujeto ante el accionar médico, que descansan en posicionar el valor de la escucha y el ejercicio de la palabra en el enfrentamiento con el paciente. Ahora bien, dicha escucha no sólo descansa en una forma particular de enfrentamiento ante el discurso del paciente, sino que también en el entendimiento que se tenga en torno a la corporalidad que dicho discurso refiere. Esto es, que “a través de la escucha el médico puede esclarecer el síntoma con el discurso del paciente y no leerlo mediante el encasillado científico que reduce cada cuerpo a un cuerpo anónimo” (Ingala y Alazraqui, s.f., citado en Gómez, 1989). Se trata que, frente a esa palabra, emerja un cuerpo marcado por la historia, trascendiendo de tal modo su estatuto biológico generalizable, y en consecuencia, anónimo en cada persona.

En tal sentido, se desarrollará a continuación las consecuencias del vínculo médico paciente moderno en la concepción del cuerpo, para sostener que dicha corporalidad trasciende su estatuto orgánico al momento de ser atravesado por la palabra del enfermo. Es un cuerpo portador de un discurso en tanto inscrito en una historia singular.

El cuerpo: el diálogo entre medicina y psicoanálisis

La condición de sostener el lugar del sujeto en el vínculo médico paciente, como se ha argumentado hasta aquí, depende de la escucha que el médico pueda ofrecerle al enfermo, logrando comprender el proceso de enfermar singular que el sujeto trae a la consulta. Sin embargo, dicha escucha se sustenta también a partir de una comprensión del cuerpo que trascienda su estatuto de organicidad.

Al respecto, Foucault (2003, citado en Ospina, 2009) afirma que el cuerpo supone el principal lugar donde se ejerce el poder, a tal grado que introduce la noción de biopoder (Foucault, 1976, citado Ospina, 2009) para dar cuenta del poder que se ejerce sobre la vida por medio de técnicas que controlan al sujeto y disciplinan su cuerpo. Así, el autor plantea que el poder político comenzó a orientarse a administrar la vida de los sujetos hacia el siglo diecisiete a través de dos procesos: *la anatomopolítica del cuerpo*, que refiere al disciplinamiento del cuerpo por medio de su educación e integrándolo a la lógica del sistema a través de escuelas o cárceles, entre otros; además de la *biopolítica del cuerpo*, que da cuenta de la regulación de los procesos biológicos desde el estado, como es la duración de la vida o la salud, apoyándose en técnicas como la demografía o la salud pública. Ambas confluyen hacia el siglo diecinueve constituyendo el biopoder (Foucault, 1976, citado en Ospina, 2009), gracias al desarrollo de la industrialización y el capitalismo, de modo que desde entonces, lo biológico se encuentra reflejado y ligado a lo político de manera indisoluble, en tanto la vida es controlada e intervenida por el poder.

En tal sentido, Bleichmar (2005) sostiene que el siglo veinte se caracterizó por una intensa batalla por desnaturalizar la vida cotidiana y la enfermedad, pero que a pesar de ello, el paso hacia el siglo veintiuno se ha visto marcado por una suerte de regresión, donde el cuerpo en particular se entiende como una maquinaria natural y cuyo funcionamiento mecánico se asume como ajeno a la mente que habita; es una comprensión del cuerpo que “se determina desde una racionalidad que no es sino el retorno al cuerpo máquina del siglo dieciocho” (p. 58). Es un cuerpo organizado según un orden anatómico que responde a la funcionalidad de cada segmento que lo comporta.

En la misma línea, Le Breton (2011) afirma que en la modernidad actual, el cuerpo se caracteriza por separarse de tres elementos centrales, el cosmos (ya no es el macrocosmos lo que explica la carne, sino la anatomía y fisiología interna del cuerpo), de los otros (se pasa de una sociedad comunitaria a una individualista donde el cuerpo se

instala como frontera con la otra persona) y de sí mismo (el cuerpo se plantea al sujeto como algo distinto a él); visión que tendría su oficialismo en el saber biomédico a partir de la anatomía y la fisiología. Prácticas como la extracción o trasplantes de órganos – como en este caso, la extracción o alteración de una porción de estómago o de intestino – ponen en juego la cuestión de los valores vinculados a la vida humana y la corporeidad, trasladando el debate moral en torno al dualismo mente-cuerpo al registro técnico del mismo. En ese sentido, “el cuerpo humano está planteado como un alter ego del hombre: sigue siendo signo del hombre, sin ser más hombre, ya que operaciones en su contra se volvieron legítimas” (Le Breton, 2011, p. 75), produciendo así que este cuerpo objeto, moldeable, modificable, vale para el hombre, “porque modificar sus apariencias es lo mismo que modificar el hombre mismo” (Le Breton, 2011, p. 91).

De tal modo que, mientras más la medicina conoce de las enfermedades, más parcela el cuerpo en función de las subespecialidades que ésta genera, favoreciendo así la disociación mente-cuerpo; en consecuencia, mientras más dominio ejerce la ciencia sobre el cuerpo, más desposeído de este se encuentra el sujeto (Gómez, 1989). Como plantea Vergara (2011), pareciera ser que el objeto de intervención de la medicina es el cuerpo enfermo y no el sujeto enfermo, y de ese modo, antes de descifrar el síntoma, lo que le interesa es el alivio corporal.

Ante tal escenario, el psicoanálisis desde sus orígenes con Freud ha hecho frente a esta disociación del cuerpo y la mente, propia de la concepción del paralelismo psicofísico (Chiozza, 2005). En sus “Tres ensayos”, Freud (1905) da cuenta que más allá del estatuto orgánico del cuerpo existe la dimensión de lo erógeno, en tanto la sexualidad, constitutiva del ser humano, inviste al cuerpo dotándolo así de las llamadas “zonas erógenas” (p.153), caracterizadas principalmente por su función de transición o barrera entre el sujeto y el ambiente. En tal sentido, en un comienzo la actividad sexual viene apuntalada en las funciones que sirven para la autoconservación de la vida (organización oral), de modo que el objeto de una es el objeto de la otra: “la meta sexual consiste en la incorporación del objeto, paradigma de lo que más tarde, en calidad de identificación, desempeñará un papel psíquico tan importante” (Freud, 1905, p. 180); pone como ejemplo de esto la conducta del chupeteo en el niño.

Anticipa así la aparición de la pulsión sexual a partir del proceso de alimentación, una vez que la sexualidad comienza a diferenciarse de esta última en el desarrollo de niño. Define la pulsión como una “agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir” (Freud, 1905, p. 153), que deslinda lo anímico

respecto de lo corporal. Caracterizada por su empuje (*drang*), en tanto exige al sujeto su resolución, su *meta* será siempre justamente su cancelación por medio de un *objeto* que le permite anular su estado de estimulación, la cual siempre será temporal (y por lo tanto insuficiente) en tanto proviene desde una *f fuente* interior de sujeto (Freud, 1915). Lo relevante aquí es notar que la pulsión se introduce como un concepto límite, que permite ligar al mismo tiempo que diferenciar los registros somáticos y psíquicos. Testimonio de esto son las “vías de influencia recíproca” que plantea Freud (1905, p. 187) para dar cuenta de la interacción existente entre el cuerpo y el mundo intrapsíquico, de modo que cualquier perturbación en el ámbito de las necesidades y funciones biológicas puede incidir en la erogeneidad vinculada con el órgano que desempeña dicha función, del mismo modo que la modificación de la erogeneidad de un órgano puede afectar su función biológica.

Acorde a este desarrollo conceptual, toma forma lo planteado por Bernardi (2005), cuando sostiene que si bien desde el psicoanálisis se acepta de entrada la distinción entre cuerpo y psiquis en el ser humano, al mismo tiempo se cuestiona dicha diferencia, proponiendo en cambio “un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado” (p.42), y llama a reconocer “en las fronteras entre ambos la existencia de zonas de superposición y tierras de nadie” (p. 42). En tal sentido, ya no se trata de reconocer a ambas como entidades separadas y que interactúan ante ciertas eventualidades, sino que en ante todo se trata de la misma realidad observada desde distintas lentes: “puesto que nuestra sexualidad está anclada en la biología del cuerpo y que, por otra parte, es tributaria del sentido de la comunicación, el psicoanálisis, interviniendo sobre el sentido de la palabra sexual, puede intervenir a la vez sobre el sentido de nuestra vida y sobre nuestro cuerpo” (Kristeva, 2004, p. 354, citada en De Kruyff, 2009)

Acorde a estos planteamientos, Lacan (1949) irá más lejos al introducir en esta lectura del cuerpo el lugar del tercero, el gran Otro, como determinante de la posibilidad de apropiación del sujeto de su cuerpo. Al respecto, plantea que la constitución del sujeto deviene a partir del estadio del espejo, instancia necesaria para la formación del yo en el sujeto humano. Viéndose el bebé humano inmerso en una experiencia corporal marcada por la discordancia primordial, el Otro (en general la madre) por medio de sus cuidados le rescata de dicha situación, otorgándole una imagen de sí unificadora. En tal sentido, la intervención del Otro anticipa en el niño la experiencia de una imagen corporal unificada, instancia que Lacan (1949) denomina como yo ideal, que si bien lo salva de dicha imagen fragmentada, establece una totalidad ortopédica, esto es, artificial, imaginaria, y ante todo,

inestable. De allí que se establezca que esta forma que el Otro ofrece y al cual el sujeto se identifica es siempre enajenante, si bien al mismo tiempo necesaria para la supervivencia, ya que se trata en última instancia de la matriz simbólica en la que el yo se precipita (Lacan, 1949). En definitiva, la constitución del sujeto requerirá la asunción de una imagen por mediación del Otro.

En este contexto, la enfermedad orgánica vuelve a remitir al sujeto a aquella experiencia de indefensión y fragmentación primordial, en tanto viene a hacer presente la imposibilidad de garantías, la finitud, la fragilidad de la vida, fragmentando el cuerpo y haciéndolo ajeno a la propia persona. En tal sentido, “el sujeto se dirige entonces al médico como a ese Otro que puede devolverle una imagen de sí completa, sin grietas por donde asome la angustia” (Manitta, 2005, p.87), de modo que “en el diagnóstico el médico otorga una posibilidad de identificación que para cada sujeto se juega de forma singular” (Manitta, 2005, p.87), del mismo modo que el Otro materno le permitía al bebé un lugar de identificación para tolerar su propia fragmentación. En tal sentido, el diagnóstico, si bien abarca la extensión del dolor y sus manifestaciones corporales, deja de lado la dimensión del sujeto que con y en ese cuerpo habla (Manitta, 2005). El diagnóstico médico puede leerse entonces como un *contrato de somatización* (Tort, 1994), en el cual, a raíz del exclusivo interés del médico en el funcionamiento real de los órganos y sus funciones, ante la pregunta que el paciente trae en su síntoma este le responde con su saber anátomo/funcional, lo cual instala el acuerdo entre ambas partes de realizar una intervención en función de dicho registro, esto es, no a partir de la palabra sino que en lo real de su cuerpo.

En dicho actuar se desconoce entonces que la corporalidad del sujeto está atravesada por el registro de lo inconsciente. Al respecto, Dolto (2007) presenta la corporalidad en una doble vertiente, diferenciando lo que ella llama *esquema corporal* de la *imagen corporal*. Respecto al primero (*esquema corporal*), especifica al individuo en tanto miembro de la especie humana, ya que es universal para todos aquellos que forman parte de la misma; en cambio, la *imagen del cuerpo* habla de lo singular de cada uno, ligada al sujeto y su historia, de modo que es específica de una libido en situación; en sus palabras: “la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se le puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (Dolto, 2007, p. 21). Siendo esta imagen de carácter inconsciente, resulta relevante destacar que ella incorpora la dimensión vincular del sujeto hacia sí

mismo y su entorno en lo que refiere a su corporalidad, de tal forma que amplía la concepción del cuerpo como delimitado a lo orgánico, y en cambio, reconoce que estaría atravesado por la significancia que dichas relaciones tienen para el sujeto.

Ahora bien, dicha imagen se relega a lo inconsciente al momento en que la madre opera bajo la lógica de la castración simbólica, esto es, cuando le significa al sujeto que “el cumplimiento de su deseo, con la forma que él querría darle, está prohibido por la Ley” (Dolto, 2007), prohibición que viene significada por medio del lenguaje, ya sea gestual, mímico o verbal. Es esta castración la que le permitirá en adelante simbolizar al sujeto. En tal sentido, Pommier (2010) sostiene que sin simbolizar, y en definitiva, sin palabra, el sujeto se perdería en la imagen, esto es, lo destruiría: “si el hombre dejase de dirigirse a sus semejantes, en algunos días perdería los reparos espacio-temporales de este cuerpo del que no es locatario sino gracias al habla (...) si un hombre ya no encontrase a quien dirigirse, caería en su imagen, a riesgo de ahogarse en ella” (p. 93).

En tal sentido, el cuerpo emerge ya no como algo inherente a la condición humana, sino que más bien es algo del cual el sujeto debe apoderarse a través de las diversas experiencias significativas en su historia, esto es, a través del ejercicio del lenguaje. Nasio (2011) sostiene, acorde a estos planteamientos, que el cuerpo no es algo que “es” en sí mismo sino que algo que se tiene, se porta, y en tal sentido, se sufre:

“Para nosotros, el cuerpo no es carnal. El cuerpo es un cuerpo que pasea, un cuerpo estallado, que nos es exterior. El cuerpo, para el psicoanálisis, en relación con lo psíquico, es el que el sujeto lleva en sus brazos. Tenemos que aceptar esta imagen. Y a este cuerpo lo perdemos y lo recuperamos. Es un cuerpo del “entre-dos”, del intervalo” (Nasio, 2011, p. 122).

Se establece entonces la importancia del trabajo con la palabra al momento de intervenir en el cuerpo, exigiendo al médico ir más allá del diagnóstico y la indicación tecnocrática en su intervención, en la medida en que el cuerpo que trae el paciente no se reduce a su estatuto orgánico, y aún más, en tanto atravesado por el lenguaje, resulta específico de la relación que el enfermo establece con el médico en la consulta. En dicho contexto, quedará por reconocer el lugar que dicha corporalidad y su palabra pueden tener en el contexto de la obesidad y la cirugía bariátrica.

Obesidad y cirugía bariátrica: algunos aportes psicoanalíticos

Establecido que el cuerpo, en tanto perteneciente a la realidad de un sujeto, no se reduce a su organicidad, del mismo modo, la obesidad, si bien tiene su expresión en un estado corporal, es posible comprenderla y abordarla desde la perspectiva del lenguaje.

Al respecto, resulta relevante reconocer, en primer lugar, que en la medida en que el cuerpo se encuentra atravesado por lo simbólico, introducido por el Otro en su constitución como sujeto, es, ante todo, un cuerpo de sentido (Lacan, 1949), de modo que no es ajeno a la valoración y el entendimiento que el contexto cultural hace de este. En tal sentido, la obesidad es dependiente del contexto sociocultural en el cual se inserta, tanto en el entendimiento que se hace de ella, su enjuiciamiento y sus condiciones de emergencia y sostenimiento en el tiempo. Nasio (2011) afirma al respecto que las enfermedades del cuerpo se modifican según la teoría con la que se avanza para conocerlo y curarlo, de modo que, a lo largo de la historia, “el cambio de las visiones del cuerpo ha modificado su realidad concreta, carnal, material” (p.11). En tal sentido, para entender la realidad de la obesidad se requiere abordar además su dimensión social.

Así, ya las teorías sobre el origen del ser humano aparecen ligadas al acto de comer: ya sea de carácter divino, donde se plantea la expulsión del paraíso a raíz de comer el fruto prohibido, o científico, como el enfoque darwiniano donde el comer se instala como elemento clave en la exigencia de adaptación y supervivencia de la especie. Cualquiera sea el caso, uno de los primeros elementos que favorece la emergencia de la obesidad responde a la independización del entorno en el acto de comer a partir del cultivo y la ganadería, lo cual fomenta un estilo de vida más sedentario. Pero no será hasta el imperio egipcio, donde aparecen las primeras asociaciones de la obesidad y la corpulencia a la opulencia, siendo símbolo de poder y alto rango en el estatus social (Korn, 2012).

Sin embargo, Hipócrates, con su teoría humoral, introducirá la noción de la importancia del balance energético entre consumo y gasto, a saber, que el alimento llena y el ejercicio vacía el cuerpo, noción que a grandes rasgos perdura hasta la actualidad, lo cual se refleja en los tratamientos dietéticos y el énfasis que en ellos se da en la regulación de la ingesta y la importancia del ejercicio físico. Con todo, destaca que en adelante, específicamente en la edad media con el auge del cristianismo, se condena y estigmatiza a la obesidad en tanto se consideraba que distraía al hombre de sus deberes

con Dios, a tal punto, que San Agustín y el Papa Gregorio I incorporan la gula entre los siete pecados capitales (Korn, 2012). Más adelante, en el contexto de la modernidad y el primado de la racionalidad científica, el énfasis en el abordaje de la obesidad estuvo dado por la medicina, donde poco a poco se asocia la obesidad con el modo de ingesta de alimentos, lo cual tuvo como contexto de realización la globalización, que permitió el acceso generalizado al alimento (no por eso equitativo) además de permitir la posibilidad de su almacenamiento, alimento que con el avance de las industrias y su producción en masa se vuelve cada vez más concentrado en pequeños volúmenes de alta densidad calórica (Korn, 2012).

Ahora bien, la época actual se caracteriza, como se dijo en apartados anteriores, por un ritmo acelerado de vida, donde nada parece ser imposible y donde no hay límites aparentes. Lacan (1974, citado en Ospina, 2009) sostiene que el discurso determina la forma de lazo social, y en tal sentido, el discurso actual capitalista instala el borramiento de lo imposible además de una interminable oferta de objetos que terminan por taponar la falta fundamental del sujeto en tanto inserto en el lenguaje. Se instala un estilo de vida marcado por la impulsividad donde el deseo no tiene espacio para constituirse como tal al verse enfrentado con una saturación de objetos, vendidos bajo la tergiversación de las necesidades, y que en dicha oferta desconoce la falta fundamental del sujeto, además que pronto exigirá el consumo de un nuevo objeto que promete algo mejor que el anterior: “es como si las normas que rigen en esta sociedad de consumo tiranizasen nuestro *ser de vacío*, efecto del lenguaje, en favor de ese *ser pleno de objetos* que pretende bajo la mascarada de los diversos complementos, venir a calmar lo que por estructura es incomable” (López, 1999, p.40). De tal forma que, en cuanto a la obesidad refiere, se aprecia una interpretación desde la sociedad donde se le atribuye a la persona obesa el elegir el placer y no la salud, además que, tras dicho juicio, existiría una difusa delimitación en los límites de ella en cuanto a entenderla como un problema estético o como factor de riesgo para la salud (Montero, 2001, citado en Meza y Moral de la Rubia, 2011).

Establecido así el discurso de la época, Nasio (2011) plantea que “el cuerpo en general y la lesión de órgano en particular son exactamente correlativos a la aparición del instrumento hecho para detectarlas o de los medicamentos destinados para tratarlas. Quiero decir que hay una dolencia propia de cada época de la ciencia” (p.74). Así, la obesidad, al ser descrita como la epidemia del siglo veintiuno (Pizarro, Rogríguez, Buscaglione y Atalah, 2012), se perfila como la enfermedad representante de nuestro

momento histórico, y en ese contexto, la cirugía bariátrica, como testimonio de la forma en que se entiende el cuerpo y su enfermar.

Así, el psicoanálisis, en sus preliminares aportes al estudio de la obesidad y la cirugía bariátrica, presenta principalmente dos perspectivas características, que aparecen condensadas en los trabajos de Meza y Moral de la Rubia (2011) y Méndez (2011), al menos en lo que refiere a investigaciones de habla hispana.

Meza y Moral de la Rubia (2011) realizan una revisión de los principales aportes que el psicoanálisis ha hecho en relación a la obesidad, destacando así dos elementos centrales: el entendimiento de la obesidad como síntoma y, en tal sentido, como un esfuerzo adaptativo de la función yoica. En relación a la obesidad como síntoma, establece que esta se articularía con experiencias de la etapa oral del desarrollo psicosexual, donde la actividad de amamantamiento rebasa lo nutritivo, de modo que esta respondería a la imposibilidad en satisfacer el deseo de volver al estado de confort que proveía el pecho materno en la cría humana. En tal sentido, Chiozza (1995, citado en Meza y Moral de la Rubia, 2011), propone que si bien la obesidad es un síntoma, lo sintomático en él responde más bien a las fantasías involucradas en torno al tejido adiposo y su vinculación con la meta pulsional. Así, el tejido adiposo tendría tres funciones a partir de las fantasías que genera: a) la grasa como fuente de energía para el crecimiento corporal, máxima expresión del autoabastecimiento del sujeto; b) la grasa da forma y disminuye la pérdida de calor, y c) el exceso de grasa, relacionado al calor corporal, respondería a un deseo por obtener afecto, cuidado y protección, leyéndose así una privación afectiva temprana. En definitiva, el autor plantea que la fijación adiposa se daría al momento de nacer cuando debe producirse la capacidad energética autónoma como preparativa para el crecimiento de la persona, de modo que la obesidad responde a la condición que el sujeto queda atrapado, presa de su cuerpo, ante una realidad que no le corresponde, manifestando de esa forma un temor a crecer, a la falta de preparativos para diferenciarse del mundo y los escasos recursos para afrontarlo (Chiozza 1995, citado en Meza y Moral de la Rubia, 2011).

Luego, la obesidad como esfuerzo adaptativo de la función yoica refiere a que, entendiendo al yo como la instancia psíquica que contiene las funciones básicas para que el individuo se adapte de manera exitosa a su entorno, acontecería en ella la alteración de cuatro de sus funciones principales, a saber: a) sentido de realidad, del mundo y de sí mismo, 2) regulación de instintos, afectos e impulsos, 3) falta de límites en relaciones objetales, y 4) los mecanismos de defensa ante la emergencia de la ansiedad (Bellack y

Goldsmith, 1993, citado en Meza y Moral de la Rubia, 2011), que repercuten en obstaculizar los intentos del sujeto por establecer conductas autoregulatoras, principal gatillante de la dificultad de la persona por regular su peso y sus hábitos alimenticios (Rand y Stunkard, 1978, citado en Meza y Moral de la Rubia, 2011). Concluye así, observando que tras estas alteraciones emerge un hambre insaciable que no llena, que existe a la base un deseo que no logra ser satisfecho, el cual remitiría en última instancia a la incapacidad de tolerar la castración por parte del sujeto obeso, en la medida en que su hambre no es de comida, sino que es un hambre carnal, sexual, incestuosa (Meza y Moral de la Rubia, 2011)

Su carácter incestuoso refiere a que no se tolera la falta constituyente del sujeto en tanto sujeto de palabra, ante lo cual busca llenarse del otro, del gran Otro, en definitiva, busca ser el deseo del Otro. Al respecto, Méndez (2011) plantea que así como la obesidad puede ser entendida como un síntoma, también es posible comprenderla desde la problemática del goce. Sostiene que el comer en la obesidad se presenta como una compulsión, esto es, como “un goce con el que no se supo qué hacer” (p. 42), de modo que no hay placer en el acto, al contrario, hay un vínculo mortífero con la comida, el comer es un comer desesperado. En tal sentido, esa infinitud del hambre, la incapacidad de satisfacción pasa porque, en ese vínculo mortífero, se demanda un imposible, “el imposible del ser, ser el deseo del Otro, de no estar en falta, y cumplir con su fantasía de omnipotencia y completud” (Méndez, 2011, p.44). En tal sentido, como se dijo, el hambre del obeso responde a un “hambre de deseo, de ser deseado (por la madre y el padre)” (Meza y Moral de la Rubia, 2011, p 11), lo cual instala la insatisfacción ya que no logra satisfacer el deseo del otro, lo cual le remite a la incompletud, la castración, la falta.

De allí que se establezca que el problema en la obesidad se instala en la demanda, en tanto se demanda el ser, el amor eterno e incondicional, el cual “es imposible por estructura” (Goldstein, 2003, citado en Méndez, 2011). La fórmula de su hambre se instala como un hambre de palabras que lo definan en su falta, que lo diferencien y le pongan límites, separándolo del otro y consiguiendo así surgir como sujeto deseante.

Será en ese contexto donde la cirugía toma forma como posibilidad de intervención en la obesidad del sujeto, ya que ante esta falta de límite en su psiquismo, sostenida además por un contexto cultural promotor del exceso y la ilusión de la omnipotencia, se manifiestan distintos actos que intentan ejercer el corte, como son los deportes extremos, las automutilaciones y la demanda por las cirugías. Así, Méndez

(2011) plantea que en la demanda por la cirugía bariátrica, no solo se busca que se quite la gordura, sino que también “fabricar un hoyo, una falta. Lo que se le pide a la medicina con la cirugía es una separación de un modo de gozo voraz. Se pide que se ejerza la función del nombre de padre que impone la ley, el límite, que impide ser devorado por el gozo de ser comido comiendo” (p. 62).

