

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



TÍTULO

**“CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL CONTEXTO DE LA BIOMEDICINA Y
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA OBESIDAD MÓRBIDA EN EL SISTEMA PÚBLICO
DE SALUD”**

CAROL FLORES RIVERA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Director de Tesis: Dr. Andrés Gomez Seguel.

Santiago, Enero, 2020

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**INFORME DE APROBACIÓN
TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Doctorado en Salud Pública presentada por la candidata

D. CAROL ROSARIO FLORES RIVERA

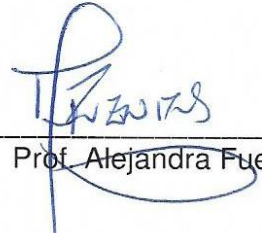
ha sido aprobada con nota 6,3, (en la escala de 1 a 7), por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** en Examen de Defensa de Tesis rendido el día 21 de enero de 2020

DIRECTOR DE TESIS



Prof. Andrés Gómez Seguel


COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS



Prof. Alejandra Fuentes García



Prof. Pedro Crocco Ábalos



Prof. Rodrigo Salinas Ríos

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
I. ANTECEDENTES	8
II. ESTADO DEL ARTE.....	15
2.1 El cuerpo y su significación.....	15
2.2 Obesidad.....	20
2.2.1 La familia	25
2.2.2 Desórdenes alimentarios	28
2.2.3 Rol de la edad	31
2.2.4 Obesidad y salud mental	32
2.2.5 Estigma.....	42
2.2.6 Comorbilidades asociadas	45
2.3 Cirugía bariátrica.....	48
2.3.1 Post intervención cirugía bariátrica	52
III. MARCO TEÓRICO	60
3.1 Aspectos de la historia de la obesidad.....	60
3.2 Etiología: genética y ambiente	68
3.2.1 Factores genéticos	69
3.2.2 Factores ambientales	71
3.3 Epidemiología de la obesidad en Chile.....	73
3.3.1 Factores dietarios	75
3.3.2 Actividad física.....	77
3.3.3 Prevalencia de obesidad.....	79
3.4 Antropología de la obesidad	80
3.4.1 Evolución del hombre y obesidad	82
3.4.2 Perspectiva de género asociada a la obesidad mórbida.....	84
3.5 Salud - Enfermedad	89
3.6 Indicadores de efectividad de la cirugía de pérdida de peso	93
3.6.1 Tensiones de los conceptos efectividad y eficacia en la cirugía bariátrica.	96

3.7	Medicalización de la Alimentación	101
3.7.1	Medicina basada en la evidencia	104
3.8	Biomedicina:	108
3.9	Cirugía bariátrica en Chile.....	123
3.9.1	Desarrollo histórico del programa de cirugía Bariátrica en nuestro país.	123
3.9.2	Obesidad y cirugía: aproximaciones, tensiones y desafíos	136
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	149
V.	OBJETIVOS	151
VI.	METODOLOGÍA.....	154
6.1	Diseño	154
6.2	Muestra	157
6.3	Criterios de inclusión / exclusión.....	158
6.4	Técnica de producción de Datos.....	159
6.5	Análisis de datos.....	162
6.6	Variables e instrumentos (Dimensión Cuantitativa)	163
6.7	Criterios de Calidad Metodológica	165
6.8	Aspectos éticos.....	166
VII.	RESULTADOS.....	170
	Decisiones tomadas en el tiempo.....	170
I.	Primer Apartado: Guías y Protocolos.....	172
1.	Análisis del Proceso.....	172
1.1	Respecto a las guías y protocolos.	172
1.1.1	Objetivo:.....	173
1.1.2	Diagnóstico o Acceso:	174
1.1.3	Comorbilidades:.....	175
1.1.4	Justificación de la cirugía:.....	175
1.1.5	Tratamiento:	177
1.1.6	Complicaciones asociadas:	178
1.1.7	Seguimiento:	179
1.2	Articulación de las tecnologías	179
1.3	Lógica de la articulación.	188
1.4	Exámenes, mediciones y estadísticas.	191

2. Centralidad en el protocolo.....	197
3. Efecto de la cirugía sobre los indicadores.....	205
II. SEGUNDO APARTADO:.....	213
CONFIGURACIÓN DE LA NUEVA OBESIDAD MÓRBIDA.....	213
1. Riesgos de comorbilidades.....	213
2. Practica biomédica del equipo	220
3. Definición de éxito.....	226
VIII. DISCUSIÓN.....	235
IX. CONCLUSIONES.....	249
X. LIMITACIONES.....	254
XI. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	255
REFERENCIAS	255
ANEXOS:.....	261
Cuadro comparativo de guías y protocolos Nacionales e internacionales.....	261
Cuadro 1: Comorbilidades relacionadas a la Obesidad Mórbida.	261
Cuadro 2: Objetivos de la cirugía Bariátrica.	263
Cuadro 3: Justificación de la Cirugía Bariátrica.	266
Cuadro 4: Diagnóstico para ser candidato a la cirugía Bariátrica.	269
Cuadro 5: Tratamiento o Técnicas quirúrgicas utilizadas.	272
Cuadro 6: Complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica.....	274
Cuadro 7: Seguimiento del postoperatorio.....	277
Cuadro de entrevistas realizadas.	280
Guiones temáticos entrevistas:	281
Cuadro de categorías y códigos:	283
Carta autorización Comité de Ética.....	286

RESUMEN

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas, de acuerdo con lo planteado por la literatura. La Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-2017, declara que un 3,2% de la población presenta obesidad mórbida, la cual ha experimentado un aumento desde el 2010, que la cifró en 2,3%. Además, un 31,2% de población chilena presenta obesidad, y al hacer una distinción por género, se observa que entre los varones un 28,6% presenta obesidad, mientras que en las mujeres existe una prevalencia de 33,7% (Pública, 2017).

La cirugía bariátrica en el contexto de la biomedicina llegó a resolver la problemática de salud en pacientes que presentan exceso de peso, y donde todos los tratamientos han fracasado, su principal objetivo es la baja de peso, ya que con ello se puede corregir el riesgo asociado de las comorbilidades tales como, dislipidemias, hipertensión, diabetes, insulinoresistencia, etc.

Como metodología se utiliza un enfoque mixto con predominancia del enfoque cualitativo a través de la etnometodología, ya que ésta busca explicar la construcción social de la realidad, no se trata de juzgar lo que las personas dicen o comunican sino más bien interesa averiguar cómo construyen, describen, nombran y se refieren a algo en su contexto, es decir a acciones prácticas que se desarrollan dentro de su propio escenario, con el objeto de definir como por medio de los protocolos y guías asociadas al programa de cirugía bariátrica se conceptualiza a la obesidad mórbida en el contexto de la biomedicina.

INTRODUCCIÓN

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 que necesita de atención especializada. Esto ha surgido debido al avance del conocimiento, desde las disciplinas y el estudio de la fisiología y la fisiopatología del adiposito, en donde se identificó una asociación creciente de la obesidad con un mayor número de factores de riesgo de enfermedades crónicas (Arteaga L, 2012).

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, 2013).

Respecto a dicha amenaza, es bien sabido que la obesidad tiene importantes efectos en la salud de la persona. Uno de los principales fundamentos en la patología es su asociación con otras patologías, donde se distinguen aquellas que son de alteración metabólica, como es la diabetes mellitus tipo II (DM2), la dislipidemia aterogénica, el hígado graso, y el síndrome de ovario poliquístico; y otras comorbilidades que dependen de los cambios físico-mecánicos dados por el exceso de peso, como la hipoventilación, apnea obstructiva del sueño y la osteoartrosis (Arteaga L, 2012). No obstante, también se ha asociado la obesidad con ciertas repercusiones en el ámbito psicológico, como son problemas de autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales y disminución general de la calidad de vida (Baile & González, 2011).

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, representa el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres que son atribuible al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2013).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad de acuerdo a la literatura científica es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero, pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, además de un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización y tecnologización (Ontiveros, 2015).

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y educación (OMS, 2018).

La literatura científica plantea que se tiene conocimiento certero acerca de la obesidad, en la cual el exceso de grasa corporal representa el 25% de la causalidad, el 30% es parte de la transmisión cultural y el 45% lo representan otros factores ambientales no transmisibles, por lo tanto, la herencia cultural y genética son los elementos centrales que llevan hacia la obesidad. A su vez, en diferentes

investigaciones se encuentra una estrecha relación entre los niveles de IMC de los padres con el de los hijos, por lo cual se sugiere que tanto los genes como el ambiente familiar juegan un rol fundamental (de Shein, 2010).

Desde el conocimiento de la diabetes mellitus tipo II, esta se ha relacionado con la obesidad y el sobrepeso (60-90%), constituyendo el peso una de las primeras estrategias para hacerle frente a la enfermedad. Los estudios prospectivos de pacientes con DM2 que se sometieron a cirugía bariátrica han aportado la evidencia necesaria respecto a la remisión de la DM2, dada la pérdida del exceso de peso, lo que ha destacado el rol del exceso de peso en la etiopatogenia de la DM2 y postulando a éste como principal causa en la patología. A su vez la asociación del exceso de peso con la patología cardiovascular ha sido bien documentada por los estudios epidemiológicos observacionales, su asociación depende en gran medida por la presencia de hipertensión arterial, dislipidemia aterogénica e intolerancia a la glucosa, lo que potencia aún más el efecto de la reducción de peso, ya que actuaría en todas estas comorbilidades asociadas y que además tendrá un efecto beneficioso en el aparato músculo-esquelético al disminuir la presión sobre éste (Arteaga L, 2012).

Frente a toda la evidencia emanada desde la biomedicina es que se ha incorporado la cirugía bariátrica como medio para la disminución del exceso de peso, frente a los fracasos de los pacientes, ya que la pérdida de peso está directamente relacionada con la mejoría de las comorbilidades y la expectativa de vida, por tanto, por medio de la presente investigación se tratará de dilucidar como por medio del programa de cirugía bariátrica, dado el contexto de la biomedicina se construye un nuevo concepto de obesidad mórbida bajo la noción del riesgo.

I. ANTECEDENTES

La obesidad es una patología de alta prevalencia a nivel mundial y nacional, siendo creciente su incidencia y llegando a cifras preocupantes en nuestro país. La palabra "obeso" viene del latín "*obedere*", formado de las raíces *ob* (sobre, o que abarca todo) y *edere* (Allison et al.), es decir "alguien que se lo come todo". El primer uso conocido de esta palabra fue en 1651 en lengua inglesa, en un libro de medicina "Medical Practitioner and Social Reformer" (Biggs, Noha [fl. 1651]). En cuanto a su definición existen múltiples interpretaciones, partiendo por la más comúnmente usada que es el exceso de acumulación de grasa, así como también un desequilibrio entre la ingesta y el gasto como las definiciones mayormente utilizadas (Foz, 2004).

La problematización del exceso de peso no es reciente, ya en la antigüedad clásica su visión era ambivalente, oscilando entre la burla y la ofensa y el respeto y la salud. Una influencia importante en la consideración del exceso de peso como enfermedad ha sido el desarrollo de la medicina, desde la antigüedad Hipócrates relacionó a la obesidad con la muerte súbita y la esterilidad, avanzando desde ese entonces e incluyendo a la obesidad en los diccionarios médicos a partir del siglo XVIII, generándose con ello un sin número de trabajos realizados en la clínica, en el ámbito de la patogenia y la terapéutica durante el siglo XIX, donde la hipótesis esencial estaba ligada a los problemas funcionales que afectaban el metabolismo de las grasas en el exceso de peso (Gracia Arnaiz, 2011, 2014). Gran aporte a la evidencia actual en el tema de la obesidad y sus riesgos deviene desde la biomedicina (relación entre biología y medicina), ya que por medio de la fusión de estas áreas de conocimiento se han sistematizado los procedimientos, se han

introducido diversos estándares de clasificación, se han desarrollado diversas tecnologías e investigación, etc.(Cambrosio, Keating, & Bourret, 2006).

El exceso de peso ha pasado de ser considerado un simple factor de riesgo a una patología crónica con características de epidemia mundial, donde se ha evidenciado que su etiología es el resultado de una múltiple red causal, una mezcla de factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales, como consecuencia de una interacción entre el genotipo y el medio ambiente. Se ha reportado que la patología afecta a un importante porcentaje de la población, de todas las edades, sexos y condiciones sociales, y que su prevalencia ha aumentado en el último periodo. La concepción actual de la obesidad se basa en el desequilibrio entre la energía ingerida, debido a una alimentación inadecuada (ingesta por exceso) y la energía gastada, como consecuencia de una falta de actividad física regular (Hernández Rodríguez, Licea Puig, & Castelo Elías-Calles, 2013).

A partir de los años 60, Chile ha experimentado una transición epidemiológica y demográfica. Ésta se caracteriza por un envejecimiento de la población y un cambio profundo en el perfil nutricional del país. Esta transformación se debe básicamente a una variación en los hábitos, tanto nutricionales como de actividad física de la población, frente a una relativa mejora en su poder adquisitivo, las familias dejan de lado la comida casera y comienzan a optar por la comida rápida, en una occidentalización de su dieta. Existe una marcada preferencia por el consumo de alimentos de alto contenido energético, con un alto contenido de grasas saturadas y azúcar, así como también ha ido disminuyendo el consumo de frutas y verduras y más del 90% de la población chilena mayor de 15 años es sedentaria (Albala, Vio, Kain, & Uauy, 2002; Szot Meza, 2003).

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Esto se debe especialmente a que la obesidad en adultos está estrechamente ligada al síndrome metabólico, a enfermedades cardiovasculares, a la diabetes mellitus tipo 2 y a algunas formas de cáncer; enfermedades que son de alto costo, tanto para el servicio de salud del país como para el propio afectado. El aumento de la obesidad en pre-escolares y escolares es particularmente preocupante, ya que existe evidencia que, aproximadamente el 30% de los preescolares es obeso y el 50% de los escolares obesos se convierte en adultos obesos (OMS, 2013).

Si observamos las prevalencias en población infantil, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) publicó en el mapa nutricional correspondiente al año 2013, el cual se basó en 692 mil 887 encuestas realizadas en estudiantes de prekindergarten, kindergarten, primero básico y primero medio del país, en donde se recolecta datos antropométricos de escolares que pertenecen a las Escuelas Municipalizadas y Particulares Subvencionadas del país. Junaeb declara que el 25,3% de los menores de primero básico padece de obesidad, mientras que un 26,5% tiene sobrepeso. Esto quiere decir que, más del 50% de los infantes entre cuatro y seis años pesa más de lo que se considera normal para su edad.

En el caso de los estudiantes de prekindergarten, el 22,3% son obesos. Lo mismo ocurre con el 23,6% por ciento de los estudiantes de kindergarten. Esto, en comparación con el último estudio realizado en el año 2007, muestra un aumento de un 33,7% por ciento en los registros de obesidad infantil. Ahora, para el nivel de primero medio se registra una prevalencia de 12,3%. En cuanto a distribución geográfica, el estudio apunta que la zona austral del país tiene los mayores registros de alumnos de

primero básico con problemas de peso: Aysén un 28,8%, seguida por El Maule con un 28,3%, mientras que Arica y Parinacota presenta una prevalencia de un 20,8% (MINSAL, 2014).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, un 3,2% de la población presenta obesidad mórbida, la cual ha experimentado un aumento desde el 2010, cuando se realizó la encuesta anterior, que la cifró en el 2,3%. Además, un 31,2% de nuestra población presenta obesidad, y al hacer una distinción por sexo, se observa que entre los varones un 28,6% presenta obesidad, mientras que en las mujeres existe una prevalencia de 33,7% (ENS, 2016-17).

La obesidad es considerada como una acumulación excesiva de grasa, que ocasiona un peso inadecuado y serias complicaciones a la salud. Se diagnostica teniendo en cuenta el IMC, el cual ha sido uno de los grandes aportes de la biomedicina, ya que era necesario decidir cuanto más exceso de peso se convierte en riesgo, y de ahí que surgió gracias al aporte de Quételet la clasificación del IMC. De acuerdo a los criterios establecidos por la OMS que son los más difundidos a nivel mundial, se categoriza al IMC y se establece que cuando se posee un $IMC \geq 25$ kg/m^2 el paciente presenta sobrepeso, con un $IMC \geq 30$ kg/m^2 se dice que el paciente es obeso, y cuando resulta ≥ 40 kg/m^2 es criterio diagnóstico de Obesidad mórbida.

Los pacientes con un IMC mayor a 40 kg/m^2 de acuerdo a la literatura científica padecen de un gran número de comorbilidades que elevan su riesgo cardiovascular, disminuyen su movilidad y empeoran su calidad de vida. Asumir la obesidad como enfermedad obliga a que exista una intervención y los pacientes tengan opciones de tratamiento (Gracia Arnaiz, 2011), en este contexto es donde surge la cirugía bariátrica, donde se hace hincapié en que es el único tratamiento

efectivo en cuanto a la pérdida de peso a largo plazo, reducción de comorbilidades y mejoría de la calidad de vida. Sin embargo, este tratamiento no está exento de riesgos y complicaciones (Gaillemin, Martos, Segura, Iglesias, & Famili, 2011).

La ideología predominante en torno a la obesidad es que ésta se debe a una alimentación descontrolada, con desinterés por corregirla asociada al sedentarismo. Se cree que las conductas hiperfágicas (ingesta descontrolada) se adquieren por aprendizaje (por premio o costumbres familiares). La teoría hiperfágica, que predomina como concepción de la obesidad, encamina al paciente hacia una serie de recomendaciones “saludables”, que de antemano están condenadas al fracaso, ya que no sólo dependen de ello, sino que, de una serie de factores, que van desde el ámbito familiar hasta el entorno que los rodea y donde es necesario considerar que en la obesidad contribuyen diversos factores, entre los cuales están los psicológicos, como la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y los trastornos de alimentación, particularmente el trastorno por atracón (Ayensa & Calderon, 2011; Bersh, 2006; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005). A su vez los fracasos reiterados terminan por desalentar a los individuos, acentuando la culpa que sienten, contribuyendo a que se crean negligentes y débiles, teniendo la convicción que están ante una situación intratable (Montero, 2001) y en donde la cirugía se vuelve la única solución posible ante este problema.

Las enfermedades son alteraciones fisiológicas del cuerpo, pero también son trastornos que se sufren a nivel social. Cuando alguien presenta una anomalía o enfermedad, éste queda a merced del sistema sociocultural, sus discursos, percepciones y tratamientos que surgen y dan un sentido diferente a su vida, configurando la enfermedad. Cualquier afección aqueja siempre la existencia de

quien lo sufre, no solo por el dolor y malestar que conlleva la enfermedad misma, sino también porque repercute en las relaciones sociales del enfermo de acuerdo a las características sociales y culturalmente atribuidas a esa enfermedad en particular (Vilá & Uriarte).

En las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud. Es abrumador el número de personas que desearían estar en el "cuerpo de otro". Según los expertos en psiquiatría desear una imagen perfecta o casi perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo aumenta las posibilidades de que esta aparezca (Corti, 2005).

La obesidad o gordura ha ido adquiriendo cualidades negativas por medio del avance de la biomedicina, en donde generalmente se señalan factores genéticos, hormonales y metabólicos en su desarrollo, no obstante, la referencia más común es centrar la etiología de la obesidad en torno a la cantidad de calorías ingeridas. El problema se traslada fácilmente a la situación particular e individual (estilo de vida), como si estos factores no dependieran de factores más estructurales. Se instala el discurso de que los obesos son hijos de la sociedad de la abundancia y el fast-food, en donde además se está carente de límites y sobran las complacencias (Gracia Arnaiz, 2011, 2014).

Es importante destacar que la obesidad esta investida de estigmas sociales, los que no tienen que ver exclusivamente con el problema estético que genera, sino que atenta incluso en las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona, afectando a cualquier tipo de población sin discriminación (Vázquez, 2004).

El problema de la obesidad se ha tornado interesante para el mundo biomédico, donde la cirugía bariátrica ha pasado de ser el último recurso a un tratamiento de primera elección, dada la eficacia demostrada por la evidencia científica, sin embargo, no está destinada a eliminar la causa de la obesidad, ya que esta es multicausal y relacionada a variables psicológicas y culturales con una base genética, la cual puede estar mediada además por mecanismos hormonales. La cirugía actúa sobre uno de los mecanismos intermediarios de la obesidad, que es la saciedad o absorción (Vojvodic, 2009).

II. ESTADO DEL ARTE

Para contextualizar las diferentes aristas que tributan en la comprensión de la enfermedad llamada “obesidad”, a continuación, se presentan diferentes temáticas asociadas a modo de apreciar las áreas que están implicadas en el fenómeno.