La cirugía opera entonces en el registro de lo evidente, lo que se ve, pero no logra abordar lo subjetivo que se juega en esa obesidad que se interviene. Y es a ese sujeto que apunta esta investigación, con el interés puesto en conocer el discurso que se pone en juego en torno a dicha forma de trabajo. Ya Zukerfeld (1996, citado en Maysonet y Toro-Alfonso, 2007) decía, ante la exageración evidente en la morfología del cuerpo obeso: “¿cómo trabajar con lo inevitable, que inunda e impresiona nuestros sentidos, sin olvidar al sujeto que tenemos enfrente? (...) el tema de su obesidad desaparece de sus palabras y permanece en su cuerpo”; de modo que la presente investigación se orienta en poder hacerle frente a esa obviedad con que se presenta la obesidad ante el otro.

Establecidas las coordenadas de entendimiento sobre la obesidad tanto de la medicina como desde el psicoanálisis, y desde allí la interpretación que se hace del lugar que la cirugía toma en una y otra perspectiva, se establecerá a continuación los ejes que orientan la metodología de trabajo para cumplir los objetivos propuestos.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los discursos asociados al cuerpo, la enfermedad y la cirugía bariátrica en pacientes a los que se les indica ingresar a dicho tratamiento?

Objetivos

Objetivos Generales

1.- Conocer y comprender los significados que el paciente bariátrico sostiene en torno a su enfermedad, su cuerpo y el tratamiento que se le indica.

Objetivos Específicos

1.- Describir y analizar la significación que el paciente bariátrico sostiene en torno a su enfermedad.

2.- Describir y analizar la significación que el paciente bariátrico sostiene en torno a su cuerpo.

3.- Describir y analizar la significación que el paciente bariátrico sostiene en torno al tratamiento que se le ofrece.

4.- Comprender cómo éstos significados se articulan entre ellos, permitiendo la intervención de la cirugía bariátrica en dicho contexto

Marco metodológico

Enfoque metodológico

La presente es una investigación de tipo empírico, inscrita en el campo de las metodologías cualitativas. Dicho enfoque se estima pertinente en la medida en que sus características principales permiten abordar de manera coherente y consistente la pregunta de investigación. Dichas características pueden resumirse en tres elementos esenciales (Mason, 1996, citado en Vasilachis, 2006): a) se funda en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa, esto en el sentido que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido; b) se basa en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen; y c) se sostiene en métodos de análisis y de explicación que abarcan la complejidad, el detalle y el contexto del fenómeno en estudio.

Basándose en estos principios articuladores, en última instancia el interés por trabajar desde este enfoque radica en que la perspectiva cualitativa sostiene la creencia central de que intervenir en dicha lógica permite proveer una mayor comprensión y en profundidad del fenómeno social que lo que se conseguiría mediante un trabajo cuantitativo. Justamente, se piensa utilizar el enfoque cualitativo “cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), en este caso, la experiencia del paciente en torno al problema de su obesidad.

Luego, habiendo centrado entonces el interés de lo cualitativo en la experiencia subjetiva del sujeto ante un fenómeno social, se estima que el enfoque cualitativo resulta pertinente también para esta investigación ya que la literatura sugiere trabajar desde esta perspectiva ante la situación que el tema a investigar sea poco abordado, ya sea que es un tema poco estudiado, su contexto de investigación es comprendido de manera deficiente, los límites del campo de acción están mal definidos, etc. (Morse, 2003, citado en Vasilachis, 2006). Así, ya se ha establecido el incipiente abordaje de la temática de la obesidad, sobre todo desde el marco de la cirugía bariátrica, y aún más desde un enfoque cualitativo así como también desde una lógica psicoanalítica.

Finalmente, más allá de la especificidad de esta investigación, resulta pertinente trabajar desde un enfoque cualitativo en la medida en que, acogiendo los aportes de Flick (1998, citado en Vasilachis, 2006), se reconoce que la investigación cualitativa resulta crítica y relevante para el estudio de las relaciones sociales en el contexto moderno, caracterizado por un rápido cambio social vinculado a la diversificación y pluralidad de mundos de la vida, que obligan al investigador a enfrentarse a cada vez más variados contextos y perspectivas sociales, entre las cuales la realidad de la práctica de la cirugía bariátrica aparece como un foco en desarrollo cada vez más rápido de producción social.

Ahora bien, reconociendo la realidad del enfoque cualitativo, donde existen múltiples orientaciones de trabajo de modo que no es posible sostener su validez en una forma exclusiva de hacer investigación, se hace necesario explicitar el enfoque específico que adoptará esta investigación. De este modo, resulta pertinente trabajar desde el paradigma interpretativo, el cual tiene como fundamento “la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes” (Vasilachis, 1992, citada en Vasilachis, 2006, p. 48). Lo principal es que considera el lenguaje tanto como un recurso de reproducción así como también de creación del mundo social. Este elemento será central al momento de describir la herramienta de análisis de esta investigación.

El trabajo del paradigma interpretativo descansa en cuatro supuestos básicos, a saber (Vasilachis, 2006):

- a) La resistencia a la naturalización del mundo social: tras el interés por buscar la causalidad y el generalizar el conocimiento de lo social, considera a este como una producción humana y que por lo tanto prima el análisis de los motivos de la acción, de las normas, valores y significados sociales.
- b) La relevancia del concepto de mundo de la vida: pone el énfasis en el contexto en el que se dan los procesos de entendimiento, de modo que otorga patrones y modelos de interpretación.
- c) El paso de la observación a la comprensión y del punto de vista externo al interno: la realidad simbólica de cada contexto requiere de la participación del intérprete, quien no da un significado de manera individual sino que hace explícita la significación dada por los participantes
- d) La doble hermenéutica: los conceptos de segundo grado que son creados por los investigadores para reinterpretar un fenómeno social significativo para los participantes, son al mismo tiempo, utilizados por los individuos para interpretar su

situación, convirtiéndose así, en virtud de esa apropiación, en nociones de primer orden.

Se estima que principalmente los principios a) y c) permiten establecer puentes entre el trabajo cualitativo y el campo psicoanalítico, en la medida en que orientan el trabajo a una lógica de orden comprensivo de la singularidad más que establecer causalidades directas generalizables al total de la población; y también, porque el situar la realidad simbólica como previo al intérprete se perfila coherente con los postulados psicoanalíticos que plantean el registro simbólico como previo al sujeto hablante.

Habiendo situado los aspectos centrales de la metodología escogida para el estudio, así como su pertinencia para el problema de investigación, se describirá a continuación brevemente el diseño metodológico del mismo.

Diseño metodológico

Las fases del estudio pueden presentarse en cuatro grandes etapas, ante las cuales, sin embargo, se debe tener presente que el proceso cualitativo no es lineal ni lleva una secuencia establecida, más bien, las etapas suponen acciones que apuntan a responder la pregunta de investigación, de modo que suelen confundirse y realizarse en distintos momentos del trabajo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Dicho esto, el desarrollo de la investigación consta de las siguientes fases:

- a) Revisión de literatura especializada y definición del problema de investigación: una vez estudiada la información que en la actualidad se tiene en torno a la problemática de la cirugía bariátrica y los aportes psicoanalíticos al respecto, se define la pregunta de investigación que aspira a entregar nuevos conocimientos así como generar puentes en áreas de trabajo tradicionalmente poco integradas.
- b) Definición del marco metodológico: se establece la pertinencia de trabajar desde un enfoque cualitativo y los puentes que se pueden establecer entre dicho enfoque y la perspectiva psicoanalítica. Además, se establece el muestreo y la muestra a abordar además de la técnica de análisis de los datos, lo cual será desarrollado en el apartado próximo.

- c) Recolección y análisis de los datos: se define como técnica de producción la entrevista en profundidad semiestructurada, para la cual se construye un guion temático para asegurar la posibilidad de trabajo con los datos obtenidos.
- d) Elaboración de discusión y conclusiones: se interpretan los datos obtenidos a la luz del problema de investigación y se elevan conclusiones pertinentes.

Tomando estas fases del estudio, a continuación se presentará la técnica de muestreo y la muestra que fue conformada a partir de la misma.

Población y muestra

La población que se aborda en esta investigación corresponde a pacientes que se encuentren con indicación para ingresar a tratamiento en el programa de Cirugía Bariátrica del Hospital Félix Bulnes Cerda. Dicho hospital pertenece al área occidente de salud de la región metropolitana, ubicado en la comuna de Quinta Normal, si bien con sede también en la comuna de Providencia desde el año 2010 a raíz del terremoto que afectó al país. En ese marco, el hospital responde a la demanda de atención de salud que generan alrededor de 401.879 habitantes, comprendiendo las comunas de Cerro Navia, Renca y Quinta Normal (Hospital Félix Bulnes Cerda, 2012). Se estableció este hospital como lugar de trabajo bajo criterios de accesibilidad y además porque este hospital en el año 2013 se estableció como hospital de referencia del área occidente de salud de la región, lo cual permite pensar en la representatividad de los resultados obtenidos en la investigación en relación a otras instituciones de similar desempeño.

Luego, acorde con la intención de la investigación de acceder a la experiencia en profundidad del paciente al momento de enfrentar dicho tratamiento, se estableció una muestra de 8 sujetos los cuales fueron entrevistados en el lugar de atención de la unidad, número que se estima logra cierto nivel de saturación de la información y al mismo tiempo que permite abordar las diversas posiciones en que el paciente puede ubicarse al ingresar al tratamiento, entendiendo por esto variables como la edad o el sexo, por ejemplo. De allí que la selección de la muestra se haya realizado a partir de la selección por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), considerando aspectos de heterogeneidad y accesibilidad.

En esa lógica, los criterios de selección de los pacientes quedaron definidos a partir del perfil descrito con anterioridad, que se sostiene como consenso en la literatura

internacional, esto es, pacientes portadores de un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 kg/m² o mayor a 35 kg/m² con comorbilidad asociada, y que tengan una edad entre los 18 y 65 años (Maluenda, 2012). Con el fin de posibilitar una mayor heterogeneidad, se favoreció la participación de personas de ambos sexos así como también de diversas edades.

En función de todo lo anterior, la muestra quedó constituida de la siguiente manera:

Hombre		Mujer	
Joven	Adulto	Joven	Adulto
27 años	54 años	20 años	59 años
26 años	36 años	24 años	51 años

Todos los pacientes fueron abordados bajo la técnica de la entrevista en profundidad, brevemente detallada a continuación.

Técnicas de producción

La técnica utilizada para obtener los datos de la investigación fue la entrevista en profundidad, definida como “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1992). Acorde a las recomendaciones de la literatura cualitativa (por ejemplo Hernández, Fernández y Baptista, 2010), se adoptó en una primera instancia un enfoque de entrevista abierta, a modo de identificar los principales elementos que los entrevistados ponen en juego al momento de ejercitar su discurso en torno a la temática de su enfermedad y el tratamiento que se le ofrece. A partir de dichas entrevistas entonces, y teniendo como eje clave los significados asociados al cuerpo, enfermedad y tratamiento quirúrgico que se le ofrece al paciente bariátrico, se definieron las siguientes áreas a explorar:

Significados en torno al cuerpo y relaciones percibidas con el tratamiento al que postula: vivencia que el paciente sostiene en torno a la corporalidad, ya sea en torno a lo orgánico y/o a la imagen corporal, relaciones entre cuerpo y desarrollo social (afectividad, vínculos, trabajo, etc.), lugar que la cirugía ocupa en dichos términos.

Significados en torno a la obesidad y relaciones percibidas con el tratamiento al que postula: vivencia que el paciente reporta en torno a la obesidad, relación de éste con instituciones de salud, percepción de su rol en la causa y posible resolución de su condición, el sentido que toma en su vida, lugar que la cirugía ocupa en dichos términos.

Significados en torno al tratamiento quirúrgico al que postula: información que el paciente maneja del tratamiento, posición que toma respecto a su rol en tratamiento, proceso que le lleva a considerar este tratamiento, significación en torno a lugar de la cura, lugar de la cirugía en términos de posibles efectos en el desarrollo vital del paciente.

En función de estas áreas temáticas, cabe señalar, en primer lugar, que el énfasis de la investigación está puesto en recoger la particularidad y singularidad del paciente obeso en su relación con el tratamiento, sin pretender construir una caracterización general a priori.

Además, el guión temático elaborado para la realización de las entrevistas se adjuntará como anexo.

Por último, las entrevistas fueron registradas por medio de grabaciones de audio, a fin de facilitar la posterior transcripción y análisis del material producido. Todas ellas cuentan con la autorización de los entrevistados, quienes certificaron esto firmando un consentimiento informado, incluido también como anexo.

Análisis de la información

El análisis de la información obtenida a lo largo de las entrevistas se realizó por medio del análisis del discurso. Se estima que esta forma de trabajo resulta coherente con el interés de la investigación en la medida en que al mismo tiempo que permite el despliegue del discurso del paciente, no se limita a la textualidad del mismo sino que

reflexiona además sobre las condiciones en que dicha enunciación se sostiene, esto es, “leer los discursos para leer la realidad social” (Santander, 2011, p. 209).

Al respecto, el análisis de discurso responde a una lógica de comprensión del lenguaje que proviene principalmente del llamado giro lingüístico, expresión que caracteriza una inflexión en la filosofía y diversas ciencias humanas donde se puso una mayor atención al papel que desempeña el lenguaje (Iñiguez, 2011), pasando desde “un paradigma que ponía las ideas y la introspección racional en el centro de la observación certera del mundo, a otro que prioriza la observación y el análisis del discurso” (Santander, 2011, p. 209). En dicha transición, la dicotomía mente/mundo es reemplazada por la dualidad discurso/mundo, sosteniendo con ello una concepción activa del lenguaje, es decir, que el lenguaje es capaz de “hacer cosas” (Austin, 1982, citado en Santander, 2011); emerge entonces una noción de discurso como modo de acción.

Sin embargo, al mismo tiempo que activo, se considera al lenguaje como portando una cierta opacidad: “sabemos que el lenguaje no es transparente, los signos no son inocentes, que la connotación va con la denotación, que el lenguaje muestra, pero también distorsiona y oculta” (Santander, 2011, p. 208).

Es así que en función de ambos elementos del lenguaje (activo y opaco), Santander (2011) plantea que el discurso funciona al modo del síntoma, esto es, que detrás de la superficie discursiva existe un proceso opaco que responde a la producción del mismo, de modo que “lo que ocurre en el nivel de la circulación de los discursos no es necesariamente un reflejo de lo ocurrido en el nivel de su producción, lo que quedan son huellas, pistas, hebras, síntomas que el analista debe saber describir e interpretar” (p. 210). En ese sentido es que esta investigación busca no sólo conocer el discurso del paciente bariátrico en torno a su cuerpo, enfermedad y tratamiento que se le indica, sino que también poder interpretar un modo de articulación de dichos significantes entre ellos a partir del discurso dominante, para dar cuenta así de una producción de sujeto que sostiene esa enunciación.

Ahora bien, siendo el objeto de estudio el discurso del paciente bariátrico, resulta pertinente definir dicho elemento de trabajo. Seguiremos la propuesta de Iñiguez y Antaki (1994, citado en Iñiguez, 2011): “Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (p. 99). Esta definición resulta pertinente en la medida en que reconoce que detrás del enunciado

concreto de los sujetos existe un conjunto de condiciones de producción posibles de identificar, lo cual perfila una perspectiva de trabajo en la línea de una psicología crítica (Martínez y Palli, 2007), ya que establece una relación entre el discurso del individuo y la estructura social, entendida esta última como “reglas colectivas que estructuran el comportamiento” (Iñiguez, 1993, p.8).

En ese sentido, el análisis del discurso desarrollado en esta investigación adopta una posición crítica, en la línea de los postulados foucaultianos, donde no se trata de evaluar la coherencia interna de los discursos, sino buscar, desde la regularidad de una práctica discursiva, sus condiciones externas de posibilidad (Foucault, 1978, citado en Martínez y Palli, 2007), y además, se trata de considerar al discurso más allá de una ventana al mundo mental interior, esto es, considerar al discurso como una práctica, y ante todo una práctica que no funciona de manera aislada, sino que se relaciona con otras prácticas discursivas (Martínez y Palli, 2007), poniendo así al discurso en un lugar de reproducción al mismo tiempo que productor de cambios en la estructura social.

En definitiva, el texto obtenido de la transcripción de las entrevistas no será considerado como un texto en sí mismo, sino en la medida en que dicho decir es parte también de una institución reconocida socialmente (Foucault, 1969, citado en Iñiguez, 2011), principalmente a la luz del saber médico y la producción de sujeto que este motiva. La relación del discurso del paciente con su lugar de enunciación permitiría identificar lo que Foucault (1969, citado en Iñiguez, 2011) define como formación discursiva:

“... haz complejo de relaciones que funcionan como reglas: prescribe lo que ha debido ponerse en relación, en una práctica discursiva, para que ésta se refiera a tal o cual objeto, para que ponga en juego tal o cual enunciado, para que utilice tal o cual conjunto, para que organice tal o cual estrategia. Definir en su individualidad singular un sistema de formación es, pues, caracterizar un discurso o un grupo de enunciados por la regularidad de una práctica”

En este espíritu entonces el análisis de las entrevistas realizadas se estructura desde una perspectiva crítica, presentando a modo ilustrativo citas textuales rescatadas de las mismas que permitan dar referencias del análisis e interpretación que se hace del contenido del discurso del paciente. Además, se identifica frente a cada cita al entrevistado quien lo enuncia bajo el formato S1, S2, S3, etc., para dar cuenta de las características propias de la muestra que se identifican en uno u otro entrevistado.

Hombre		Mujer	
Joven	Adulto	Joven	Adulto
27 años S1	54 años S3	20 años S5	59 años S7
26 años S2	36 años S4	24 años S6	51 años S8

Finalmente, en algunos casos se presentan dentro de dichas citas breves comentarios del entrevistador, bajo el formato de entre corcheas [], cuando sea necesario aclarar el contexto en que dicha cita fue explicitada. Y además, se incluyen signos de (...) cuando el texto fue abreviado extrayendo alguna oración de la cita, con el fin de prevenir extensiones excesivas en las mismas y así facilitar el acceso a la información, siempre resguardando la textualidad y la no manipulación de los datos. Por último, se subrayan dentro de las citas elementos específicos para enfatizar aquellos que se consideran como fundamentales para comprender el trabajo interpretativo que se propone a lo largo del análisis.

Análisis

La presentación del análisis de la información obtenida desde el trabajo en terreno por medio de las entrevistas fue articulada en función del interés principal de la investigación, que apunta a comprender la aproximación y el entendimiento que el paciente con obesidad hace respecto al tratamiento quirúrgico al que postula. Así, acorde a dicho interés, el análisis de los datos obtenidos se estructuró a partir de tres dimensiones principales que permiten generar una aproximación a dicha comprensión: el discurso en torno a la obesidad como enfermedad, el vivenciar corporal en relación a dicha condición y el lugar que lo bariátrico ocupa a la luz de estas experiencias. Principalmente, se presentan aquellos elementos que dan luces sobre los soportes discursivos que aparecen en el sujeto obeso y de los cuales la cirugía bariátrica se vale para insertarse en la experiencia singular de este.

A continuación, se presenta un cuadro conceptual que resume los principales resultados del trabajo en terreno, dando cuenta de las tres dimensiones abordadas, los ejes discursivos desplegados frente a ellos, y una breve descripción de los contenidos de estos.

Dimensión	Eje temático	Descripción
Obesidad	Causas	Sus explicaciones son diversas, pero su tratamiento será el mismo; la indicación de la cirugía homogeniza las experiencias singulares en torno a su oferta tecnocrática
	Definición	El entendimiento se centra en la figura del descontrol, llevando el problema a la voluntad del sujeto. Se individualiza así la problemática, culpabilizándolo de su queja. Lo mórbido enfatiza la urgencia de una solución radical
	Lo social	En las relaciones sociales, la obesidad funciona como identidad y regulador social, definiendo el lugar a priori desde donde el sujeto enfrenta la cirugía
Cuerpo	Imagen	La imagen introduce el malestar subjetivo en la obesidad al instalar una vivencia de frustración, definiendo un vínculo de rechazo y evitación de la imagen, personal pero también social. Así, no sólo se porta un cuerpo obeso, sino que también es significado por el entramado social. De allí que se proyecta un cambio identitario ante la cirugía
	Sexualidad	La vergüenza en la dimensión sexual da cuenta de un cuerpo atravesado por un juicio de valor, ante el cual la cirugía se instala como humanizadora a través de la modificación corporal que promete
	Medicalización	En los tratamientos a los que el sujeto se expone se significa un cuerpo individualizado y objetivado, donde la problemática se pone en el plano conductual a la luz del mandato del discurso experto
Bariátrico	Emergencia	La introducción del tratamiento quirúrgico pasa por los medios de comunicación pero toma forma una vez es planteado por el discurso experto, el cual homogeniza lo heterogéneo del malestar obeso al ofrecer un cambio, es decir, se define como algo necesaria y beneficioso en sí mismo, valiéndose de la radicalidad con que se inviste
	Definición	La cirugía es posicionada en un lugar de omnipotencia, dotada de una radicalidad intensa, ya que se entiende como una posibilidad de cambio, no sólo de comer sino que de un estilo de vida en general. Las múltiples expectativas frente a la cirugía se traducen en que se significa su operar como la posibilidad de ser una mejor persona, dotando así al tratamiento de facultades valóricas y socializantes
	Rol y valor	El sujeto se posiciona como aquel que debe saber seguir instrucciones, asumiendo así un rol pasivo, permitiendo que el saber experto defina lo que es lo enfermo y lo que es la cura, comprometiendo su disposición reflexiva frente a la oferta médica. Se valorizan así los efectos del tratamiento como un absoluto asociado a su promesa de cambio, siendo el único camino a seguir, funcionando en ese sentido también como un fin en sí mismo, esto es, como un factor motivacional

El primer apartado aborda la experiencia del sujeto frente a su obesidad, enfatizando aquellos elementos que permiten pensar los soportes de los cuales se vale la cirugía para poder luego ejercer su acción. En tal sentido, se da cuenta del entendimiento que el sujeto construye sobre su obesidad, considerando experiencias tanto personales así como otras que involucren el contacto social. En particular, las explicaciones que los sujetos construyen para comprender su enfermedad dan cuenta que la obesidad supone una experiencia singular, pero que el discurso médico desdibuja a través del diagnóstico y su tratamiento, homogenizando dichas experiencias e instalando en definitiva la posibilidad de acción a través de la cirugía. A su vez, el entendimiento que estos sostienen respecto a la obesidad da cuenta que la problemática es reducida a un ámbito individual, sosteniendo por esa vía la experiencia de radicalidad y urgencia que ella necesita, sobre todo a partir del significante mórbido, a lo cual la cirugía bariátrica promete responder. Finalmente, la dimensión social de la obesidad en los sujetos da cuenta que ella funciona en un nivel identitario, de tal manera que su diagnóstico define a priori el lugar desde el cual se posicionará para enfrentar la oferta de tratamiento quirúrgico, desconociendo lo singular que moviliza al sujeto a acceder a la cirugía bariátrica. En definitiva, la comprensión de los significados que los sujetos sostienen en torno a la obesidad y lo que emerge de ella como enfermedad permite establecer ciertas coordenadas discursivas que darán luego lugar a la emergencia de lo bariátrico como respuesta a ese vivenciar, marcado en sus diversas aristas por el discurso médico en tanto sostenedor y gestor de dicho espacio de acción.

Situado el discurso del sujeto frente a la obesidad como enfermedad, en el segundo apartado se busca profundizar en el lugar que lo corporal ocupa en el mismo, entendiendo que es en él donde la obesidad se expresa en última instancia. En tal sentido, si bien la imagen apunta a la confrontación con la propia apariencia, se aprecia que dicho enfrentamiento depende a su vez del entorno social, el que define principalmente la frustración que esa imagen produce, y ante la cual la cirugía se perfila justamente como posibilidad de cambio identitario. A su vez, de la mano de la confrontación con la imagen, la dimensión de la sexualidad en lo corporal aparece definida principalmente por la vergüenza con que ella se vive, dotando al cuerpo así de un juicio de valor, y ante el cual la cirugía es vista como promesa de acceso a una mejor valía, un cambio en su valor humano. Y en ese contexto, el cuerpo puesto al servicio del discurso médico en los tratamientos previos de los entrevistados da cuenta que este

tiende a ser individualizado y objetivado, permitiendo de esa manera la acción de una intervención quirúrgica que define y delimita el problema en la conducta del sujeto y las dificultades en bajar de peso, en desmedro de la pregunta que dicha problemática ofrece como espacio de investigación para el sujeto. En suma, conocer la experiencia de la corporalidad detrás de la obesidad en dichos términos permite generar puentes entre un vivenciar corporal puesto en palabra y la posibilidad de emergencia de un acto médico que viene actuar sobre dicho despliegue discursivo.

En este marco, la cirugía bariátrica, abordada en el último apartado, tomará forma en la experiencia de los entrevistados en la medida en que ella se sostiene por la indicación del experto, acto por el cual lo singular que se pone en juego ante el cuerpo obeso se diluye, permitiendo así el actuar bariátrico en tanto técnica que testimonia la concepción de un cuerpo limitado a su funcionamiento orgánico. A su vez, la comprensión que los sujetos describen respecto al tratamiento bariátrico da cuenta que ella es caracterizada por su omnipotencia, tanto por sus alcances pero a la vez por las garantías que ella ofrecería, plasmado en lo radical con que ella se describe acorde a lo radical atribuido al significante mórbido en la obesidad. Finalmente, ante tal mirada frente a lo bariátrico los sujetos se posicionan desde un lugar pasivo, definiendo su rol como aquel que debe cumplir órdenes y hacer lo que el mandato del discurso experto dicte, en la esperanza de conseguir la baja de peso anhelada, comprometiendo de esa manera la reflexión que éstos puedan desplegar frente al actuar bariátrico.

Expuesto así la lógica que sostiene el análisis y sus principales resultados, resulta importante insistir en dos elementos centrales. En primer lugar, que el interés de esta investigación no apunta a elevar conocimientos con intención de ser generalizables a la población de pacientes que postulen a este tipo de tratamiento en estudio, sino que más bien rescatar el discurso singular que puede emerger en la experiencia de postular a esta intervención en cada entrevistado, para que, desde allí, conservando lo particular de cada experiencia, poder dar cuenta de una posición o formación discursiva que permita reflexionar en torno a esa diversidad de experiencias a la luz de la oferta bariátrica. Y, en segundo término, entendiendo que un discurso nunca se encuentra aislado, sino que más bien entrecruzado por una infinita multiplicidad de estos (Iñiguez, 2011), en lo específico del discurso desplegado en esta investigación resulta esperable que los límites entre las distintas categorías desarrolladas a continuación puedan difuminarse en los diversos pasajes, pero esto se considera más una fortaleza que una debilidad metodológica, en la medida en que permite generar puentes entre lo que es el discurso de la obesidad como

realidad médica, corporal y experiencial, desde la perspectiva del aquejado por esta condición.

Dicho esto, a continuación se exponen los principales resultados del análisis del discurso de los entrevistados.

I. La obesidad como experiencia generalizadora e individualizante

Uno de los primeros elementos que aporta el estudio del discurso sobre la experiencia frente a la obesidad apunta al hecho de que definir dicha enfermedad a través del pronombre “la”, como se hace en el discurso médico, designa una experiencia universal y replicable para todo sujeto, desconociendo la pluralidad de sentidos que en ella se pueden apreciar. A partir de dicha aproximación a la obesidad es que se sostiene luego un afrontamiento individualista de parte del sujeto, desconociendo los elementos sociales involucrados en ella, permitiendo además que ella pueda cumplir un rol de identidad para éste, definiendo las relaciones sociales que pueda formar.

Se desarrollan a continuación entonces los principales elementos que los entrevistados aportan en su discurso en relación a cómo estos experimentan y significan la obesidad y el lugar que ocupa en sus vidas.

I.1. Orígenes de la obesidad: lo singular vuelto generalidad

Un primer elemento que aparece en el discurso de los entrevistados al indagar su experiencia frente a la obesidad refiere a las explicaciones que éstos construyen sobre la causa de la misma, sean estas bajo una lógica de causalidad directa o también como diversos factores que habrían participado de alguna manera en la emergencia de la obesidad en sus vidas. Al respecto, en una primera aproximación, se aprecia que cada uno de los entrevistados parece explicarse su obesidad en función de distintos elementos que fueron tomando fuerza dentro de su historia de vida personal, ya sean estos diagnósticos médicos (por ejemplo, desórdenes hormonales) o un malestar psicológico sostenido en el tiempo (por ejemplo, la ansiedad).

Sin embargo, respetando tal diversidad, estas explicaciones pueden agruparse en tres ámbitos principales. En primer lugar, los entrevistados tienden a identificar la causa de su obesidad en diversas condiciones orgánicas que de uno u otro modo estarían ocasionando una alteración del funcionamiento basal del organismo, que en última

instancia determinarían la emergencia de la obesidad en sus vidas así como el sostenimiento de ella a lo largo del tiempo. Dichas condiciones aparecen principalmente bajo la forma de desórdenes hormonales o alteraciones en el metabolismo que hacen que el alimento se procese de tal manera que favorece la aparición de la obesidad en sus cuerpos. Se identifica también, en el caso de las mujeres, que el embarazo aparece frecuentemente como un elemento que tendería a favorecer la obesidad en la medida en que aumenta el peso de manera progresiva y acelerada, lo cual, luego de parto, sería muy difícil de bajar.

S7: No si esto comenzó después que me casé, o sea hace 38 años, 38 años que estoy con esta cosita aquí [señala su estómago]... Me dejé, no me cuidé, un parto tras de otro, tuve una, después de 4 años tuve la otra, volví a engordar, engordé más, porque de la primera quedé gordita pero nunca tanto, de la otra a los 24 ahí engordé otra vez, y la otra la tuve a los 33 años, con 115 kilos, cuando pesó 5 kilos mi última guagua (...) Y eso que no como tanto, si no es tanto, sí, eso sí, que tomo harta agua, entonces yo retengo mucho líquido, entonces el médico me dice que yo retengo mucho líquido, lo que más tengo en el cuerpo es líquido. Médico que he visto me dice que retengo demasiado líquido, y usted sabe que el líquido también es pesado, y la grasitud... Entonces yo quiero esta cosita, ojalá dios quiera sanarla algún día

S8: (...) si te digo, o sea, hace 18 años me vino un desorden hormonal, yo lo miro de esa área porque engordé de una manera...

S6: Fui al médico y me diagnosticaron resistencia a la insulina, y mi doctora piensa que desde que comenzó mi alza de peso a los 18, antes del embarazo, fue cuando comenzó, ahí, pero que no me lo habían diagnosticado antes (...), y... uno con el embarazo igual tiende un poco a echarle la culpa como a los hijos, como al embarazo y que esto, pero en realidad me di cuenta que no era eso, que era la resistencia a la insulina lo que me había hecho subir de peso. Entonces después como que uno aprende a vivir un poco con... con su cuerpo obeso.

Resulta relevante señalar respecto a las diversas explicaciones que los entrevistados construyen desde un ámbito orgánico, que para esta investigación no toma relevancia el grado de veracidad o certeza que éstas puedan tener a la luz de la evidencia científica médica, sino que, como se ha insistido hasta aquí, se destacan en la medida en que dan cuenta de la posición que un sujeto toma en relación a un evento (la obesidad) en su vivenciar cotidiano.

Luego, un segundo grupo de explicaciones a la obesidad que los entrevistados reportan refiere a un elemento de orden psicológico, incluyendo dentro de esta categoría tanto elementos conductuales como lo son los hábitos alimenticios así como otros malestares difusos de orden más bien intrapsíquicos, como son la ansiedad y la depresión. De tal modo, frente a la pregunta por la causa de su obesidad los entrevistados reportan elementos como los que se citan a continuación.

S7: Depresiones, sin haber consultado a un médico cuando estai enferma con depresión, y seguí comiendo, ya llegai a un límite que después decí “qué me pasó, por qué estoy tan gorda”

S8: El sentirme sola, mucha ansiedad en el embarazo, viví mucha ansiedad, mucho menosprecio por parte del papá de mi hija, entonces... comer, comer, comer, comer, comer, comer...

S4: La causa es... de no comer en los horarios que debo de comer. De comer tarde, de comer en la noche, y... y no comer cosas más saludables,

S5: Por comer muchas frituras igual po, todo, pasaba comiendo dulces casi todo el día así, en la noche me compraba una ramita grande pa comer y me la comía sola no le daba a nadie, si comía muchos dulces, chocolates, papas fritas, todo eso (...) yo creo que es más la alimentación, porque todos los exámenes que me han hecho han salido buenos

Finalmente, los entrevistados también recurren a factores de orden social para poder darle explicación a su obesidad, entendiendo por esto que involucran la participación de un tercero en la emergencia de dicha enfermedad en sus vidas. Destaca sobre todo el factor educativo en tanto la obesidad sería causa de costumbres alimenticias que se traspasan generacionalmente, si bien algunos también mencionan factores como el trabajo en la medida en que expone constantemente al estímulo del alimento.

S8: Nosotros somos sureños, somos de Valdivia, por lo tanto somos de la buena mesa, de la carne, de las cosas así, y... se comía bien po, antes era dos platos de comida, era la sopa y era el segundo, (...) Entonces yo creo que ahí la enseñanza antigua dejó como marcao a los cabros el comer harto, te agrandamos los estómagos y todo eso.

S4: Yo era maestro de cocina, y de ahí... empecé, cómo se llama, a comer mucho, veía cosas ricas, empecé a ver cómo eran las comidas, empecé a ver comidas ricas, ya no era un plato normal que uno comía, ya era un plato ya... con barandas en pocas palabras como se decía, que era rico, pa mí era rico comer, total decía “nah, no importa, después bajo los kilitos decía”, después no los pude bajar nah

S1: Yo creo que sí, en ese sentido, es como me cuidó mi mamá yo creo, claro, porque como le decía al ser hijo único siempre me consentían en todo, y que las cosas dulces, que el pastel, cosas así

Ahora bien, respecto a estos tres ámbitos o dimensiones desde las cuales los entrevistados parecen explicarse su obesidad (dimensiones que coinciden con una definición biopsicosocial de la misma), resulta relevante enfatizar y reconocer que el primer entendimiento sobre la enfermedad que el aquejado despliega da cuenta y es testimonio de la diversidad de experiencias que aparecen en el discurso del sujeto que se

encuentra quejado por la obesidad, esto en la medida en que dan cuenta de que existe una multiplicidad de posiciones subjetivas ante la causa de un mismo diagnóstico médico, elemento que, como veremos, será central a la hora de uniformar esta multiplicidad discursiva. De tal forma, se reconoce que aquello que se define como “la obesidad” no sólo significa una condición médica en el cuerpo del sujeto, sino que también exige una comprensión en el sujeto aquejado por ella, y para lo cual recurre a elementos que sean coherentes con su propia experiencia. Así, “la obesidad” parece sostener antes que un singular más bien una pluralidad de experiencias, ocultas bajo un orden semántico estático (define un contenido establecido para esta) al mismo tiempo que generalizador (dicho contenido es el que aparece en todo sujeto obeso), es decir, una obesidad para todos y por igual.

Por otra parte, resulta relevante estas diversas aproximaciones del sujeto bariátrico como dimensión comprensiva de su enfermar en la medida en que dicha multiplicidad da cuenta de que el actuar de la intervención quirúrgica hacia la cual se proyecta el sujeto obeso opera en una amplitud discursiva heterogénea, y, en consecuencia, es posible plantear que los efectos de dicho trabajo responderán acorde a dicha diversidad, en desmedro de la aspiración del discurso médico por ofrecer una técnica de intervención homogeneizable a todo cuerpo aquejado por lo que éste define como obesidad.

I.2. Obesidad: figura del descontrol, necesidad de lo radical como respuesta

Habiéndose explicado los entrevistados la emergencia de la obesidad en sus vidas, al momento de darle contenido a dicha condición, cabe destacar en primer lugar que la mayoría de ellos destaca en su discurso que la emergencia de la obesidad en sus vidas comienza a tomar forma como una enfermedad sólo una vez que el discurso médico introduce dicho significante en ese registro a través de su diagnóstico.

S1: (...) fui al consultorio, y como era primera vez que yo iba a ese me hicieron todos los... eh, los exámenes, y ahí me dijeron que estaba pasado de peso, que tenía que entrar a la nutricionista y todo eso, y de ahí yo empecé a ir a este consultorio, porque ellos me, cómo se puede decir, me obligaron en ese sentido, porque cuando yo fui a ver... porque estaba resfriado yo, ellos me dijeron “ya, mañana tení una hora, y mañana vení”, entonces por ese sentido yo siento que me obligaron pero fue como una obligación buena, porque yo también sufro de muchos dolores de espalda

S5: [conciencia enfermedad] Cuando fui al médico, porque él decía a mi mamá y yo no tomaba importancia, entonces cuando empecé a ir a la nutricionista me decía que

estaba con obesidad, que tratara de bajar de peso más por mi salud y todo, que estuviera bien

Al respecto, resulta importante destacar que aquello que la medicina tiende a definir como la “conciencia de enfermedad” viene a ser introducida de manera externa al sujeto, a través de una acción y un significante universal, desconociendo así lo singular de la experiencia en torno a la cual dicha obesidad podría haber ido estructurándose. La llamada “toma de conciencia” entonces tendrá que ver con aquello que la medicina significa, y no necesariamente lo que el sujeto pueda dar cuenta a través de dicha obesidad. De allí puede resultar comprensible que uno de los entrevistados pueda mencionar que su aproximación a la comida pueda estar determinada por una funcionalidad psicológica, al mismo tiempo que reniega esto y sitúa su posibilidad de cura en una modificación del recurrente hábito alimenticio, elemento propio del discurso médico:

S5: (...) yo cacho donde más por problemas con mi papá que he tenido, quizás ahí fue empeorando, es que yo no le hacía caso en nada a él, me decía algo y yo le contestaba, era contestadora yo, entonces ahí se enojaba y me daban ganas como... me desquitaba como comiendo [más adelante agregará lo siguiente] (...) al menos por la cirugía si me operan ya no voy a comer tanto, como te achican el estómago, te lo cortan así entonces te entra menos comida, entonces me podría ayudar más que otro programa.

Dicho esto, si bien todos los entrevistados coinciden en sentenciar a la obesidad como una enfermedad, dicha homogeneidad en sus discursos comienza a difuminarse al momento de profundizar y darle contenido a aquello que determina lo enfermo en dicha condición.

S4: porque como uno se ve a diario no se da cuenta, entonces es como... como una enfermedad muy silenciosa hasta que crece, crece y crece, hasta cuando uno se deja de ver un rato y cuando uno se vuelve a ver dice así como [gesto de sorpresa]...

S5: [significado obesidad] Eh, enfermedades, también por tanto sobrepeso me puede dar un ataque al corazón y todo eso, se enferma más y hasta puede morir igual (...)

S2: Para mí la obesidad ya es una enfermedad yapo, ya no pasó a ser en la típica “hay, el gordito bonito”, típico cuando uno era chico, no, esto es un tema netamente de enfermedad, acarrea muchas enfermedades (...) los doctores me decían “pero en algún momento se te puede declarar porque...”, ese es el tema de la obesidad, que estás al límite que te declaren las enfermedades.

S8: La muerte misma, es la muerte misma... O sea, a lo mejor no estai muerto enterrao pero estai muerto en vida, por el hecho de que te morí físicamente po (...) Porque uno muere como persona, como mujer, o sea, no podí hacer lo que hace los

demás, no podí ir a un gimnasio porque te cansai, no podí ir a correr porque también te agotai, te cansai, eso po.

Se constituye así una enfermedad que, tras la diversidad respecto a su contenido, se configura en un plano discursivo como una experiencia límite, sobre todo en lo que respecta a la experiencia de proximidad con la muerte en tanto productor de otras diversas enfermedades orgánicas. Pero, a pesar de lo extremo de su experiencia, emerge también como una enfermedad con un operar difícil de percibir, y que justamente sólo es posible de notar una vez que sus consecuencias están “al límite” de lo imposible de negar.

Ante tal disyuntiva, es decir, al tener que enfrentar una enfermedad que aparece como próxima al límite de la muerte pero que al mismo tiempo resultó invisible en sus efectos, comienza a configurarse una posición enunciativa que circula entre todos los entrevistados y que permite superar dicha contradicción, y que toma forma bajo la figura del *descontrol*, articulándose bajo diversas formulaciones como las que se presentan a continuación.

S6: (...) entonces como que mi estómago no asume que ya comió su ración que tiene que comer normal, que era lo que comía siempre y hay que seguir echando y echando, hasta que queda a tope, es como que si mi estómago tuviera una consciencia propia de eso (...) entonces no le hago caso a mi mente, y como no más.

S6: para mí la obesidad es más que eso, es algo más fuerte que el sobrepeso, es cuando... es como yo, yo que me miro al espejo y siento que me sobra piel por todos lados, pa' mí eso es la obesidad, y va sumado también como con un hambre incontrolable. Eso es la obesidad para mí.

S3: O sea, la obesidad es una enfermedad de... es una ansia de comer, ansia de comer, porque yo estoy en la casa y a mí me gustan las cosas exquisitas, me meto en el frigider y me gusta tenerlo lleno (...) y estoy con la idea que lo que queda ahí es un pastel, o que hay un sándwich queso caliente así que me gusta, entonces yo me levanto y me lo voy a comer, ¿me entiende?

Sea por la vía del descontrol orgánico en tanto un exceso de hambre o por un elemento de orden más psicológico como una impulsividad incontrolable ante el acto de comer, se aprecia que el recurso de la falta de control toma lugar en la obesidad tanto como *síntoma al mismo tiempo que como causa* de la misma. Es decir, que la obesidad toma forma en el sujeto al momento en que el vivenciar del descontrol comienza a figurarse en su vida (el descontrol confirma la presencia de la obesidad, es señal de ella), al mismo tiempo que la instalación de dicho vivenciar permite explicar la dificultad de éste por regular su alimentación, y en consecuencia, explican su obesidad.

En ese sentido, resulta relevante destacar que la introducción del diagnóstico de la obesidad en los sujetos no sólo significa una condición orgánica sino que también introduce un discurso que modula un vivenciar específico respecto a lo corporal y lo enfermo en ella, en la medida en que el descontrol significa un cuerpo ajeno y al cual se debe disciplinar, favoreciendo así la noción del cuerpo como un objeto moldeable y mecánico.

Y de la mano de esto, definiendo una forma de entendimiento del cuerpo y la obesidad, así también se definen las posibilidades de tratamiento a los cuales el sujeto obeso se habrá proyectado. Al respecto, todos los entrevistados dan cuenta que el elemento central que habría de explicar sus fracasos en tratamientos previos (o en los futuros a los que puedan proyectarse) dependen del factor volitivo, esto es, la capacidad de autocontrol, específicamente en relación a la regulación de la ingesta de alimento.

S1: (...) que uno muchas veces tiene la voluntad pero no lo hace, es como un resfriado que uno trata de curarlo pero no tiene, cómo se puede decir, la fuerza para hacerlo (...) entonces en ese sentido uno igual es responsable de lo que le pasa.

S8: El ser... el ser desordenado para comer. Sí po. El no tener tus horarios para tus comidas, el andar picoteando, el no decir no, te sirven un completo "no, no quiero porque estoy a dieta", pero uno que es gorda ver un completo se te hace agua la boca, porque el cuerpo de uno ya está acostumbrado a ese sistema.

S7: Para mí es un mal que lamentablemente nosotros mismos lo hacemos, que si no nos cuidamos nos empieza a fallar todo lo demás, todos los demás organismos.

Al situar el elemento problemático de la obesidad en torno al descontrol, y por esa vía en una suerte de déficit volitivo (y por lo tanto yoico), el sujeto se ve inmerso en una individuación de su malestar en tanto es reducido al registro conductual, es decir, la ingesta de alimentos, sobre todo en lo que tiene que ver con la cantidad y la frecuencia. De esta forma, la introducción de la obesidad en el sujeto como elemento diagnóstico define que el problema se encuentra en el individuo, reforzando en consecuencia una lógica de trabajo con él donde el éxito o el fracaso del tratamiento dependerá en consecuencia de factores que responden exclusivamente a las capacidades o incapacidades de su volición, en desmedro de los componentes sociales involucrados en el sostenimiento de la obesidad. Esto queda en evidencia en la siguiente cita, donde frente al tratamiento bariátrico, si bien se trata de una intervención quirúrgica, se replica la importancia del factor de la voluntad y el autocontrol:

S2: Yo creo que la diferencia la hace uno, porque depende como tú... te vas a enfrentar a la operación es como tú vas a reaccionar,

Ahora bien, a pesar de que el descontrol viene a sostener una mirada individualista de la obesidad, resulta pertinente destacar que al mismo tiempo viene a designar una experiencia, y en tal sentido, da cuenta que la problemática es un *proceso* más que un *estado*. En consecuencia, el significante obeso deviene portador de un estatuto dinámico en desmedro de una lectura estática de la misma. La designación del problema de la obesidad como un proceso más que un estado aparece en el discurso de los entrevistados en tanto no sitúan necesariamente al exceso de grasa en el cuerpo como un problema en sí mismo, sino que en relación a las potenciales enfermedades que ésta puede acarrear en el futuro próximo y el temor que éste les produce.

S2: Porque ya como te digo cuando me empecé a enfermar, porque antes yo era sano, era gordo pero sano, pero ahora no po porque me empezó a afectar en la parte de salud, me canso más ahora y todo, en esa parte me ha afectado.

S7: yo me siento bien con mi cuerpo, lo que a mí me da miedo es... es llegar a tener diabetes, eso pa mí es súper fuerte, más que el estar obesa en este momento y tener muchos kilos demás

S4: Entonces si yo no estuviese en riesgo mi salud, y no me hubiesen diagnosticado la resistencia a la insulina lo más probable es que no estaría aquí y que seguiría mi vida normal, gorda y todo como estoy ahora.

Lo enfermo entonces no viene a ser el exceso de grasa en el cuerpo sino la amenaza que esta supondría en el futuro como gatillante de enfermedades, y en ese sentido, la problemática (su temor) es puesta por los entrevistados en el hecho de no poder modificar dicho destino. De tal forma, la denominación “la obesidad” desde el discurso médico como algo estático y delimitado a lo orgánico desconoce el componente dinámico de la misma, en tanto el temor que los entrevistados refieren da cuenta una experiencia en acto, siempre cambiante.

Ahora bien, en este marco es que los entrevistados reportan que, en su especificidad de pacientes bariátricos, un segundo significante que toma fuerza en relación a la obesidad tiene que ver con el concepto de “lo mórbido”, el cual funciona habitualmente a modo de apellido en el diagnóstico de la obesidad. Al respecto, resulta pertinente destacar que el significante “mórbido” en el contexto de la cirugía bariátrica toma un lugar singular en tanto se configura como el primer criterio de justificación para considerar como una intervención pertinente la indicación de la cirugía en el sujeto obeso.

En ese contexto, la inclusión de “lo mórbido” en el vivenciar de los entrevistados respecto a su obesidad parece tener lugar, al igual como se desarrolló respecto a la obesidad, al momento de ser introducido por el discurso médico a través de la intervención diagnóstica, donde se puede identificar, a través de la generalización que ella implica, el desconocimiento de las experiencias que se venían dando anteriores a dicha prescripción.

S8: Sí, que tengo obesidad mórbida, no, si él me clasificó [el médico], me dijo “podai tener todo el ejercicio que tengai en tu cuerpo, pero para mí es obesidad mórbida, como yo te veo, y por el peso que tú tienes” [cómo reacciona] Mal po...mal porque tu subconsciente te dice “nooo, yo no soy gorda, no estoy obesa mórbida”, pero si te está viendo una persona que estudió... es porque sí no más po, y tení que acatar.

S4: Eh... mire, realmente no sabría decirle, pero a mí lo que más me han dicho es que soy mórbido (...). El médico, sobre todo cuando me pesa me dice que por los kilos que peso yo, porque yo estoy pesando 167 kilos yo soy mórbido, yo soy una persona mórbida, lo que me lleva a pensar que ya es una persona que ya... no está en los kilos que corresponde pienso yo, pero nunca le he preguntado bien al médico qué es lo que es mórbido.

S2: Sí, el doctor me dijo obesidad mórbida también, porque tengo arriba de un cincuenta por ciento de IMC.

Se comienza a definir así una experiencia de ajenidad en torno al propio cuerpo, donde el dictamen definitivo de su realidad se establece desde un discurso experto, y que en el sujeto singular solo puede tomar forma bajo una lógica del exceso, que al mismo tiempo que sitúa una experiencia de desconocimiento con el propio cuerpo, también significa una experiencia universal para todo aquel que se le atribuya dicho calificativo. Así, todos los entrevistados, en relación al contenido asociado a lo mórbido en la obesidad, lo describen como una exageración de los contenidos que atribuyen a la obesidad, principalmente en términos del riesgo a enfermar o a morir prontamente.

S7: Mórbida... a que te puede pasar cualquier cosa, te puede venir un infarto (...) para mí eso es lo mórbido, una enfermedad mórbida, una persona mórbida está arriesgando en cualquier momento que le dé algo a su salud, lo que venga, un ataque al hígado, lo que venga.

S2: (...) la obesidad mórbida es, lo que entiendo yo, es ya cuando... es lo más lejos que puede llegar la obesidad, es como la parte más riesgosa la obesidad mórbida, ¿cachai?, tení riesgo de que te de un infarto, te de un ataque vascular, un accidente vascular, no se po, cualquier enfermedad aparte de la obesidad mórbida.

Detrás del significativo mórbido entonces se radicaliza la experiencia en torno a la obesidad, de modo que lo que en ella se perfilaba como “enfermedades potenciales”, en

lo mórbido éstas se materializan como una realidad efectiva por medio de la acción diagnóstica. Y, al mismo tiempo, las dificultades que se asociaban a la obesidad ahora se transforman en una imposibilidad de acción ineludible. Por ejemplo:

S8: el mórbido es la persona que no se puede agachar, no podí cortarte las uñas, no podí abrocharte un zapato, ¡no sé po!, que estai ahí sentado y no hací nada.