2.1 El cuerpo y su significación

Con el desarrollo de la agricultura y la ganadería entre los años 10.000 y 5.000 AC, la provisión de alimentos fue más regular y segura, y la necesidad de la obesidad como factor protector fue disminuyendo. Paulatinamente la figura obesa fue perdiendo valor sociocultural como ideal de belleza, ya que antes era imagen de esperanza de supervivencia para la especie. Ante los ojos del varón la figura femenina ideal era aquella en la cual el perímetro de la cadera superaba en un tercio al de la cintura, proporción que sería la traducción visible de un equilibrio hormonal asegurador de la reproducción y la supervivencia de la especie, pero esta concepción se fue perdiendo con la actual persecución de una figura femenina que se va alejando cada vez más, de las proporciones de aquel entonces (Montero, 2001).

Las conductas derivadas de la cultura y las creencias se adquieren en la infancia y raramente son cuestionables en la vida adulta, considerándoseles como un conocimiento “obvio” que trasciende a la descendencia. Actualmente, la delgadez es considerada un sinónimo de belleza y la gordura de fealdad, sin embargo, ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todos sinónimos de belleza, por tanto, el significado diferente de la figura corporal se

enmarca en el contexto en que se desarrolla y vive el individuo. En la definición social de obesidad, ésta se considera como un fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia, etc. La definición social de tamaño y forma corporal ideales responde más a estándares estéticos que a razones médicas, resultando para las sociedades americanas y europeas un cuerpo ideal más delgado que para la medicina, especialmente para el sexo femenino, en concordancia llama la atención que desde 1943 hasta 1980, la definición de peso ideal fue descendiendo para las mujeres, mientras permaneció constante para los varones (Montero, 2001).

En este sentido ya en la década de los setenta, Luc Boltanski, investigador del Centro de Sociología Europea dirigido por el conocido Pierre Bourdieu, en su libro “Los usos sociales del cuerpo” utilizando extensas encuestas realizadas en Francia afirma que “Los gustos alimenticios de los miembros de las clases superiores, prefieren alimentos ‘sanos y livianos’, legumbres verdes, comidas asadas o ‘alimentos crudos’, los alimentos ‘de régimen’, que nutren pero no engordan, se basan, en buena medida, en la voluntad de ‘cuidar la silueta’, de evitar ‘la gordura’ o la ‘celulitis’, de mantenerse delgados o de adelgazar. La valoración de la ‘delgadez’ aumenta cuando se pasa de las clases populares a las clases altas, al mismo tiempo que se incrementa la atención prestada a la apariencia física y disminuye la valoración de la fuerza física, de modo que dos individuos de la misma corpulencia serán considerados delgados en las clases populares y obesos en las clases superiores” (ASOCIADAS, 2006).

La imagen corporal es un concepto psicológico complejo que hace referencia a las percepciones, actitudes y experiencias que tienen las personas acerca de su

cuerpo y apariencia. Esto tiene efectos indudables en la autoestima, el funcionamiento social y la calidad de vida (Bersh, 2006). El sentirse gordo es una queja frecuente, aún en individuos que no lo son, razón por la cual la obesidad además de ser una condición física es experimentada a nivel psicológico y a veces sólo de esta manera, comportándose como una cualidad incorporable difícil de remover una vez asimilada, aun luego de perder peso.

El exceso de peso se acompaña de discriminación social, el que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que no aprueba la gordura. La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante, al punto que asientos, pasillos, mobiliario, indumentaria, etc. no contemplan en general a las personas con estas características (Montero, 2001). La insatisfacción con la imagen corporal es comúnmente vista en los pacientes obesos, está fuertemente correlacionado con los síntomas de la depresión y esto es particularmente innegable en las mujeres, probablemente como efecto secundario al hincapié que realiza la sociedad sobre el ideal de cuerpo femenino (Karmali, 2013), y al sometimiento de la cirugía como única solución al problema, y que en aquellos sujetos en que la situación económica no se los permite contribuye en mayor medida al estado depresivo.

La práctica de ejercicio y las dietas hacen suponer que la aproximación al cuerpo ideal es algo que se puede adquirir si se invierte suficiente tiempo y dinero. En el estudio de López J. M. y cols. se presenta que un 51,3% de los sujetos se encontraron acomplejados en algún momento o situación a raíz de su peso, disminuyendo su interacción social, quedándose en casa, evitando salir a la calle. A

su vez, cabe destacar que los hombres se auto percibían más benévolamente que las mujeres, lo que es coincidente con otros estudios (de Shein, 2010; Carrasco, Appelgren, Núñez, & Schlanbusch, 2014; Del Toro, Rodríguez, Arroyo, & Recillas, 2011; López, Gil, & Alarcón). En las mujeres la obesidad se entiende más referida a la imagen corporal, en donde el ser delgado se asocia con belleza y, en contraparte, la obesidad como condición negativa y que hace referencia a un pobre control de sí mismo (de Shein, 2010).

La imagen en la sociedad actual lo es todo, si no te ven no existes, lo que lleva a hablar de la tiranía de la visibilidad. El sujeto a medida que crece y se desarrolla, se va apropiando y adueñando de su cuerpo, lo va conociendo y haciéndose consciente de éste, pero esta construcción del cuerpo esta mediada por las fantasías como por las experiencias de vida de cada uno de los sujetos (D. Carrasco, Appelgren, Núñez, & Schlanbusch, 2014).

Por medio del cuerpo expresamos nuestra historia, las emociones y establecemos vínculos. A través del tiempo, el cuerpo ha sido visto como un vehículo de comunicación con el otro. Por medio del cuerpo expresamos nuestras emociones y establecemos las relaciones que nos unen, las que nos mantienen junto a la sociedad en la que estamos inmersos. Precisamente es la sociedad la que nos forja la construcción de nuestros cuerpos, “nos dicen que hacer y qué no hacer con el cuerpo para que este se vea saludable”, especialmente los equipos médicos, y de salud. Tradicionalmente, se ha tratado de dar forma al cuerpo de la mujer. Ellas fueron las primeras en hacer frente a la presión sociocultural de amoldar sus cuerpos a los estándares externos, comenzando a preocuparse por el peso, las dietas, la imagen, y la vestimenta. Hoy en día, tanto mujeres como hombres se encuentran

sujetos a la presión de esculpir sus cuerpos. Cuando este cuerpo se aleja de las expectativas sociales y no representa el discurso socialmente aceptado, y en el que también ha jugado un papel fundamental la medicina estableciendo los parámetros “saludables” y “no saludables”, la corporalización se convierte en un enigma y manifiesta precisamente la exclusión por la imagen de lo que no posee o no se demuestra, entonces, podemos decir, que el cuerpo es la imagen proyectada de lo que entendemos por salud y enfermedad (Maysonet Guzmán & Toro-Alfonso, 2007).

Es frecuente que las personas, tanto hombres como mujeres, sean bombardeadas con imágenes acerca del cuerpo ideal. Estas imágenes se presentan en la televisión, la prensa, los anuncios publicitarios, redes sociales y en el discurso de las personas. El propósito de este discurso es vender una imagen relacionada con el éxito, la aceptación de otros/as, la felicidad y la salud, en donde la obesidad no tiene cabida. Para los hombres, la sociedad establece que este debe ser musculoso, joven, fuerte, sexualmente atractivo y saludable. En nuestros tiempos, la imagen corporal y la apariencia física son vistas como medio de éxito, tanto para varones como damas, por lo que el cuerpo se asume como un proyecto de vida. Es este cuerpo el que actúa como referencia de la personalidad y representante de los conflictos del ser humano. El hombre construye su cuerpo en base a la relación con otros y la sociedad, la imagen corporal es propia de cada ser humano, se elabora y se encuentra ligada a su historia, refleja y comparte las preocupaciones e individualidad del ser humano (Maysonet Guzmán & Toro-Alfonso, 2007), más allá de lo establecido respecto a formas y tamaños corporales.

En la actualidad la finalidad de lucir bien se une a la construcción de una identidad que responde y se ajuste al modelo de belleza. Este lucir no sólo

corresponde a la apariencia externa de vestir a la moda, sino que también implica tener una figura corporal inscrita en los cánones de belleza difundidos, en los cuales las jóvenes mayoritariamente expresan no importarles el dolor físico de una cirugía, sino el resultado estético que se obtiene a través de ella (Jiménez B., 2014), ya que con ello se podría conseguir lo que se establece dentro de los discursos médicos como saludable y que se transforma para el entorno más cercano en la consecución de los estándares propuestos.

Los cuerpos han llegado a ser más importantes que los sujetos, pues es más frecuente escuchar describir a una persona por sus características físicas, que por su ser en sí mismo. La imagen corporal es la primera descripción de los sujetos, antes que cualquier otro atributo (Garza & Rueda, 2013).

No obstante cabe señalar que a nivel biomédico, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ha avanzado al uso de complejos procedimientos tecnológicos, lo que sin duda ha marcado un avance significativo a nivel de supervivencia de las enfermedades, pero que sin duda ha dejado de lado en muchas ocasiones, la aproximación más holística de la enfermedad, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino más bien promover el bienestar, entendiéndolo en el más amplio sentido de la palabra (Schwartzmann, 2003).

2.2 Obesidad

La obesidad no era significativa para la especie humana hasta hace unos 10.000 años. Con el advenimiento de la agricultura y más intensamente con la llegada de la revolución industrial, la obesidad se transformó en la primera “enfermedad de la civilización”. Existen dos puntos de vistas para analizar la

obesidad, uno puede ser visto como una condición adaptativa ventajosa, ya que la acumulación de reservas resulta protectora frente a la falta de alimentos, y una segunda mirada como una enfermedad que se convierte en una sobrecarga tanto mecánica como metabólica en el organismo (Montero, 2001).

En la actualidad, la obesidad se ha transformado en una enfermedad a nivel mundial que no respeta clases sociales ni económicas. Las ciencias médicas han descubierto variados efectos negativos de ésta sobre la salud. La literatura científica plantea una relación comprobada entre obesidad y enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hiperlipidemias, depresión y problemas osteoarticulares entre los más importantes. Un paciente con obesidad puede presentar en promedio 6,8 enfermedades secundarias en el momento que se transforma en candidato para aplicar una cirugía bariátrica (Rivas, Ocejo, & Sierra, 2009), en donde esta sobrecarga de enfermedades en estos pacientes genera altos costes para el sistema de salud, y en el cual se han creado diferentes programas para tratar de mermar la situación, pero que lamentablemente no han mostrado resultados positivos, instaurando desde el año 2009 un programa piloto para realizar cirugías bariátricas en el sistema público de salud chileno y que año a año ha ido en aumento y se ha extendido a diferentes regiones del país.

Desde la fisiología, la obesidad se define como el almacenamiento excesivo de tejido adiposo. Desde la clasificación del índice de masa corporal, encontramos que los sujetos que superan los 30 hasta los 34.9 kg/mts² son considerados como obesos en primer grado, luego de 35 – 40 kg/mts², obesidad en segundo grado y finalmente obesidad en tercer grado u obesidad mórbida cuando la masa corporal se

encuentra por arriba de los 40 kg/mts² (de Shein, 2010). Junto al aumento de la prevalencia de obesidad, también se ha visto un aumento en el peso que éstos presentan, debiéndose adicionar categorías a la clasificación del IMC propuesto por la OMS, en las cuales se adiciona la categoría de híper obesos, y mega obesos (Lanzarini et al., 2012).

Existe conocimiento acerca de los factores que inciden en la acumulación excesiva de tejido graso. Entre ellos, en la actualidad se encuentran el aumento del consumo de alimentos fabricados con excesivas calorías como el pan, galletas, refrescos, papas fritas, lácteos endulzados, pasteles, embutidos altos en grasas, comida rápida, etc., los cuales producen un desequilibrio en la alimentación. A su vez se debe agregar el proceso de urbanización, que trae consigo una disminución de la actividad física de la población en general, el aumento de las horas que se ve televisión o se está frente al computador, o una vida sedentaria en general. Igualmente influyen otros factores, como la genética, nutricionales, ambientales, psicosociales, metabólicos y endocrinos los que deberían ser abordados de manera conjunta.

La literatura científica plantea que se tiene conocimiento acerca de la obesidad, en la cual el exceso de grasa corporal representa 25% de la causalidad, el 30% es parte de la transmisión cultural y el 45% lo representan otros factores ambientales no transmisibles, por lo tanto, la herencia cultural y genética son los elementos centrales que llevan hacia la obesidad. A su vez, en diferentes investigaciones se encuentra una estrecha relación entre los niveles de IMC de los padres con el de los hijos, por lo cual se sugiere que tanto los genes como el ambiente familiar juegan un rol fundamental (de Shein, 2010).

En los últimos 20 años, las grandes compañías internacionales de alimentos han creado un mercado de comidas con poderoso marketing que se dirige a toda la población, pero especialmente a los niños, los cuales son muy pequeños para reconocer o distinguir que lo que le está transmitiendo una propaganda no es la verdad. Un ejemplo de esto es la empresa McDonald's quien gasta 529 millones de dólares para apoyar una venta de 24.000 millones de dólares. Desde 1994 la industria alimentaria ha incorporado cerca de 600 productos nuevos para los niños, entre los cuales destacan los bombones, gomas de mascar, bocaditos salados y dulces, de los cuales solo un cuarto de ellos son alimentos más sanos. Todo esto ha contribuido en que se produzca un aumento gradual del peso en la población de 20-40 años, en donde se debe considerar que con cada década que pasa se disminuyen las necesidades energéticas en aproximadamente 270 kcal. El instituto de Medicina de EEUU (IOM) realizó un estudio acerca del "mercado de alimentos para niños y jóvenes: amenaza u oportunidad", en el cual se reveló que el marketing de los alimentos influye de manera muy fuerte en la preferencia, los requerimientos y el consumo de los niños y que las ideas de algunas formas de marketing aumentan el riesgo de obesidad en los niños, así mismo se asevera que los niños de 2 años son capaces de reconocer y pedir estos productos en los supermercados por su nombre (ASOCIADAS, 2006).

En 1848, Rudolph Virchow tratando de explicar las epidemias y razonando en torno a ellas, trataba de hacer un paralelo entre el individuo y la sociedad y escribía: *"si la enfermedad es la expresión de la vida individual en condiciones desfavorables, las epidemias deben ser indicativas de las perturbaciones importantes en la vida de las masas" ... "¿No vemos que las epidemias señalan siempre las deficiencias de la*

sociedad?”. Cuando se habla de “estilo vida”, se hace referencia a que los hábitos de nuestro comportamiento o conducta individual son culpables de nuestros riesgos, en este caso de la obesidad. Pero dado a que no existimos como personas aisladas sino como personas en sociedad, hablar de una conducta individual es sostener un mito ideológico que encubre el principio original de entendimiento de la palabra conducta, la cual significa en el latín original “conducida, guiada”, o sea que al deconstruir la palabra conducta, ésta nos indica que, toda conducta por el hecho de serlo es social. La estructura social traduce esta conducta en un “modo de vida” en donde se encuentra el sistema de condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las que le dan forma a la vida cotidiana de las personas y colectivos. Por lo tanto, la obesidad es un “modo de vida” determinado por diferentes factores, entre los cuales está el nivel socioeconómico que determina los hábitos alimenticios, composición de los alimentos y otras condiciones de vida propias al acceso que se tenga a ellas, además de lo que se ha establecido por el área médica como saludable o no (ASOCIADAS, 2006).

Sin embargo, la cirugía bariátrica que ha ido poco a poco abarcando terreno en el ámbito de la salud, cabe enfatizar que es aceptada y promovida por la sociedad frente a sujetos que se encuentran en una situación desfavorable de peso, en donde el entorno más cercano es incluso aquel que más fomenta la opción de realizarse una intervención quirúrgica como método de resolución del problema en corto tiempo.

2.2.1 La familia

La familia cumple un rol fundamental a la hora de comprender el fenómeno de la obesidad. En nuestro mundo globalizado la mesa familiar está en retroceso, se ha perdido la comida como lugar para cumplir roles, contar historias, enterarse de acontecimientos, recuerdos casuales, comentar sobre los otros, etc. lo que antes modelaba una interpretación y visión del mundo para todos los miembros de la familia (ASOCIADAS, 2006). Esta pérdida de reunión en torno a la comida ha tornado el acto de comer en una tarea que se debe cumplir día a día como parte de la nutrición, pero la cual ya no es vista como un acto de sociabilización plena y disfrute, muchas veces la escasez de tiempo se torna en contra de este acto, relegándolo a un momento único en ocasiones especiales como cumpleaños, bienvenidas, nacimientos, bautizos, etc. y donde agasajar con comida a los comensales es un acto gratificante para el anfitrión del evento. Por tanto, no solo se ha ido perdiendo la mesa familiar, sino que también cuando es ocasión de compartir en familia en algún evento especial se come en exceso como forma de demostración de cariño y atención.

López J. M. y cols. en su estudio plantean que la mayoría de los sujetos recuerda a sus padres haciendo algún tipo de dieta, recayendo generalmente en la figura materna, como la que lo hacía con mayor frecuencia, recordando la desesperación de sus madres cuando se alejaban de la dieta y ante lo cual planteaban que es imposible luchar contra la naturaleza, que es mejor aceptar la realidad y no vivir en esa constante lucha. La alimentación dentro del seno familiar va dibujando la identidad individual y colectiva, los alimentos van tomando significado en

la medida en que son consumidos en el seno familiar y van siendo percibidos con confianza.

Los individuos tienden a adoptar los hábitos alimenticios que se practican en el grupo social al que pertenecen, hábitos que se construyen y modelan dentro del contexto social, familiar, y económico en el cual se desenvuelve la persona, los cuales son adquiridos en etapas tempranas de la vida y responden no sólo a una necesidad biológica, sino también a las condiciones materiales y representaciones simbólicas que de ellas se pueda tener. Igualmente, es importante destacar que las relaciones adecuadas y expectativas positivas de los padres, constituyen factores de protección para las personas obesas, y establecen a la vez un soporte emocional fundamental para hacerle frente a los discursos negativos de la obesidad que se generan en el contexto social (Garza & Rueda, 2013).

Los estilos de vida de los padres moldean el desarrollo de las preferencias alimentarias, ya que son ellos los que realizan la exposición a estímulos de comida, regulan la selección e ingesta, logran establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en que puede o no desarrollarse la obesidad. Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente en común y compartido que puede conducir a la sobrealimentación o a fomentar un estilo de vida sedentario. Es importante comprender que los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio (Del Toro, Rodríguez, Arroyo, & Recillas, 2011; Vázquez, 2004). No obstante, cabe resaltar que la cirugía de la obesidad cada vez es más conocida y divulgada, las familias que sufren de obesidad y se encuentran en un círculo vicioso respecto a la alimentación, porque no pueden llevar una dieta o hacer ejercicio, sea

por las razones que sean, ven en la intervención quirúrgica la solución a sus constantes fallas e intentos por disminuir su peso, y la cual además han visto que se ha tornado más accesible y no tan inaccesible como en un tiempo anterior.

Así mismo es importante reflexionar que desde pequeños se nos enseña a gozar de la comida, aprendiendo esta conducta, y si esta no tiene límites, normas, ni leyes, puede resultar perjudicial, aunque los padres hagan referencia a que lo hacen por amor y porque quieren darles a los hijos todo lo que pueda y sea necesario. Algunos de los trastornos alimentarios se gestan en la infancia, la cual en muchas ocasiones está llena de historias de tristeza, sueños truncados y anhelos insatisfechos o de mesas repletas de comida, donde el afecto y las emociones se transmiten a través de los alimentos (Garza & Rueda, 2013).

Una investigación que averiguó la psicopatología en pacientes susceptibles a someterse a cirugía bariátrica, encontró que existía un 82,5% de los casos que presentó historia familiar de obesidad, acompañada de antecedentes familiares de depresión en el 37% y antecedentes de enfermedades psiquiátricas en un 36% (Bayardo, Esqueda, & Cibrián, 2006).

La familia en ocasiones sin querer promueve la obesidad de sus miembros desde la infancia, al ofrecer alimentos para distraer la atención de los niños, brindarles golosinas en los momentos en que están ocupados y no pueden atenderlos, o por el simple hecho de premiar con pasteles, dulces, chocolates y helados. Por esto, resulta vital a la hora de aplicar tratamientos para la obesidad considerar a toda la familia, debido al fuerte componente de herencia y ambiente familiar que ejerce una influencia en la etiopatogenia y persistencia de esta enfermedad (Vázquez, 2004).

2.2.2 Desórdenes alimentarios

Hoy existe un culto al cuerpo que se basa en la obsesión moderna por la perfección de la imagen corporal, la cual ha conllevado segmentación y exclusión social. En esta búsqueda del cuerpo perfecto hay distintas formas de manifestación y algunas de ellas difieren notoriamente entre sí, hay trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nerviosa, que vienen de la mano bajo el alero de la “cultura de la delgadez”, y otras como la vigorexia, que es una obsesión en torno al culto del músculo, la dismorfia corporal que lleva a una obsesión reiterada por alguna parte del cuerpo, aunque no exista ningún defecto, y a estas podríamos incluso sumarle las cirugías estéticas, y la comida light (Corti, 2005).

En la reciente clasificación del DSM-V se recogen los criterios diagnósticos del trastorno por atracón, el cual es el trastorno alimentario más común entre los pacientes obesos, y entre los cuales se encuentran: episodios recurrentes de atracones durante seis meses con una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio y con un profundo malestar al recordar los atracones. Estos se caracterizan por la ingesta en un corto periodo de una gran cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo, y no se acompaña de estrategias compensatorias inadecuadas como purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etc. Los obesos con trastorno por atracón (TA) forman un subgrupo con más alteraciones psicopatológicas, más prevalencia de trastornos del humor, mayor impulsividad y mayor insatisfacción corporal (Ayensa & Calderon, 2011; Sarwer et al., 2005).

La prevalencia de este trastorno en pacientes que quieren someterse a cirugía bariátrica varía ampliamente en la literatura, reportándose cifras entre 17% y 48%, esto se debe a las diferentes técnicas empleadas para su detección. La investigación no es clara en referir si el TA es o no un predictor negativo para practicar la cirugía bariátrica, por tanto, la práctica clínica actual es muy variable: un 20% son intervenidos, en un 27,3% se pospone la cirugía hasta la mejoría del cuadro, y en un 45,3% la actitud depende de la severidad del trastorno y de otros factores clínicos. Esta variabilidad es preocupante, ya que, si los pacientes con TA no tienen más riesgo de peores resultados, retrasar en ellos la cirugía bariátrica no se justificaría (Díaz, Folgueras, Herrera, & Sosa, 2012; Kalarchian & Marcus, 2003). No obstante, otro estudio demuestra que la evitación del cuerpo y estar constantemente preocupado del cuerpo puede influir significativamente en estos trastornos alimentarios o mantenerlos en el tiempo (Grilo et al., 2005).

Es necesario una evaluación fiable y válida sobre el diagnóstico de los trastornos alimentarios prequirúrgicos, es fundamental una evaluación completa de las características del paciente y la gravedad de los síntomas, ya que esto permitirá una identificación precisa y un diagnóstico certero previo a la cirugía. Con un buen diagnóstico se garantiza la capacidad de evaluar el impacto del trastorno alimentario prequirúrgico en los resultados post quirúrgicos, y ofrece la oportunidad de dirigir la intervención más adecuada para los trastornos alimentarios en los pacientes de riesgo, lo que podría impedir la (re) aparición de estas patologías alimentarias post intervención quirúrgica (Parker & Brennan, 2014) y que finalmente se traducirían en un fracaso de la intervención.

La estimación de la prevalencia de bulimia y anorexia en los Estados Unidos fluctúan de 2% a 18%. Cerca de 90% de los pacientes son mujeres. Aunque sólo 10% de adultos con anorexia son hombres, sus números están incrementando. Los factores de riesgo para los hombres incluyen una autoestima pobre y un incremento (más alto de lo normal) de los abusos físicos y sexuales durante la niñez. Se ha comprobado que, en poblaciones de hombres con estas características, las cifras de padecimientos por trastornos en el comer son similares al de las mujeres. Los hombres son más aptos para ocultar un trastorno del comer que las mujeres, haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostica. También puede ser no reportado lo suficiente. Es más, un estudio sobre hombres mayores de edad encontró que un 11% tenían alguna forma de trastornos del comer que dio lugar a la malnutrición (Corti, 2005).

Existen tres mecanismos en el patrón alimentario asociado al ajuste emocional: la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración, segundo, el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira, y tercero la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social (Vázquez, 2004).

Los cambios en la alimentación no son completamente facilitados o forzados por el nuevo estómago (postcirugía) de manera que los pacientes tienen que poner de su parte para cambiar los hábitos. De hecho, la cirugía no es una alternativa para no hacer dieta, sino una medida para facilitársela al paciente. En general, los pacientes reportan mejor control sobre su alimentación, con menor impulsividad y disminución del comer emocional. En algunos casos, la cirugía funciona como intervención terapéutica para erradicar síntomas de comer compulsivo. Sin embargo,

no siempre hay adherencia a las recomendaciones alimenticias postoperatorias, algunos pacientes reinciden en el comer disfuncional, no por ingerir porciones grandes, pero sí por picar pequeñas cantidades de alimento entre las comidas o por consumir grandes cantidades de líquidos altos en calorías (gaseosas, alcohol, malteadas, helados). De esta forma, disminuyen el éxito potencial de la cirugía, al estancar la pérdida de peso o incluso, al producir ganancia del mismo.

Otro problema, que puede ser fuente de molestias importantes, es el vómito. Cualquiera que sea su razón, si éste no se corrige, generará mala calidad de vida y reacciones emocionales diversas como aversión a la comida, miedo a comer, vergüenza y limitación social, que es exactamente lo que no busca la cirugía como objetivo terminal. Por último, el denominado "síndrome de dumping" se presenta en quienes insisten en comer alimentos ricos en azúcar, generando malestar marcado, pero con distintos síntomas posibles: náuseas, vómito, mareos, desmayos, diarrea o estreñimiento. Puede resolverse espontáneamente hacia el año de la cirugía o persistir y generar aversión permanente por los dulces si éstos se siguen consumiendo frecuentemente (de Adana & Herrero, 2010).

2.2.3 Rol de la edad

La depresión a su vez, sabemos que puede cursar con aumento o disminución del apetito y en general tiende a amplificar los patrones de cambio de peso asociados con la edad, es decir, los adultos jóvenes con depresión tienden a aumentar de peso, mientras los adultos mayores tienden a bajar de peso. Esto resulta relevante ya que la depresión en este sentido puede contribuir a la obesidad de los adultos jóvenes (Bersh, 2006). Además, se ha planteado que tener un estado

de ánimo deprimido durante la adolescencia puede aumentar la prevalencia de la obesidad en la vida adulta (Allison et al., 2009).

La escolarización también juega un rol importante, generalmente en los centros de estudio existe algún kiosco, confitería, la cual es frecuentada por la mayoría de los niños. Muchas de las personas obesas manifiestan que en esta etapa no les preocupaba el peso o que pensaban que con el tiempo esta ganancia de peso iba a ir desapareciendo, señalando la pubertad como punto de partida de la obesidad, donde se inician las ganancias de peso progresivas (López, Gil, & Alarcón), y de la cual pocos escapan en la etapa adulta.

En contraparte, un estudio plantea que la edad de los individuos que se someten a cirugía bariátrica tiene relación con los cambios que se perciben en la imagen corporal, la mayor parte de los sujetos que tienen sobre 35 años están más satisfechos con su imagen corporal posterior a la cirugía; sin embargo, la tendencia se invierte en los menores de 35 años, manifestando muy poca satisfacción con su imagen corporal, y no haber conseguido los cambios esperados (Moreno, Montiel, & Aguayo, 2002). Es importante destacar también que el no conseguir los cambios esperados puede resultar en rotundo fracaso de la cirugía, ya que puede desencadenar en los pacientes volver a las conductas anteriores al no ver un resultado que ellos esperaban.

2.2.4 Obesidad y salud mental

La obesidad se asocia frecuentemente con ansiedad y depresión secundarias a los trastornos psicológicos y de adaptación al medio que suelen ser frecuentes en

estos pacientes, como problemas de relaciones interpersonales, rechazo social, discriminaciones laborales y escolares en adolescentes y otras formas de estigmatización social (Ayensa & Calderon, 2011; de Adana & Herrero, 2010; Rojas, Brante, Miranda, & Pérez-Luco, 2011; Sarwer et al., 2005). Generalmente los pacientes con depresión tratan de compensar su sintomatología con el placer de comer, y por esta misma condición tienden a aislarse, lo cual repercute en su nivel de actividad física, lo que directamente afecta la ganancia de peso constante por ausencia del gasto de energía que se consume en exceso (Ayensa & Calderon, 2011).

Una de las principales consecuencias de la obesidad es la baja de la autoestima, la cual puede llevar al individuo a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión comiendo, en este sentido, la obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y la expectativa de fracaso. Muchas personas refieren que comen cuando están angustiadas, cansadas, o se sienten solos, por tanto, el comer es una respuesta a la tensión, la angustia y depresión (Del Toro et al., 2011; Gariepy, Nitka, & Schmitz, 2009; Karmali, 2013; Sánchez, Benavies, & Ramírez, 2005)

La enfermedad mental crónica, en particular la esquizofrenia confiere mayor riesgo de obesidad, porque se asocia con inactividad, apatía, malos hábitos alimenticios, ejercicio limitado y uso de psicotrópicos, por tanto, esto genera mayor riesgo de presentar obesidad. Además, se observa una tasa mayor de obesidad en mujeres jóvenes con esquizofrenia (Allison et al., 2009; Bersh, 2006).

Los trastornos del estado de ánimo han sido descritos como los más frecuentes de los trastornos que perduran por toda la vida, y los trastornos de la

alimentación son los más frecuentes de los trastornos en el momento de la evaluación para optar a una cirugía bariátrica, y en donde se debe demostrar capacidad de autocontrol sometiéndose a una baja de peso previo a la cirugía como mecanismo de demostración al equipo médico que el sujeto realmente está comprometido con su situación de salud y se somete responsablemente a la intervención quirúrgica aceptando los compromisos a posteriori. A su vez en población general, así como en comunidades de obesos, un nivel socioeconómico más bajo y/o menos años de educación se correlacionan con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Mühlhans, Horbach, & de Zwaan, 2009).

Las personas con obesidad se refieren a los alimentos no sólo como sabrosos, sino como algo que no pueden evitar, es como una protección, un proveedor de bienestar emocional, como un castigo a veces, como una fuente de culpa otras. Voznesenkaya y Vein (2002) demostraron que el 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos (Bayardo et al., 2006; Sánchez et al., 2005). El deterioro psicosocial entre los pacientes de cirugía bariátrica es común, lo cual sugiere que las personas que buscan tratamiento para la obesidad informan más psicopatología que los individuos obesos en población general (M. Kalarchian et al., 2007).

La tristeza muchas veces es confundida con la depresión, pero es la tristeza la que predomina cuando se sufre una pérdida importante. En el caso de las personas obesas, la pérdida se relaciona con la carencia de una imagen estética, de belleza, donde el no tener una figura que resulte atractiva, genera tristeza y aislamiento. Los

eventos estresantes en la vida de los obesos aparecen como un elemento importante en el desarrollo de la obesidad, quienes manifiestan habilidades inadecuadas para manejar el estrés psicológico. Un evento estresante genera comer de una manera compulsiva, se ingieren grandes cantidades de comida mientras que sienten que no pueden controlar cuanto están comiendo. Muchas personas inician el consumo excesivo de comida, como respuesta a una pena o un cambio que no pueden aceptar. Cuando la persona obesa come más, contrarresta el nivel de estrés que siente profundamente, las necesidades emocionales frecuentemente producen un deseo urgente y compulsivo de ingerir alimentos, aunque sabe inconscientemente que comer es una actividad satisfactoria, que le genera placer o le recuerda protección de sus padres, cuando se somete al juicio social, a las críticas, entra en un estado emocional contradictorio que puede ir del enojo a la ansiedad (Garza & Rueda, 2013).

La ingestión de alimentos mejora el estado de ánimo por el aumento de las concentraciones de serotonina cerebral, en muchos casos cuando los pacientes quieren someterse a bajas de peso, comienzan con restricciones calóricas, la cual se acompaña de una depresión dietética que puede llevar al fracaso del intento, es por esto es que es tan importante considerar que rol juega la comida en estos pacientes (Bayardo et al., 2006; M. Kalarchian et al., 2007), y que en los casos de la cirugía podrían ser indicativos de éxito o fracaso.

En un estudio de Berman y cols. (1993), los niveles de ansiedad y depresión fueron 3 a 4 veces mayores entre los obesos que entre quienes no lo fueron y clínicamente la ansiedad, la depresión y los inconvenientes sociales fueron el doble. La imagen corporal fue el mayor predictor de depresión y problemas sociales

relacionados con la obesidad y a pesar de que la depresión clínica es frecuente en los obesos la mayoría de los autores opinan que psiquiátricamente no difieren de los que no lo son. Cuando el exceso de peso es importante, en estos pacientes la obesidad llega a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual se excluyen otras cualidades como la inteligencia o simpatía. Los individuos desarrollan actitudes “evitativas” de ciertas situaciones que les resultan desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, llegar al decorado corporal, recurriendo a diferentes técnicas para disimular el defecto físico. Todo esto con claras repercusiones en su interacción social, estado psicológico y emocional (Montero, 2001). Estas repercusiones no están ajenas al proceso de la intervención quirúrgica ya que si bien en la situación de obeso se describen como se menciona anteriormente, posterior a la cirugía estas actitudes mutaran y se transformarán tanto positiva como negativamente, lo que definirá el éxito o fracaso de la intervención.

Los problemas de índole psicosocial son producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo, donde se produce una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad, que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales produce sentimientos de culpa por ser obeso y temor ante el fracaso de controlar el peso, lo cual genera una baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen corporal y la autoestima global. Es importante destacar que el disconformismo corporal muchas veces encubre otros disconformismo ignorados, ejemplificados en la cita de un paciente obeso luego de perder peso “me sentía infeliz porque era gorda y desagradable, ahora me siento infeliz y no sé porque” (Montero, 2001). Es importante destacar el relato de esta paciente, ya que si bien se supone ha cumplido con éxito

su intervención, aun así, declara no sentirse feliz o plena, por tanto la cirugía para ella no era un indicador de mejora de su calidad de vida relacionada con la felicidad.

Desde una mirada conductual, cuando se realiza dieta, lo que se hace es restringir los controles fisiológicos por uno cognitivo, y este control cognitivo tiende a fallar por la presión fisiológica, el hambre, el estrés, la ansiedad, el consumo de alcohol, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad. La comida es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, se recurre a la comida como forma de atenuación del malestar emocional de cualquier origen. Una característica de muchos pacientes con obesidad es la dificultad que presentan para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que se recurra a comer en exceso como estrategia para manejarlas, no obstante, también existe otro problema, la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad, por ejemplo un paciente refiere que: “la obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (Bersh, 2006; Del Toro et al., 2011).

Un estudio en los cuales participaron 115 pacientes obesos mórbidos que serían sometidos a bypass gástrico, encontró que el 59% sufría de algún trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad en un 36%, las alteraciones del ánimo en un 19% y los trastornos de ansiedad en un 17%. Además, se señala que estos pacientes tendían a ser negadores, impulsivos, somatizadores, presentaban dificultad para modular sus afectos y pensamiento dicotómico (todo o nada), junto a conductas autodestructivas y baja autoestima (Bustamante, Williams,

Vega, & Prieto, 2006; Sánchez Zaldívar, Arias Horcajadas, Gorgojo Martínez, & Sánchez Romero, 2009).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes en el mundo desarrollado, afecta a una cuarta parte de la población durante la vida. Estos trastornos se caracterizan por síntomas psicológicos como la preocupación excesiva, miedo, temor, y síntomas físicos como la fatiga, palpitaciones y tensión. Se presentan en forma de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, estrés post-traumático y fobias específicas, entre otros. Los trastornos son muy persistentes, normalmente son crónicos y con frecuencia coexisten entre sí y con otras condiciones psiquiátricas. La obesidad puede ser un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad, ésta puede conducir a trastornos de ansiedad a través de diversas vías: por ejemplo, la discriminación relacionada con el peso y el estigma profundamente doloroso para las personas obesas, además del efecto negativo de la obesidad sobre la salud y calidad de vida que podrían resultar particularmente estresantes; ambas vías pueden posteriormente resultar en un trastorno de ansiedad (Garipey et al., 2009).

Los pacientes obesos mórbidos son más vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos, especialmente depresión. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de sufrir depresión. Ésta no es sólo un grave problema de salud pública en particular, sino que también está asociado con la obesidad. La asociación entre la obesidad y la depresión parece diferir según el sexo, siendo positiva (es decir, directa) la asociación en las mujeres y, o bien negativa o ninguna asociación en los hombres. La obesidad y la depresión

claramente coexisten, pero los datos disponibles no demuestran una relación causal entre ambos (Allison et al., 2009).

Existe controversia respecto a la prevalencia post cirugía de trastornos psicológicos, pero se observa que los pacientes sin historia previa de trastornos del ánimo, los presenta post cirugía. Cabe destacar que una de las complicaciones a largo plazo de la cirugía bariátrica es el Suicidio, con un porcentaje entre 8,8% y 37,5% (Bilbao Ramirez, 2016; Bustamante, Williams, Vega, & Prieto, 2006).

En el estudio de Windover et al (2010) se encontró una prevalencia de intento de suicidio de 11,2% (rango de edad 18-77), de los 1020 pacientes evaluados, 115 presentaron más de un intento de suicidio. También en consonancia con otros estudios, se encontró que en los pacientes con intentos de suicidio y candidatos a cirugía bariátrica era jóvenes, menos educados, con un alto IMC, y predominantemente solteros, mujeres y con discapacidad comparados con población general. Las teorías para establecer la relación entre la obesidad extrema y problemas psiquiátricos han incluido los efectos negativos que ejerce el estigma social en el estado de ánimo, aumento del apetito, disminución de la actividad física, y el uso de medicación para la depresión que ayuda a la ganancia de peso. Así mismo es muy importante considerar que se observaron tendencias hacia la significación entre los grupos con historia de abuso de sustancias e historia de abuso sexual (Windover, Merrell, Ashton, & Heinberg, 2010).

En el estudio de Sansone et al (2008) se encontró que de los comportamientos estudiados con las tasas de prevalencia más altas fueron: la promiscuidad sexual (22,3%), tortura a sí mismo con pensamientos autodestructivos (20,7%), el abuso de alcohol (19,0%), y la participación en relaciones

emocionalmente abusivas (16,5%). Con respecto a los intentos de suicidio, el 9,1% de los participantes reconoció una historia y un 9,1% informó alguna sobredosis en el pasado (Sansone, Wiederman, Schumacher, & Routsong-Weichers, 2008). Igualmente, en el estudio de Tindle et al (2010) se halló que hubo 31 suicidios (de las 16.683 operaciones), para una tasa global de 6,6/10.000; 13,7 por cada 10.000 entre los hombres y 5,2 por 10.000 en las mujeres. Alrededor del 30% de los suicidios se produjo dentro de los primeros 2 años después de la cirugía, y el 70% se producen dentro de los 3 años. Por cada categoría de edad, excepto en los más jóvenes, las tasas de suicidio eran más altas entre los hombres que entre las mujeres (Tindle et al., 2010). Si bien no existen declaraciones de que es considerado un fracaso de la cirugía bariátrica, el suicidio claramente sería uno de ellos, ya que no logra conseguir los resultados esperados.

Otro estudio se refiere al consumo de alcohol en una muestra de 70 sujetos, en el cual se encontró 4 personas (5,7%) con problemas de dependencia de alcohol antes de la cirugía que no cambió después de la cirugía, y 1 persona (1,4%) parecía haber tenido problemas de abuso de alcohol antes de la cirugía que tampoco cambió tras la cirugía. A su vez, un individuo (1,4%) parecía haber tenido dependencia del alcohol después de la cirugía bariátrica. Dos personas (2,9%) desarrollaron dependencia del alcohol después de la cirugía bariátrica, y estos 2 individuos no admitían tener problemas importantes de alcohol antes de la cirugía (Ertelt et al., 2008). A su vez Tonnesen et al (2009) plantea que el tabaquismo y el consumo de riesgo de alcohol (beber 3 o más bebidas al día) son los factores de riesgo más frecuentes del estilo de vida que pueden influir en el resultado después de la cirugía. La incidencia del hábito de fumar es de aproximadamente 30% y la incidencia de

consumo de riesgo de alcohol es de 7-49% en general, en poblaciones quirúrgicas sometida a procedimientos electivos. Numerosos estudios han demostrado que el tabaquismo está asociado con la morbilidad postoperatoria. Varios estudios han descrito la asociación entre el consumo de riesgo de alcohol y un aumento en la morbilidad postoperatoria, y esta parece mostrar una relación dosis-respuesta. La tasa de complicaciones es de un 50% superior al beber 3-4 bebidas al día en comparación con 0-2 por día, y esta diferencia es de importancia en algunos estudios, pero no en todos. La tasa de complicaciones aumenta entre 200-400% al beber 5 tragos o más por día (Tønnesen, Nielsen, Lauritzen, & Møller, 2009).