Así, desde los significados que emergen entre los sujetos en función del calificativo “mórbido” en la obesidad, es posible pensar que es desde el discurso radical y extremo al cual se asocia dicho significante donde la cirugía bariátrica, como tratamiento de la misma, puede tomar lugar dentro del vivenciar de éstos, en la medida en que dicha radicalidad exige una respuesta de igual dimensión, y, como se verá más adelante, la cirugía comparte dicho marco discursivo. En particular, una de las entrevistadas da cuenta de dicha situación de manera elocuente.

S5: Lo empecé a concretar cuando, en el primer control de la nutricionista me dice que yo era obesa “mórbida”, y pa’ mi fue súper fuerte, (...) porque cuando a mí me mencionan obeso mórbido uno tiene la noción de que es un obeso... ¡obeso!, o sea, ¡así un obeso!, entonces yo me miraba al espejo y yo decía “pero es que yo me miro y yo no encuentro que sea una obesa mórbida”... y... como que... me hizo un poco de shock eso que me dijo, entonces yo dije “no, si ella me está diciendo puede ser que por mi IMC, por estatura, por lo que peso tal vez sí esté obesa mórbida”, pero yo no me veía y no me sentía mórbida. Entonces... no sé, fue como raro, como que me hizo replantearme que qué iba hacer conmigo, qué iba a hacer para poder remediar eso (...) fui donde el médico (...) y ahí me dio las interconsultas con el cirujano [del programa de cirugía bariátrica]

I.3 Obesidad: identidad del sujeto ante el otro social

En relación a la dimensión social que estaría involucrada en el desarrollo de la experiencia de los entrevistados en torno a la obesidad, el primer elemento que emerge en todos ellos de manera espontánea responde a percibir desde el entorno social un trato discriminatorio hacia su persona, en la medida en que la obesidad supondría en algún sentido una posición desfavorecida frente al otro social no aquejado por dicha condición.

S8: La sociedad te desploma po, el guatón... O sea, si tú sacas tus garras a relucir en una discusión, a ti pa herirte lo primero que te dicen: “quatona”, “tal por cual”, ¿o no? Te hieren po... te hacen daño, la sociedad es mala en ese sentido, te critican, te vulneran tus deseos, todo, te matan todo...

S2: la gente como que te mira como bicho raro así, ¿cachai?, ah, puta, un gordo decí, qué onda, un tema de discriminación más que nada.

S2: No po, obvio que te discriminan, obvio, discriminado total. A lo mejor tu vai a... suponte un caso, yo voy a pedir trabajo, yo tengo pucha un excelente currículum, y va un joven pucha, póntele, cincuenta kilos más flaco que yo, pero no tiene el mismo currículum. tiene poco, menos pega y todo, ¿tu creí que me van a dejar a mí? No, van a dejar al otro, porque en este aspecto nosotros entramos todos por la vista, a mí no me van a dejar, van a dejar al joven con mejor presentación, que es lo que... la gente juzga mucho por la vista en estos momentos.

De esta manera, se identifica en el discurso de los entrevistados que la obesidad se inviste de una connotación negativa al momento de circular en el entramado social, determinando un contenido despectivo (“la tal por cual”), de poca preferencia frente a un otro no obeso (“van a dejar al joven con mejor presentación”) y que finalmente se presenta como un lugar de extrañeza y por esa vía objeto de exclusión (el “bicho raro”). De este modo, se reconoce que la inclusión del significante “obesidad” desde el discurso experto designa no sólo una condición corporal sino un contenido moral asociado al mismo.

Por medio de dicha connotación asociada a la obesidad es que esta adquiere una funcionalidad dentro del cotidiano de los entrevistados, en la medida en que dicha corporalidad comienza a modular una forma de vinculación con el otro social al operar como una carta de presentación al momento de tener que enfrentarse con este.

S1: (...) uno muchas veces trata de conversar con alguien, no sé, en la micro, o trata de ligar una persona, y esa persona lo primero que te ve es la apariencia [señala su cuerpo]

S3: (...) yo a mí me miran mucho y me molesta, porque sé que están fijándose en cómo soy y, o sea, nada más que tengo obesidad, y que me miren porque sea feo sería lo de menos, pero se están fijando en una persona gorda...

S5: Que cuando ven una persona obesa así, sentada no se po en la micro, como que no se pueden sentar contigo, porque como que vay muy apretado entonces se molestan, se corren sobre ti y eso igual afecta en mí, porque se siente mal (...) entonces la gente como que discrimina, una cosa así.

Los entrevistados reportan cómo la obesidad funciona como un mediador o regulador en sus relaciones sociales en la medida en que el hecho de portar con esta designación discursiva definirá que es desde dicha posición, en desmedro de otras posibles, desde la cual sus vínculos sociales se definirán. De esta manera, en la medida en que la obesidad opera como carta de presentación en el contacto con el otro social, se reconoce el hecho de que dicho significante no sólo define un contenido valórico en tanto es sancionado, sino que también en función de dicho contenido regula además las relaciones sociales que el sujeto puede llegar a establecer. Es decir que la obesidad, más allá de dar cuenta de una realidad orgánica, designa además una posición particular

dentro del entramado social. Y, al mismo tiempo, no sólo definirá el vínculo que el paciente establece en su relación con su entorno, sino que incluso en su relación con su propia corporalidad.

La obesidad parece designar algo más allá de un lugar de intervención médica, de una “cuestión médica”, ya que al mismo tiempo funciona como un lugar de identidad, en tanto modula el vínculo que el paciente establece con el entorno social y con su propia corporalidad.

Ahora bien, desde este lugar identitario que ofrece la obesidad, atravesado por un discurso que tiende a la discriminación, se comprende a su vez el discurso que los entrevistados despliegan cuando la obesidad aparece en el otro social, donde la empatía viene a jugar un rol fundamental, y que toma forma en torno a la pena o a la lástima que en ellos aparece.

S7: Oohhhh... me da pena, me da mucha pena, digo cómo se sentirá si yo me siento así mal, cómo se sentirá ella, me da pena, en serio, me siento muy mal, de ver personas así que yo digo “uuhh son peores que yo, dios mío”, y si yo no me cuido voy a llegar a ese extremo entonces eso de repente me da depresión, empiezo a llorar...

S8: Yo he visto mujeres mucho más gordas que yo y yo siempre digo, “uh, pobrecita”, o sea, ¿cachai?, yo, que soy gorda, yo las miro y digo pobrecita. Y yo digo, cuando me verán otras personas más delgadas que yo ¿qué dirán?, dirán lo mismo de mí, “pobrecita”, porque es verdad po.

S8: yo creo que un poco de lástima, algo así, porque siempre cuando... cuando hay otra persona más gorda, que no se pueda mover o algo así, uno muchas veces va a tratar de ayudar, o va a sentir lástima por él.

Así, el enfrentamiento con la obesidad de manera externa a su propio cuerpo parece estar atravesado por una lógica de empatía y de comprensión, marcado sobre todo por la pena y la lástima. En ese sentido, la identidad asociada a la obesidad que los entrevistados reportan aparece como un lugar que trasciende a lo individual de cada uno de ellos, y más bien viene a significar una posición discursiva compartida por todos aquellos que portan un cuerpo marcado por la obesidad.

De tal forma, es importante notar cómo el acto médico del diagnóstico de la obesidad (y sobre todo la obesidad mórbida) hace que un significativo que apunta a dar cuenta de un estado corporal, ahora más bien define un modo de comprender y vivenciar una corporalidad que es sancionada desde dicho discurso experto, estableciendo en definitiva entonces un lugar de enunciación desde donde pensar dicha obesidad. Y, particularmente, que ese lugar define un fenómeno identificador donde “la obesidad”, en tanto única y compartida, diluye lo singular de cada experiencia.

Finalmente, es importante destacar que es a partir de esta posición frente a la obesidad como una experiencia que se comparte entre unos y que al mismo tiempo diferencia y aleja de otros (quienes no portan dicho significante), donde toma forma la demanda que los entrevistados formulan sobre la importancia de lo afectivo y la empatía en el trabajo con la obesidad, desde el mundo profesional. Los entrevistados refieren que para comprender la obesidad no sólo se necesitan conocimientos respecto a los hábitos alimenticios y el ejercicio, sino que también exigen un trabajo desde un lugar afectivo. Las citas a continuación dan cuenta de esto. La primera cita que se rescata da cuenta de la importancia que los entrevistados atribuyen al factor educativo a nivel social, mientras que la segunda en cambio reconoce también la falta de comprensión a nivel afectivo en el proceso de la obesidad.

S2: Eh, por lo menos la gente ahora, los medios de comunicación están tratándolo bien duro el tema de la enfermedad de la obesidad y todo, lo he visto en todos los programas, hablan y explican los procesos, lo que tiene que hacer uno y todo, ¿cachai? (...) por parte de esto está bien, que la gente entienda que esto ya es una enfermedad, y que hay que controlarlo desde pequeño, hay que matar la cosa de raíz y no ya cuando uno está más grande.

S6: Yo lo que siempre escucho de los obesos, o sea, en la gente cuando las entrevistan en la tele y comentan y dicen "ah pero y por qué siguen comiendo y la cuestión" y todo eso, pero no es que uno quiera hacerlo, es que uno siente que necesita hacerlo, eso es, porque a mí lo que me pasa es que... yo no siento que... o sea, no es que quiera comer, es como que yo siento que necesito hacerlo, que... como que si no lo hago voy a estar mal todo el día, entonces no sé, es como raro...

II. Lo corporal: lugar de expresión de la obesidad

Habiendo desarrollado alguna aproximación al discurso que los entrevistados sostienen en torno a la obesidad, emerge un segundo elemento que resulta ineludible de desarrollar, en tanto supone la condición base de expresión de aquello a lo cual se denomina obesidad, a saber, el cuerpo. Sin ir más lejos, es allí donde la obesidad comienza a tomar forma, ya sea como un cuerpo en exceso o las enfermedades que tienden a asociarse a su condición. En ese contexto, la aproximación discursiva en torno al cuerpo en el marco de la obesidad y la cirugía bariátrica permite reconocer que la primera se encuentra marcada por una lógica del rechazo y la vergüenza, que en definitiva dan figurabilidad, al menos en parte, a la posibilidad de intervención de la medicina por medio de la cirugía bariátrica. Es así como se puede determinar que el lugar de trabajo e intervención de dicha cirugía no sólo se sostiene en un discurso particular en

torno a la obesidad, sino también en un vínculo singular que el paciente puede establecer con su corporalidad en función de dicho significante, amparado por el discurso médico.

En ese marco de análisis, a continuación se desarrollan tres dimensiones centrales a través de las cuales los entrevistados dan cuenta de su vivenciar corporal y el lugar de la obesidad en el mismo, a saber, la confrontación con la imagen, el registro de su sexualidad y también las interpretaciones que se pueden elevar a partir de las formas en que sus tratamientos han instalado una forma de afrontar su corporalidad.

II.1 Imagen corporal: escenario de confrontación con la obesidad

Como una primera aproximación a la corporalidad en la obesidad, destaca sobre todo el lugar que la imagen comienza a tomar como elemento estructurante de la experiencia de los entrevistados frente a su cuerpo, y, en consecuencia, como recurso para comprender las intervenciones proyectadas sobre ese cuerpo del cual se habla. En particular, la dimensión imaginaria del cuerpo, es decir, aquello que tiene que ver con la imagen, con lo que devuelve el espejo, aparece en el discurso de los entrevistados como el elemento determinante en la confrontación subjetiva al hecho que la obesidad se encontraría presente en ellos.

S6: Cuando mis pantalones no me cabían, no me cerraban mis pantalones (...) y ya mi ropa normal no me quedaba buena y tuve que empezar a comprarme otra ropa, y después tu veí la ropa (...) uno ve que la ropa que se vende, que está a la moda, a uno no le queda bueno entonces tiene que optar por eso entonces ahí uno como que se empieza a pegar el alcachofazo que... que no po, “estoy mal, ya no estoy yendo a ese stand de ropa, estoy yendo a este otro, y por qué, por qué no me miré bien que estaba así po, ¡que estaba así de gorda!, y ahí uno se da cuenta.

S7: En la ropa... en la ropa. No te cabe la ropa, no hayai qué ponerte, querí comprarte algo, te lo pones y te ves ridícula, porque esa es la palabra, ridícula, ¿ah?

S4: Yo... yo me di cuenta cuando... empecé a colocarme los pantalones que dejé guardados en el invierno, después me los puse de nuevo para el otro invierno y... y no cabía po!, y ahí yo decía “shuuu...” (...) ahí ya me di cuenta ya ¡que estoy gordo!, ¡que estoy obeso en pocas palabras!, obeso, una obesidad mórbida ya.

Se aprecia de esta manera cómo los entrevistados establecen que es la confrontación con la propia imagen, particularmente desde el ámbito estético, el principal elemento a partir del cual la obesidad comienza a tener lugar dentro de su experiencia, más allá de la introducción del diagnóstico médico. Al respecto, es importante notar entonces que si bien los significados que circulan en torno a la obesidad, como se

vio en el apartado anterior, hacen referencia a enfermedades potenciales y en ese sentido circulan en torno a la idea de la muerte, es más bien la confrontación con la propia imagen y no las repercusiones orgánicas las que definen la emergencia de la obesidad en la experiencia de los sujetos. De este modo, la obesidad parece significar no sólo un estado corporal en el discurso de los entrevistados, sino también una forma de vínculo particular que éste establece con su cuerpo.

Dicho vínculo es caracterizado principalmente por los entrevistados en torno a la figura de la *frustración*, en tanto dicho cuerpo los confronta con el hecho de no poder acceder a ciertas situaciones que ellos anhelan, como son vestimentas de menor talla o una figura más delgada.

S7: ... pero la realidad está en mirarte al espejo, pasai por una tienda y pasaba tu reflejo, ¿ah? Y tú mirabas, y decías "¡oh!, esa eres tú". Entonces como que te voy frustrando, sintiéndote mal, entonces por eso mismo no salía, pa no verme, en ni una tienda ni cosas así, y qué hacía, comía más, sin darme cuenta que me estaba haciendo cada vez más daño, ¿ve?

S4: (...) y ahí me sentí un poquito mal realmente porque no me pude colocar un par de pantalones, que lo que me quiero colocar no se puede y... no, mal, realmente mal, porque de repente salgo y quiero ver un par de pantalones y, digo yo, de la talla que usaba antes y de la talla que tengo que comprar ahora ya no hay, ¡si ya no tengo talla ya!

Se significa un cuerpo que parece contener una realidad ajena al anhelo del sujeto, donde el registro de la imagen da cuenta de un lugar de frustración y de incomodidad hacia el mismo. Se establece en definitiva un vínculo con el propio cuerpo a través de un rechazo, un cuerpo que el sujeto no es capaz de amar. Desde este cuerpo no deseado toma forma entre los entrevistados el lugar del rechazo y el aislamiento respecto del entorno social, en la medida en que el vínculo con la imagen aparece bajo una lógica de negación, esto es, evitar los espejos, no mirarse, no conocerse.

S8: Nah, fea... feísima. Trato en lo menos posible, no verme en los espejos. ¿Por qué?, porque yo tengo quata (...) en mi casa yo tengo un espejo arriba, no lo tengo abajo, cuando he ido a la casa de mi hija, mi hija tiene un espejo como detrás de la puerta así, entonces de por sí tu pa vestirme tenía que ir, cerrai la puerta y te mirai, y el sábado me tocó eso, me tocó mirarme y dije que no puede ser que me dejé estar por tantos años (llora), todavía no lo entiendo, no entendí por qué dejé de quererme, porque eso pasó, dejé de quererme yo.

S4: Yo me veo... me veo mal, si hoy día cuando pasé a un supermercado, eh... pasé al servicio, y yo no me bajo el cierre, me bajo el pantalón así como un buzo, y me vi así como me levante la polera, "oh, dios mío" (cara de sorpresa) y ahí me saqué la polera y me vi en un espejo grande que tenían ahí en el baño, y ahí dije "oh, no puede ser", con esas palabras, "parezco una vaca" [¿espejo en casa?] Eh, no, un espejito

chico en la casa no más po (ríe), pero ahí fue donde me pilló, y ahí fue terrible, fue terrible, y verme desnudo, huy... (suspira)

S7: Querí tratar de verte un poco mejor pero... nooo, mirarte al espejo... nooo, yo soy enemiga del espejo.

Todos los entrevistados hacen referencia a la experiencia del rechazo y la evitación al hecho de confrontarse con el espejo, o al menos que el hacerlo les demanda trabajo y no lo hacen sin reparos. Dicho rechazo, evitación o negación respecto de la propia imagen permite comprender “lo silencioso” a lo cual se hizo alusión en el apartado anterior respecto a la obesidad (como una enfermedad sorpresiva, silente en sus efectos y que emerge sólo en lo extremo), en la medida en que la distancia que se toma hacia el cuerpo permite esconder los efectos progresivos que en este van apareciendo con el paso del tiempo. En esa línea, los entrevistados establecen un discurso donde el “me tocó mirarme” y el “me pilló (el espejo)” dan cuenta de una posición en tercera persona ante la realidad corporal, de modo que el enfrentamiento con la imagen se vive del mismo modo, como algo que se impone más allá de las aspiraciones del sujeto, que permite la experiencia del “ahí me di cuenta”, la emergencia de la obesidad en el vivenciar subjetivo.

Ahora bien, el lugar del imaginario corporal en la obesidad no se reduce al enfrentamiento con la propia imagen, sino que también opera a través del contacto que dicha imagen tiene con su entorno social. Al respecto, los entrevistados dan cuenta que, además de la experiencia en torno a la imagen corporal individual, también la confrontación con el otro tiene injerencia en la significación que ellos hacen de su obesidad, destacando principalmente el enfrentamiento con la imagen que el otro ofrece, sea esto en espacios públicos o con personas de mayor significancia para ellos como en el entorno familiar o amistades.

S4: Yo realmente me he juntado con personas que son gorditos igual que yo, y de repente miro y digo “oh, que gordo el compadre”, y después yo me miro y digo “chuta, ¡y yo ando en las mismas!”

S1: (...) por lo general yo veo a mucha gente cuando voy caminando o en la micro, que tienen unos brazos súper grandes, sus piernas grandes, yo por lo menos me miro y me comparo de ellos, y por lo menos no soy así, que por lo menos tengo los brazos flacos, por lo menos para mí parecer, y las piernas flacas, lo que no me gusta es el torso mío, que lo encuentro muy grande

S3: un amigo que tiene una heladería se operó po, y me explicó que se operó que le hicieron un bypass, qué se yo, gástrico, y lo vi y estaba igual que yo y quedó bien po (...) entonces yo lo miro y me da hasta envidia po

Se aprecia de esta manera que la definición que los entrevistados hacen respecto a su corporalidad no es determinada solo por su propia imagen sino que también en función de la imagen que el entorno social pone a disposición de estos en su cotidiano. En ese sentido, es importante destacar que si bien la obesidad es definida en el discurso médico por un exceso de grasa en el cuerpo acorde a la estatura de la persona, en el vivenciar de la persona aquejada por ella, dicha noción sólo logra ser significada de manera subjetiva cuando es puesta en relación con otros sujetos, cuando la imagen corporal es traducida y confrontada por el espejo social. Entonces, la obesidad no es sólo algo que se porta en lo orgánico del cuerpo, sino que también es algo que circula en lo social a través del discurso, y es en función de éste que logra ser instalada dentro de la experiencia singular de un sujeto particular.

En definitiva, reconocer el factor determinante del entorno social en la integración de la obesidad a una experiencia subjetiva demanda comprender dicha condición no sólo como algo que se porta en el cuerpo orgánico e individual de cada persona, sino que también es sostenido y significado por el discurso que circula en el entramado social que interactúa con ese cuerpo. Y, de la mano de lo anterior, siendo el discurso médico parte de dicho entramado social, le exige en consecuencia un posicionamiento moral respecto a los contenidos y los juicios que deposita en torno a dicha corporalidad. Y también, como se verá más adelante, esto sienta las bases para considerar la cirugía como posibilidad de cambio identitario, en la medida en que el cambio de imagen significaría además un cambio en el lugar que se ocupa dentro del entramado social.

II.2 La sexualidad marcada por la vergüenza

Reconociendo el lugar que la dimensión imaginaria del cuerpo puede tomar en el contexto de la obesidad, destacando el vínculo con la propia imagen y el rol del contexto social en la misma, comienza a tomar forma también la experiencia que los entrevistados reportan en torno a la sexualidad. Imagen y sexualidad aparecen como elementos íntimamente relacionadas y determinantes de la frustración con que viven su cuerpo, como puede apreciarse en la siguiente cita, donde se establece una asociación entre el género y la imagen corporal.

S7: [en relación a cirugía] de repente tengo miedo, pero me sentiría mucho mejor como mujer, porque de repente me siento como frustrada, a pesar que no soy tan de edad. Me siento súper mal porque el problema es qué me pongo, todo el tiempo lo mismo, y te pones algo y mirai al espejo y te sentí mal.

Es decir, las dificultades que los entrevistados reportan en torno a lograr una relación estable con su imagen, ya sea esta con la estética en tanto vestimenta o el reflejo de su propio cuerpo desnudo, repercuten a su vez con conflictos similares al momento de entrar en contacto con otro, pero fundamentalmente en aquellos encuentros donde la interacción comienza a ser investida de una connotación sexual. Los vínculos que el sujeto establece con su cuerpo definirán a su vez las posibilidades de interacción con su entorno, que en el registro sexual impactan al modo de una inhibición o incomodidad frente al mismo.

S7: Porque yo a veces me miro al espejo y yo no soy esa, no, no soy la [su nombre] que yo era, esa es otra persona, entonces eso ya... mirarme al espejo hijo, me da... me siento de repente muy frustrada, como mujer. (...) yo ya empecé a engordar, y dejé de tener relaciones con mi esposo, por vergüenza. Entonces yo no quiero... si algún día, nadie sabe, yo tuviera una pareja, no quiero sentirme acomplejada, frustrada, verme mal... no quiero, mientras yo no sea más delgada, más flaca, al menos un poco más, no quiero ver ese cuerpo gordo, que me siento, nooo, por dios no, entonces eso te frustra como mujer, como mamá no, ni como abuela no...

S1: Sí, en ese sentido como le explicaba uno muchas veces trata de pinchar con una mujer, y... y la mujer, yo creo, es mi pensamiento, va a decir "para qué voy a estar con ese gordo si puedo estar con ese flaco, alguien más bonito", cosas así, entonces... por ese lado, yo lo pienso más por eso.

Los entrevistados dan cuenta de una sexualidad mermada por la obesidad en la medida en que la corporalidad que ella acarrea parece estar atravesada por una lógica de frustración, de incapacidad, elemento que fue desarrollado en el apartado anterior en relación a la imagen corporal. Sin embargo, en lo que respecta a lo específico de la sexualidad, es importante notar que a los conflictos en torno a la imagen se agregan aquellos que responden a una dimensión relacional, y que en ese marco tendría un efecto negativo en tanto la obesidad es significada como una posición de minusvalía (de menos valor) en relación a los otros, particularmente ante aquellos que no portarían la condición de obesidad. En ese sentido, la sexualidad en el contexto de la obesidad aparece en torno a un discurso que la dota de "acomplejidades", de "frustraciones", de un "para qué", que en definitiva darán forma a un discurso sexual marcado por la vergüenza.

Ahora bien, es importante dar cuenta que entre los entrevistados, detrás de este discurso en torno a la vergüenza en la sexualidad, emergen ciertos contenidos que se distinguen entre los hombres y mujeres que fueron abordados en esta investigación. En

ese sentido, en relación a las mujeres, aparece un fuerte énfasis en torno a una convicción sobre que no serían un objeto de deseo para el otro.

S6: Sí, mucho... porque me cohíbo un poco, o sea, tengo mi pareja de toda la vida y aun así me cohíbo, me cohíbo no por el... por el cuerpo en general sino por el tema del abdomen, por la guata suelta y eso, eso me... me mata. O sea yo sé que a él le da lo mismo, porque me conoció flaca, vivió todo mi proceso, entonces a él le da lo mismo, pero a mí no po, a mí de verdad eso me afecta.

S5: Sí, porque... porque como que siento como que él no me quiere a mí po, donde estoy así tan... con kilos de más, como que no le gusta estar con una persona así como yo. Me dice que baje de peso, que no coma tanto, que haga dieta, ejercicio.

Por su parte, en relación a los hombres, su experiencia en torno a la vergüenza asociada a la obesidad emerge más bien, si bien reconociendo también un conflicto en torno a sentirse un objeto deseable para el otro, enfatizando sus dificultades y afecciones a partir del rendimiento en el acto sexual.

S4: afecta bastante... no es lo mismo, eh, de antes, de antes cómo decirle, antes podía estar con mi pareja, eh, en la semana 4 veces ponqámosle... ahora con suerte una vez a la semana, ¡con suerte!, o es una en 2 semanas, ¿por qué?, es por el sueño, porque, en pocas palabras, la misma gordura, llego y cero... (...) pero a la vez me afecta esta guata, me afecta la guata... porque la guata tapa el productor [refiere al pene], y... y eso es lo que me molesta, estar con su pareja y tomarse la guata, no... no es ni un brillo, pa mí no...