La investigación generalmente sugiere que las dificultades mentales y enfermedades psiquiátricas son altamente prevalentes entre los candidatos a cirugía bariátrica. Esto es consistente con los resultados que se observan en individuos obesos, quienes reportan más problemas mentales que los individuos de la comunidad en general, dentro de los cuales lo más comunes son depresión y los trastornos por atracón (Wimmelmann, Dela, & Mortensen, 2013).

El estudio de King et al (2013) reveló una asociación inversa entre los niveles de actividad física y los síntomas depresivos y el tratamiento para la depresión o la ansiedad, en una cohorte de adultos con obesidad y sometidos a cirugía bariátrica en uno de los 10 hospitales de todo los EE.UU. Aunque la causalidad no pudo ser establecida, estos resultados son desafiantes y se debe investigar más sobre el papel que juega la actividad física en la prevención y tratamiento de la depresión y ansiedad en los adultos con obesidad y como la actividad física podría constituirse en una opción de tratamiento relativamente seguro y rentable (King et al., 2013).

2.2.5 Estigma

La sociedad es hostil con los sujetos que presentan sobrepeso u obesidad, históricamente la sociedad ha creído que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad. Los individuos obesos han sido considerados débiles y poco motivados, una visión que se ajusta a las demandas de pérdida de peso fácil prometida por muchas dietas, consejos, y difusión por programas de televisión (Vázquez, 2004), y donde la cirugía toma relevancia, porque se vuelve la opción más certera y fácil para combatir los kilos de más.

La obesidad no puede esconderse, por el contrario, es perceptible por todos los miembros de la sociedad y es entonces donde se producen diferentes acciones, ya sean de repugnancia, lástima, reprobación, vergüenza, aversión y desagrado. La obesidad ha sido considerada como un comportamiento reprobable e inadmisible por parte del enfermo, y han colocado la responsabilidad en él de su padecimiento, clasificando con esto más que su estado de salud, su moral también. Generalmente la exclusión de algunos miembros de la sociedad se basa en que poseen atributos alejados de las normas, y actitudes consideradas inapropiadas e incorrectas; esto indica que el cuerpo enfermo es visto como reflejo de comportamientos individuales desviados y a su vez usados como ejemplo de conductas sociales no aceptadas, y esto mismo guía a los demás a responder y juzgar de antemano a los sujetos más allá de su padecimiento, estos juicios se hacen considerando el cuerpo mórbido, en donde la corporalidad se convierte en el eje de su vida social y será evaluado negativamente por los demás porque ese cuerpo exhibe características relacionadas

a las conductas consideradas reprobables para el grupo social al que pertenece (Vilá & Uriarte).

Socialmente la obesidad es considerada como un estado alterado del cuerpo y ha sido cargada de significados relacionados con la estética, la normalidad, e incluso, la moralidad. Por tanto, quienes la sufren suelen ser estigmatizados por su imagen corporal, como por las causas que los llevaron a llegar a ese estado. Los juicios que generalmente se le atañen es la falta de control en el impulso de comer más allá de la saciedad, la indulgencia por el placer por los alimentos ricos en grasas y azúcares, y la flojera para realizar actividad física que los ayuden a quemar las calorías que se han ingerido en exceso (Sikorski et al., 2011; Vilá & Uriarte; Wadden et al., 2001).

Los medios de comunicación marcan de manera desproporcionada la obesidad en términos de responsabilidad personal, centrándose en las causas y soluciones a nivel individual, ignorando importantes contribuidores sociales y ambientales. Los medios de comunicación tienden a echar la culpa a las personas obesas, por tanto, la estigmatización de peso puede perpetuarse. Sin embargo, el estigma del peso también puede ser transmitido a través de los contenidos visuales, como fotografías que acompañan los artículos de noticias, representaciones negativas o estereotipadas de personas obesas en fotografías de prensa pueden comunicar sesgos a los espectadores, independientemente del contenido escrito del artículo. Por ejemplo, las fotos que muestran a las personas obesas participando en actividades estereotipadas (por ejemplo, comer comida basura), o las fotos que ponen énfasis innecesario en el exceso de peso y aíslan partes del cuerpo de personas obesas (por ejemplo, abdomen, nalgas), esto puede ser estigmatizante y

perpetuar las actitudes negativas hacia las personas con obesidad (Heuer, McClure, & Puhl, 2011).

En el campo de la salud pública, el estigma es un enemigo conocido. A lo largo de la historia, el estigma ha impuesto el sufrimiento en los grupos vulnerables a la enfermedad y esfuerzos poco efectivos para frustrar la progresión de esas enfermedades. El estigma de la enfermedad ocurre cuando los grupos son considerados los culpables de sus enfermedades porque son vistos como inmorales, impuros, o perezosos (Puhl & Heuer, 2010). Un artículo de revisión expone que el prejuicio sobre el peso sigue siendo persistente en temas de empleo, salud y educación. Demuestran que esto se hace evidente en los medios de comunicación y en las relaciones interpersonales cercanas con los familiares, las parejas, e indican que el prejuicio y el estigma son una amenaza para la salud emocional y física de las personas obesas. Estas personas están rodeadas por el estigma social y sus consecuencias, por tanto, se encuentran solos en su enfrentamiento a las injusticias vividas, sin apoyo y comprensión (Wadden et al., 2001).

Varios estudios han examinado las experiencias personales de individuos obesos, proporcionando una evidencia clara de que las personas obesas perciben el estigma y los estereotipos en múltiples escenarios. Existen prejuicios en el empleo y la atención de salud, estableciendo un trato injusto hacia las personas obesas únicamente sobre la base de su peso corporal. Emergentes estudios poblacionales han documentado la prevalencia de prejuicios sobre el peso y la discriminación, se observan salarios más bajos y prácticas de contratación distintas en los empleados obesos, así como disparidades en el nivel de instrucción de las personas obesas (Wadden et al., 2001).

La literatura científica plantea que el prejuicio del peso aumenta la vulnerabilidad a la depresión, baja autoestima, imagen corporal pobre, comportamientos alimentarios de mala adaptación, y la evitación del ejercicio. Desafortunadamente, parece que el aumento de la prevalencia de la obesidad no ha atenuado las actitudes sociales negativas hacia las personas obesas. Por el contrario, se demuestra que el prejuicio sobre el peso persiste y se ha ampliado a otros ámbitos de la vida, y de hecho puede estar aumentando en prevalencia, es probable que el prejuicio sobre el peso siga siendo una injusticia social, como un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras de las personas obesas (Puhl & Heuer, 2009, 2010).

El modelo biomédico tradicional descarta un hecho sumamente importante y que está presente en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está intensamente mediado por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones que posee el individuo y su soporte social. Estos aspectos que son los más importantes en la vida de las personas, serán los que más influirán a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida como indicador de éxito de la cirugía (Schwartzmann, 2003).

2.2.6 Comorbilidades asociadas

La obesidad y la obesidad mórbida es considerada una enfermedad grave que se asocia a múltiples comorbilidades que repercuten de forma muy importante en la expectativa y calidad de vida, a continuación, se presentan las comorbilidades que significativamente se asocian a ella (Hernández Rodríguez et al., 2013):

<p>Enfermedad vascular arteriosclerótica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial. - Cardiopatía isquémica. - Enfermedad cerebrovascular. 	<p>Alteraciones cardiorrespiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca congestiva. - Insuficiencia ventilatoria. - Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño.
<p>Alteraciones metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resistencia a la insulina y Diabetes Mellitus tipo 2. - Dislipidemias aterógena. - Hiperuricemia. 	<p>Alteraciones de la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción menstrual. - Síndrome de ovarios poliquísticos. - Infertilidad. - Aumento del riesgo perinatal. - Incontinencia urinaria.
<p>Digestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colelitiasis. - Esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis hepática. - Reflujo gastroesofágico. - Hernia de hiato. 	<p>Musculosqueléticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artrosis. - Lesiones articulares. - Deformidades óseas.
<p>Otras alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia venosa periférica. - Enfermedad trombo embólica. - Cáncer (mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia; varón: colon, recto y próstata). - Hipertensión endocraneal benigna. - Alteraciones cutáneas (estrías, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intertrigo). - Alteraciones psicológicas. - Alteraciones psicosociales. - Disminución de la calidad de vida. - Trastornos del comportamiento alimentario. - Disminución de la expectativa de vida. 	

La obesidad es un exceso de grasa corporal el cual se asocia a un aumento de riesgo para la salud. Dentro de estos riesgos se encuentra el riesgo de desarrollo

de síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemias, arritmias, y enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Además de la evidencia científica se plantea que por cada aumento en 7 kg. De peso, el riesgo de diabetes se incrementa en un 50%, además se ha reportado que de los pacientes con obesidad mórbida la prevalencia de diabetes es cercana al 100% y que en el 70% de ellos es debido a su exceso de peso, reportando además dificultades en su control cuando se mantiene este exceso de peso. También se ha reportado que la obesidad es una causa prevenible de cáncer de colon, mama, endometrio, riño, esófago y páncreas, además de ser el principal factor de riesgo en la apnea obstructiva del sueño y el asma. Se indica además que aumenta en un 25% la probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo y ansiedad. En la obesidad mórbida la evidencia señala que la prevalencia de enfermedad hepática no alcohólica alcanza el 100%, además de asociarse con artrosis, disfunción sexual, síndrome de ovario Poliquístico e infertilidad (Masmiquel Comas, 2018).

En términos del riesgo, se ha referenciado que por cada 5 puntos de aumento en el IMC, el riesgo de desarrollar diabetes aumenta en un 200%, de la enfermedad renal crónica un 59%, de cardiopatía isquémica e ictus un 39%, el de enfermedad respiratoria un 20% y el cáncer 10% (Masmiquel Comas, 2018).

La Cirugía Bariátrica es altamente efectiva para provocar la remisión rápida y prolongada de la hiperglucemia, de la Insulino Resistencia y del requerimiento farmacológico de hipoglucemiantes orales o insulina. La mejoría de la sensibilidad a la insulina es más precoz que un cambio significativo en el peso. La reducción de la grasa visceral es la principal promotora en la mejoría de la insulino sensibilidad. Existe un eje entero-insular y entero-insulino-sensibilizador con señales humorales,

hormonales, neurales, muy complejas y aún bastante desconocidas, que participan tanto en la disfunción de la célula β como en la acción insulínica que permiten su control posterior a la cirugía y que es una de las indicaciones que se busca lograr en este tipo de pacientes (Hernández Rodríguez et al., 2013). Esta mejora de la diabetes ha sido ampliamente reportada y es uno de los ejes para la indicación de cirugía en pacientes obesos mórbidos, se le denomina “cirugía metabólica” ya que es capaz de mejorar las comorbilidades asociadas.

2.3 Cirugía bariátrica

El tratamiento quirúrgico de la obesidad se denomina “bariátrica”, término que procede del griego *baros* (peso) y de *iatrein* (tratamiento). El objetivo principal de la cirugía es mejorar la salud en el obeso mórbido mediante la pérdida de peso suficiente a largo plazo. El tratamiento dietético asociado a modificaciones del estilo de vida, práctica de ejercicio y terapia conductual, como también el tratamiento farmacológico asociado solo consigue pérdidas de alrededor del 10% del peso corporal a mediano plazo, lo que contribuye en la mejora de algunas comorbilidades, sin embargo, debido a los constantes fracasos de la dieta y la limitada eficacia del tratamiento farmacológico en pacientes con obesidad mórbida, es que se buscaron alternativas terapéuticas capaces de reducir las comorbilidades asociadas. No obstante, la cirugía debería buscar mejorar la calidad de vida del paciente mediante la pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo (González-González, Sanz-Álvarez, & Bernardo, 2008).

La primera operación utilizada para el tratamiento de la obesidad mórbida fue la resección intestinal masiva que fue pronto abandonada por su morbilidad e

irreversibilidad. Las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad deben indicarse exclusivamente en aquellos pacientes con $IMC > 40$ o en los que con $IMC > 35$ presenten enfermedades graves relacionadas con la obesidad (enfermedad cardiopulmonar grave, diabetes mellitus, enfermedad articular potencialmente tratable, apnea del sueño).

Existen en general tres tipos de cirugías que se clasifican según el grado de reducción del volumen gástrico y el grado de malabsorción intestinal:

1. Restrictivas. Reducen el volumen del estómago, produciéndose la pérdida de peso por la disminución de la comida que ingiere el paciente, como la gastroplastia vertical anillada o la banda gástrica ajustable.

2. Malabsortivas. Provocan una malabsorción de la comida a nivel del intestino, eliminándose por las heces, como la técnica clásica de Scopinaro o la derivación biliopancreática.

3. Mixtas. Combinan procedimientos de restricción y de malabsorción, como el by-pass gástrico (de Adana & Herrero, 2010); Kruger, Pricolo, Streeter, Colacchio, & Andrade, 2014).

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la cirugía debería reservarse para pacientes con obesidad mórbida, en los que todas las demás terapias han fracasado y que se sufren complicaciones metabólicas importantes.

Una de las cirugías más utilizadas para la obesidad mórbida es el bypass gástrico, el cual fue desarrollado por Mason et al en 1996, y el cual fue sometido a diferentes pruebas y ensayos para llegar a un consenso en la técnica de intervención, señalando que ésta consigue una pérdida de sobrepeso a los 5 años del 60-70%, en donde el paciente quedara con un IMC de 37-43 en función del peso

inicial, lo que se contrasta con algunas de las definiciones de fracaso propuestas internacionalmente.

El desarrollo de la cirugía bariátrica ha evolucionado según la dinámica mundial, en el segundo congreso de la Federación internacional para la cirugía de la Obesidad y enfermedades metabólicas (IFSO) el Dr. Scopinero cita que en España se realizan 500 intervenciones anuales, con 2000 cirugías registradas hasta ese entonces (1997). Según los datos recogidos por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) en el 2006 indican que se habían realizado 2.896 intervenciones, o sea la actividad se había multiplicado por 6 en 9 años, además el bypass gástrico fue la técnica utilizada en el 70% de las intervenciones, seguido de las técnicas Malabsortivas en un 17% y las restrictivas en un 12% (González-González et al., 2008).

Con todas las técnicas quirúrgicas la reducción del exceso de peso ocurre entre los 12 y 18 meses que continúan a la cirugía. La principal causa de ésta pérdida de peso es obviamente la disminución de la ingesta de alimentos, debido a la restricción alimentaria que esta genera. Además se produce con la cirugía anorexia y estimulación de la lipólisis por los cambios en los niveles de hormonas que controlan el apetito y el metabolismo energético (Papapietro, 2012).

En nuestro país se establece que podrán acceder al tratamiento quirúrgico en el sistema público de salud los pacientes que cumplan los siguientes Criterios de inclusión:

1. Edad entre 18 y 55 años.
2. Fracaso del tratamiento médico multidisciplinario (en APS).

3. IMC >35 con patología asociada (DM, HTA, Dislipidemia, Insulino Resistencia).

4. IMC entre 40-45.

5. No adicción a drogas.

6. No alcoholismo.

7. Ausencia de enfermedad psiquiátrica grave.

8. Baja del 10% de su peso previo a la cirugía.

Generalmente a los pacientes que optan por la cirugía bariátrica se les solicita una pérdida de peso pre operatoria como mecanismo de optimización de los resultados, pero luego de revisar la literatura aparecen dos ideas fuerza: que la pérdida de peso en el preoperatorio disminuye el tamaño hepático y el contenido graso de los tejidos abdominales y segundo, que existe una menor dificultad quirúrgica para los procedimientos bariátricos, por tanto esto mejoraría los resultados, pero no es indicativa de mejores resultados post operatorios (Martínez-Ramos, Salvador-Sanchis, & Escrig-Sos, 2012).

Carrasco et al. en su estudio plantea que las principales motivaciones de los pacientes para llevar a cabo la cirugía eran intrínsecas y extrínsecas; se destacaban la necesidad de sentirse más valorados y aceptados socialmente, aumentar su autoestima e insatisfacción con su imagen, lo que afectaba todos los aspectos en sus vidas. En este sentido una de las motivaciones por las cuales los pacientes tomaron finalmente la decisión de someterse a estas intervenciones, se encuentran la sensación de frustración que se genera luego de tantos intentos fallidos por bajar de peso. Además de lo anterior, se pueden apreciar motivaciones de carácter externo como lo son encontrar talla de ropa en las tiendas y tener la aceptación de gente

externa como familiares y/o amigos. Igualmente se indica que las enfermedades asociadas a la obesidad no fueron los factores relevantes de la motivación para someterse a la cirugía, sino que más bien era el miedo a padecerla en el futuro, el tener el conocimiento de cuan dañino para su salud era el ser obesas en un futuro próximo (Carrasco et al., 2014).

2.3.1 Post intervención cirugía bariátrica

A pesar de la efectividad de la cirugía bariátrica para la disminución del peso, su realización predispone al desarrollo de diferentes efectos colaterales, los cuales se derivan del acto quirúrgico como tal y de la nueva fisiología digestiva tras el procedimiento. La recuperación se logra mediante la colaboración activa del paciente y su adherencia a un programa estricto de control y seguimiento, por tanto, se dice que el éxito definitivo depende en un 40% de la cirugía y en un 60% del paciente (de Adana & Herrero, 2010).

Los principales problemas reportados en la literatura post cirugía son: alteraciones metabólicas y nutricionales, desnutrición proteica calórica, deficiencias de vitaminas liposolubles, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12, hierro, alteraciones en el metabolismo del calcio, nesidioblastosis que es una complicación metabólica que puede amenazar la vida, y aunque no se presenta con frecuencia se trata de una hipoglicemia hiperinsulinémica posprandial secundaria a una hiperfunción de la célula beta. Además se presentan alteraciones hepáticas, formación de cálculos, vómitos, síndrome de dumping que es una disminución del tiempo de transito estomacal, por tanto se producen mareos y sudor luego de ingerir una comida con alto contenido de glucosa, bulimia nerviosa, fracaso en la pérdida de

peso, y también se producen algunas alteraciones neurológicas como neuropatía periférica, encefalopatía y neuropatía aguda (Gaillemin et al., 2011; Hernández Rodríguez et al., 2013; M. A. Kalarchian & Marcus, 2003; Kruger et al., 2014; Yupanqui, Muñoz, & Guerra, 2008).

La preocupación del aspecto físico es una de las referencias más frecuentes que aluden los pacientes que se realizan cirugía bariátrica, por tanto las secuelas de ésta, como la piel sobrante, los vómitos y los cambios físicos debido a la deficiencia nutricional como la caída del pelo, y cambios en la piel, son los que generan un impacto desfavorable en la salud mental de los pacientes, repercutiendo en su niveles de autoestima, depresión, prejuicios y alteraciones en el funcionamiento social del paciente (Gaillemin et al., 2011; Yupanqui et al., 2008).

En lo que a imagen corporal se refiere, y especialmente pocos meses después de la cirugía, la pérdida de peso produce mejor autoimagen, una apariencia más atractiva, sensación de ligereza y satisfacción ante la reducción de medidas y talla, lo que redundaría en mayor facilidad para encontrar ropa de su gusto. Con el tiempo, sin embargo, algunos pacientes reportan no haber bajado tanto como esperaban o gran inconformismo con las secuelas de la piel. Dependiendo del grado de obesidad previo, edad y calidad de piel, son esperables secuelas como aparición de arrugas, pliegues en abdomen, flacidez en brazos y muslos y, en las mujeres, nalgas y senos disminuidos o descolgados, efectos indeseables que en algunos casos son puramente estéticos, pero que en otros pueden tener implicaciones mayores para la calidad de vida o en las relaciones del paciente (de Adana & Herrero, 2010).

La cirugía bariátrica como una estrategia radical, contribuye en la remisión de varios riesgos asociados, esencialmente sus comorbilidades, pero también se ha

reportado que un 20% del fracaso post operatorio se debe a causas esencialmente psicológicas (Bilbao Ramirez, 2016).