S3: tengo problemas sexualmente con mi mujer también porque igual hago... practico el sexo, pero me canso, y me le pasa por la mente que, usted sabe que uno se esfuerza en eso y psicológicamente trabaja mucho la mente, y de repente hasta ahí mismo no puedo catetear, si de eso me he dado cuenta.

Ahora bien, más allá de estos énfasis que los entrevistados refieren, la vergüenza transversal a ambos da cuenta que frente a la presencia de la obesidad en el cuerpo, además de un impacto respecto a la imagen, emerge también un contenido valórico asociado a la misma, de modo que la obesidad aparece atravesada por un juicio de valor al momento de introducirse en el vivenciar de los entrevistados. De este modo, resulta relevante reconocer que la obesidad no sólo introduce un calificativo en relación a un estado corporal, sino que además agrega un juicio valórico respecto a dicha corporalidad, que tiende a posicionar al sujeto en un lugar de desmedro en relación a aquellos que no presentarían dicha condición.

Este elemento demanda entonces una reflexión moral a cualquier discurso que considere operar sobre dicha condición, y en ese sentido, el discurso médico no queda exento de aquello. En particular, en relación a la práctica de la cirugía bariátrica,

reconocer el trasfondo valórico asociada a la obesidad en la experiencia singular de cada sujeto da cuenta que el lugar de intervención en que dicho dispositivo se instala no es reductible a una dimensión orgánica, y en ese sentido, así también los efectos de dicha intervención irán más allá de dicha dimensión corporal. En lo que respecta aquí al ámbito de la sexualidad, se entiende que el trabajo quirúrgico no sólo produce cambios en la imagen corporal, sino que también en la forma en que dicha corporalidad se pone en juego a partir de una posición desvalorizada como objeto de deseo. En definitiva, esta intervención tendría efectos sociales, en tanto dicho cambio corporal repercutirá así mismo en la posición social que este designa en el caso a caso.

II.3 El cuerpo cosificado, objeto de tratamientos médicos

Tras la experiencia en torno a la imagen y la sexualidad en el contexto de la obesidad y lo bariátrico, un tercer elemento que emerge en el discurso de los entrevistados y que permite establecer un nexo con la temática del tratamiento bariátrico, tiene que ver con los vínculos que estos han tenido en su historia con la institución médica, y por esa vía el modo en que ellos han generado una comprensión o un modo de hablar en torno a su cuerpo.

En ese sentido, los entrevistados dan cuenta que la forma en que han intentado bajar de peso en su historia y sus relativos resultados responden fundamentalmente a su “responsabilidad” en relación a actitudes o conductas que pudieron o no tomar frente a su tratamiento. En particular, se pueden identificar dos posiciones generales que se asumen en función de esa responsabilidad que los entrevistados se atribuyen: por una parte, se posicionan en un rol de sujeto activo, y en otros casos, dan cuenta más bien de un rol pasivo. La primera tiene que ver cuando el sujeto se posiciona como el causante principal de la evolución de su peso hasta su condición de obesidad, particularmente ello atribuido a una mala alimentación en tanto excesiva en su cantidad, y por esa vía entonces el mal resultado de sus tratamientos previos.

S5: Me daban ganas de comer... como que siempre pasaba con la dieta, duraba una semana y después no quería comer más ensalada ni nada de esas cosas sanas (...) pasaba comiendo dulces casi todo el día así, en la noche me compraba una ramita grande pa comer y me la comía sola no le daba a nadie, si comía muchos dulces, chocolates, papas fritas, todo eso.

S3: lo he hecho 2 veces 3 veces con nutricionista, entonces bajo 5 kilos, 7 kilos, después es una... me viene la ansiedad y... y vuelvo a lo mismo, vuelvo a lo mismo,

algo que se me mete a la cabeza que siempre tengo que comer (...) pierdo la esperanza, vuelvo a lo mismo y vuelvo a comer, vuelvo a comer...

La segunda, en cambio, responde a percibir que la responsabilidad del exceso de peso en su cuerpo proviene más bien de un cese de actividades antes que agregar otras, lo cual terminaría por favorecer su obesidad, como es un estilo de vida sedentario o el rendirse a seguir alimentándose según dietas indicadas por diversos profesionales.

S1: (...) y antes cuando recién empecé el tratamiento en el otro consultorio, después lo dejé de puro dejado no más, y después ahora cuando mi mamá se cambió y entré yo también al otro, eh, cuando bajé de peso a los 123 empecé a comer más sano (...) entonces después con esa doctora empecé a comprar leche, quaker y todo eso, y bajé, pero ahora como volví a subir, también he sido de dejado.

S5: Es que no hacía lo que me decía la nutricionista, no seguía al pie de la letra lo que me decía ella, me aburría a veces.

S7: a mí también me tienen en un plan de nutricionismo, pero... a veces una es porfiada y la deja, que eso también te ayuda mucho, si uno también tiene que poner, no solamente los médicos

Estas dos posiciones tienden a estar presentes de manera alternante y entremezclada en el discurso de los entrevistados.

S4: yo en la mañana no tomo desayuno, malo, pa mí es malo, yo cuando salgo en la mañana voy a trabajar, pero llego en la tarde y como mucho, y qué pasa, que no salgo a caminar, nada, y no hago esto, y qué es lo que pasa, que engordo, voy engordando más, porque no hay actividad de uno

Independiente de la forma que tome el análisis que los entrevistados hacen de su responsabilidad en sus tratamientos para la obesidad, es importante notar que el malestar y la medida de éxito del mismo tienden a circular en torno a la baja de peso, el no comer en exceso, en hacer ejercicio, en definitiva entonces, hacer lo que el profesional le indica en tanto representante de un discurso experto. De esa manera, la problemática es desplazada desde aquello que sostiene la conducta de comer en exceso a la adherencia al tratamiento, el bajar de peso, seguir un cierto régimen, etc., desplazando la pregunta que esa conducta persistente instala a la dificultad de adecuarse a la respuesta médica.

Ahora bien, más allá de la responsabilidad que se atribuyen los entrevistados al pensar su cuerpo y las intervenciones que han enfrentado en su intento de cambio, destaca que a ella se le agrega un matiz particular en la medida en que ya no se trata sólo de ser responsable, sino que también culpable de sus actos. Se desconoce la multiplicidad de factores que se encuentran involucrados en el sostenimiento de la

obesidad, y en cambio se instala un vivenciar donde el sujeto se ubica ante su cuerpo como único determinante del mismo. Las siguientes citas establecen cómo son ellos, en tanto pacientes dentro de un tratamiento, los culpables de realizar acciones que puedan comprometer su baja de peso, desconociendo otras posibles explicaciones a dicha situación.

S7: (...) entonces dije si sigo así 4 kilos cada 3 meses, me voy a cuidar po, voy a bajar bien. Pero qué pasó, que dejé de ir un día a la nutricionista, por qué, porque tenía que trabajar, y de ahí no he sacado más horas, de Julio, por lo cual voy a tener que ir, como sea, aunque me rete, si la culpa es mía

S6: (...) yo he escuchado de... como esto de que te corchetean el estómago, la manga... es una manga gástrica... pero dicen que, por todo lo que yo he escuchado, todo va en uno, porque al final si uno no se cuida en esta operación uno vuelve a engordar, de uno es la culpa

En ese sentido, la posición que el paciente toma en torno a su corporalidad a partir de las formas en que modula su culpabilidad, parece responder a un sujeto que se instala como víctima de su propio quehacer (es objeto de sus conductas que fomentan su obesidad), pero que además al mismo tiempo aparece como victimario (él es el sujeto que lleva a cabo dichas conductas), instalando así una distancia y desconocimiento con su cuerpo en la medida en que lo confronta con una realidad ajena a lo que este sostiene como anhelo, esto es, lograr bajar de peso. Así, el cuerpo se presenta como algo desconocido, cargado de una experiencia de ajenidad, y ante la cual no se sabe cómo actuar; es un cuerpo que impone su propia realidad más allá de los anhelos y posibilidades de acción de los sujetos.

S4: yo me he fijado que de repente estoy haciendo dieta y cualquier cosa, y como un poco... y me cuesta bajar, me cuesta bastante, porque ya no sé si mi cuerpo ya está más acostumbrado... pero me cuesta bastante.

Ahora bien, la introducción de la culpa en el discurso de los entrevistados, a diferencia de la responsabilidad que reconoce una injerencia o un rol en una situación que en este caso apunta al modo de hacerle frente a la obesidad, aquí se dota de un juicio de valor, ante todo negativo y autocrítico, similar al modo en que la sexualidad se veía involucrada además con la vergüenza. Se agrega entonces otra dimensión en la que el sujeto y su corporalidad se ven atravesadas por un juicio valórico, dando cuenta así de la dimensión social de la obesidad, pero ante todo definiendo una posición discursiva que

permitirá en última instancia la posibilidad de la cirugía bariátrica en su vivenciar, como se verá en el próximo apartado del análisis.

Por otra parte, “la culpa” da cuenta de las dificultades que los entrevistados perciben por modificar su vínculo con la comida y así lograr bajar de peso, de modo que dicho significante pone como conflicto no necesariamente un estado corporal y su exceso de grasa, sino más bien aquello que tiene que ver con su *conducta*, que en referencia a lo desarrollado en torno al descontrol en el primer apartado, refiere a que la obesidad aparece como un problema en torno a un comportamiento, y sobre todo a un vínculo con el alimento. De este modo, situando de esa manera la problemática de la obesidad en el plano conductual, en consecuencia el cuerpo pasa a tomar un lugar de receptor u objeto de dicho comportamiento, en tanto modificable a partir de la conducta que el sujeto logre desempeñar. El cuerpo es objeto de las indicaciones médicas y del actuar del sujeto, desprovisto así de su dimensión discursiva en tanto interrogador del mismo.

En la medida en que el cuerpo es situado en este lugar de objeto es que la medicina puede plantear diversas intervenciones en relación a la obesidad que pueden situar su realidad orgánica con independencia del vínculo singular que el sujeto establece con dicha corporalidad. Las siguientes citan dan cuenta cómo el cuerpo es tomado desde el discurso médico como un universal, en tanto la “retención de líquido” o la “diabetes” sirven como explicación de la obesidad con independencia del cuerpo y el sujeto que porte dicha condición.

S7: (...) entonces el médico me dice que yo retengo mucho líquido, lo que más tengo en el cuerpo es líquido. Médico que he visto me dice que retengo demasiado líquido, y usted sabe que el líquido también es pesado, y la grasitud. Entonces yo quiero esta cosita, ojalá dios quiera sanarla algún día

S8: (...) el médico me dice “¿siempre has estado tan gordita?” yo le dije “no, he engordado mucho”, entonces me dice “lamentablemente con la diabetes que tú tienes, no has bajado de peso, normalmente las personas bajan de peso, tú no, como que estai engordando más”, y... ahí él me habló, me dijo “Mira, hay una operación que se llama cirugía bariátrica, que se les hace a las personas con problemas de diabetes crónica, que son las personas que no pueden bajar de peso solos... que ya están recurriendo a la insulina”

De esta manera, la introducción de la cirugía bariátrica en el vivenciar del sujeto aparece sostenida en la medida en que existe un discurso que significa al cuerpo en tanto objeto, en desmedro de los vínculos subjetivos que el sujeto establece con su corporalidad, propios de una experiencia singular históricamente situada.

Finalmente, añadido a este lugar de objeto, el cuerpo del sujeto obeso se ve envuelto además en un discurso médico que tiende a significarlo de manera deteriorada en la medida en que la obesidad sería testimonio de una incapacidad por hacerle frente a evitar dicha condición, sobre todo ante lo que se denomina como obesidad “mórbida”

S5: Él me lo menciona [el médico], y después yo le dije así de qué me estaba hablando y me dijo “te voy a explicar ahora de qué estoy hablando”, y ahí me explicó todo lo que se trataba todo. Me dijo “te voy a pasar al cuerpo de cirugía porque tú tení un total de grasa que no es pa hacer ejercicio”, así (cómo entiende eso) O sea entendí que necesitaban, no sé po un ejemplo un 200% de grasa, y como que yo tenía más, entonces no servía pa eso entonces por eso me pusieron en el programa de cirugía.

S7: [al indicársele el tratamiento bariátrico] yo quedé... “¿por qué a mí?”, dije yo. Pero como la doctora estaba tan ocupada, y ella habló y me decía “es por tu salud y por tu bienestar”, yo le dije “si es por eso ni un problema, porque o sino prefiero quedarme así, si me va a perjudicar en algo”

S8: Él me dijo [refiere al médico], me dio a entender que tenía que bajar 7 kilos, pero él me dijo, “si bajai 3 igual me conformo porque sé que no te puedo obligar 7 kilos, porque no has podido en tantos años, menos vai a poder en un mes”, me dijo

S8: porque ese día que yo vine para acá (al hospital) el médico me dijo “yo sí”, me dijo, “digo que tienes que operar, sí o sí te tienes que operar”.... Me sentí bien.

Así, desde el malestar del paciente bariátrico y el acercamiento que éste sostiene con la institución médica, aparece un cuerpo atravesado por la lógica de la imposibilidad y la negatividad, donde si bien las dificultades por lograr una baja de peso signan ciertos límites corporales, empero ello supone al mismo tiempo la oportunidad de acceso a la cirugía bariátrica. Se invierte entonces la intervención médica bariátrica de un cierto lugar de omnipotencia al momento de otorgar una respuesta a aquello que hasta el momento no había podido ser de otro modo; sin embargo, es una respuesta centrada sólo en la dimensión del resultado (lograr la baja de peso), dejando de lado la interrogante por aquello que mantiene al paciente en su cuerpo enfermo a pesar de su anhelo por bajar de peso. En ese sentido, se trabaja en base a un discurso organicista en desmedro de la posibilidad de abordar dicha interrogante, lo cual permitiría significar el cuerpo del paciente bariátrico ya no desde una perspectiva “negativista” (la imposibilidad de bajar de peso, la incapacidad de hacerle frente) sino más bien desde su potencialidad y singularidad, en la medida en que se perfila como un posible espacio de investigación de la subjetividad del paciente. Es decir, abordar el cuerpo obeso como un lugar de construcción y producción psíquica.

III. Lo radical bariátrico

Desarrollado entonces el despliegue discursivo presente en torno a la obesidad y el cuerpo entre los entrevistados, finalmente se perfila el trabajo específico en relación a la cirugía bariátrica. Al respecto, el discurso sobre lo bariátrico aparece cargado de un potencial radical de cambio, excediendo de esa manera el ámbito orgánico, apuntando entonces también a la posición que el sujeto toma en relación a sí mismo, ya sea su cuerpo, su condición de obesidad o su propia valía humana. Dotada así de una omnipotencia en tanto productora de múltiples beneficios, se significa dicho tratamiento como una oportunidad de humanización, de acceder a una mayor valía como persona, resultado que dependerá exclusivamente de la voluntad del sujeto por seguir instrucciones médicas, individualizando así su malestar además de desconocer su capacidad reflexiva.

En ese contexto, resulta pertinente conocer las condiciones de emergencia de dicho tratamiento en el vivenciar de los entrevistados, y desde allí los discursos que emergen en torno a dicha posibilidad de trabajo.

III.1 La indicación bariátrica como homogenización de experiencias

Todos los entrevistados dan cuenta que su primera aproximación a la temática de la cirugía bariátrica proviene desde los medios de comunicación, de los cuales es posible apreciar que funcionan instalando el ideal de adelgazamiento y baja de peso que los sujetos buscan, complementado esto con una mejor apariencia en términos de imagen corporal.

S8: para mí era una cosa muy lejana po, una cirugía de este tipo vale como 5 millones de peso por lo que a mí me dicen po. Entonces, no, yo nunca, no... ni se me pasó por la cabeza, yo veía en la tele como bajaban de peso, a la Zapallito Italiano, yo la miré "oohh, que quedó regia" decía yo, porque ella era gordita también po...

S6: Cuando veía en la tele lo de la cirugía del doctor Vidal, ahí, ahí vi mucho de esas cirugías y en momentos pensaba, así yo decía "pucha igual me la podría hacer, sería como más fácil", pero no fue más allá de eso, pero ahí como que conocí la cirugía (...) entonces yo lo encontraba como súper bien... y después como que le hacían también las cirugías de... después de las plastías por el tema de la piel que queda sobrando, entonces la gente queda así como tan regia y uno ahí como que soñaba mirando la tele.

Se aprecia así que desde el discurso de los medios de comunicación, la oferta de la cirugía bariátrica impacta en la subjetividad del sujeto obeso al modo de un ideal, pero que en tanto tal, se percibe como algo lejano, poco familiar al cotidiano que reportan los entrevistados (“ni se me pasó por la cabeza”, “no fue más allá de eso”). Al respecto, es importante notar cómo desde esta primera aproximación al discurso bariátrico, marcado por lo ideal del tratamiento y a la vez lo lejano del mismo, será entonces la intervención médica la que permitirá que dicho lugar de la cirugía comience a tomar forma en la realidad de cada sujeto:

S1: La doctora me lo dijo, en el consultorio, en una de las evaluaciones que fui con ella me dijo que yo bajaba y me mantenía (...) y ahí me dijo sabí hay una de estas... un... cómo fue, un programa, algo así me dijo, de cirugías, no me acuerdo muy bien, pero la esta es que me dijo que era unos planes de unos médicos que podían hacer una operación.

S3: Le expliqué todo lo que le estoy explicando a usted, que yo no puedo trabajar, caminar, fue anotando y todo y terminamos de conversar y [realiza mímica como firmar un documento], me mandan con el papel, le puso cirugía estomacal, algo así, yo me alegré

Desde la distancia que el sujeto toma en relación a la cirugía bariátrica hasta la concretización de ella en su propia experiencia aparece como intermediario el discurso médico, quien, valiéndose de las dificultades que los entrevistados perciben en su salud asociadas a la obesidad, justifican así la indicación de la intervención quirúrgica en el cuerpo de estos. Resulta relevante notar entonces cómo la intervención médica a partir de la indicación de la cirugía no sólo implica un trabajo de diagnóstico y su futura puesta en acto, sino que también comienza a modificar el discurso que el paciente sostiene sobre su cuerpo y su obesidad, a saber, interfiere en el modo en que éste vive y comprende ambos elementos, en la medida que abre nuevas posibilidades de tratamiento para la obesidad que los aqueja, elemento que se desarrollará con mayor profundidad hacia el final de este apartado.

Asimismo, en el discurso de los entrevistados la aproximación a la medicina y su oferta quirúrgica aparece atravesada por una lógica absolutista, en la medida en que el discurso médico se ubica dando cuenta de la necesidad de dicha intervención de manera incondicional a raíz de los supuestos efectos que la obesidad tendría para esa persona. Y, de la mano de esto, se asume también como una realidad inapelable el hecho de que dicha intervención será un beneficio para dicho sujeto, en desmedro de las condiciones

singulares que pudieron sostener la obesidad en cada persona, cuestionando de ese modo dichas garantías.

S7: Fue en un control, un control de peso, me ven y me dice ella “tú estás para una cirugía bariátrica”, y yo le digo “¿por qué?”, y me dice “porque tú tienes más de un 45% de peso, de sobrepeso” (...) “por tu enfermedad, que te cuesta respirar, por tu peso, tú vas a ver”... “dios quiera que te operen”, me dijo, “porque tú eres una mujer que no debería tener ese sobrepeso” (...) “te voy a mandar que te operen porque no es ni una gracia que a ti te cueste de repente respirar” (...) Lo único que no me explicó bien fue qué era una cirugía bariátrica, y por allí y por allá he escuchado yo

S7: La misma doctora dijo “se lo han hecho tantos pacientes míos y han quedado regias, así que hácetela, si te dan la oportunidad, hácetela”.

Así, el “estar para una cirugía bariátrica” da cuenta de un lugar incuestionable donde la cirugía debe tener lugar, del mismo modo que el “no es ni una gracia que a ti te cueste respirar” (anunciado por el médico) instala, además de un juicio de valor, un modo de significar el malestar del paciente de manera externa que asume a su vez al tratamiento quirúrgico como un beneficio para la persona (“si te dan la oportunidad, hácetela”).

En ese marco, es importante notar cómo las motivaciones que los pacientes reportan en torno a sus deseos por bajar de peso dan cuenta de una diversidad característica de la experiencia subjetiva y singular de cada sujeto en relación a su experiencia con la obesidad, lo cual, sin embargo, se desdibuja al reflexionar en torno al lugar de la cirugía en dicha motivación.

Al respecto, las motivaciones que los entrevistados refieren como aquello que los mueve a querer bajar de peso circulan en torno a razones de salud física (por ejemplo, dejar de ser o evitar llegar a ser diabético), del ámbito afectivo (por ejemplo, respecto a la sexualidad), estéticos (por ejemplo, recuperar la delgadez que alguna vez se tuvo) o como modo de prevenir una muerte inminente.

S7: Es despertar todas las mañanas y... es despertar y sentir que me cuesta pararme de la cama, entonces yo no quiero más eso, no quiero ser más esa [dice su nombre] que le cuesta pararse

S2: Eh, un tema de salud, porque pucha yo ahora en enero me caso, y uno va a querer tener hijos, ¿cachai?, y así ¿cómo voy a andar corriendo jugando con mis hijos?, no alcanzá a disfrutarles la niñez de hijo, voi a estar cansado (...) por eso es un tema más que nada de salud y todo, y un tema de futuro, pa poder tener un poco más de... como decía, de vida, perspectiva de vida, porque así, en estos momentos, si es que llego a los cuarenta.

S6: Mi mayor motivación es no ser diabética, es bajar más de 20 kilos para no ser diabética (...) y segundo, claro, sería regio volver a tener el cuerpo de antes.

S4: el día de mañana por esta gordura me voy a morir, ni dios lo quiera, porque a eso voy, si sigo engordando voy derecho al cajón en pocas palabras, y yo quiero seguir con mi gente, seguir con mi vida, ¿me entiende?

S1: Sería para estar mejor conmigo mismo yo creo, lo que pasa es que como le estaba diciendo tengo igual muchos dolores de espalda, y... y aparte, la parte sentimental, en eso... en ese sentido ese sería como una motivación (...) Lo que xpasa es que también en la parte sentimental uno también, cuando ve una mujer y se ve uno mismo, igual dice pucha, ella no va a estar con alguien tan gordo, ella va a preferir un flaco que a un gordo, en ese sentido.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, detrás de esta diversidad de experiencias en torno a la obesidad que determinan el interés por querer bajar de peso, la instalación de la posibilidad de la cirugía bariátrica produce una homogeneización de los discursos entre los entrevistados, donde todos dan cuenta de la imposibilidad de bajar de peso por medio de un tratamiento ambulatorio y por esa vía la necesidad de una intervención más *radical*, significativa que aparece como característico del trabajo quirúrgico.

S8: Porque sé que el ambulatorio no me va a resultar. Porque no soy buena para hacer dietas, no bajo con... no... no sirvo para las dietas... sé que tengo que pasar por un tratamiento de operación para yo misma cuidarme en esa área, porque en estos momentos, yo no podría.

S2: Porque yo he probado y... no creo, no he tenido resultados, por eso no me... yo sé que esto es un cambio radical, totalmente radical, y eso yo creo es realmente lo que necesito, ¿cachai o no?

S6: Porque lo hice y no me dio resultado. Porque hice las dietas, porque hice ejercicio, porque tomé mil litros de agua al día, y porque aun así sentía hambre.

S5: Porque por un tratamiento más ambulatorio no voy a lograr nada, no, porque yo como que no sirvo mucho pa eso, al menos por la cirugía si me operan ya no voy a comer tanto, como te achican el estómago, te lo cortan así entonces te entra menos comida. Entonces me podría ayudar más que otro programa.

La homogeneidad que aparece en el discurso de los entrevistados al momento de situar la cirugía bariátrica en su experiencia con la obesidad es testimonio a su vez de los efectos que tiene un discurso médico centrado en una lógica técnica, donde el interés ya no se sitúa en el sujeto enfermo sino en la enfermedad misma. Las experiencias singulares en torno a la obesidad se diluyen así frente a la “radicalidad” del tratamiento bariátrico y su promesa de efectividad operativa, relegando el lugar del sujeto al de objeto de la técnica médica.

Desde allí entonces resulta relevante comprender el sentido que lo bariátrico y su desempeño toma en el discurso de los entrevistados.

III.2 La omnipotencia bariátrica a través de su radicalidad

Teniendo presente las condiciones de emergencia de lo bariátrico en el vivenciar de los entrevistados, respecto a los contenidos que dicho tratamiento comienza a tomar destaca, como se dijo anteriormente, la “radicalidad” con que se significa a dicha intervención. Al respecto, los entrevistados dan cuenta que dicha radicalidad hace mención principalmente a las posibilidades de *cambio* que ella supondría, el cual si bien toma distintas formas en cada uno de ellos, en su diversidad da cuenta del lugar omnipotente con el cual se inviste la intervención médica.

En particular, la noción de cambio circula en torno a una lógica de modificación de los hábitos de alimentación pero que al mismo tiempo, a diferencia de los tratamientos ambulatorios previos que han tenido y que perciben como fallidos, se acompañaría de un cambio global en el estilo de vida que han llevado hasta el momento previo al tratamiento bariátrico

S8: Y la bariátrica es una ayuda po, para vivir unos años más, para cuidar tu alimentación, porque de hecho uno tiene meterse en la mente que, momento que uno entra a pabellón uno tiene que decir “yo desde ahora cambio mi perspectiva de vida y cambio mi alimentación”.

S2: Porque... de un estilo de vida que llevas tú en este momento a después de la operación, yo he leído casos en internet y todo, a lo mejor antes me comía un plato grande, ahora no po, ahora yo creo que la décima parte del plato.

S4: Pero... ahora con lo que me ofrecieron para la operación, eh... he entrado un poquito más en consciencia que tengo que salir a caminar, ahora salgo a caminar, salgo con mi hijo, salgo con mi señora, eh, ya es diferente...

Es importante notar que este cambio global del estilo de vida es significado en definitiva como una posibilidad efectiva de hacerle frente a la obesidad, lo cual pasa en parte por reconocer la gravedad de su condición al momento de la indicación del tratamiento, pero fundamentalmente porque dicha intervención permitiría confrontar y volver a reconocer un límite en la alimentación que el cuerpo habría excedido u olvidado.

S6: (...) yo siento que la cirugía bariátrica es como el pellet para los borrachos, porque el borracho es el alcohol y el pellet reacciona y el borracho se siente mal, ¿cierto? Con la cirugía bariátrica los gordos comen más de la cuenta y tienen que

vomitarse y se sienten mal el resto del día, es lo mismo, es como el recordatorio de que no tení que comer más de lo que te corresponde.

Es en ese sentido que la cirugía bariátrica comienza a ser situada en un lugar omnipotente, en tanto no sólo interviene en lo específico de la alimentación, sino que en última instancia modifica el vínculo que el sujeto establece con el alimento, y por esa vía el “estilo de vida” que este sostiene. En esa lógica, la cirugía aparecerá como el único camino posible ante las dificultades previas por bajar de peso, y, al mismo tiempo, como lo único que permitirá asegurar un futuro más prometedor

S2: siempre yo estuve buscando la intención, ya cuando ya veía ahí por los 22 años veí que la opción que ya no podía bajar de peso yo siempre estuve viendo la opción de la operación, pero nunca se me había dado, nunca se me había dado la oportunidad. Pero yo ya sabía que bajando, ya con dietas no iba a bajar, eso lo tenía claro yo.

S2 Y eso es también lo otro que yo he leído sobre la operación, que una vez operándose se pasa todo lo que es las enfermedades y todo, yo en estos momentos no tengo una diabetes grande, sino que estoy en el punto, ¿cachai?, en el punto a que pase a algo mayor.

Ahora bien, en el marco de dicha radicalidad, emerge también en el discurso de los entrevistados los diversos efectos que estos asocian como posibles de tener lugar respecto a la obesidad que los aqueja. Dan cuenta entonces que lo radical del tratamiento bariátrico también pasa por la amplitud de dimensiones en las que se espera que la cirugía pueda tener injerencia, en aquello en que la obesidad puede estar afectando su vivenciar cotidiano.

Al respecto, destaca en primer lugar que los entrevistados sitúan el trabajo de la cirugía en función del ámbito de su alimentación. En ese sentido, el trabajo bariátrico no pasaría solo por la modificación orgánica y así obtener una menor capacidad de retención de alimento en el organismo, sino que más bien se espera obtener con dicha operación una experiencia “reeducativa” en relación a la misma, que remite de esa manera a una experiencia infantil en tanto renovador del vínculo con el alimento.

S2: Pa mí la cirugía es como que tú volvierai a nacer, yo lo veo de esa parte, porque como las quaquas, a lo mejor a ti te van a enseñar de nuevo cómo realmente tienes que comer (...) yo creo que ese es como un cambio, como un retroceso que tú tení, es como que prácticamente nací ahí y tení que aprender a comer de nuevo totalmente, a saber realmente las porciones que tú tení que realmente comer.

S4: yo creo que esta operación es como pa ordenarse todo, pa ordenarme en todas mis comidas de antes, de lo que comía ir ordenándose empezando todo de nuevo, es

lo que pienso yo, porque de cirugía no me han dicho los médicos cómo es, solamente me han dicho que es una cirugía de estómago y eso.

Es importante notar cómo entonces no se busca solo reducir una *capacidad* orgánica sino que ante todo una *forma* de relacionarse con el alimento, y que en ese sentido, como se trabajó en torno a la obesidad en apartados anteriores, la solución que se busca por medio del tratamiento remite en definitiva no a un cambio corporal sino a un vínculo con el alimento y por esa vía también con su corporalidad. De tal modo es que es posible entender que el tratamiento bariátrico no opera tanto en lo orgánico, sino que a través de él busca finalmente un cambio conductual. Esto, en el discurso de los entrevistados, toma forma bajo la lógica de “retomar el control” y en consecuencia “no volver” al modo de comer previo a la operación.

S2: (...) porque yo sé a lo mejor voy a estar a dieta pero no va a ser lo mismo, porque yo sé que después voy a poder volver a comer ¿cachai?, en cambio operándome, yo ya sé que no voy a poder volver a eso, yo sé que ahí me voy a tener que cuidar sí o sí por un tema de salud, ¿cachai?

S2: Además que, yo sé que a la primera antes tenía fuerza de voluntad y todo para estar, pero ya como que pierdo la fuerza en ese aspecto, a lo mejor soy constante tres meses, cuatro o cinco meses, pero después ya uno como que vuelve a lo mismo, volví a la rutina, ¿cachai o no? En cambio aquí yo con la operación yo sé que ya no voy a volver a esa rutina, porque aparte de operarte del estómago tú prácticamente te vai a tener que operar de la cabeza, porque ya no vas a ser la misma persona, si eso igual es un cambio

Un segundo ámbito en que los entrevistados proyectan los efectos de la cirugía en torno a su obesidad responde a una dimensión propiamente afectiva. En particular, establecen que la cirugía también puede intervenir a nivel de la autoestima, en la medida en que el cambio físico, sobre todo por medio de la vía estética y de la imagen, permitiría una reconciliación en el vínculo que se tiene con el cuerpo, superando en ese sentido sentimientos de rabia o frustración que la obesidad puede implicar.

S8: Yo creo que sí... igual a veces uno, el saber que, de repente te vean por ahí y te digan “oh, estai más delgada, te veí bien”, igual es un incentivo para uno.

S2: pa mí va todo relacionado, suponte la salud, yo sé que a lo mejor vai a tener un poco más de salud, y te vai a sentir igual dentro de todo bajo tu autoestima un poco mejor po. Porque igual uno se siente cansado igual como que el autoestima te baja y todo, ¿cachai?

S8: en mi autoestima, como persona, como mujer, también va a ayudar, si eso que uno diga “nooo, si nada”, no, igual va a ayudar en esa área, en ir por último a una tienda y tú comprarte, yo ahora sé que tengo XXXL, ¿me entendí?, y te da vergüenza po, y siempre la ropa 3 equis y la ele es fea po [sonríe], en cambio si después tengo

dos equis, y después una equis, es riiico po... voy a poder entrar a cualquier tienda y decir "quiero ese pantalón, o quiero esa blusa", ahora yo no puedo hacer eso.

Ahora bien, de la mano del ámbito de la autoestima y la imagen, la sexualidad también se reconoce como una dimensión en que la cirugía puede llegar a tener efecto, en la medida en que los cambios en torno a la imagen y la condición física por medio de la delgadez, permitirían a su vez una mayor confianza o seguridad. Dicha confianza sería dada en tanto el cuerpo delgado (conseguido por medio de la cirugía) permitiría eliminar la obesidad como intermediario del contacto social sexualizado con el otro social.

S7: Yo pienso que sí, me sentiría mucho mejor (...) siempre he dicho, "me gustaría encontrar una persona que me quisiera por lo que soy, como soy", pero tampoco me gustaría que me conociera así, que me quisiera por estar tan gordita, porque jamás podría enfrentarme a la persona, a desnudarme frente a esa persona, no podría...

S6: Yo sé que la cirugía me va a bajar el abdomen, que me va a quedar todo suelto (...) pero yo creo que ya no me daría vergüenza, que no me estaría intentando tapar, o... eso.

S3: Sí, sípo, me ayudaría harto y así no como tanto, hago más ejercicio para que la piel así no me quede tan suelta, me quede apretaita, todo... así estaría más segura que él me quiere tal como soy igual po, si él está conmigo...

S1: Yo creo que sí porque en ese sentido uno bajaría de peso, y... y como le estaba diciendo igual, uno al bajar de peso se vería más, cómo se puede decir, más buenmozo, ya tendría como una confianza para entrar a conversar con ella, y a tratar de ligar

En relación a ambas dimensiones, tanto el autoestima como la sexualidad, resulta relevante reconocer que en ambos casos el acceso a un cuerpo más delgado por la vía del tratamiento bariátrico se establece como un absoluto garante de un cambio positivo a nivel de su afectividad, traducándose esto en una mejora a nivel del estima y a su vez en la confianza y la vergüenza ante el contacto sexual. En ese sentido, emerge un lugar del tratamiento en el discurso de los entrevistados donde la cirugía no solo aparece como el medio para llegar a una salubridad corporal, sino que también busca modificar el vínculo afectivo que este sostiene con su cuerpo, el cual ha venido significado por el filtro del discurso de la obesidad. De allí que uno de los entrevistados sostenga que el tratamiento no pasa por llegar a ser efectivamente atractivo, sino que más bien se logre percibir al cuerpo bajo dicho lente. Se busca *sentir* el cuerpo de manera distinta, no que lo sea "realmente".

S7: Si uno es verse, el verse bonita, no importa que no sea bonita, pero sólo el verse bonita, el ego te llega arriba...

En definitiva, el cambio afectivo que se espera conseguir por medio de la cirugía da cuenta que dicho tratamiento no solo se sitúa como una posibilidad de acceso a una mayor salud física, sino que al mismo tiempo se espera conseguir un mayor nivel de felicidad.

Finalmente, se reconoce entre los entrevistados el interés también por que la cirugía pueda influir en el registro social de sus vidas, en particular en lo que tiene que ver con su desempeño laboral y sus posibilidades de acceso.

S2: En mi pega yo creo, yo creo que igual influiría harto. En un aspecto positivo, en ese sentido en mi pega soy muy... carismático, me gusta jugar, tratar de ayudar, y yo siento que igual siento que si fuera después de la cirugía me preguntarían "qué hiciste" o me... me daría más confianza para seguir bajando, algo así, porque muchas veces uno se siente bien con las cosas que te dicen las otras personas, en vez de decirte "oye pa qué comí tanto" o "seguí igual", muchas veces si te dicen "oye bajaste un poco, que buena, sigue así, lógralo"... algo así.

S3: Eh... en mucho, me va a ayudar en lo económico porque voy a poder trabajar normalmente

De este modo, la cirugía se sitúa también en un lugar de posibilidad de cambio que permitiría superar una situación de discriminación social, en la medida en que la transformación física asociada al tratamiento supondría que el rechazo laboral ya no sería determinado por su obesidad. Dicho rechazo pasaría tanto por el acceso pero también en la forma en que un cargo es posible de desempeñar, ya que los entrevistados reconocen además sentirse "observados" en función de su condición de obeso.

S2: Eh... yo creo que me ayudaría a sentirme igual un poco mejor... dentro de mí po, ¿cachai?, porque a lo mejor tú de repente tú veí que igual la gente así te mira igual como que te sentí un poco discriminado, ¿cachai?, pero a lo mejor ya después esa parte la operación te va a ayudar en la parte psicológica, eh, tú y después ya no vai a andar perseguido "oh, que la gente me está mirando lo que me estoy comiendo" y todo, ¿cachai?, en ese aspecto.

S8: Exacto. Porque... no te dan trabajo. O sea, de hecho, tú te presentas y podés tener los cursos que tú querás, y... y no po, por ser gordita, muchas veces... o porque ya tienes una edad (...) es el menosprecio de que tú te presentes a un trabajo y no te lo den por ser gorda, porque eso pasa.

En ese marco de reflexión, al momento en que el discurso médico interviene desde esta posición que el paciente toma ante su tratamiento, esto es, acogiendo el interés por la modificación en la posición social, en última instancia dicho actuar se traduce en una naturalización de la posición inicial de la cual el paciente busca distanciarse, destacando afecciones en torno a la mirada despreciativa del otro, al rechazo laboral por una imagen

descuidada, a un sentimiento de inferioridad ante la sexualización del vínculo social, etc.; todas ellas, posiciones cargadas de una connotación discriminatoria.

De este modo, el actuar de la cirugía, significada desde el paciente como una posibilidad de cambio afectivo y social, reviste la complejidad que en cambio la medicina aborda la obesidad desde una mirada exclusivamente organicista, obviando las experiencias asociadas a la discriminación en las cuales se ve involucrado el paciente obeso, lo cual en consecuencia valida y refuerza el actuar discriminatorio hacia el sujeto que porta dicho cuerpo. Se agrega a esto entonces que, al mismo tiempo de reforzar un prejuicio en la sociedad, así también el operar médico se transforma en un instrumento normativo, muchas veces en torno a una media que responde a una lógica de explotación a la que la cirugía puede reforzar.

S3: (...) ahí tengo los niños yo, imagínese, si yo no trabajo los niños no comen, o sea hay que mandarlos a la escuela, y yo quiero mejorarme por eso, para ayudarlos a ellos (...), y voy a volver a mi normalidad, y así yo puedo trabajar sin ningún problema

En el ejemplo citado, es posible reinterpretar una crítica hacia el rol social en el que se ve envuelto (explotación laboral y situación social desfavorable) al mismo tiempo que se significa a la cirugía como una oportunidad de poder rendir de mejor manera en ese mismo lugar primeramente cuestionado.

Reconociendo de esta manera la amplitud de dimensiones en las que los entrevistados refieren que la cirugía podría tener injerencia, en última instancia dichos efectos esperados dan cuenta que el trabajo bariátrico opera más allá del ámbito orgánico, y que se conjuga en un discurso desde el aquejado por la obesidad que sostiene que con dicha cirugía conseguiría, en última instancia, un cambio valórico en su persona, ya sea una “mejor mujer”, “alguien mejor”, “ser otra persona” u “volver a valorizarse”

S7: ...no, tú tienes tu plata entonces de allí aprendí yo a valerme por mi misma, y quiero seguir siendo eso, saber valerme por mi misma, no esperar a qué me den mis hijas, por eso quiero operarme, ojalá dios quiera que pueda ser... al sentirme mejor yo, al no estar tan gordita, a no dolerme tanto mis piernas, yo voy a sentirme mejor, como persona, como mujer.

S8: y eso para mí va a ser una ayuda, una ayudita, ¿me entendí?, que la ciencia o dios me está dando para que... para que yo pueda ser alguien mejor po, y pueda verme mejor, y pueda estar mejor físicamente, anímicamente, y psicológicamente también... porque es la realidad...

S4: Para mí un buen resultado es como... ser otra persona, pa mí... de estar... de estar bien, de estar ya... no ahogarme, de levantarme en las mañanas, levantarme

con ganas, levantarme no decaído, no levantarme con ese peso, de salir a trabajar, de hacer algo por la vida.

S3: (...) Me falta la cirugía, la cirugía me va a hacer una gran persona, me va a dar nueva vida, mi estima, felicidad, voy a volver a ser el de antes, de antes que empezara a engordar, tenía 70 kilos, con 70 kilos a una persona la encuentran normalmente (...) así yo valorizo que mi enfermedad se vaya a la borda, voy a valorizarme total, la felicidad, voy a ser feliz, el momento si llega a suceder voy a ser feliz, realmente feliz

El ser “alguien mejor”, “otra persona” o “hacer una gran persona” por medio de la cirugía médica sostiene en sí mismo una connotación de una humanización a partir de una modificación orgánica, y que, en ese sentido, se dota al discurso médico de facultades valóricas y socializantes. El operar en dichas condiciones implica en consecuencia validar dicha posición desfavorecida y criticada en torno a la obesidad, donde ya no se reduce a condiciones de salud físicas perjudicadas, sino que a un lugar social donde se concentran críticas valóricas y sociales. Ello permite reconocer el ejercicio de poder que existe como trasfondo en el operar médico, específicamente en el ámbito de la obesidad y la cirugía bariátrica.

De aquí que pueda resultar comprensible que la cirugía pueda ser vista por los entrevistados no solo como un paso en su camino por bajar de peso, sino que al mismo tiempo es visto como un fin en sí mismo, en tanto funciona como factor motivacional para conseguir una baja de peso que nunca antes pudieron lograr. Es decir, la cirugía se transforma en un fin, no en un medio.

S3: (...) lo importante para mí sería, supongamos que usted fuera el médico, y me dijera “mira tú vai a hacer esta dieta, pero la vai a hacerla y yo, qué se yo, en 3 meses, en un año yo te voy a operarte”. Entonces eso a mí me va a incentivar, porque voy a tener una seguridad, de que va a llegar esa fecha, ese momento, y yo voy a rendir porque me han prometido algo que lo van a cumplir (...), porque ustedes me van a dar la garantía de “tú vai a hacer esto y vai a salir operado”, lo que el doctor me diga, voy a cumplir porque voy a tener ese objetivo y esa esperanza de que voy a recuperar mi físico

Asimismo, siendo la cirugía tanto un medio como un fin en ese cambio radical que los entrevistados buscan con dicho tratamiento, permite comprender además cómo muchas veces los riesgos asociados a esta forma de trabajo puedan ser obviados o minimizados, reduciéndose a un ámbito médico, obviando el lugar de lo psicosocial en dicha intervención.

S7: No sé, que me falle el corazón en ese momento, que viniera otra complicación, porque en toda operación...

S8: No, sé que ninguna porque no soy de, no soy hipertensa, no tengo problemas al corazón, claro, no tendría por qué pasarme algo.

S4: Sí, bueno yo creo que en toda operación hay riesgos, según como se comporte el cuerpo de uno no más... y... y a lo que dios quiera no más po, si dios quiere que esté vivo seguimos vivo sino no nos vamos no más po

En dicho rol atribuido entonces a la cirugía bariátrica en el contexto del sujeto aquejado por la obesidad, a su vez se sitúa también el rol que el trabajo psicológico toma en dicho contexto. Al respecto, los entrevistados refieren que en ese proceso de cambio radical que la cirugía permite, la psicología tomará una función directiva, es decir, que direccionará el accionar del sujeto y los modos en que debe hacerle frente a su enfermedad; el profesional debe saber qué tiene que hacer el sujeto.

S2: Y en el aspecto este de la parte psicológica “Gabriel tú tení que meterte en la mente que a lo mejor ya no vas a ser gordo, que ahora vas a tener que meterte en la mente, que tú tienes que asimilar que vas a ser un poco más... vas a ser otra persona, y tienes que comer de otra manera”, en ese aspecto, ¿cachai? (...) en este caso el psicólogo explica en qué parte te va a afectar, los pro y los contra po, porque todas las cosas tienen sus pro y sus contra po, ¿cachai?

S2: Eh, asimilar la parte de la operación, (...) aprender a controlarte, ¿cachai? A controlar tu ansiedad, a controlar tu cerebro que te diga, “ah, quedaste satisfecho”, entonces ahí “no comas más”, ¿cachai?, sentir como el chip que te dice “ah, estai listo”.

S6: Yo creo que a guiarme un poco así, porque de repente es... así como es brusco pasar del cuerpo normal a lo mórbido, es brusco volar al cuerpo normal, y uno no se acostumbra ni lo asimila de un principio (...) uno necesita alguien que sea bien objetivo, que a uno le diga “en realidad sí, vai mal”, o “sí, vai bien, dale no más”, eso.

S4: Yo creo que me puede ayudarme... orientándome, orientándome en qué es lo que tengo que hacer, en cómo se llama... eh... de ayudarme en pocas palabras si de todo lo que, si yo pienso algo mal, cómo ayudarme, que no caiga en depresión con las cosas que uno piensa...

Se posiciona de esta manera el rol psicológico en una función directiva en tanto se espera de este que pueda por una parte “explicar” el tratamiento, “orientar” o “guiar” a lo largo del mismo y facilitar un aprendizaje de realimentación luego de la operación. En ese sentido, el lugar que se le atribuye a dicho trabajo se sitúa de modo análogo al trabajo médico, donde el síntoma se aborda en su materialidad concreta, en desmedro de desarrollar un trabajo de investigación interpretativa que aborde la singularidad del malestar del paciente en su relación con su cuerpo.

Desde allí es que resulta pertinente finalizar desarrollando el lugar que el paciente se atribuye en el tratamiento al cual aspira acceder.

III.3 El paciente: un rol pasivo que otorga un valor excesivo

A partir del contexto desarrollado en el apartado anterior, donde lo bariátrico toma forma en función de lo radical, la amplitud de efectos que se le atribuyen (omnipotencia) y la potestad asociada que se adjudica al sancionar el cuerpo del sujeto, los entrevistados sitúan su rol dentro del tratamiento bajo una lógica receptiva, en el sentido que será el discurso médico, representado principalmente por el médico, nutricionista o psicólogo, quienes a partir de sus conocimientos expertos determinarán la orientación del tratamiento y aquello que el paciente deberá hacer o no para conseguir la acordada baja de peso.

S6: Ehm... o sea, yo creo que lo primero es tener toda la disposición posible. Si... si el doctor me dice que tengo que, no sé, un mes tomar pura agua, pucha es por algo, si el doctor me dice que tengo que, no sé, de aquí a que me muera tomar ESA pastilla yo sé que me la tengo que tomar o sino algo me va a pasar, o me voy a sentir muy mal

S4: Eh, yo creo que en las dietas, con la nutricionista, en la ayuda de ella de poder bajar, de... de ir, cómo se llama, paso a paso de todo lo que me van diciendo ir haciendo para poder llegar a la operación.

S5: ... hay seguir las indicaciones que te da el médico y hay que cumplirlas no más po, lo que te diga el médico hay que hacer.

De esta manera, el discurso médico es situado desde los entrevistados no sólo definiendo el operar quirúrgico y la pertinencia orgánica del mismo, sino que aún más allá, sanciona aquello que define lo enfermo de la obesidad para el sujeto más allá de su experiencia singular, y de la mano de esto, también aquello que será entendido como un buen resultado de la cirugía.

S7: El médico, tratando de orientarte, de explicarte qué significa la obesidad, porque yo considero que un médico debe explicarte, uno cuando no ha tenido mucho estudio, de explicarte bien qué es la obesidad, ¿cierto? Porque el médico te dice "pasado ciertos kilos ya es usted una obesa mórbida"; entonces eso debería decir el médico. (...)

S8: ... tengo que poder cumplir las expectativas que el médico me dio bajar de peso, de... de después hacer el tratamiento que tengo que hacer, los conductos a seguir po, respetarlos a cabo, todo.

Posicionándose desde esta pasividad y como receptor de instrucciones médicas, en última instancia lo que el sujeto pone en juego es el comprometer la singularidad que

se despliega al momento de elegir ingresar a un tratamiento de este tipo, así como en las formas en que se permite enfrentarlo a medida en que avanza dentro del mismo.

Ahora bien, establecido un rol pasivo desde el sujeto y un rol directivo desde el discurso experto, se define acorde a ello también una forma de trabajo amparado en una lógica individualista. Al respecto, los entrevistados destacan particularmente que será su voluntad el factor fundamental de éxito del tratamiento, en tanto ella les permitiría, acorde a lo anterior, seguir las recomendaciones médicas “al pie de la letra”.

S7: Por eso yo me lo quiero hacer, por eso te digo, yo tengo que poner todo de mi parte delante de los doctores, para que ellos me van a ayudar no más en esto un poco, yo soy la que tengo que poner todo lo demás.

S7: ... es tratar de dar lo mejor que se pueda dar de mí, voluntariamente de todo po, ¿ah? Ser positiva en todo, empezar a ser positiva, porque si somos negativas mejor no lo hagamos (...) porque si ellos están ayudándote en ese aspecto los médicos, tratar bajar de peso, de hacerme esto, lo demás todo depende de mí. Que yo me vaya cuidando después y todo, todo depende de mí.

S8: (...) como el médico me dijo “de ti depende, si tú no bajai de peso yo no voy a poder operarte”, (...) me tranquilizó en el sentido de que el médico me dijo “de ti depende”, me dio a entender, me dijo “tu gordura está aquí” [señala la cabeza, en la frente] “tu ansiedad está aquí, y eso tú tienes que controlarlo”

S2: Yo creo que la diferencia la hace uno, porque depende como tú... te vas a enfrentar a la operación es como tú vas a reaccionar,

Se constituye entonces como determinante del éxito del tratamiento el “poner todo de mi parte” que los entrevistados reportan, de manera que es así como se percibe que “la diferencia la hace uno”. De esta manera es que la introducción del tratamiento bariátrico en el padecer de la obesidad, en tanto técnica orientada a la enfermedad concebida como un diagnóstico generalizable, desdibuja la singularidad involucrada en dicha condición, exigiendo en cambio a todos por igual un trabajo individual y homogéneo (“la voluntad, el control, las ganas”). Y, además, en la medida en que exige un trabajo independiente de cada persona frente a la obesidad, deja de lado los factores sociales involucrados en el sostenimiento de dicha condición, permitiendo en consecuencia la emergencia de un lugar de temor y angustia ante la posibilidad de fallo en el tratamiento determinado por no responder a las expectativas médicas.