Respecto a la ansiedad, trastornos alimentarios y depresión existe evidencia contradictoria, unos estudios avalan que estas disminuyen con un tratamiento adecuado post cirugía (Karmali, 2013; Thonney, Pataky, Badel, Bobbioni-Harsch, & Golay, 2010) y otros estudios que demuestran que los cambios no perduran en el tiempo, por ejemplo con la depresión, lo mismo que con la ansiedad puede ser que disminuyan tras la cirugía, pero que se reactiven durante la recuperación misma, como reacción de adaptación a la nueva condición y exigencias de un estilo de vida muy diferente al acostumbrado. Los pacientes pueden tener dificultades para adaptarse psicológicamente tanto a las limitaciones como a las nuevas posibilidades de la cirugía, esto debido principalmente a: el efecto de cambios demasiado drásticos o rápidos en su físico, una pérdida de peso insuficiente o diferente a la planeada, un efecto inicialmente positivo de los comentarios agradables y atención social recibida, el cual decae cuando la vida se va normalizando, encontrar que la vida no mejora 'automáticamente' por el solo hecho de perder peso; todos estos factores se hacen evidentes y otros problemas emocionales o interpersonales nuevos o preexistentes no necesariamente relacionados con el exceso de peso. Es decir, el paciente se encuentra enfrentado con muchos problemas existenciales como el resto de las personas, pero sin la posibilidad de achacarlos más a la obesidad (de Adana & Herrero, 2010).

En el artículo de Carrasco et al. (2014) en el cual se estudiaron los cambios en la significación del propio cuerpo en mujeres adultas obesas que se habían sometido a cirugía bariátrica, se indica respecto a la autoestima que, la forma de relacionarse

con el mundo también cambia después de la cirugía, al igual que el modo en que el mundo se relaciona con ellas. Estos cambios evidencian una mejora en la autoestima de todas las pacientes, ya que, al sentirse más aceptadas, desarrollaron también una aceptación para con ellas mismas. Lo anterior permite hipotetizar que existe una correlación significativa entre el aumento de autoestima y un cambio positivo en la forma de relacionarse con el mundo y con su propio cuerpo. La ansiedad después de la operación, no se tradujo en ingesta de comida dada la aprehensión y nuevos hábitos de alimentación, si no que ahora es canalizada a través de la práctica de deporte, y en otros casos, es tratada con medicamentos.

Los cambios posteriores a la cirugía se evidencian tanto en la forma en que se refieren ahora a su cuerpo como en actividades concretas que actualmente realizan los pacientes, la forma en que cuidan ahora de sus cuerpos, tomando conciencia de cuánto y cómo afecta la concepción de ellos en su psique y viceversa. Afirman que actualmente sus cuerpos juegan un rol fundamental en sus vidas y son objeto de especial atención. Respecto a las relaciones, se reconoce que ha cambiado el modo en cómo se relacionan en su contexto, percibiendo un cambio positivo en diferentes áreas pero que apuntan a mejores relaciones. No obstante, un aspecto importante posterior a la cirugía son las cicatrices, en la cual las pacientes dicen llevarlo de buena forma ya que estas huellas les recuerdan quienes son y porque son así (Carrasco et al., 2014).

Una reflexión importante es que en este mismo estudio se hace alusión a que las pacientes anteriormente no tenían una mayor conciencia de sus cuerpos, y al intervenirlos quirúrgicamente se hicieron más conscientes de él, se dieron cuenta de que realmente está ahí y no solamente es un pedazo de carne que permite vivir, sino

que es un aspecto fundamental el poder habitarlo, y por lo mismo es merecedor de mayor cuidado y atención (Carrasco et al., 2014).

Un estudio que analizó la psicopatología de un grupo de 100 pacientes con obesidad mórbida que fueron sometidos a cirugía, dieciocho meses después de la cirugía, el 40% de ellos presento trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y dependencia de alcohol lo que se contrapone con algunos datos que proporcionan mejoría psicológica (Bayardo et al., 2006). Muchos pacientes con obesidad mórbida, posterior a la cirugía presentan atracones, por tanto, poseen más alteraciones en la conducta alimentaria, mayor dependencia al alcohol, mayor depresión, menos pérdida de peso y solicitan cirugía bariátrica a una edad más joven (Ayensa & Calderon, 2011; Sánchez Zaldívar et al., 2009).

Un estudio releva que la prevalencia de los trastornos depresivos se reduce significativamente después de la cirugía, mientras que la prevalencia de los trastornos de ansiedad se mantiene. Los análisis revelan que la presencia tanto de ansiedad como de trastornos depresivos al inicio del estudio se asoció negativamente con el grado de pérdida de peso después de la cirugía. El trastorno depresivo post-operatorio se asoció significativamente con una menor pérdida de peso a los 24-36 meses tras la cirugía. Además, las tasas de trastornos depresivos después de la cirugía parecen ser elevados (16,5% a los 6-12 meses y 14,3% a los 24-36 meses) en comparación con población general (de Zwaan et al., 2011).

Un aspecto importante posterior a la cirugía es la percepción de la calidad de vida, Rivas et al. (2009) en su artículo indica que los pacientes con intervención presentan una calidad de vida semejante a la de la población normal, después de

tres años de haber sido operados. A su vez determinó que los factores que influyen en la calidad de vida son el género femenino, estado civil y las actividades deportivas, pero no el IMC ni el exceso de peso perdido (Rivas et al., 2009).

Dentro de los efectos adversos que producen estas cirugías sobresale aquella en que los pacientes resultan con importante exceso de tejidos lo que les crea una barrera tanto funcional (limitaciones de movilidad, intertrigo-hongos en los pliegues, etc.) como psicológica (depresión, psicosis, etc.) en su integración a la sociedad, lo que les impide mantener un peso ideal o el impulso para hacer cambios en sus estilos de vida. Los obesos mórbidos, por lo general, son estigmatizados por su apariencia externa, y no sólo antes de su reducción de peso, sino que también después de bajar de peso. Al aumentar las operaciones bariátricas en forma exponencial (como ocurre en Chile al igual que en todo el mundo), también aumentan los pacientes que buscan a cirujanos plásticos para corregir estas deformidades que inexorablemente siguen a estas operaciones. A pesar de la alta frecuencia de la cirugía bariátrica, una gran mayoría de estos pacientes nunca llegan a hacerse cirugía plástica, una de las razones para no solicitar cirugía plástica, es debido a los costos y otra por la desinformación sobre las opciones que ofrecen los cirujanos plásticos para tratar estas condiciones residuales y que pueden ser resueltas por los seguros de salud. El principal objetivo de la cirugía estética o reconstructiva es aliviar la incapacidad funcional asociada al exceso de piel, ayudar a eliminar el estigma físico remanente de la obesidad y conseguir para el paciente una imagen corporal más satisfactoria (Prado & Fuentes, 2011).

Cualquier tratamiento para la obesidad, para que sea efectivo debería actuar sobre los mecanismos responsables del aumento y mantenimiento de la grasa. No

obstante, se sabe que esos mecanismos están en los comportamientos de los sujetos, o sea sus hábitos alimenticios, por tanto, para ser efectivos, el tratamiento debería conseguir un cambio en dichos hábitos por medio de la modificación de los comportamientos asociados, o por medio de los mecanismos responsables de las sensaciones de hambre y saciedad, cosa que aún no ha sido posible. Por tanto, la cirugía bariátrica no ataca ni los mecanismos conductuales ni los mecanismos fisiológicos asociados. La cantidad de alimento que debe consumir el sujeto post cirugía es parte de su control, él debe decidir en cada momento que cantidad de alimento ingerir, y es aquí donde precisamente radica la causa del fracaso, la baja motivación del sujeto para cambiar sus hábitos alimentarios, dadas las amplias consecuencias gratificantes e inmediatas que generan el comer, ya que la cirugía bariátrica no puede eliminar la sensación de placer que genera el comer (Moreno, Montiel, & Aguayo, 2002).

La literatura científica reporta que una gran proporción de pacientes requiere intervención en el comportamiento posterior a la cirugía bariátrica, ya que éstos podrían ser más receptivos a participar en intervenciones del comportamiento alimentario mal adaptados, que pacientes previo a la intervención en donde se observa una baja tasa de adherencia a estas intervenciones (Leahey, Bond, Irwin, Crowther, & Wing, 2009).

En un estudio se encontró que los cambios emocionales que experimentan los sujetos tras la cirugía no se relacionan con las pérdidas de peso obtenidas, más bien parecen asociarse con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción con la imagen corporal tras la intervención, ya que las mejoras informadas en las relaciones sociales y de pareja no se asociaron con las

pérdidas de peso y los cambios en la imagen corporal (Moreno, Montiel, & Aguayo, 2002). Esto es de suma relevancia, ya que nos indica que la pérdida de peso consigue cosas que son mucho más significativas para los sujetos, como la mejora de las relaciones sociales y de pareja, y que esto afecta a su vez positivamente en sus emociones y estado psicológico, lo cual conlleva una mayor sensación de bienestar, pero no es la propia baja de peso la que produce este bienestar, sino más bien la mejora en las relaciones sociales y de pareja.

El tratamiento bariátrico contempla un plano quirúrgico en donde lo que se recorta es lo orgánico, no obstante existe un plano psicológico donde se inscribe el lugar de la imagen, autoestima y motivación al optar a la cirugía. La evidencia señala que la salud mental del paciente operado no mejora de manera equivalente a las mejoras físico-orgánicas, esto resulta importante debido a que de acuerdo al ideal estético en el cual nos encontramos insertos, como imaginario social, influencia o genera presión en aquellos pacientes que presentan exceso de peso y que se someten a cirugía bariátrica, ya que psíquicamente también se les está exigiendo, aunque esto no este verbalizado. Es importante la consideración del equipo multidisciplinario en el tratamiento y post intervención quirúrgica, ya que aquellos pacientes operados evidencian que independientemente de la baja peso conseguida no se sienten conformes con el cambio corporal, ya que este ha sido idealizado de acuerdo a los cánones de belleza establecidos y que se encuentran presentes en el inconsciente colectivo (Bilbao Ramirez, 2016).

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Aspectos de la historia de la obesidad

Un punto importante que debemos considerar para comprender el fenómeno que envuelve al tema de la obesidad, es su historia. En los siguientes párrafos tratare de plasmar los diferentes tiempos y como en ellos se han ido desarrollando algunos conceptos que hasta el día de hoy se mantienen.

Prehistoria

El ser humano en esa época vivía como cazador recolector, en donde frente a los periodos de carencia a los cuales se enfrentó se seleccionaron los “genes ahorradores” que permitieron la supervivencia del ser humano a lo largo del tiempo, ahorrando la energía como depósitos grasos para aquellos periodos de déficit. La persistencia de la existencia de la obesidad en este periodo es a través de las estatuas de la edad de piedra, la más conocida es la Venus de Willendorf que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años y que está en el Museo de historia natural de Viena.

Edad Antigua

Posterior a esta etapa hubo un cambio de hábito en el ser humano, para iniciar la producción de alimentos, en donde se domestico a los animales y se inició el cultivo de plantas, dejando atrás al cazador recolector.

En Egipto se puede ver mediante un texto del antiguo testamento como el Faraón agradecido promete a José “toda la grasa de la tierra”, también señala “el virtuoso florecerá como el árbol de la palma... ellos traerán abundante fruto en la

edad avanzada: ellos serán gordos y florecientes” (Salmos XCII), aquí se observa que ya desde los primeros tiempos la obesidad estaba presente en la vida humana como un signo de ahorro de energía y poderío. Pero a su vez, en el imperio medio egipcio (siglos XXI-XVII a.C.), empiezan a aparecer por primera vez la asociación entre la glotonería y la obesidad, asociada a una condena y estigmatización del comer en exceso.

En Grecia, Hipócrates quien fue uno de los destacados de la medicina griega (siglo V a.C.) fue uno de los pioneros en descubrir que la obesidad se asocia a la muerte súbita, que es causa de infertilidad en las mujeres y que la frecuencia de la menstruación es reducida. Él definía a la Salud como un balance de los humores (refiriendo a los humores como líquidos: bilis negra, bilis, flema y sangre), y que la enfermedad se producía por un estado de desequilibrio en ellos. En este sentido aparecen las primeras recomendaciones para combatir la obesidad, entre las cuales está el ejercicio, en donde Hipócrates plantea “Los obesos y aquellos que desean perder peso deberían llevar a cabo unos fuertes ejercicios antes de la comida”. Luego, el gran filósofo Platón (siglo V-IV a.C.) señala que una dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida. Por tanto, es aquí donde comienzan las primeras recomendaciones para mantener un peso más saludable, y en donde la gordura ya no es considerada como un estado saludable o de poderío.

En Roma, Galeno (siglo II a.C.) quien es una de las figuras en la historia de la medicina, fue quien elaboro algunos conceptos de valor clínico, primero que todo identifico dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada, en donde la primera la establece como natural y la segunda como obesidad mórbida. Él comprendía la

obesidad en relación a un estilo de vida inadecuado, y así lo plasmo en sus libros en donde daba consejos de como bajar de peso por medio de “correr velozmente”, todas las indicaciones aún lejos de la cirugía, pero que en cierto modo buscan regular el peso corporal porque es considerado poco saludable.

En la cultura cristiana es donde aparecen las primeras ideas acerca de la glotonería, tanto San Agustín en el siglo V, como Gregorio I en el siglo VII, agregaron la glotonería como uno de los siete pecados capitales, otorgándole así a la obesidad una carga asociada al control del ser humano, o sea que él debía ser capaz de combatir y luchar contra este pecado (Foz, 2004). Aquí es donde nacen las primeras indicaciones que hacen responsable al propio ser humano de su estado, y en donde él debe tener la fuerza de voluntad para mejorarlo.

Edad media

La medicina árabe en la edad media consiguió gran extensión y prestigio, uno de los actores más importantes fue Avicenna (siglos X-XI), quien creo la enciclopedia médica, la cual fue utilizada como texto básico para la enseñanza de la medicina en aquella época. En ella Avicenna describe algunas recomendaciones para tratar la obesidad, dentro de las cuales están: “Procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino con objeto de evitar su completa absorción por el mesenterio; tomar alimentos voluminosos, pero poco nutritivos; tomar un baño, a menudo, antes de comer; y ejercicio intenso”.

En el imperio Bizantino se establecieron las causas y tratamiento de la obesidad y que no han diferido mucho con las indicaciones que actualmente residen.

El médico bizantino Aetius atribuía la obesidad a la dieta abundante, a la falta de ejercicio y a la crisis del cuerpo (temperamento, según la idea de Galeno). Los médicos bizantinos de la época prescribían vegetales, fruta, pescado y pollo, pero no mantequilla, carnes y sus despojos, marisco, queso o vino, indicaciones que aún siguen teniendo vigencia en la actualidad, y que son parte del proceso previo al sometimiento a cirugía.

En el Japón medieval existía una concepción particular de la obesidad, la cual puede ser interpretada por medio de un pergamino que existe en el museo de Fukoka, y en donde el texto que está en él indica: "...había una mujer prestamista que se volvió excesivamente gruesa. A causa de que ella comía toda clase de ricos comestibles, su cuerpo se volvió grueso y su carne demasiado abundante. Ella no podía caminar con facilidad y cuando lo hacía precisaba la ayuda de sus sirvientes. Sin embargo, aun contando con esta asistencia, ella sudaba profusamente, padecía una respiración fatigosa y sufría sin cesar". Por medio de este texto, queda de manifiesto que la concepción que se tenía en aquel tiempo sobre la obesidad también es consistente con la de otras culturas, en donde la obesidad es explicada por un consumo excesivo de alimentos, además de atribuirle una connotación de sufrimiento a esa condición (Foz, 2004).

Edad Moderna

Durante el transcurso de los siglos XVI y XVII aumenta considerablemente la producción de libros y textos asociados a la medicina, y así mismo de textos asociados a la obesidad, pero desde un contexto más clínico. Sin embargo es importante destacar también que existía una concepción más positiva en esta época

acerca de la obesidad, en donde ésta era símbolo de fecundidad y de atractivo sexual, así como de salud y bienestar, lo cual queda reflejado en las imágenes del famoso pintor flamenco Peter Paulus Rubens (1577-1640), además de los textos de William Shakespeare (1564-1616) y *The Maiden Queen* de John Dryden (1613-1700), en donde quedan plasmados en algunos párrafos la connotación más bien positiva de la obesidad.

En la primera mitad del siglo XVIII tuvo mucha difusión las enseñanzas del médico Holandés Herman Boerhaave (1668- 1738), quien planteo que algunos de los factores causales de enfermedad, y que pueden ser considerados válidos hasta el momento actual son: tipo de aire respirado; tipo y cantidad de alimento y fluidos que ingerimos; tipo de evacuaciones; cantidad de reposo y ejercicio; estado emocional de la mente; y cantidad y calidad del sueño. Además de referir que estos factores deberían depender del control individual. Aquí vemos nuevamente como al avanzar la historia y el tiempo la obesidad va adquiriendo una concepción más bien común por todas las culturas, en donde el consumo excesivo de alimentos es uno de los principales, y donde el propio control de la ingesta es determinante, otorgando a esta condición un carácter de responsabilidad individual y que puede ser manejable por el individuo y castigada por el resto al ser vista como una falta de control personal o pecado según de acuerdo a la cultura cristiana.

En la segunda mitad del siglo XVIII, específicamente en el año 1760 se publica una segunda monografía sobre la obesidad, del autor Flemmyng quien consideraba la obesidad severa como una enfermedad ya que limita las funciones del cuerpo, y acorta la vida a través de la producción de peligrosas alteraciones. Al igual que otros autores, Flemmyng plantea que dentro de las causas de la obesidad está el exceso de

comida, especialmente de tipo graso, aunque describe con acierto, que no todos los obesos son grandes comedores, así como también define que existía una alteración en la textura de la membrana celular, un anormal estado de la sangre que facilitaría el depósito de la grasa y una “evacuación defectuosa” como posibles explicaciones.

Al finalizar este siglo el médico J. Tweedie en 1799 delimita el concepto de enfermedad para la obesidad mórbida de la siguiente forma: “Corpulency is in very different degrees in different persons; and may be often considerable without being considered a disease but, however, there is a certain degree of it which will generally be allowed to be a disease” (la corpulencia se presenta en distintos grados en diferentes personas, y puede incluso ser de importancia y no ser considerada una enfermedad, pero hay un cierto grado de ésta que, por lo general, se reconocerá como enfermedad) (Foz, 2004).

Edad Contemporánea

Después de la revolución francesa, a inicios del siglo XIX, el principal foco de la enseñanza de la Medicina se trasladó de Edimburgo a París. Durante las tres primeras décadas del siglo, la Escuela Clínica de París gozó de un gran prestigio. Las ideas sobre la obesidad propias de esa época quedan reflejadas en el texto dedicado a la polisarcia (denominación de la época a la obesidad) “Textbook of Medicine” de Hufteland (1842), en donde se hace referencia específica al diagnóstico como una excesiva acumulación de grasa en todo el organismo o algunas partes, así como también acumulación en algunos órganos internos como el corazón, mesenterio y riñones, dificultando las funciones de los órganos y locomoción. Respecto a la patogenia hace referencia al uso inmoderado de algunos alimentos,

como la carne mientras que el ejercicio y la eliminación serían escasos. Y en cuanto a la terapéutica propone que es esencial disminuir la ingesta y aumentar la eliminación de los alimentos. Nuevamente por medio de las recomendaciones del autor de esta época podemos ver que existe un consenso acerca de cómo se llega a la obesidad (consumo excesivo), pero se vuelve a reiterar que la solución está en el control del sujeto de su propia ingesta (Foz, 2004).

En cuanto a la medicina alemana, podemos referir que uno de los descubrimientos importantes que se produjeron en esa época fue que algunos tipos de obesidad podían depender de un aumento del número de células adiposas, lo cual fue propuesto por A. Hassall (1849), además del desarrollo de la teoría de la conservación de la energía a cargo de Hermann Helmholtz (1821-1894) quien propone que durante la actividad muscular se conservaban la masa y la energía. Esta teoría aportó una base para estudiar si los individuos obesos se comportaban de un modo distinto, debate que aún en la actualidad no está del todo esclarecido. Uno de los hitos más importantes que se desarrolló en esta época, es el que hizo el estadístico, matemático y sociólogo belga Adolphe Quételet (1796-1874), quien establece la curva antropométrica de distribución de la población belga y propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (kg/m^2). Este índice es el que hoy conocemos como IMC y ha sido absolutamente divulgado y generalizado en el diagnóstico del tamaño corporal asociado a diferentes contextos y estudios y establecido como punto partida en el tratamiento de la obesidad, estableciendo categorías y de acuerdo a ella se establece si es candidato o no a la cirugía bariátrica.

Dentro de la medicina inglesa el gran aporte que debemos considerar es el del médico Chambers, quien recoge los hallazgos de los experimentos de calorimetría de Lavoisier y la primera ley de termodinámica de Helmholtz, y propone que la obesidad se produce por un desequilibrio calórico, además de proponer una clasificación de la obesidad según la edad de aparición y declara que los casos de obesidad en los primeros años es reversible y pero no así en la edad prepuberal (Foz, 2004).

Siglo XX

En la primera mitad de este siglo ya la obesidad se clasifica en endógena o exógena, según la predominancia de factores, ya sean genéticos o externos como el exceso de ingesta y sedentarismo. Además, se descubren algunas características esenciales de algunos tipos de obesidad sobre todo de tipo hormonal, como el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing. En España, Gregorio Marañón (1887-1960), el creador de la Endocrinología acepta la multifactorialidad asociada a la obesidad, aunque da demasiada importancia al factor endocrino, influido obviamente por su especialidad. Entre sus hallazgos, hace casi una descripción indiscutible del síndrome metabólico (diabetes, gota, arteriosclerosis), enfatizando la importancia para la salud de perder unos pocos kilos (4 o 5) e insiste en la importancia de la prevención dada la gran dificultad del tratamiento. Aquí se observa cómo se dan las primeras señales acerca del tratamiento de la obesidad, y lo complejo que resultaría con solo seguir las indicaciones dadas. Así, el mismo autor menciona: “El obeso adulto, constituido, debe tener en cuenta que un adelgazamiento no será obra de un plan médico, sino de un cambio total de régimen de vida”, por tanto, el tratamiento de la obesidad es un tema complejo y dificultoso, además de aseverar como muchos

otros autores que el cambio o la baja de peso depende netamente del control y cambio de vida que se está dispuesto a concretar.

En la segunda mitad del siglo XX se inician los estudios de obesidad experimental y se profundizan los estudios metabólicos para comprender mejor los mecanismos asociados a esta patología, además se emprenden los estudios en la conducta alimentaria y su control. La recomendación de aumento del ejercicio y disminución de la ingesta continúan siendo el gold estándar en el tratamiento como en los tiempos más remotos. En el año 1994 un grupo de la Rockefeller University liderado por J. Friedman descubren el gen *ob* en el ratón, proteína que codifica la leptina, y con este hallazgo se pensó que se podría tener la solución a la obesidad, se produjo un aumento significativo de las publicaciones relacionadas al tema, en donde se fueron descubriendo diferentes mecanismos de biología molecular y genética asociados al apetito, produciendo un enorme avance en el conocimiento desde aquel entonces hasta ahora acerca de los diferentes mecanismos involucrados en la obesidad. No obstante, es en este periodo donde toma relevancia la cirugía bariátrica como un método eficiente frente al fracaso del tratamiento médico, y propuesto como solución frente a los continuos intentos de los pacientes por bajar su peso corporal (Foz, 2004).

3.2 Etiología: genética y ambiente

Es conocido que la prevalencia de la obesidad tanto adulta como infantil ha alcanzado cifras alarmantes, adquiriendo características epidémicas en los países desarrollados. No obstante, la etiología precisa de la obesidad aún no ha sido completamente desarrollada, pero variados estudios en humanos y animales en un

intento de explicar el fenómeno han permitido avances importantes para la comprensión de cómo se podría regular el peso corporal, como calcular el gasto calórico y consumo alimentario, todas variables que a su vez estarían determinadas por factores genéticos y ambientales (Valenzuela & Formiguera, 2002).

3.2.1 Factores genéticos

La obesidad es una enfermedad cuya patogenia es compleja y donde están involucrados tanto factores ambientales como ciertas características genéticas, diferentes estudios realizados en niños adoptados o gemelos monocigotos han permitido demostrar la influencia de estos factores genéticos no tan solo en la reserva de la grasa sino también en su distribución.

Existen algunos tipos de obesidades extremas, que generalmente están asociadas a la alteración de un determinado gen. Existen diferentes mutaciones en los genes que suelen estar implicados en la obesidad, ya que afectan las vías centrales que controlan la ingesta de alimentos, se han descrito algunas mutaciones en el gen de la leptina (hormona anorexizante producida por la grasa) o en su receptor; en algunos de estos casos el tratamiento con leptina ha mejorado considerablemente el cuadro clínico. También se han reportado alteraciones en genes implicados en la vía de síntesis y actuación de la melanocortina, molécula que inhibe la ingesta alimenticia, (gen de la proopiomelanocortina (POMC), gen de la prohormona-convertasa 1 (PC-1), y el gen del receptor de la melanocortina (MC4R)) que se asocian con formas variables de obesidad.

Sin embargo es importante destacar que estas formas monogénicas de obesidad son muy escasas (menos del 5%), y la mayoría de los casos se asocian más bien a una herencia de carácter multifactorial, que de cierta manera controla la evolución del ser humano desde la delgadez al sobrepeso. La investigación de los genes implicados en la obesidad aún no están totalmente desarrollados, no existe una definición clara de su mecanismo de actuación, pero en algunos estudios con genes candidatos realizados en familias o en casos/control y en diferentes poblaciones han permitido identificar más de 400 regiones implicadas en la regulación de la ingesta de alimentos, en el control del gasto energético y de las diferentes vías metabólicas que podrían estar asociadas a la obesidad, insulino resistencia y síndrome metabólico.

Existe discordancia entre algunos estudios desarrollados, pero se han podido identificar algunos genes con regiones variables (genes de las proteínas desacoplantes (UCP), genes de receptores adrenérgicos β_2 y β_3 , gen del receptor activado por el proliferador de peroxisomas γ (PPAR γ), gen del factor de necrosis tumoral α (TNF α), gen de la insulina, etc.), en los que algunas formas polimórficas se relacionan con el riesgo de padecer obesidad y sus posibles complicaciones.

Se ha demostrado que una alimentación excesiva, especialmente de grasas saturadas, alimentos procesados y ricos en azúcar incrementa el riesgo de desarrollar obesidad en individuos que son susceptibles genéticamente (Valenzuela & Formiguera, 2002).

Hoy en día sólo en algunos casos particulares de alteraciones monogénicas, debido a los hallazgos de los estudios moleculares se puede intervenir en la prevención de la obesidad y sus complicaciones. No obstante, el conocimiento

genético, si bien ayuda a la definición de los mecanismos implicados, debe avanzar mucho más hacia la comprensión de los mecanismos moleculares implicados en la patogenia, por tanto, la actuación clínica dirigida a prevenir la obesidad debe orientarse a controlar los factores ambientales y sociales implicados en este fenómeno (Castaño, 2004).

3.2.2 Factores ambientales

Ahora bien, para que la información genética se exprese se requiere de un medio ambiente propicio para aquello, un ejemplo de esto es el de los indios Pima, quienes tenían una de las poblaciones con los índices más altos de obesidad (60% aprox.) y de diabetes mellitus tipo 2. Esta población se dividió en dos ramos, hace unos 2000 años atrás, una parte de ellos emigró a Estados Unidos y otra hacia México, la primera fue adoptando los estilos de vida y cultura del país, lo que conllevó a presentar elevados niveles de obesidad (26 kg. en promedio más), mientras que los que permanecieron en México mantuvieron sus costumbres ancestrales de alimentación (recolectores) y de actividad física, presentando bajos niveles de obesidad en la actualidad (Valenzuela & Formiguera, 2002).

Los factores ambientales más importantes son la alimentación y la inactividad física, donde una gran cantidad de estudios demuestran la relevancia de estos factores en la génesis de la obesidad (ASOCIADAS, 2006). A este ambiente se le ha denominado "ambiente tóxico u obesígeno", como una forma de referirse al estilo de vida en países desarrollados que promueven una alimentación rica en ácidos grasos y cargada de azúcar además de la falta de actividad física debido a la industrialización y tecnificación de los diferentes procesos.

Un concepto importante a tener en cuenta en esta patología es lo que se denomina *Lipogénesis de novo*, proceso por el cual se sintetiza la grasa a partir de otros sustratos energéticos como lo son los carbohidratos por lo que la grasa que se almacena en nuestro organismo es de responsabilidad preferente de la dieta que ingerimos (Martinez, Moreno-Aliaga, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Sin lugar a dudas por otro lado tenemos la disminución del gasto energético, ya sea de las actividades cotidianas como en la práctica de ejercicio regular. La inactividad física ha sido referenciada como un predictor no sólo de la ganancia de peso, sino también de la recuperación de él una vez bajado. La actividad física contribuye al aumento del gasto energético, así como también posee beneficios tanto en la salud física como mental, por tanto, los individuos que son sedentarios están más expuestos a presentar obesidad (Valenzuela & Formiguera, 2002).

Un factor no menos importante a considerar además es el abandono del tabaquismo, ya que se considera que contribuye a la ganancia de peso, no obstante, es secundaria a una combinación que se produce en la disminución del gasto metabólico con un incremento de la ingesta energética. Las explicaciones de este fenómeno son variadas, pero algunas de ellas plantea que se incrementa la leptina con el fumar, o sea existe una sensibilidad aumentada del receptor de la leptina en el hipotálamo asociado a la nicotina, lo que obviamente se revierte con su abandono, asimismo existe una estimulación de la liberación de serotonina cerebral y aumento en la actividad de la lipoproteinlipasa del tejido adiposo con el hábito tabáquico, esto probablemente como una forma de compensar el mayor gasto energético, lo que persistiría por algún periodo después de abandonar el cigarrillo.

Sin embargo, existen otros factores ambientales implicados en la génesis de la obesidad, y que a la hora de tratar de explicar el fenómeno podrían resultar relevantes, como lo son: el nivel socioeconómico, estrés, ingesta de alcohol, embarazo, menopausia, envejecimiento e ingesta de fármacos, entre otros (Valenzuela & Formiguera, 2002).

3.3 Epidemiología de la obesidad en Chile

Chile, durante los últimos decenios ha experimentado importantes cambios desde el punto de vista epidemiológico y nutricional. En 1970, el 17% de las muertes fueron originadas por enfermedades cardiovasculares y el 12% se debieron al cáncer. En el año 2000, las enfermedades cardiovasculares junto con el cáncer sumaron más del 50% de las causas de muerte en nuestro país. Es importante destacar el aumento de un grupo de enfermedades que se han asociado a los cambios de nuestro patrón de alimentación, tales como lo son la diabetes mellitus, el cáncer de próstata, mama y vesícula, entre otros (Burdiles P. Patricio, 2012).

El patrón de consumo de grasas en la dieta, como porcentaje del total de calorías ingeridas, se ha incrementado progresivamente, de acuerdo con la Encuesta de Consumo Alimentario (ENCA, 2014) la ingesta de ácidos grasos y colesterol es significativamente mayor en hombres, pero en ambos sexos presenta un patrón preocupante por el alto consumo de ácidos grasos saturados, reconocidamente riesgosos para la salud. Ello en desmedro de un mayor consumo de componentes mono o poliinsaturados, los cuales se consumen poco.

Respecto al consumo de frutas, el 95% de la población registra consumo de fruta fresca, pero las medianas de ingesta en los que las consumen alcanzaron 168

g/día, lo que equivale a una ración de fruta diaria aproximadamente, (140-150 gr. aproximadamente) como una pieza mediana de pera, manzana, naranja, plátano, etc. A su vez no se registraron diferencias significativas en las medianas de consumo entre hombres y mujeres. Si bien las proporciones de consumo son similares en todos los grupos de edad, se alcanza el máximo en las personas de 50 a 64 años, quienes reportan un consumo mediano de 185 g/día, mientras que el menor consumo es en el grupo de 14 a 18 años con casi 152 g/día (MINSAL, 2014).

El sedentarismo es otro problema muy relevante en nuestra población, ya que prácticamente el 89%% de ella es sedentaria, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud del año 2010 (MINSAL, 2016-17). Todos estos cambios se han producido en un contexto de crecimiento económico sostenido de Chile desde la década del '70, el cual se incrementó en la década del '90, duplicándose el ingreso *per cápita* a más de US\$5.000 del año 2000 en adelante. Como consecuencia de este progreso económico, el parque automotriz aumento de 300.000 en el censo de 1970 a más de 2.000.000 en el censo del año 2000, cifra que ha continuado en ascenso progresivo. No obstante, también debe destacarse el aumento del número de televisores, este es muy elevado y no discrimina por nivel socioeconómico. El número de horas frente al televisor de la mayoría de los chilenos es de 2 a 3 horas diarias de lunes a viernes, aumentando de 4 a 5 durante los fines de semana (Burdiles P. Patricio, 2012).

Esto sin lugar a duda repercute de manera importante en nuestro estilo de vida, en donde se ha modificado sustancialmente la alimentación y se ha disminuido la práctica de actividad física, ambos considerados como factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad.

La obesidad constituye un riesgo importante para otras patologías, especialmente para la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e hipertensión arterial, lo que está estrechamente relacionado a la distribución de la grasa abdominal. Un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m² define obesidad en el adulto, sin embargo no es un indicador preciso de la cantidad y distribución de la grasa corporal, y que no debe ser aplicado de igual forma a todas las etnias (Valenzuela & Formiguera, 2002).

Existe consenso en que la obesidad ha aumentado de forma significativa en los últimos años, afectando a todas las edades, motivo por el cual se deben realizar numerosos esfuerzos para detener su avance e implementar mejores estrategias de prevención y tratamiento orientadas a la publicidad y coste de los alimentos además del planeamiento urbano (ASOCIADAS, 2006).

3.3.1 Factores dietarios

En nuestro país se ha incrementado la prevalencia de obesidad en todas las edades, lo que como ya se ha expuesto se debe a modificaciones en el patrón alimentario, especialmente de los últimos años, donde se ha visto una tendencia mayor hacia la “dieta occidental”, que se caracteriza por un consumo de alimentos hipergrasos y procesados (Valenzuela & Formiguera, 2002).

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA, 2014) se menciona que sólo el 5,3% de la población posee un índice de alimentación saludable, y que un 94,7% de la población requiere de cambios en su dieta, además por medio de la misma encuesta se refleja la desigualdad en esta variable, ya que los niveles socioeconómicos (Wimmelmann, Dela, & Mortensen) más bajos y del área rural presentan: mayor consumo de alimentos con alto contenido de nutrientes

críticos y energía, una gradiente favorable a los niveles altos para lácteos, frutas, verduras y pescados; gradiente opuesta para leguminosas, menor consumo de alimentos con nutrientes protectores y mayor sobrepeso y obesidad (MINSAL, 2014).

El informe de FAO sobre el perfil nutricional de Chile publicado en 2001 (basado en la información de las hojas de balance correspondientes al período 1964-1998) muestra un aumento en el consumo de energía, pasando de 2630 kcal/día/persona en el año 1965 a 2819 kcal/día/persona en 1997. Este aumento de 7% se acompaña de un cambio en la composición de las calorías consumidas, caracterizado por una disminución de 12% en el aporte de los carbohidratos en relación con el período 1964-1966 y un aumento del consumo de las grasas cercano al 45%, siendo este cambio el más significativo del período. Este informe también revela una disminución en la contribución de los alimentos de origen vegetal en favor a los de origen animal, disminuyendo los primeros de 84% en 1964-1966 a 78% en 1996-1998. Destaca a su vez, el descenso de la disponibilidad de leguminosas y el aumento de carne, lácteos, huevos, grasas animales, aceites vegetales, frutas y hortalizas.

Para el periodo 1995-2003, las hojas de balance indican que el consumo de energía continuó en ascenso, alcanzando un máximo de 2872 kcal/día/persona en el año 2003, lo que equivale a un aumento de 4,8% en relación al valor observado en 1995 (Mendoza, Pinheiro, & Amigo, 2007).

Por tanto, es posible esperar mayores aumentos en el consumo energético total diario en los años actuales, ya que la tendencia desde años anteriores ha ido en aumento, consumiendo preferentemente mayor cantidad de grasa versus alimentos de orígenes vegetales y leguminosos.

3.3.2 Actividad física

América Latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización, puesto que más de 60% de la población habita en centros urbanos. Este acelerado crecimiento de la población urbana ha avanzado con más rapidez que el desarrollo de la infraestructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. En conjunto, estas diversas tendencias han contribuido a la insuficiencia de los sistemas de transporte, al aumento de los embotellamientos de tránsito y de la contaminación ambiental, a un descenso de los niveles de actividad física tanto en el trabajo como en horas libres y cambios del panorama físico y social en las zonas urbanas (Jacoby, Bull, & Neiman, 2003).

La alta prevalencia de inactividad física, con sus riesgos sanitarios, son especialmente alarmantes a la luz de los extensos y acelerados cambios del estilo de vida en zonas urbanas que fomentan la comodidad y el mínimo esfuerzo en todos los ámbitos de la vida: el trabajo, las tareas domésticas, el transporte y los pasatiempos (Jacoby et al., 2003).

La inactividad física ha sido considerada como un problema de salud importante, ya que constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). La inactividad física está cada vez más extendida en muchos países, y ello repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de ENT (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes o

cáncer) y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso y obesidad. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas. Además, las ENT representan actualmente casi la mitad de la carga mundial total de morbilidad (OMS, 2010).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud en Chile un 86,7% de la población es sedentaria, en los hombres la prevalencia es de un 83,3% y en las mujeres de un 90% (MINSAL, 2016-17).

El Instituto Nacional de deportes, en su encuesta nacional de hábitos de actividad física y deportes en la población chilena de 18 años y más, reporta que un 82,7% de la población es sedentaria, lo que refleja que aún persisten altas tasas de sedentarismo, además al establecer la prevalencia por sexo, se observa que los varones presentan un 80,1% y las damas una prevalencia superior con 84,1% respectivamente. Al considerar los datos de la encuesta también se observa una tendencia al ascenso de la prevalencia de sedentarismo al avanzar en edad, presentándose la misma tendencia por grupos socioeconómicos (IND, 2012).

Generalmente las explicaciones que se utilizan para exponer el fenómeno de la obesidad se basan en esta dualidad, exceso de alimentación e inactividad física, dejando de lado otras variables mencionadas anteriormente sumamente importantes, que están implicadas en su desarrollo y que en cierta medida explican mucho mejor este fenómeno multifactorial (Arnaiz, 2009).

3.3.3 Prevalencia de obesidad

La obesidad constituye en la actualidad la enfermedad nutricional más prevalente en la población < 20 años. En población escolar chilena, la tendencia secular muestra que la obesidad se ha casi triplicado en varones y mujeres al comparar estudios realizados en la década del 80 y del 90. En la actualidad, no es necesario consumir "grandes" cantidades de alimentos para acumular un exceso de peso corporal. La gran disponibilidad de alimentos hipercalóricos y los hábitos de vida cada vez más sedentarios especialmente en poblaciones urbanas, condicionan una retención neta de calorías que, al mantenerse en el tiempo, explican el aumento creciente en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Por otra parte, los hábitos familiares muy arraigados son difíciles de reemplazar por otros más saludables, si no se involucra a la familia en el tratamiento del sobrepeso es casi imposible romper estos hábitos ya instaurados.

La obesidad infantil y juvenil es una enfermedad crónica porque se perpetúa en el tiempo y suele acompañarse de trastornos metabólicos como hipercolesterolemia y resistencia insulínica que determinan a futuro un mayor riesgo de diabetes tipo 2, de hipertensión arterial, de arteriosclerosis y de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares isquémicas (Burrows, Gattas, Leiva, Barrera, & Burgueño, 2001).

La prevalencia en población infantil, de acuerdo a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) publicó en el mapa nutricional correspondiente al año 2013, el cual se basó en 692 mil 887 encuestas realizadas en estudiantes de prekindergarten, kindergarten, primero básico y primero medio del país, en donde se recolecta datos antropométricos de escolares que pertenecen a las Escuelas Municipalizadas y

Particulares Subvencionadas del país. Junaeb declara que el 25,3% de los menores de primero básico padece de obesidad, mientras que un 26,5% tiene sobrepeso. Esto quiere decir que, más del 50% de los infantes entre cuatro y seis años pesa más de lo que se considera normal para su edad.

En el caso de los estudiantes de prekindergarten, el 22,3% son obesos. Lo mismo ocurre con el 23,6% por ciento de los estudiantes de kindergarten. Esto, en comparación con el último estudio realizado en el año 2007, muestra un aumento de un 33,7% por ciento en los registros de obesidad infantil. Ahora, para el nivel de primero medio se registra una prevalencia de 12,3%. En cuanto a distribución geográfica, el estudio apunta que la zona austral del país tiene los mayores registros de alumnos de primero básico con problemas de peso: Aysén un 28,8%, seguida por El Maule con un 28,3%, mientras que Arica y Parinacota presenta una prevalencia de un 20,8% (JUNAEB, 2014).

Respecto a la obesidad en la edad adulta, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, un 31,2% de nuestra población presenta Obesidad, y al hacer una distinción por sexo, se observa que entre los varones un 28,6% presenta obesidad, mientras que en las mujeres existe una prevalencia de 33,7%. Respecto a la Obesidad mórbida un 3,1% de la población la presenta, la cual ha experimentado un aumento desde el 2010, cuando se realizó la encuesta anterior, que la cifró en el 2,3% (ENS, 2016-17).