S7: ¡Ah!, ese es el miedo que tengo, de si iré a ponerle de mi parte o no, porque por lo que he escuchado son como 2 meses que tiene que tomar cosas líquidas, nada de pan ni eso, entonces no sé si iré a aguantar,

S5: es que no hacía lo que me decía la nutricionista, no seguía al pie de la letra lo que me decía ella, me aburría a veces

Así, se percibe cómo el discurso bariátrico promueve por medio de su indicación quirúrgica un abordaje individual de su enfermedad, responsabilizando en consecuencia al sujeto obeso, al menos de manera mayoritaria, en el éxito del tratamiento y además de los fracasos de los otros previos que pudo tener en su historia.

En ese marco será que, finalmente, tomará forma el valor que los entrevistados atribuyen, a partir de su experiencia en torno a la obesidad, al tratamiento bariátrico como posibilidad de intervención para bajar de peso.

Al respecto, los entrevistados sostienen que la cirugía se aprecia como una oportunidad única, donde todos destacan la posibilidad de cambio que esta ofrece, ya sea en relación a la imposibilidad previa de modificar su peso y su conducta alimentaria y a la vez en la medida en que supondría una posibilidad de acceso a una nueva vida.

S2: No, pa mí, pucha es una oportunidad que se da una vez en la vida, que tienes que saber aprovecharla, (...) a mí me costó llegar a esto, pucha años que me costó, que me pudieran inscribir y todo, traté en otros lados hasta que llegué acá y por eso es una oportunidad que no la puedo dejar pasar.

S4: Tiene un valor pero bastante bueno, para mí es un valor que... que la persona la hacen cambiar, pa mí yo lo veo así, que una persona la hace cambiar la cirugía (...) porque no quiero seguir así, yo no quiero seguir así, porque yo sé que el día de mañana puedo morirme, y eso no quiero, quiero seguir... seguir estando con mi señora, seguir con mi hijo, y seguir siendo el Carlitos de antes.

S3: imagínese es como ser millonario, ni tanto, es como que yo me va a darme un trabajo estable para el resto de mi vida, así yo valorizo que mi enfermedad se vaya a la borda, voy a valorizarme total, la felicidad, voy a ser feliz, el momento si llega a suceder voy a ser feliz, realmente feliz.

De esta manera, el valor que los entrevistados rescatan del tratamiento ofertado aparece principalmente en torno al concepto de posibilidad de cambio, a diferencia de tratamientos no invasivos previos, y que en ese caso se vale sobre todo de la radicalidad que se le atribuye al mismo. Se aprecia así que lo bariátrico se instala en el vivenciar del paciente como un absoluto en tanto que, independiente de hacia donde se dirija dicho cambio, de toda maneras modificará la posición inicial que se pudo tener en relación a la obesidad.

Dicho cambio se plasmaría desde un inicio al momento de indicar el tratamiento bariátrico en el sujeto obeso. Los entrevistados sostienen al respecto que el solo hecho de materializarse en ellos la posibilidad de acceder a la cirugía habría tenido efectos en el

entendimiento que estos tenían en torno a la obesidad, en particular, destacan que ello les habría servido como “concientizador” de la necesidad de generar un cambio en su estilo de vida.

S7: Pero lóoogico que cambió, uuuhhh, como no va a cambiar, del momento en que a ti te dicen que te van a operar... puuucha, sí, cómo voy a querer seguir siendo tan gorda, como estai, nooo, teni que dejar todo esto de lado, tratar de ayudarte, ¿ah?, tratar de ayudarte a ti misma y no hacer cosas que hay hecho tanto tiempo. No, si es maravilloso esto, ojalá que dios quiera, que espere 2 años no importa, trataré de bajar algunos kilos más mientras.

S4: Claro, porque uno antes como no tenía apoyo de nadie, no sabía que había esto, uno era comer no más po, pasarlo bien y “ya si mañana voy a adelgazar, mañana voy a dejar de comer”, pero ahora no po, ahora es diferente porque ahora sé que voy a tratar de bajar de peso, voy a que me van a operar si dios quiere, y yo sé que la obesidad ya es mala pa mí ya, no tengo que seguir engordando más.

S5: Sí, porque hay una oportunidad para todo, porque antes pucha era ir al médico no más y teniai que bajar po, y si no bajai por tu bien... no bajabai no más po, pero ahora por los programas que hay y todo hay harta gente inscrita igual po, pa bajar más rápido.

Es decir, a modo de cierre, que la introducción de la cirugía bariátrica como posibilidad de tratamiento de la obesidad se traduce en una oportunidad que garantiza una posibilidad de cambio, y donde dicho cambio permitiría modificar las frustraciones involucradas en la experiencia en torno a la obesidad. Sin embargo, dichos efectos no emergen sólo luego de la cirugía, sino que su misma indicación se instala como un factor motivacional desde el cual el paciente obeso se valdrá para conseguir una baja de efecto efectiva. Dicha situación introduce la complejidad del tratamiento bariátrico cuando se significa como un fin en sí mismo, confundándose con el interés por bajar de peso. Es decir, que la indicación bariátrica, valiéndose de la angustia del sujeto ante la pregunta por su síntoma, se confunde con las promesas que ella proclama a través de su oferta, ubicándose así en última instancia como un sinónimo de delgadez, y aún más, de felicidad. Se homologan, finalmente, el deseo por bajar de peso con el anhelo por acceder a la cirugía .

Discusión

A partir del análisis realizado a la palabra desplegada por los entrevistados a lo largo de las entrevistas se pueden establecer ciertas coordenadas que dan cuenta del entendimiento que éstos hacen de su cuerpo, de su enfermar y de la oferta de cura tras la cirugía bariátrica, permitiendo elevar una mayor comprensión sobre el sostén discursivo del cual se vale el saber médico para poder intervenir bajo dicha fórmula.

En el vivenciar de los entrevistados, la obesidad no parece tomar forma sino hasta cuando el diagnóstico médico viene a declarar que dicha condición se encuentra presente en el cuerpo que estos portan consigo, al menos en los términos en que este la define, a saber, la presencia de un exceso de grasa en el cuerpo y el riesgo para la salud que acarrea. Reflejo de esto son las distintas teorías que los entrevistados reportan respecto a las causas de su obesidad, dando cuenta así de las diversas formas a las cuales el sujeto recurre para poder explicarse una experiencia que parece instalarse más allá de su interés consciente por bajar de peso. Se aprecia de tal modo una heterogeneidad de experiencias respecto a un padecer corporal, la cual a través del diagnóstico de la obesidad se homogenizan en torno a dicho significante, poniendo el énfasis de tal manera en un estado corporal y el riesgo implícito que supondría para la supervivencia del mismo. Se establece de tal forma una somatización inducida (Tort, 1994), donde la queja que el sujeto obeso pudo traer más allá de su cuerpo, por ejemplo en relación a su descontrol, su ansiedad, su desánimo, su despreocupación por su imagen, etc., es remitida necesariamente a las condiciones en que presenta su cuerpo en la consulta médica y la necesidad intrínseca que habría en consecuencia en realizar cambios en él.

Con todo, si bien el diagnóstico de la obesidad da cuenta que el problema del sujeto proviene desde el ámbito orgánico, al mismo tiempo la introducción de dicho significante desde el discurso experto contiene implícito para los entrevistados la determinación de que existe en ellos un conflicto en torno al descontrol. Elemento que, acorde a lo planteado en el análisis, cumple una función tanto de síntoma de la obesidad (como aquello que da cuenta de su presencia) a la vez que causa de la misma (permite explicar su génesis y sostenimiento en el tiempo). Este elemento en el discurso de los entrevistados resulta relevante al momento de pensar las posibilidades de intervención de la cirugía bariátrica, en la medida en que pone en jaque el lugar del sujeto en relación a su padecer, ya que lo instala a la vez como responsable de su padecer y al mismo tiempo de

su resolución; aún con la cirugía, las indicaciones postoperatorias establecen la importancia del seguimiento de un régimen estricto nutricional, además de que el paciente pueda realizar ejercicio al corto plazo y otras indicaciones que se agrupan bajo el rótulo de “adherencia al tratamiento”, o, lo que es lo mismo, hacer lo que el médico (o nutricionista o psicólogo) le dice que tiene que hacer. De tal manera, situando al sujeto como responsable de su enfermar así como de su solución, se pone como protagonista su fuerza de voluntad la cual será medida a través de su adecuación al designio experto. Y en esa lógica, la cirugía bariátrica requerirá de un sujeto autómatá replicador de las indicaciones médicas, es decir, un sujeto no reflexivo: la resolución del malestar a través de la voluntad requiere de una ausencia de reflexividad, es una “falsa voluntad”, reduciendo así la problemática a un “depende de mí”, igualando en consecuencia las exigencias para todo sujeto que enfrente el tratamiento y generalizando además el saber atribuido al discurso experto. Se sitúa así el saber médico como un saber anónimo, esto es, portador de calificativos, protocolos y conocimientos que no dan cuenta de ningún sujeto, y es por esto que es él (el saber experto) quien sabe del sujeto más que él sobre sí mismo. Se produce así en definitiva un sujeto pasivo, requisito para la posibilidad de intervención de la cirugía bariátrica.

La figura del descontrol asociada a la obesidad entonces resulta muy relevante al momento de pronosticar en el sujeto obeso la posibilidad de una cirugía bariátrica, en tanto, situado en este aprisionamiento que supone su descontrol, la cirugía ofrece justamente intervenir en dicho registro, a saber, su conducta, se busca alterar su conducta alimenticia y el modo en que éste se relaciona con el alimento; sin ir más lejos, es ampliamente reconocido que la cirugía bariátrica, en última instancia, es entendida como una “cirugía conductual” (Kral y Näslund, 2005).

Se perpetúa así una medicina marcada por la omnipotencia en la medida en que, bajo las lógicas propias de la modernidad, la medicina logra ofrecer ante un malestar (ante una demanda), un tratamiento (una oferta, una respuesta). Como se mencionó en el marco teórico, no se deja lugar a la falta, a la pregunta que motiva la reflexión, de modo que ante el malestar del sujeto emerge de manera inmediata un procedimiento que viene a dar una respuesta, en este caso, la cirugía bariátrica. Sin embargo, dicha omnipotencia se sostiene solo en la medida en que se ampara de la ciencia: si bien son conocidos los casos dentro de las cirugías bariátricas que presentan complicaciones como la reganancia de peso, pudiendo llegar hasta un 87% en pacientes operados (Papapietro, 2012a), sobre todo mientras más tiempo pasa luego de la cirugía, a pesar de ello son desestimados bajo

el argumento estadístico, ya sea porque no son “estadísticamente relevantes” o bien porque a pesar de ello permiten compensar los malos resultados de los tratamientos ambulatorios.

Al respecto, resulta relevante reflexionar en torno a aquello que establece como “fracaso” un tratamiento que aborde la obesidad de un sujeto, ya que si bien tiende a ser determinado en la medida en que no se logra una efectiva baja de peso, vale recordar al respecto los planteamientos de Lacan (1985) cuando denuncia el desfase que existe entre la demanda y el deseo del sujeto que acude a una atención médica. A la luz de dicho argumento, es posible plantear que en algunos casos, el sujeto puede lograr bajar de peso sin realmente desearlo, o también, confrontarse al hecho que realmente no desea conseguir dicha baja. Podría sugerirse así que allí donde aparece un fracaso ante la cirugía, ello puede dar cuenta del triunfo de la permanencia del deseo del sujeto.

De la mano de esto, resulta pertinente interrogar también que si la cirugía busca en última instancia operar en el ámbito conductual, como se vio en los resultados obtenidos, ¿por qué ella debe hacerse cargo allí donde la psicología o la nutrición “fallan”? Reflexión que no busca un retorno al dualismo cartesiano mente-cuerpo, sino más bien dar cuenta que los puentes entre ambos registros exigen, particularmente desde el discurso médico, que su intervención en el registro de lo “psicológico” incorpore la dimensión de la transferencia (Freud, 1912), ya que si bien puede ser plausible que el sujeto presente un síntoma en torno al descontrol en su alimentación, la dilucidación del mismo se instala en una subjetividad que requiere ser considerada en dicho acto médico, más allá de la resolución del mismo gracias a la modificación orgánica.

Por otra parte, la comprensión de la obesidad por la vía del descontrol en la ingesta de alimentos sostiene una aproximación de trabajo individualista en la medida en que, como se dijo anteriormente, pone el foco de trabajo en la modificación de la conducta del sujeto, lo cual desconoce en consecuencia los factores sociales que pueden estar involucrados en la génesis y mantención del mismo. En tal sentido, la cirugía viene amparada como posibilidad de intervención en la medida en que el malestar del sujeto es parcializado en tanto aislado de un contexto de producción del mismo. Freud (1930) da cuenta de cómo el síntoma no radica exclusivamente en el ámbito intrapsíquico, en la medida en que este último no funciona independiente del contexto en el cual se inserta. Así, en tanto el sujeto se posiciona ante su malestar como único gestor del mismo, permite que una intervención que trabaja en el mismo registro, como es la cirugía, tenga lugar en su experiencia. Al respecto, vale aclarar que si bien uno de los ejes que orienta el

trabajo psicoanalítico es justamente que todo sujeto es responsable de sus actos en tanto es partícipe de ellos (Hoyos, 2001), la confrontación con dicha responsabilidad no pasa por un trabajo directivo amparado en la sugestión, sino que más bien a partir del levantamiento de la represión, trabajo que lo confronta con su pulsión al mismo tiempo que con el contexto que le pone límites al mismo, en definitiva, lo confronta a su propio deseo. En ese sentido, es importante no confundir *lo singular* de la experiencia en torno a la obesidad con *lo individual* que puede desprenderse de ella, ya que si bien esta puede expresarse en la corporalidad de un individuo, se estima que en ningún caso su condición remite a un caso aislado e independiente de los referentes culturales a los cuales se ve atados.

Así, en relación a la dimensión social de la obesidad, se estableció en el análisis que los entrevistados le otorgan a dicho significante una cualidad identitaria en la medida en que comienza a regular la forma de vincularse con el otro social así como el trasfondo afectivo que acompaña dichas relaciones, que ante el semejante aparece en la lógica de la empatía y la compasión mientras que con quien difiere de sí se le acusa discriminación además que vergüenza en el contacto. En ese contexto, es posible comprender el lugar que puede tomar la cirugía en la experiencia del sujeto como una “promesa de cambio”, que toma forma en sus discursos bajo la forma de fantasías en torno al “partir de cero”, “ser una nueva persona” o “volver a ser quien era”. Ospina (2009), al respecto, sostiene que la posibilidad que una cirugía pueda aparecer bajo dichas formulaciones enunciativas responde a un contexto cultural donde, a raíz del consumismo y su consecuente excedente de objetos de satisfacción en circulación, se postula a la cirugía como aquel objeto moderno que permitirá la solución a diversos conflictos personales logrando ser así, en última instancia, una “mejor persona”. Es decir, que la cirugía es ofertada como modificadora de la subjetividad del sujeto a partir de la intervención orgánica. Le Breton (2011) refiere que ello es posible en la medida que el culto que hoy en día existe respecto a la imagen asimila el cambio corporal al cambio del mismo ser humano; cambiar la imagen es cambiar al sujeto.

Coherente con esto, los entrevistados destacan también la importancia que tiene, en su confrontación con la gravedad de su obesidad, la dimensión del encuentro con su propia imagen, y principalmente a partir de su relación con el otro social. Es a partir del contacto con el otro y con la imagen que este devuelve que la obesidad viene a asentarse en la subjetividad de los entrevistados, respecto a lo cual Lacan (1985) anunciaba que siempre la confrontación con la propia imagen es un enfrentamiento con la alteridad. En

tal sentido, dicho registro de la imagen en el proceso de la obesidad da cuenta que se requiere de un referente en la otredad para que esta tome forma en la experiencia singular del sujeto, de modo que, siendo el médico parte de dicha alteridad, le exige un posicionamiento respecto a la definición que este hace sobre su padecer. Esto toma una relevancia particular cuando, frente a la obesidad, se instala el dispositivo quirúrgico, en la medida en que estos reportan que junto a la imagen emergen experiencias en torno al rechazo social y el consecuente aislamiento y despreocupación por su persona, haciendo que dicha intervención pueda tomar un rol de modificador de una experiencia afectiva respecto al entorno social.

Ahora bien, resulta relevante hacer notar que la importancia del contexto social (el Otro) en los modos de significación de la obesidad en el sujeto sitúan el rol que el superyó juega como nexo entre el malestar subjetivo y el mandato cultural. Siendo éste una función simbólica interiorizada por el sujeto desde el mandato cultural, el cual insiste en el ideal de delgadez corporal y la supuesta salud que este conlleva, introduce el malestar en el sujeto en la medida en que le hace notar la distancia que su cuerpo tiene de dicho ideal. Ya se estableció anteriormente que la imagen corporal no es una imagen estática, sino que más bien condensa vínculos y experiencias del sujeto de modo que funciona como regulador de la experiencia humana (Dolto, 2007). Los entrevistados reportan cómo la obesidad los sitúa en un lugar de menos valía en los vínculos que estos instalan, sobre todo en el marco de la sexualidad, en la medida en que viven dicha experiencia en un trasfondo de vergüenza. Se aprecia que dicha recriminación que el sujeto se hace responde a la acción propia de un superyó sádico, en la medida en que, siguiendo los postulados de Freud (1915), se aprecia en el discurso de los entrevistados que la pulsión adopta una voz medio-reflexiva en la medida en que el sujeto se posiciona como culpable de su comer compulsivo, es decir, su actuar se significa como una autoagresión, y en tal sentido, tiene un rol activo en la causación de su malestar. Sin embargo, esto añade al problema de la imagen y su distancia con el ideal del yo, la problemática de la mirada del Otro, ya que no se trata sólo de *verse mal* sino que también de *cómo es mirado*. Es decir, no es sólo un problema de más o menos (que tan obeso o delgado se es) sino también de una forma de ser mirado, y es allí donde el superyó actúa enjuiciando al sujeto y que los entrevistados lo reportan bajo la forma de la vergüenza; esto hace de la obesidad al mismo tiempo un problema moral, en tanto regula los vínculos entre las personas, y un problema estético, ya que involucra una modulación de la mirada.

Ahora bien, más allá de lo mencionado aquí, esta “minusvalía” que los entrevistados perciben en sus vínculos sociales asociada a su obesidad funciona como asidero para que la cirugía pueda ser vista entonces como una posibilidad de modificador de su posición social y aún como una posibilidad de reinserción social, en tanto que permitiría acceder a trabajos o estatus sociales antes negados por su cuerpo obeso. De tal forma, los entrevistados parecen situar la cirugía como cumpliendo un rol normalizador, el que se sostiene en la medida en que se ofrece desde el discurso experto un procedimiento capaz de responder a dichas expectativas. La cirugía busca adaptar al sujeto y adecuarlo a las exigencias del mandato social, lo cual, siguiendo a Freud (1930), puede llevar a intensificar el malestar que el sujeto reporta a raíz de la frustración pulsional consecuente a la cual se expone, al momento de alterar su organismo para frenar el empuje propio de dicha pulsión.

Retomando la individuación del malestar en el contexto de la obesidad como condición de intervención de la cirugía, se estableció que además de significar la responsabilidad del sujeto en el sostenimiento de su malestar, al mismo tiempo en este emerge el lugar de la culpabilidad dentro del mismo, en la medida en que se sitúa al individuo tanto como víctima así como victimario de su quehacer. De tal forma, puesto el foco en el actuar del sujeto, el cuerpo queda relegado como objeto receptor de dichas conductas impulsivas de las cuales el sujeto se ve preso, permitiendo por esa vía la posibilidad de una intervención quirúrgica sobre el cuerpo como independiente del vínculo singular que dicha corporalidad pueda tener en el actuar compulsivo del sujeto. Sin embargo, la pulsión (Freud, 1915) se caracterizó por poseer un empuje que proviene de una fuente dentro del registro orgánico, de modo que mientras la cirugía viene a alterar el vínculo con el objeto, la fuente y su empuje pueden permanecer constantes; el objeto de satisfacción, como se dijo con anterioridad, es coyuntural, pasajero, de modo que la alteración en ese registro pronto se verá desbordada y exigirá nuevos objetos en los cuales satisfacerse. En tal sentido, es posible plantear que mientras la cirugía bariátrica busca operar en lo que Dolto (2007) define como el esquema corporal, el sujeto en cambio demanda ser intervenido más bien en la imagen corporal.

De la conjugación de la imagen tanto en su dimensión relacional como estética, resulta interesante destacar el lugar que toman los medios de comunicación como el primer acceso de los entrevistados a la temática de la cirugía bariátrica, quienes destacan el rol de la televisión y el internet, medios que de manera característica facilitan el flujo de información del tratamiento por la vía de la imagen. Resulta ineludible aquí hacer

referencia al programa televisivo de canal 13 que circuló durante el cierre de esta investigación, “Sueño XL”, donde se daba cuenta del “proceso de transformación” de diversos individuos luego de haber accedido a un bypass gástrico principalmente, enfatizando el impacto visual que tenía el intenso adelgazamiento y la notable adecuación a los estándares de belleza moderna; es importante notar en ese sentido que el slogan que caracteriza al programa, “la transformación de tu vida”, fortalece la ideología moderna de que cambiar la imagen es cambiar al sujeto en su totalidad. En tal sentido, el discurso social desde los medios de comunicación facilita la instalación del ideal bariátrico desde el ámbito del impacto en el cambio corporal, produciendo de tal manera una sustitución del ejercicio de la palabra por el de la imagen (una imagen vale más que mil palabras, podría decirse).

Dicho ideal se asienta así en la connotación radical con que los entrevistados significan el tratamiento bariátrico. Como se mencionó anteriormente, la introducción del complemento “mórbido” al diagnóstico de la obesidad desde el discurso médico instala en los entrevistados la percepción que el riesgo de muerte y sus potenciales enfermedades asociadas se vuelven en cambio una realidad inminente. Esto permite comprender la intensidad y lo determinante del discurso con que los entrevistados hacen mención a la pertinencia y valor de la cirugía en sus vidas, en tanto aparece como “el único camino”, “la única opción”, “lo único que me sirve”, y en la misma línea, toman forma las expectativas que estos sostienen en torno al tratamiento quirúrgico, que en su oferta es significado como un absoluto, en tanto queda fuera la posibilidad de complicaciones o la puesta en duda de los mismos. De esta forma, la introducción de lo mórbido emerge como central en la indicación bariátrica en la medida en que la gravedad asociada a su diagnóstico en el sujeto desdibuja las motivaciones singulares que pudieron llevar a cada persona a buscar tratamiento, poniendo en cambio como esencial la necesidad de una intervención de urgencia, radical, elementos que dan cabida así a una intervención de orden quirúrgica.

En tal sentido, lo radical difumina lo singular del sujeto, homogeneizando su discurso ante el accionar médico, permitiendo de tal manera que el aparato tecnocrático tenga cabida en su discurso. Esto, ya que permite instalar una lógica donde resulta más conveniente someterse a los riesgos de la intervención bariátrica asociadas a sus potenciales ganancias, a mantenerse en la obesidad mórbida en la cual se encontraría. Es decir, conviene someterse al operar tecnocrático a mantenerse allí ante la pregunta que genera su cuerpo en torno a su malestar.

Se requiere así, finalmente, de un sujeto pasivo, receptor del actuar médico, para que la cirugía pueda ejercer su operar. En tal sentido, los entrevistados dan cuenta de cómo se ponen al servicio del saber profesional, ya sea este el médico, nutricionista o psicólogo, de modo que serán ellos los encargados de determinar si la cirugía tiene lugar o no, a través de una evaluación y preparación, para luego definir si esta ha tenido un buen resultado.

En definitiva, se aprecia que la cirugía bariátrica, como intervención sobre la obesidad, requiere de una forma de subjetivación particular, analizada aquí a partir del discurso, y que en tal sentido, tras las referencias que se hacen sobre ella desde el discurso experto respecto a su alta efectividad y relativa simpleza, es importante tomar distancia y desnaturalizar el lugar que dicha práctica toma en nuestra sociedad.

Conclusiones

Se plantea que la cirugía viene a ser sostenida por un discurso propio de un sujeto que se ubica frente a ella bajo una lógica caracterizada por la individuación del malestar, la disolución de la singularidad tras el diagnóstico obeso y la radicalización de su malestar tras el significante mórbido, el cual no sólo da cuenta de un estado corporal, sino que de un proceso global y dinámico, propio de la economía pulsional del sujeto, pero que, sin embargo, finalmente se constituye como un lugar identitario para este. El cuerpo deviene modulador de las relaciones sociales, cargado de connotaciones afectivas en torno a la frustración, la vergüenza, la culpa, y que en sus vínculos con la institución médica es significado como receptor de mecanismos orgánicos o psicológicos, y que en tal sentido, en esa complejidad, demanda una intervención a la altura de dicho malestar, radicalidad ofertada en el “cambio de vida” que promete la cirugía bariátrica.

Así, la cirugía bariátrica se puede entender como un dispositivo que se vale de dos elementos fundamentales. En primer lugar, a través del diagnóstico médico de la obesidad y en particular de la obesidad mórbida, se establece un contrato de somatización con el sujeto donde se determina que su malestar proviene desde su cuerpo, específicamente de su dimensión orgánica, y que dicho malestar determina una serie de otras afecciones en su cotidiano, como pueden ser su trabajo, su rendimiento físico, su afectividad (vergüenza, discriminación) o su vida social: se establece así una *condensación del deseo* en la enfermedad de la obesidad, significando entonces el cuerpo del sujeto de manera violenta. Luego, en función de dicha condensación, la cirugía se significa desde los entrevistados como una promesa de cambio, sostenida sobre todo por la radicalidad con que ella se percibe; en el horizonte de dicha promesa aparece la felicidad, que al momento de presentarse como un “estado” o “producto” y no como un “proceso” o “un devenir”, se figura más bien como un imperativo superyoico, que tiene por mandato el “sacarse un peso de encima”. Esta promesa de cambio aparece principalmente como una posibilidad de modificar la fijación oral con el alimento, que toma la forma de un “aprender a volver a comer” o incluso “volver a nacer” tras la intervención quirúrgica.

Al poner la obesidad como el elemento central de la problemática del enfermo, y la solución en un “sacarse un peso de encima”, se produce así una *homogenización de los sujetos* a través de la identificación de estos con el significante bariátrico. La cirugía de la

obesidad se perfila entonces como un fenómeno de masas, ante lo cual, como se dijo anteriormente, se debe resguardar que rescatar lo individual del padecer del sujeto no es lo mismo que atender a lo singular, y que también, podemos agregar acá, la individualización no significa necesariamente un antónimo a homogenizar al sujeto: “la obesidad” parece designar en ese sentido tanto un malestar individual de cada sujeto al mismo tiempo que universal para todo quien se le designe con dicho significante.

El esclarecimiento de la complejidad del discurso obeso ante la cirugía bariátrica, como se dijo en apartados anteriores, no busca hacer de la medicina y la ciencia el demonio posmoderno ni al psicoanálisis el salvador del mismo, sino más bien, como plantea Bleichmar (2005), desnaturalizar el lugar que dicha práctica tiene en el contexto de una época en donde la eficiencia técnica y el impacto de la transformación en la imagen pueden, haciendo un juego de palabras, “bypassear” el lugar del sujeto y el debate ético que exige en toda práctica que opere sobre el mismo. Ya Freud (1930) anunciaba: “Hoy los seres humanos han llevado tan adelante su dominio sobre las fuerzas de la naturaleza que con su auxilio les resultará fácil exterminarse unos a otros, hasta el último hombre” (p. 140).

En tal sentido, es un llamado a la prudencia en el accionar médico cuando se vea mediatizado por la tecnología en la medida que, al operar sobre el cuerpo, su accionar impacta también sobre un sujeto, de modo que la pretensión generalizadora que sostiene la intervención bariátrica repercute en lo singular y único de cada historia encarnada en esa corporalidad. Esta investigación da cuenta de que la cirugía bariátrica toma forma en la experiencia de los sujetos valiéndose no sólo de su pertinencia médica, sino que ante todo de una forma de entender y hablar sobre su cuerpo y su enfermedad. Y en ese sentido, ese vínculo del sujeto a su padecer requiere ser considerado, pensado y trabajado al momento de indicar la cirugía bariátrica, para así garantizar la libertad del sujeto al momento de acceder al tratamiento.

La persona que accede al tratamiento es un sujeto con historia, la cual requiere tener un espacio de despliegue, posibilitado solo gracias al ejercicio de la palabra, exigencia que descansa en parte en un argumento moral, en tanto condición necesaria para no deshumanizar el vínculo terapéutico; y también por razones técnicas, en la medida en que el médico, a través del operar bariátrico, cae en riesgo de alienar su trabajo a las exigencias del mercado, perdiendo así su tradicional intención terapéutica.

Por su parte, del lado del paciente, es importante dar cuenta que la obesidad responde a un contexto que va más allá de los hábitos alimenticios en términos de su

ingesta, de tal modo que si bien la cirugía viene a alterar el funcionamiento del organismo, ello no necesariamente favorecerá un alivio psíquico o un cambio en el estatus social, menos aún en términos de largo plazo. En ese sentido, el ejercicio de la palabra en la consulta bariátrica permitiría que el impacto de la cirugía en el organismo tenga una contención simbólica que le dé lugar a los fenómenos que puedan emerger en la experiencia postoperatoria, así como esclarecer los posibles determinantes de orden inconsciente que pueden estar en juego a la hora de acceder a este tipo de tratamientos.

En ese marco reflexivo, resulta pertinente entonces interrogar el rol psicológico en el contexto bariátrico. El reconocimiento de la condensación del deseo presente en el dispositivo bariátrico exige un trabajo a través de la palabra que permita flexibilizar dicha situación, haciendo caer potenciales idealizaciones y en consecuencia poder situar la cirugía “en su justa medida”. Por otra parte, la homogenización de los sujetos tras el significativo bariátrico demanda un proceso de subjetivación ante el tratamiento quirúrgico, donde el malestar del sujeto pueda ser escuchado y pensado para así no hacer de la cirugía un procedimiento anónimo, y que en ese sentido permita asentar su intervención dentro de la realidad de cada sujeto.

Se puede pensar en tal sentido que fundamentar el desempeño psicológico en lo que vendría a definirse como un psicodiagnóstico, una psicoeducación o una modificación conductual, en desmedro del trabajo con el registro discursivo, implica el riesgo de alienarse con el discurso experto y distanciarse de esa manera del sujeto, sirviendo en última instancia a las lógicas de mercado. Esto, ya que comprometer el despliegue de la palabra del paciente bariátrico supone que este es ubicado en el registro de una demanda homogénea para todo quien opta por acceder a una cirugía de la obesidad, y en consecuencia, el trabajo que resta por realizar es poder adecuarlo a los requisitos que la oferta médica exige.

De tal forma, cabe preguntarse, en relación a la emergente y creciente literatura sobre la “psicología bariátrica”, ¿qué es lo que la define y que exige diferenciarse de una clínica como la de la obesidad? Preliminarmente, pareciera ser que ello responde al objeto de trabajo en tanto intercedido por el dispositivo quirúrgico, de tal forma que, en el entendido de que ante dicha técnica se somete un sujeto, exige entonces incorporar a su trabajo el discurso del paciente y su malestar en torno a su obesidad, del cual se han analizado algunas de sus determinantes en esta investigación.

Finalmente, a modo de cierre, es importante insistir en que los resultados acá expuestos no buscan ser representativos para todo sujeto que presente en su cuerpo la

condición de obesidad y que sea postulante a una cirugía bariátrica, sino más bien, dar cuenta de los distintos ejes en los que dicho significante se ve inmerso, y en función de su extensión y amplitud, problematizar una técnica que, en última instancia, pretende intervenir bajo una supuesta uniformidad de malestares.

Quedan así planteados aportes preliminares que se estiman pueden generar la inquietud necesaria para profundizar los intereses acá desarrollados en torno a otras experiencias asociados a lo bariátrico, ya sea en relación a trabajos con pacientes operados, comparaciones entre pacientes operados y no operados, analizar el discurso en un contexto grupal, etc.

Referencias

- American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (1997). *Guidelines of the American Society for Metabolic & Bariatric Surgery*. Extraído el 23 de agosto, 2010 de: <http://www.lapsurgery.com/bariatric%20surgery/asbs.htm>.
- Bambs, C., Cerda, J. y Escalona, A. (2008). Morbid obesity in a developing country: the Chilean experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 8(10), 737-816. Extraído el 2 de Agosto. 2012 de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-048785/en/>
- Bernardi, R. (2005). Un único cuerpo pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina. En A. Maladesky, M. López y Z. López (comp.) *Psicosomática, Aportes teórico – clínicos en el siglo XXI* (pp. 41-55). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bleichmar, S. (2005). Vigencia del concepto de psicosomática. Aportes para un debate acerca de la articulación entre lo somático y lo representacional. En A. Maladesky, M. López y Z. López (comp.) *Psicosomática: Aportes teórico – clínicos en el siglo XXI* (pp. 57-74). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. *Revista IeRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, 1(1), 1-18. Extraído el 26 de Agosto, 2012 de revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E. y Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 58(6), 481- 485. Extraído el 19 de Julio, 2012 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000600016&script=sci_arttext
- Cavalcante, L. (2004). El cuerpo en la contemporaneidad y la clínica psicosomática. *Terapia Psicológica*, 22(2), 171-176. Extraído el 22 de Junio, 2012 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522208>
- Chiozza, L. (2005). La relación psique-soma en la teoría psicoanalítica. En A. Maladesky, M. López y Z. López (comp.) *Psicosomática: Aportes teórico – clínicos en el siglo XXI* (pp. 75-91). Buenos Aires: Lugar Editorial
- Chiozza, L. (2010). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. (1° ed.) Navarra: Txalaparta.
- Csendes, J., Korn, O., y Burdiles, P. (2006). Historia de la Cirugía Bariátrica en Chile (1986 – 2005). *Revista Chilena de Cirugía*, 58(5), 386-389. Extraído el 3 de Mayo, 2012 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000500014&script=sci_arttext

- De Kruff, F. (2009). Sobre el problema mente-cuerpo en el psicoanálisis freudiano. *Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH*, (8), 65–82. Extraído el 20 de Marzo, 2013 de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_No.8.pdf
- Denia, M. (2009) Candidatos a cirugía bariátrica y trastornos del eje I. *Trastornos de la Conducta Alimentara*, 9, 993-998. Extraído el 10 de Mayo, 2012 de http://www.tcasevilla.com/archivos/candidatos_a_cirugia_bariatrica_y_trastornos_en_el_eje_i.pdf
- Dolto, F. (2007). La imagen inconsciente del cuerpo. (1ª Ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Erazo, M. (2012). Visión global en relación a la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 196-200.
- Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: Relación médico-paciente. *Medicina (Buenos Aires)*, 64(6), 550–554. Extraído el 26 de Agosto, 2012 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802004000600013&script=sci_arttext
- Fobi, M. (2010). El Presente y el Futuro de la Cirugía Bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 62(1), 79-82. Extraído el 4 de Junio, 2012 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000100015&lang=pt
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de una clínica: una arqueología de la mirada médica*. (1a Ed.) Buenos Aires: Siglo veintiuno Editores.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras Completas: Tomo II* (pp. 1-342). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. En S. Freud, *Obras Completas: Tomo VII* (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras completas: Tomo XII* (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En S. Freud, *Obras Completas: Tomo XIV* (p. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras Completas: Tomo XIV* (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el Ello. En S. Freud, *Obras Completas: Tomo XIX* (pp.1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). Malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras completas: Tomo XXI* (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.

- Gimeno, S. (2012) *El psicólogo evaluador en el equipo interdisciplinario para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida*. Trabajo presentado en Congreso Argentino de Psicodiagnóstico, Junio, Argentina. Extraído el 16 de Julio del 2012 en http://www.psicologiabariatrica.org/pdf/funcion_3.php?f=ROL_PSICOLOGO_EVALUADOR_CB.pdf.
- Gómez, R. (1989). Reflexiones sobre la relación médico-paciente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(29), 181-189. Extraído el 5 de Diciembre, 2012 de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15075>
- González, L. (2011). Una contribución sobre Psicoanálisis y Medicina de Jacques Lacan. *Anuario de investigaciones*, 18, 61-67. Extraído el 5 de Enero, 2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100058
- Greco, M. (2008). *La demanda del paciente como acceso al goce*. Ponencia presentada en IV Jornadas del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Noviembre, Buenos Aires. Extraído el 11 de Mayo, 2012 de <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/3.pdf>
- Hernández, M., Gómez, M., Huergo, C., Ocio, S., García, L., García, L., Álvarez, E., Ártola, C. y Arguelles, M. (2012). *Revisión del protocolo de cirugía bariátrica desde el ámbito de la salud mental: un análisis crítico*. Ponencia presentada en XIII Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis 2012, Unidad de Salud Mental del Hospital V. Alverea Buylla, Febrero, Asturias. Extraído el 25 de Julio, 2012 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5151/1/23conf2%2054620.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hofstadt, R., Pérez, E., Abad, A., Berenguer, R., Moncho y E., Picó, A. (2010). Programa multidisciplinar de intervención grupal pre cirugía bariátrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 93(94), 34 – 44. Extraído el 22 de Julio, 2012 de [http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4\(3\).pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4(3).pdf)
- Hospital Félix Bulnes Cerda (2012). *Población Beneficiaria*. Extraído el 20 de Junio, 2012 de <http://www.felixbulnes.cl/>
- Hoyos, J. (2001). La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. *Iatreia*, 14(2). Extraído el 20 de Marzo, 2013 de <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/3800>
- Ibañez, L. y Gamboa, C. (2012). Indicaciones y contraindicaciones de la cirugía bariátrica. En P. Burdiles, A. Csendes, S. Guzmán y W. Awad (ed.) *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp. 183-189). Santiago: Mediterráneo.
- Iñiguez, L. (2011). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.

- Iñiguez, Ñ. (1993). *De discursos, estructuras y análisis: ¿qué prácticas?, ¿en qué contextos?* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 25 de Junio, 2012 de <http://www.geocities.ws/visisto/Biblioteca/Lupi.pdf>
- Korn, O. (2012). Breve historia de la obesidad. En P. Burdiles, A. Csendes, S. Guzmán y W. Awad (ed.) *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp. 28-33). Santiago: Mediterráneo.
- Kral, J. y Näslund, E. (2005). Selección de los pacientes y fisiología de las intervenciones gastrointestinales contra la obesidad. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*, 85(4), 725-740. Extraído el 18 de Febrero, 2013, de <http://www.elsevier.es/en/node/2064816>
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y Medicina. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos I* (pp.86-99). Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (pp.99-106). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Le Breton, D. (2011). *La sociología del cuerpo*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Mont, D., Moorehead, M., Parish, M., Reto C. y Ritz, S. (2004) *Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates*. Extraído el 17 de Junio, 2012 de <http://s3.amazonaws.com/publicASMBS/GuidelinesStatements/Guidelines/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>
- López, L. H. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX (72), 599-608. Extraído el 5 de Abril, 2012 de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15669>
- Maluenda, F. (2012) Cirugía Bariátrica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 180-188.
- Manitta, G. (2005). El malestar en la relación médico – paciente. *Acta Bioethica*, 11(1), 85-94. Extraído el 24 de Julio, 2012 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2005000100009&script=sci_arttext
- Marsiglia, I. (2006). Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica Caracas*, 114(3), 183-189. Extraído el 12 de Diciembre, 2012 de [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Gaceta-medica/Julio-Septiembre/02.MarsigliaI\(183-189\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Gaceta-medica/Julio-Septiembre/02.MarsigliaI(183-189).pdf)
- Martínez, L. y Palli, C. (2007). Reseña: Lupicinio Iñiguez. Análisis del Discurso. Manual para las ciencias sociales. *Forum: Qualitive Social Research*, 8(2), 1-7. Extraído el 22 de Julio, 2012 de www.qualitive.research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/261/573

- Maysonet, M. y Toro-Alfonso, J. (2007). Cuando el cuerpo carga el peso: Una mirada clínica y social a la obesidad. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 107-117. Extraído el 25 de Junio, 2012 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216359007>
- Mechanick, J., Kushner R., Sugerman, H., Gonzalez-Campoy, M., Collazo-Clavell, M., Spitz, A., et. al (2009). American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Obesity*, 17(1), 1-70. Extraído el 20 de Mayo, 2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19319140>
- Méndez, A. (2011). *Obesidad y cirugía bariátrica. Una mirada desde el psicoanálisis*. Tesis para optar al grado de magíster, Departamento de psicología, Universidad Adolfo Ibáñez.
- Meza, C. y Moral de la Rubia, J. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista internacional de psicoanálisis*, 37. Extraído el 20 de Marzo, 2013 de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>.
- Ministerio de Salud (2006). *Estrategia Global contra la Obesidad (EGO Chile), propuesta de trabajo*. Extraído el 17 de Junio, 2012 de http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-09-25.0806013222/documentos_pdf.2006-09-25.5168786990/archivos_pdf.2006-09-25.5729303568/archivo1
- Ministerio de Salud (2010). Encuesta Nacional de Salud. Santiago, Chile. Extraído el 4 de Abril, 2012, de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/9ad9cbfb71ca4705e04001011e010283.pdf>
- Montt, D., Koppmann A., y Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282 -288. Extraído el 7 de Junio, 2012 de http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/aspectos_psiquiatricos_y_psicologicos.pdf
- Moreno, E. y Zugasti, A. (2004). Cirugía Bariátrica: situación actual. *Revista médica Universidad Navarra*, 48(2), 66-71. Extraído el 29 de Agosto, 2012 de www.unav.es/revistamedicina/48_2/moreno.pdf
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Navas, J. (2009). Análisis socioantropológico en pacientes con cirugía bariátrica: estudio preliminar. *Medicina Social*, 4(4), 253-262. Extraído el 24 de Julio, 2012 de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/326/729>
- Nasio, J. (2011). *Los gritos del cuerpo. Psicósomática*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Paidós.

- Oliva, J. (2009). Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud. *Documentos de trabajo DAEF*, 3, 12-4. Extraído el 22 de Julio, 2012 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3004702>
- Organización Mundial de la Salud (mayo 2012). Obesity and Overweight. Media Center, Fact sheet No 311. Extraído el 16 de Marzo del 2012 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Ospina, D. (2009). *Una imagen vale más que mil palabras Una aproximación psicoanalítica al recorrido del cuerpo en la cirugía estética*. Tesis para optar al título de psicóloga Universidad Nacional de Colombia.
- Ovalle, C. (2012). Clasificación de la obesidad. En P. Burdiles, A. Csendes, S. Guzmán y W. Awad (ed.) *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp. 34-38). Santiago: Mediterráneo.
- Papapietro, K. (2012a). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía* 64(1), 83-87. Extraído el 5 de Febrero, 2013 de <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v64n1/art15.pdf>
- Papapietro, K. (2012b). Cirugía para la obesidad: efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 189-195.
- Pérez, J. y Gastañaduy, M. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 90, 10-14. Extraído el 5 de Abril, 2012 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1187>
- Pizarro, T., Rogriguez, L., Buscaglione, R. y Atalah, E. (2012). Obesidad: epidemia del siglo XXI. En P. Burdiles, A. Csendes, S. Guzmán y W. Awad (ed.) *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp. 60-71). Santiago: Mediterráneo.
- Pommier, G. (2010). *Cómo las neurociencias demuestra el psicoanálisis*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Letra Viva
- Poves, I., Macías, G., Cabrera, M., Situ, L. y Ballesta, C. (2005). Calidad de vida en la obesidad mórbida. *Revista española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), 187-195. Extraído el 17 de Junio, 2012 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000300007&script=sci_arttext&lng=es
- Ríos, B., Sánchez, M., Guerrero, M., Pérez, D., Gutiérrez, S., Rico, et. al (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General*, 32(2), 114-120. Extraído el 5 de Septiembre, 2012 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102i.pdf>
- Rubio, M., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, A., Salas-Salvado, J., Pujol, J., et.al (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista española de obesidad* 4, 223-249. Extraído el 23 de abril del 2012 de http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/Cirugia_bariatrica.pdf
- Ruiz, M., Berrocal, C., y Valero, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14(3), 577-582. Extraído el 8 de Julio, 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72714311#>

- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta de moebio*, 41, 207-224. Extraído el 14 de Julio, 2012 de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/41/santander.html>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Editorial Paidós.
- Tort, M. (1994). *El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ulnik, J. C. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicósomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 11, 183-210. Extraído el 20 de Marzo, 2013 de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3132972.pdf
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (coord.) *Estrategias de Investigación Cualitativa* (p.23-64). Barcelona: Editorial Gedisa
- Vergara, C. (2011). El lugar de la palabra y la escucha en la práctica médica: una aproximación psicoanalítica. *Revista «Poíésis»*, 22, 1-6. Extraído el 20 de Marzo, 2013 de <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/226>

Anexos

1. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

El presente documento tiene la intención de informar al participante de esta investigación sobre las características de la misma, así como su rol en ella en su calidad de participante.

La presente investigación está a cargo de Francisco Montaña Contreras bajo el patrocinio de Don Esteban Radiszcz, psicólogo y académico de la Universidad de Chile. La meta de este estudio es explorar la experiencia del paciente bariátrico al momento de enfrentar el tratamiento de un programa de cirugía bariátrica.

En caso de que acceda a participar de esta investigación, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un contexto de entrevista individual. Esto se espera que tenga una duración de 60 minutos aproximadamente. La conversación que se desarrolle durante esta entrevista se grabará en audio, esto, con el fin de que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado. Se garantiza mediante este documento que una vez realizada dicha transcripción, la grabación en audio será borrada.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Toda la información obtenida de las entrevistas es **CONFIDENCIAL** además de ser **ANÓNIMA**, y no será utilizada con otro fin que no responda a los objetivos de esta investigación.

En caso de que tenga alguna duda, puede hacer cualquier pregunta en cualquier momento de su participación en esta investigación, tanto presencialmente como vía mail al correo: m.fran6@gmail.com.

Se agradece profundamente su participación en este proyecto investigativo.

Por medio del presente documento, declaro estar debidamente informado(a) de los siguientes puntos:

1.- Que he sido invitado(a) a participar en esta investigación, la cual tiene como objetivo **indagar en la experiencia del paciente bariátrico al momento de enfrentar el tratamiento que supone un programa de cirugía bariátrica**. Dicha investigación se enmarca en el contexto de una memoria para optar al título de psicólogo.

2.- Que esta investigación pretende ser un aporte en la comprensión sobre el proceso que el paciente bariátrico vive al momento de ingresar a un programa de cirugía bariátrica, pudiendo reflexionar con ello el rol que los profesionales juegan en el tratamiento, y así mejorar la atención que al paciente se le puede ofrecer desde el equipo médico.

3.- Que he sido invitado en mi calidad de paciente del programa de cirugía bariátrica del Hospital Félix Bulnes, de modo que mi participación consistirá en responder una entrevista, que se estima tendrá una duración de 60 minutos.

4.- Que doy mi consentimiento para que dicha información sea grabada, bajo el entendido de que dicha información es **CONFIDENCIAL**, y será utilizada de manera responsable, siguiendo las normas éticas establecidas por la comunidad científica, y únicamente para los fines establecidos por esta investigación.

5.- Que mi participación en este estudio es completamente **VOLUNTARIA**, de modo que ante cualquier situación y en cualquier momento de la investigación puedo retirarme de la misma, lo cual implica que la información que yo aporte no podrá ser utilizada en el estudio.

6.- Que en caso de que tenga alguna duda puedo ponerme en contacto con el equipo de investigación por medio del correo electrónico m.fran6@gmail.com.

7.- Declaro en definitiva haber leído este documento y estar de acuerdo con las condiciones explicitadas.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha:

2. Guión temático entrevista

Guión temático

<p>Aproximación y emergencia de lo bariátrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia de la temática de la cirugía en su vida • Condiciones en que llega a programa • Reacciones ante la oferta de posibilidad de tratamiento bariátrico • Posibilidades de tratamiento bariátrico en otras condiciones • Motivación por bajar de peso, lugar de lo estético y la salud • Motivación por operarse, lugar de lo estético y la salud • Motivación por no considerar tratamiento ambulatorio 	
<p>Significados asociados a la obesidad</p>	<p>Contenidos incluidos en el significante obesidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de definir la obesidad, se considera o no una enfermedad • Representaciones en torno a lo enfermo en la obesidad • Representaciones en torno a lo mórbido en la obesidad
	<p>Lugar de lo social en la obesidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Juicios asociados a la obesidad • Percepción del discurso social sobre los obesos • Determinaciones de la obesidad en el contacto social

		<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del discurso de los medios de comunicación respecto a la obesidad
	Teorías sobre causas y sostenimiento de la obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción sobre la causalidad de la obesidad en • Percepción de factores que determinan la permanencia de la obesidad en el tiempo
	Búsquedas terapéuticas en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias utilizadas para afrontar su obesidad • Vínculos establecidos con la institución médica en ese contexto
Significados asociados al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal: experiencias al enfrentar al espejo • Percepción de alcances de la cirugía respecto a imagen corporal • Significados en torno a la sexualidad y la obesidad • Percepción de alcances de la cirugía respecto a sexualidad • Formas de vínculo con el alimento y el lugar de este en la obesidad • Percepción de alcances de la cirugía respecto a la forma de relacionarse con el alimento • Significados en torno a los vínculos percibidos entre cuerpo y mente 	
Significados asociados al tratamiento bariátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginario respecto a proceso del tratamiento bariátrico • Fantasías respecto de riesgos y complicaciones 	

	<p>asociados a la cirugía bariátrica</p> <ul style="list-style-type: none">• Rol atribuido a la psicología en el contexto bariátrico; impacto asociado a la intervención en términos psicológicos• Rol asumido como paciente en tratamiento• Lugar atribuido al entorno social en el tratamiento bariátrico• Expectativas en torno a cirugía• Valor de cirugía en la vida del sujeto
--	--