3.4 Antropología de la obesidad

El origen de la obesidad se halla en una serie de adaptaciones culturales y biológicas que se desarrollaron en respuesta a la escasez de energía que afectó durante un largo periodo a la evolución humana. Existe un mecanismo biológico de

adaptación, el cual se localiza dentro de los componentes genéticos y neurofisiológicos de un complejo sistema metabólico fabricado para acumular y proteger los depósitos de energía (tejido graso).

Nuestros ancestros sobrevivieron a la inclemencia de aquellos tiempos, encontrando diversas fuentes de alimentos, desarrollando eficientes tecnologías para el procesamiento de los y evolucionando hacia un sistema metabólico muy eficiente, el cual lo protegió contra los periodos de inanición y proporcionar la energía necesaria para mantener al cerebro humano.

No obstante, hoy en día existe un contexto de abundancia energética, se ha creado un ambiente obesogénico que está siendo adoptado por todos los individuos y en donde estas adaptaciones metabólicas de la evolución humana no son efectivas en esta nueva situación o contexto (Burdiles P. Patricio, 2012).

<i>Hipótesis del Genotipo Ahorrador:</i>	<i>Hipótesis del Fenotipo Ahorrador</i>
<p>Este se desarrolló para proteger a las poblaciones humanas frente a la inanición.</p> <p>Se realizó una adaptación biológica, que consistía en una rápida liberación de insulina, para permitir una eficiente transformación del azúcar para la obtención de energía, además de almacenar el exceso de energía en periodos de abundancia para resistir los</p>	<p>Este se desarrolló en el contexto de la desnutrición fetal, la cual conlleva a una adaptación metabólica alterada que se traduce en que posteriormente cuando el individuo se expone a aportes excesivos de energía presenta un aumento del peso y del riesgo de enfermedades cardiovasculares.</p>

periodos de carencia.	
-----------------------	--

Modificado de Burdiles P. Patricio, 2012.

En periodos de hambruna el genotipo ahorrador era lo suficientemente eficiente para enfrentar los diferentes requerimientos energéticos, sin embargo hoy en día donde existe un progresivo desarrollo económico e intercambio comercial, en donde la abundancia de alimentos es sin duda generalizada, la cual inscrita en el contexto actual de inactividad física, hacen que este genotipo finalmente sea perjudicial ya que promueve permanentemente el depósito de grasa, lo que claramente se traduce en un aumento de la prevalencia de obesidad, además de la resistencia a la insulina que lleva consigo y la diabetes mellitus.

3.4.1 Evolución del hombre y obesidad

De cierta forma nuestra composición de la dieta refleja la composición de nuestro organismo, al menos a largo plazo. La evolución humana se describe a continuación:

Tipo	Años	Características
<i>Ardipithecus ramidus</i>	Hace unos 5 millones de años.	Era un mamífero de aproximadamente 1,20 m de altura, cuadrúpedo, de vida arbórea, se alimentaba de hidratos de carbono la mayor parte de ellos complejos y muy abundantes en fibra (frutos, hojas, brotes, flores y raíces). El complemento necesario de proteínas y grasas lo obtenía mediante la ingesta de insectos, huevos, reptiles y algunos pequeños mamíferos.

<i>Australopithecus afarensis</i>	Hace unos 4 millones de años.	Este era un homínido con un cráneo similar al de un chimpancé, bípedo. Se adaptó desarrollando una particularidad metabólica, que le permitió digerir la glucosa, mayoritariamente al tejido adiposo, además de la leptinorresistencia, hormona que enviaba una señal al cerebro sobre los depósitos grasos para inhibir la ingesta de alimentos, manteniendo un control del peso corporal.
<i>Homo ergaster</i>	Hace unos 1,6 millones de años.	Era un hombre trabajador, carroñero de una estatura de unos 1,80 m y una capacidad craneana estimada de 1.000 cm ³ en la etapa adulta. Es aquí donde se consolida el gen ahorrador, donde se desarrolló la insulino resistencia del tejido muscular, favoreciendo la acumulación de grasa en el tejido adiposo.
<i>Homo sapiens</i>	Hace unos 40,000 años.	Este era un hombre con un cerebro de tamaño y complejidad mayor al anterior, donde los únicos alimentos disponibles eran la carne y la grasa de animales, y muy escasa en hidratos de carbono. Posteriormente con la incorporación del fuego y cultivos, la alimentación fue cambiando, incorporando semillas, legumbres, frutas y verduras. Aquí el tejido adiposo se convirtió en un reservorio de excedentes energéticos.

Modificado de Burdiles P. Patricio, 2012.

Al cambiar drásticamente el estilo de vida y al abandonar el patrón alimentario asociado a nuestro diseño evolutivo, empezamos a consumir dietas hipercalóricas, hiperproteicas, rica en grasas e hidratos de carbono de rápida absorción y alto índice glicémico sumado al proceso de inactividad física es que hemos generado este balance energético positivo acrecentándose cada vez más la obesidad.

3.4.2 Perspectiva de género asociada a la obesidad mórbida.

En la actualidad, los medios de comunicación de masa y la industria de la belleza y de la dieta promocionan un modelo estético que está muy lejano a la realidad de la gran mayoría de la población. Esto se agudiza en el género femenino ya que están presionadas socialmente para ser atractivas, las mujeres de todas las edades realizan desmesurados esfuerzos por alcanzar dicho modelo, ya sea a través de cirugías estéticas, dietas rigurosas, etc., muchas veces con consecuencias tan graves como la anorexia, la bulimia, e incluso muertes por malos procedimientos médicos.

Desde la medicina también se hace un llamado a poseer un cuerpo saludable, que si bien no necesariamente debe ser delgado, este si debe ser ejercitado y alimentado adecuadamente, delegando la responsabilidad de aquello a los individuos, con la consecuencia de presentar frustración en aquellos que no consiguen alcanzar estos parámetros.

Castañeda Abascal (2007), en su artículo plantea que existen varios aspectos de la vida donde se manifiestan las diferencias de género, específicamente los roles de género que hacen referencia a la división sexual del trabajo y que tienen relación

con lo siguiente, primero que todo con el rol reproductivo, que hace alusión a la reproducción biológica y actividades necesarias para responder al bienestar y supervivencia de los individuos tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la atención, los cuidados, mantenimiento del hogar, etc. Luego está el rol productivo, que hace referencia a las actividades para producir ingresos personales para el mantenimiento del hogar. Y por último el rol de gestión comunitaria que se refiere a aquellas actividades que se hacen para contribuir al desarrollo de la comunidad.

De acuerdo a estos roles señalados anteriormente, es que se ha definido que el rol reproductivo ha sido en general atribuido a las mujeres, considerándose algo natural y propio del género, donde ellas mantienen una posición de servidoras, no así el género masculino al cual se le atribuido generalmente el rol productivo, en donde también existe una demostración de poder frente al poder adquisitivo que se obtiene. Respecto al rol gestión comunitario, si bien ambos géneros actúan, el género masculino se dedica a tareas de gestión, dirección más bien relacionadas a liderazgo, mientras que la mujer realiza tareas asociadas a su rol reproductivo, como la provisión de los alimentos, educación, sanidad, o sea tareas que aseguren el bienestar de la comunidad (Castañeda Abascal, 2007).

El papel de la mujer es analizado a partir de los años 60, no sólo en relación con la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuido a la madre), la desaparición del hábito de comer en familia, la supresión de una vigilancia más próxima sobre los hijos, se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea. Estas manifestaciones focalizaban la culpa de los trastornos, en la incorporación de la

mujer a la vida pública e insinuaban cierto “descuido del cuidado doméstico”. Sobre ellas cae así una doble exclusión, la de la “estética pública”, a la que son enfrentadas cada vez con más presión y la “estética doméstica”, ambas exigiendo una “imagen ideal”.

A las formas antiguas de exclusión, la estética de la imagen las complementa, llevando a que muchos hombres, pero muchas más mujeres, no sólo deban competir con el mundo externo, sino con su propio cuerpo para alcanzar un cambio que devuelva en el espejo la figura deseada, o en su defecto que se torne tan complejo alcanzar este estereotipo de belleza que se aborten todos los mecanismos para conseguirlos, y se ahogue en una depresión que conlleve al aumento de peso (Corti, 2005).

En pacientes con obesidad, especialmente en las mujeres se encuentra una asociación entre sobrealimentación y alexitimia (dificultad para identificar en sí mismo el componente afectivo de las emociones y expresarlo verbalmente), lo cual favorece las conductas de sobrealimentación como un modo de autorregulación (Rojas, Brante, Miranda, & Pérez-Luco, 2011).

Los medios de comunicación hoy en día juegan un rol fundamental en la transmisión del paradigma de la delgadez y estigmatización de la obesidad. Un estudio que se realizó con mujeres adolescentes entre 12 y 18 años, demostraron que aquellas que dedicaron más tiempo a estar en Facebook en actividades relacionadas con imágenes están más propensas a concebir el ideal de delgadez, se sienten más insatisfechas con su peso, por ende también se acercan en mayor medida a productos que se venden como adelgazantes (Martín, 2015). Así mismo, una investigación confirma que las preocupaciones en torno al peso corporal

comienzan alrededor de los 8 años, y la mayor parte de las niñas independientemente de su IMC señala que quiere estar más delgada. Por tanto, es desde aquí que se comienza con la presión que ejerce la sociedad sobre la imagen corporal, en especial en el género femenino, haciéndolas más vulnerables a padecer trastornos alimentarios, del sueño y a padecer trastornos depresivos y de ansiedad en una prevalencia superior en tres veces más que los hombres. En nuestros tiempos se aprende a percibir el cuerpo desde la perspectiva de un observador externo, o sea desde la mirada del otro, estableciéndose como algo esencial la atracción sexual, y el logro de la satisfacción, relacionándose mutuamente, el bienestar y el éxito con la estética, que en el caso de las mujeres, la delgadez se coloca como requisito de aprobación, inclusión o motivo de exclusión.

En general se puede indicar que las personas con obesidad mórbida son sujetos de discriminación y estigmatización, pero no sólo se penaliza el exceso de peso, sino también la falta de interés, fuerza de voluntad o motivación por lograr un peso adecuado y/o mantenerlo, se penaliza la audacia de ocupar y disfrutar espacios públicos sin disculparse, o mostrar lamento u ofensa, lo que se traduce en que las personas que poseen un exceso de peso tiendan a esconderse y evitar el espacio social (Martín, 2015).

Remontándonos a la historia de la construcción de la identidad femenina, ésta ha estado centrada en la maternidad, en donde se le define como un “ser para otros”, lo que es tan profundo que incluso llega a tener implicancias en la autoestima, la valoración social y la capacidad de tomar decisiones y actuar sobre su propio cuerpo, su vida y su alimentación. Debido a que a la mujer se le atribuye la tarea de nutrir y alimentar a los demás, ya sea su familia o individuos a su cargo, al reflexionar sobre

esta construcción de identidad asignada a través de la historia, se cuestiona la posibilidad que tendría de cuidar de su propio bienestar, lo que aún en tiempos actuales es penalizado, cuando se percibe algún descuido en un familiar o ser a cargo ya que no estaría cumpliendo el rol asignado (Gil-Romo & Coria, 2007).

Desde una perspectiva de género en donde se articula con la visión que tiene una sociedad respecto a la feminidad y masculinidad, y donde se busca ir más allá del sexo y comprender como las diferencias biológicas se transforman en desigualdades en estas conceptualizaciones, es relevante pensar como la obesidad en mayor medida en las mujeres se transforma en estigma y presión para obtener un cuerpo perfecto. El recién nacido a través de las relaciones afectivas con los padres y cuidadores, ira construyendo su imagen corporal por medio de la internalización de las significaciones imaginarias (valores, creencias, prácticas) presentes en sus padres o cuidador, de tal forma, que en el futuro este individuo pueda desenvolverse adecuadamente, sin embargo, estas interacciones tanto conscientes como inconscientes (valoraciones de progenitores), son las que inciden y se instalan en el inconsciente del sujeto, las cuales estarán a su vez influidas por la construcción social que se ha hecho referente a la identidad femenina, masculina y obesidad. Existe una asociación entre éxito y cuerpo esbelto o delgado, donde las personas con obesidad tienden a rechazarse a sí mismos, porque este ideal de cuerpo perfecto que sostiene la sociedad y que es perpetuada por los medios de comunicación trasciende en el sujeto y su familia, generando insatisfacción constante y presión por llegar a este ideal, el cual se acentúa en el género femenino donde hay una sobre preocupación por la apariencia física, percibiéndose como poco atractivas y faltas de voluntad (inseguridad personal, desconfianza en sí mismas,

incertidumbre por lo que podrían hacer), transformándose en un círculo virtuoso, ya que refieren a la comida como la mejor amiga que es capaz de calmar, tranquilizar y usada como refugio frente a esta sensación de insatisfacción corporal, por tanto se potencian mutuamente, al sentir estrés por bajar de peso, o sentirse incómodas frente a la mirada insinuante de su entorno es que se recurre a la comida como mecanismo de evasión (Guajardo, Garza, & Cantú, 2016) (Camacho-Laraña, Alcalá-Pérez, & Nieves-Alcalá, 2015).

3.5 Salud - Enfermedad

Un punto importante de desarrollar tiene que ver con los conceptos Salud-enfermedad, donde es importante señalar que Salud viene del latín “salute” que significa estado en que el ser orgánico ejerce todas sus funciones vitales (Macías Llanes, 2001). La salud es un fenómeno social que puede ser explicado sólo considerando que es una estructura de alto grado de complejidad en donde entran en acción un sin número de variables de fuerte interacción entre ellas mismas. En épocas anteriores el estar sano o enfermo era atribuible a los designios divinos de un corte más bien mágico-religioso. Sin embargo, hoy en día, una de las definiciones más importantes e influyentes es la otorgada por la OMS en el año 1948 *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. El propósito de la difusión del concepto es homogeneizar y delimitar la concepción, y con ello también definir y clasificar las enfermedades (Alcántara Moreno, 2008).

La reflexión sobre la salud ha sido objeto de meditación tanto en lo práctico como teóricamente en relación a los organismos cuando éstos hacen referencia a un desajuste o funcionamiento anormal, advirtiendo la presencia de la enfermedad (Doval, 2013; Uribe-Cano, 2013). Por esto, desde un comienzo la concepción de salud estuvo asociada a la ausencia de la enfermedad, por tanto, la definición otorgada por la OMS representa la superación del paradigma biologicista, que con la revolución de la microbiología consideraba a la salud exclusivamente desde un ámbito individual, reforzada por el paradigma curativista de la medicina. No obstante, la salud no se entiende por sí sola, más bien se comprende ligada a la enfermedad, al proceso salud-enfermedad, no existe un límite preciso entre ambos conceptos, dado que ciertos eventos o enfermedades están presentes silenciosamente durante periodos prolongados, donde el individuo puede presentar un estado aparentemente saludable (Alcántara Moreno, 2008; Macías Llanes, 2001; Uribe-Cano, 2013).

Respecto a su desarrollo, es importante indicar el papel que ha jugado el avance del conocimiento específicamente ligado a la epidemiología, ya que ésta busca la cuantificación estadística, surgiendo diversos indicadores de morbimortalidad, invalidez y calidad de vida (Macías Llanes, 2001). No obstante, éstos indicadores se han utilizado para caracterizar el estado de salud, cuando lo que se está haciendo realmente es describir la enfermedad, existen indicadores de morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de enfermedades en diferentes grupos de población, pero queda un vacío respecto a indicadores de salud en términos positivos (Macías Llanes, 2001). En este contexto se ha desplazado el centro de atención, ya no es el enfermo sino la enfermedad, ya no son los síntomas sino los signos objetivos descifrados por la disciplina médica, se depende cada vez

más de las lesiones anatómo-fisiopatológicas, de la estimación de probabilidades, entendiendo de esta manera a la enfermedad como el desvío de lo normal (Barros da Silva & Delizoicov, 2008).

La enfermedad por decirlo de cierto modo identifica al mal, y la salud al bien por tanto debe administrarse, valorarse y obtener con la finalidad de garantizar la prolongación de la vida y postergar lo que es inevitable por naturaleza (Uribe-Cano, 2013). Pero cuando se identifica a la enfermedad no se debe olvidar que esta es tal en la presencia del organismo de un individuo y su comportamiento, la relación del médico es con los individuos y no con los órganos, por tanto, no se pueden dissociar, ya que la enfermedad se busca en la experiencia del sujeto y no en los órganos como tal. La enfermedad es un estado interno, el cual es un deterioro de la habilidad funcional normal o una limitación de esta funcionalidad, la cual es medida y descrita en términos de su funcionamiento estándar por el método estadístico y la fisiología, quién determina exactamente el contenido de las normas en las cuales la vida consigue estabilizarse (Doval, 2013).

Es importante considerar que la frontera entre la salud-enfermedad es imprecisa para los individuos, ya que es el individuo quien actúa como juez en la presencia de la enfermedad, develando sus malestares y padecimientos en torno a la misma. En este mismo sentido, la enfermedad es posible siempre y cuando manifieste malestar (illness) en los individuos, aquella enfermedad que está sin sintomatología es solo evidente para el médico y es él quien está preocupado de anticiparse y detectarla lo antes posible, aunque esta no genere ningún inconveniente en los sujetos, por tanto resulta determinante considerar que para los sujetos la salud no es lo opuesto de la enfermedad, es obvio que el concepto de

salud para los sujetos pertenece a una dimensión diferente a la enfermedad, pero no es exactamente lo opuesto (Doval, 2013).

Para el autor Aldereguía la salud es vitalidad racionalmente libre y que además comprende al sujeto como constructor de salud, es decir, coloca de relieve el carácter activo en cuanto a la responsabilidad individual en torno al cuidado de la salud, es un recurso que otorga la posibilidad de elegir, manejar e incluso modificar el entorno con el objetivo de conseguir mejor salud (Macías Llanes, 2001).

Para finalizar también existe el término asociado a la situación de salud de una población, la cual es definida como “conjunto de problemas de salud identificados, explicados, jerarquizados, y que son consecuencia de condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población”. Esto permite que las disciplinas asociadas a la ciencias de la salud, como la epidemiología puedan realizar estudios comparativos en poblaciones, en donde se plantean tres áreas de estudio: una relacionada con el estilo de vida, que corresponde a las decisiones que toman los sujetos individualmente sobre sus decisiones, elecciones y comportamientos sobre los cuales tiene responsabilidad, un segundo plano asociado a las condiciones de vida en donde se insertan los estilos de vida y por último el modo de vida, que abarca el conjunto de la sociedad, en donde confluyen el medio natural, el sistema económico, la cultura e historia, es importante considerar este desarrollo ya que es el que provee de la evidencia necesaria para tomar acciones en torno a la salud pública (Alcántara Moreno, 2008).

Resulta necesario contar con una comprensión más holística de la salud, donde se deberían involucrar diversas disciplinas. En la medida que se busca comprender las complejidades del contexto y el contenido de las intervenciones, así

como el ensayo y error, se deben valorar circunstancias específicas de las personas que intentan descubrir qué funciona para ellos, donde tal conocimiento empírico es crucial para el desarrollo de un marco de atención centrado en el paciente (Biehl & Petryna, 2013).

3.6 Indicadores de efectividad de la cirugía de pérdida de peso

La literatura científica plantea tres grandes indicadores de efectividad de las cirugías para perder peso, la pérdida de exceso de peso, mejora en las comorbilidades y calidad de vida (Doñate, Llana, & Ana, 2010; Drew, 2011). Dentro de estos cabe señalar que debe considerarse la subpoblación intervenida, ya que los resultados son modificados, por la raza, etnia, edad y género (Ballantyne, 2003). Es importante señalar a su vez que dentro de las justificaciones de la cirugía está el impacto que tiene ésta sobre las comorbilidades, ya que variaciones pequeñas en el peso generan beneficios en la salud, por tanto, se mejora la calidad de vida, pero está viene como complemento de la mejora de los objetivos anteriores, al mejorar las comorbilidades y disminuir el peso se mejora inmediatamente la calidad de vida. Dentro de los indicadores ésta la pérdida del exceso de peso, que de acuerdo a las diferentes técnicas quirúrgicas el que mayor grado de pérdida de peso obtiene y se reporta, es el bypass gástrico. En una revisión sistemática de Puzziferri et al. (2014), se obtiene que el promedio ponderado obtenido para la pérdida de exceso de peso fue del 65,7% para el bypass gástrico y de 45% para la banda gástrica. A su vez se describe que para evaluar el éxito de la cirugía, podrían considerarse los siguientes parámetros: como insatisfactorio a pérdidas <25% del peso preoperatorio, como satisfactorio a pérdidas de peso preoperatorio >25% y como bueno si el peso del paciente está dentro del 30% del peso ideal (Puzziferri et al., 2014).

Respecto de las mejoras de las comorbilidades, se ha reportado la mejora en la diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemias. Una pérdida de peso de 10 kg mejora significativamente estas afecciones. Así mismo se plantea que perdidas de peso del 10% del peso inicial podrían conducir a un mejor control a largo plazo. Se ha reportado que la tasa de remisión de la diabetes fue de 66,7% después del bypass gástrico, y 28,6% después de la banda gástrica. Para la hipertensión se alcanzó una tasa de remisión de 38,2% después del bypass gástrico y de 17,4% después de la banda gástrica, considerando como criterio presiones menores a 140/90 mmHg con fármacos. Se indica que para la dislipidemia la tasa de remisión es de un 60,4% para el bypass gástrico y de 22,7% para la banda gástrica, contemplando como criterio colesterol menor a 200 mg/dL, HDL mayor que 40 mg/dL, LDL menos que 160 mg/dL, y triglicéridos menores que 200 mg/dL (Puzziferri et al., 2014).

Respecto a la calidad de vida, se hace hincapié que la pérdida sustancial de peso conlleva a mejoras en la calidad de vida, ya que permite mayor movilización, independencia, y menores dolencias musculoesqueléticas asociadas. Sin embargo cabe destacar que un estudio encontró que después de 1-7 años de la cirugía bariátrica, los pacientes mejoraban las tasas de trabajo, recibían mayor sueldo, eran más activos, tenían mejor vida sexual, requerían menor atención médica y presentaban menos licencia (Ballantyne, 2003). Esto destaca un enfoque diferente asociado a la calidad de vida, ya que busca en otros ámbitos de los pacientes, no sólo en los referentes a lo físico, por tanto, sería importante incorporar evaluaciones de este tipo. No obstante tres instrumentos han sido los más ampliamente utilizados para evaluar este aspecto, el SF-36, BAROS (Bariatric analysis and reporting outcomes system) y el IWQoL-Lite (Impact of weight on quality of life.lite).

El SF-36 es un cuestionario que en primera instancia no estaba diseñado para pacientes quirúrgicos, pero se ha vuelto un instrumento administrado por el registro internacional de cirugía bariátrica, y que ya presenta su utilización en varios estudios.

El BAROS es un instrumento diseñado específicamente para evaluar los resultados de seguimiento de la cirugía bariátrica, y el cual evalúa 5 aspectos importantes: 1) pérdida de peso reportada como % 2) mejora de las comorbilidades asociadas 3) desarrollo de complicaciones 4) necesidad de reoperar y 5) cambios en la calidad de vida por medio del cuestionario Moorehead-Ardelt QoL que evalúa autoestima, vida social, actividad física, condiciones de trabajo, y vida sexual.

El IWQoL-Lite fue el primer instrumento desarrollado para evaluar la calidad de vida en pacientes obesos, infortunadamente como poseía 74 ítems, esto lo volvía inmanejable. Como resultado se adaptó el cuestionario y se dejaron 31 ítems y 5 escalas. A esta nueva versión la identificaron como IWQOL-Lite. Las cinco escalas cuantifican la función física, la autoestima, la vida sexual, la angustia pública y el trabajo. Se realizaron extensos trabajos para su validación, en donde se encontró que las escalas se correlacionaban significativamente con los cambios de peso (Ballantyne, 2003).

Es importante destacar que dentro de la norma técnica elaborada por MINSAL 2004 para el manejo quirúrgico del paciente obeso se indica que los controles postoperatorios deben estar centrados en: *control de la baja de peso, control de las comorbilidades preexistentes, control y diagnóstico de eventuales complicaciones postquirúrgicas y control de dieta postoperatorio y suplementación nutricional*; además de señalar que el control con el Cirujano serán: día 10, mes 1, mes 3, mes 12, y luego 1 vez al año, con el nutricionista: mes 1, mes 2, mes 3, mes 6, mes 12, y

luego una vez al año y con el Nutriólogo: mes 1, mes 3, mes 6, mes 12, luego una vez al año. Estableciendo que en los controles periódicos el equipo tratante evaluará: *progresión de la baja de peso, evolución de enfermedades preexistentes, presencia de complicaciones médicas y quirúrgicas, inmediatas y tardías, tolerancia y adhesión al régimen indicado, ingesta de micronutrientes en alimentos y suplementos y técnica de alimentación.* Sin mencionar lo referente a la calidad de vida, dejando un vacío en este aspecto.

3.6.1 Tensiones de los conceptos efectividad y eficacia en la cirugía bariátrica.

Es importante señalar que, al buscar los dos términos en los diccionarios, generalmente no hay definiciones muy claras y diferentes, más bien se usan como sinónimos uno del otro.

De acuerdo con Bouza Suárez (2000) se define a eficacia como la relación que existe entre los objetivos y resultados bajo condiciones ideales, es decir que cuando existen condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y éste se concreta, los recursos que se utilizaron y fueron puestos en función de ese fin fueron eficaces. No obstante, la efectividad la definen en torno a la misma relación pero en condiciones reales, por tanto el término hace alusión a que cuando se llevan a la práctica acciones para lograr un objetivo que previamente se concretó en condiciones ideales, y se puede conseguir bajo estas condiciones reales, el recurso o prácticas puestas en acción fueron efectivas (Bouza Suárez, 2000).

En el artículo de Lam Díaz y Hernández Ramírez (2008) se plantea que la eficacia tiene que ver con los resultados en relación con las metas y cumplimiento de

los objetivos organizacionales, o sea se debe priorizar aquellas tareas que permiten alcanzar estos objetivos de mejor manera y en mayor medida. Se puede definir como el grado en que un servicio o procedimiento puede lograr el mejor resultado posible. Al pensar en una atención médica o tratamiento esta será efectiva siempre y cuando la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.

Respecto a la efectividad lo plantean como un término de mayor alcance, ya que expresa la medida de impacto que posee un procedimiento determinado sobre la salud de la población, es decir, considera el nivel con que se proporcionan las pruebas, procedimientos, tratamientos, servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Por tanto, es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real. Se requiere proporcionar las evidencias acerca de un tratamiento o intervención produce más bienestar que daño cuando se emplea en la práctica clínica (Lam Díaz & Hernández Ramírez, 2008).

Frente a esto es que se plantean las siguientes evidencias en la literatura científica, el tratamiento convencional multidisciplinario (dieta, actividad física, terapia conductual y fármacos) en los pacientes con obesidad mórbida sólo reduce el exceso de peso en no más de un 10% de los casos y generalmente éste se recupera a largo plazo (F. Carrasco et al., 2005). La mayor efectividad de la cirugía planteada en la literatura es en relación a la pérdida de peso por medio de la cirugía, al comparar obesos mórbidos tratados con y sin cirugía, la reducción del peso es significativamente mayor en el grupo que se somete a cirugía, con una tasa de incidencia menor de las comorbilidades asociadas (Diabetes, Hipertensión arterial, hiperinsulinemia y dislipidemia) a 2 años de seguimiento (F. Carrasco et al., 2005). En el artículo de MacDonald Jr. (2003) se señala un estudio con 6 años de

seguimiento que presentó significativamente una menor necesidad de tratamiento médico por diabetes en aquellos pacientes tratados quirúrgicamente, además presentaron una menor mortalidad frente al grupo que no se operado, lo que es confirmado con otros estudios en la misma área (Csendes et al., 2006; MacDonald Jr, 2003; Sjöström et al., 2007), estos estudios están en referencia al concepto de efectividad.

En el artículo de Picot et al. (2009) se plantea que la pérdida de peso inicial en los grupos quirúrgicos fue del 20% y 21.6%, mientras que los grupos no quirúrgicos tuvieron una pérdida de peso de solo el 1,4% y el 5,5% de su peso inicial. Además reporta que en los dos estudios de cohorte que informaron resultados a dos años, el porcentaje de cambio de peso varió de una pérdida de peso del 16% al 28.6% en la grupo de cirugía, mientras que el grupo no quirúrgico habían ganado peso con un porcentaje de cambio de peso que va desde 0,1 a 0,5% (Picot et al., 2009).

La cirugía bariátrica se ha planteado como una estrategia efectiva para la reducción significativa y perdurable del exceso de peso, de las comorbilidades y calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida (F. Carrasco et al., 2005; Torgerson & Sjöström, 2001). Además se plantea como un método efectivo para la reducción de peso en corto tiempo, mejoría en la diabetes mellitus y disminución del riesgo cardiovascular asociado a la obesidad (Papapietro et al., 2005; Picot et al., 2009).

Desde la arista de la economía de la salud, los costos económicos asociados a la obesidad se suelen dividir en dos: directos, que son aquellos relacionados con el tratamiento conductual y farmacológico que genera la obesidad en sí misma y las comorbilidades a largo plazo. Los costos indirectos se definen como aquellos que

son pagados por los pacientes y la sociedad en conjunto en términos de pérdida de productividad laboral debido a la ausencia que se genera por la enfermedad y la incapacidad laboral a largo plazo. En nuestro país un estudio liderado por el Dr. Cristobal Cuadrado, indica que en el año 2016 se gastó un 0,5% del PIB, y el 2017 se gastó un 2,4% del total del gasto en salud en el tratamiento de la obesidad y sus consecuencias. Además, señala que el gasto promedio para el periodo 2010-2030 en atención de salud por causa de la obesidad ascenderá a 455 mil millones de pesos anuales. Los costos en Chile representan en promedio un 2,1% (IC 95% 1,42-2,85%) del gasto total en salud, el cual es atribuible a costos directos de la obesidad y sus consecuencias con tendencia ascendente llegando al 3% del gasto en salud en 2030, por otro lado, los costos indirectos producto de la obesidad ascienden hasta en 1,98% (IC% 1,92-2,08) del producto interno bruto nacional, debido principalmente a mortalidad prematura.

En el estudio de Terranova, Busetto, Vestri, & Zappa, (2012) se plantea que, de acuerdo a estimaciones recientes, los gastos médicos anuales estarían entre 6.7% y 10.7% más bajo en los estados de EE. UU. en ausencia de obesidad. Respecto a los costos indirectos anuales de la obesidad se han estimado en US \$ 48 mil millones o en US \$ 64 mil millones, y la mayoría de los costos se atribuyen a la mortalidad prematura. A nivel mundial, los costos indirectos de la obesidad han sido de US \$ 58.8 mil millones, una cifra similar a los costos indirectos causados por fumar (Terranova, Busetto, Vestri, & Zappa, 2012).

En función de los costos de varios procedimientos bariátrica en comparación con el tratamiento médico convencional en general, en los estudios asociados se concluye que el tratamiento quirúrgico es más costoso que el manejo no quirúrgico.

Sin embargo, la cirugía bariátrica otorga mejores resultados en términos de pérdida de peso, mejoría de las comorbilidades asociadas con la obesidad, longevidad y calidad de vida. Por lo tanto, la cirugía bariátrica resulta ser rentable en comparación con el tratamiento convencional en el tratamiento de la obesidad mórbida, con costos incrementales razonables y asequibles para cualquier año de vida ajustados por calidad de vida (QALY) (Terranova et al., 2012). Sin embargo, hay que tener en consideración que no todos los pacientes mejoran, por tanto, Fobi y Baltazar indican que una la cirugía es efectiva cuando la pérdida del exceso de peso es superior al 50% en más del 75% de los pacientes a los 5 años de seguimiento. Por lo cual la evaluación de la técnica debe hacerse al cabo de los 5 años, ya que no presenta mayor valor presentarlos al cabo de 2 años como evaluación de la efectividad, indicando además que las únicas cirugías que han demostrado ser efectivas a largo plazo son aquellas en que los procedimientos bariátrica son mixtos (Vojvodic, 2009).

Un punto importante que destaca la literatura científica, y lo considera parte de la efectividad de la cirugía es la experiencia que posee el equipo médico. Se hace referencia a el volumen operatorio anual por año en los equipos que se dedican al tratamiento de esta patología, en donde se compara con aquellos equipos con bajo volumen, y donde se indica que puede tener importantes repercusiones en la mortalidad operatoria como en la tasa de complicaciones (Csendes et al., 2006).

En el estudio de Nguyen et al. (2004) se demostró que, en comparación con los hospitales de bajo volumen, los pacientes que se sometieron a un bypass gástrico en hospitales de alto volumen operatorio tuvieron una menor duración de la estancia hospitalaria (3.8 versus 5.1 días, $p: 0.01$), menores complicaciones generales (10.2% versus 14.5%, $p < 0.01$), menores complicaciones de la atención

médica recibida (7.8% versus 10.8%, $p < 0.01$) y menores costos (\$ 10,292 versus \$ 13,908, $p < 0.01$). La tasa de mortalidad esperada fue similar entre los hospitales de alto y bajo volumen en este estudio. Sin embargo, cabe destacar que en un subgrupo de pacientes mayores de 55 años, la mortalidad observada fue del 0,9% en los hospitales de alto volumen en comparación con el 3,1% en los hospitales de bajo volumen ($p < 0,01$) (Fried et al., 2007; Nguyen et al., 2004).

Así mismo se plantea que la cirugía laparoscópica presenta menor morbilidad postoperatoria, mejor evolución y bienestar del paciente, pero requiere de una larga y pesada curva de aprendizaje por parte del equipo médico para reproducir buenos resultados (Cottam, Mattar, & Schauer, 2003; Csendes et al., 2006; Nguyen et al., 2001).

3.7 Medicalización de la Alimentación

En el contexto de la biomedicina han surgido cambios importantes en el ámbito alimentario, hoy en día existe una medicalización de la alimentación en referencia a la obesidad en base al riesgo de las comorbilidades asociadas. En los siguientes párrafos se tratará de explicar esta temática.

La medicalización es pensada desde los profesionales y el entorno de la salud, los medios y los consumidores, es una dinámica que se retroalimenta entre sus actores y que contribuye también a la popularización de síntomas y diagnósticos. Esto, dado la emergencia de una configuración sociocultural que tiene como objetivo la salud de su población, donde es posible conseguir la salud perfecta, donde existe una cultura asociada al ser saludable que a su vez ha generado una nueva consciencia respecto a la autorregulación y autoobservación para el auto

mejoramiento. El enfoque aquí es conseguir por medio del autocuidado una optimización orgánica o funcional del cuerpo, buscando su perfeccionamiento y mejora (Rodríguez Zoya, 2015).

Distintas ciencias de la alimentación como la nutrición, la dietética y la bromatología, producen un saber específico en torno a la alimentación y el cuidado de la salud. Desde estas disciplinas se explica la composición de los alimentos, la respuesta metabólica y fisiológica del cuerpo ante una dieta o consumo de ciertos alimentos, y son capaces además de determinar la mejor combinación de nutrientes para una buena y sana alimentación. Es así como los alimentos son valorados y promocionados por sus fragmentos alimentarios, ya sean vitaminas, minerales, aceites, proteínas, carbohidratos, etc. concibiendo un amplio espacio para el mercado alimenticio en base a este valor agregado, ya que pueden promocionarse como favorecedores en el control del peso y la salud generando con ello, la responsabilidad en torno a la elección de acuerdo con la diversidad de productos alimentarios existentes. Es aquí donde se materializa la responsabilidad individual en torno a la conducta alimentaria, donde se culpabiliza a los sujetos que presentan exceso de peso, ya que toman malas elecciones asumiendo que llevan una mala conducta alimentaria (Gracia Arnaiz, 2011, 2014; Rodríguez Zoya, 2015).

Desde la medicalización alimentaria se instaura un modelo de normalización, el cual está regido por el bienestar, la vitalidad y la plenitud como guías normativas. Las prácticas promovidas en torno al cuidado de la salud apuntan a mejorar o potenciar el bienestar, lo que se busca específicamente es instaurar un hábito

alimentario de cuidado, lo que requiere de un control permanente sobre lo que se consume y las elecciones que se toman (Gracia Arnaiz, 2014).

El designar a la alimentación como saludable desde las disciplinas que la desarrollan, hace suponer que existen ciertos alimentos que son más o menos beneficiosos para la salud, por tanto, existe una forma de alimentación correcta o más adecuada, normalizando y promoviendo su elección en torno al valor de la salud. Por tanto, observar y mejorar la propia práctica alimentaria constituye un modo de responsabilidad en la gestión de mis propios medios para mantener mi condición de salud, cuidarla u optimizarla, la cual está estrechamente influenciada por la cultura de lo saludable y la revolución de la delgadez (Parra Carriedo, 2016; Rodríguez Zoya, 2015).

La patologización de la obesidad estigmatiza la gula como pecado capital, y con ella se condena y denigra la conducta alimentaria en aquellos pacientes que presentan exceso de peso. En su contraparte, en la delgadez, existe una concepción sobre la conducta alimentaria *persé*, considerándola como saludable, sin llegar a cuestionarla. Un punto importante a destacar, es que con todo el conocimiento y promoción de alimentos catalogados como saludables, surge o toma un renovado interés la educacional nutricional, la que permite que los individuos puedan elegir de mejor forma, puedan conocer los componente nutricionales, conozcan los informes nutricionales y que significan, consiguiendo que participen activamente de su alimentación o estado nutricional y además puedan colaborar con el médico especialista porque existe un cierto grado de expertiz o conocimiento en torno a la temática (Gracia Arnaiz, 2011; Parra Carriedo, 2016; Rodríguez Zoya, 2015).

En este mismo contexto es necesario considerar además que dado la medicalización de la alimentación, hay un conjunto de tecnologías asociadas al gobierno alimentario, con la finalidad de dirigir la conducta o comportamiento en torno a la salud. Es un conjunto de mecanismos compuestos por los discursos, saberes y poderes que permean desde diferentes espacios sociales. Un ejemplo de esto es, la Organización Mundial de la Salud, mediante el establecimiento de parámetros internacionales respecto de la salud, alimentación y obesidad. Otro ejemplo es cuando interviene el estado a través de leyes nacionales como la de etiquetado nutricional, el aumento del impuesto a las bebidas analcohólicas, etc. (Rodríguez Zoya, 2015).

En la ley de etiquetado nutricional se fija el porcentaje de ingesta diaria de referencia establecido para cada componente del producto, además de los sellos de advertencia, lo que provee de la información necesaria y suficiente para que se decida acerca de lo que es mejor para el estado nutricional (Rodríguez Zoya, 2015).

Frente al desarrollo de políticas en torno a la alimentación, la educación nutricional, la alimentación como medicina, y el desarrollo de las probabilidades asociado a la presencia de riesgos para la salud es que se busca que los individuos tomen acciones y elecciones conscientes y responsables en su comportamiento en pro de la salud.

3.7.1 Medicina basada en la evidencia

En el contexto de la biomedicina un aporte importante ha realizado la medicina basada en la evidencia (MBE), la cual fue definida por Sackett como “El uso

concienzudo y juicioso de la mejor evidencia actual de la investigación de atención clínica en el tratamiento de pacientes individuales”. La era moderna de la MBE comienza a finales del siglo XX. Dos figuras principales han establecido lo que ahora conocemos como MBE. Uno de ellos es Archie Cochrane de United Kingdome y David Sackett de Canadá. Archie Cochrane publicó su texto clásico en 1972: "Eficacia y eficiencia: reflexiones aleatorias sobre los servicios de salud", este texto ha tenido una profunda influencia en la práctica de la medicina y en la evaluación de las intervenciones médicas, fue el primero en establecer claramente la importancia vital de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) para evaluar la efectividad de los tratamientos, su trabajo condujo directamente a la creación del Centro Cochrane, que más tarde se convirtió en la Colaboración Cochrane, la cual está dedicada a rastrear, evaluar y sintetizar ECA en todas las áreas de la medicina, se preocupa de que la información actualizada y precisa sobre los efectos de la atención médica esté disponible en todo el mundo, además produce y difunde revisiones sistemáticas de intervenciones de atención médica. Un producto importante de la Colaboración es la Base de datos Cochrane, la cual se basa en revisiones sistemáticas, que se publica trimestralmente como parte de The Cochrane Library (Jeffrey A & Timothy C, 2005).

A David Sackett se le atribuye la definición del término MBE. En 1967 trabajó en la Universidad McMaster de Canadá donde contribuyó en el comienzo de una nueva escuela de medicina y una nueva forma de capacitar a los médicos: sin cursos y sin conferencias, pero trabajando con y para los pacientes desde el día 1. En 1994 en la Universidad de Oxford, fundó el primer centro del mundo para la medicina basada en la evidencia y desde aquí en adelante muchas otras organizaciones han

tratado de incorporar los fundamentos de MBE en sus guías de práctica/gestión, donde el objetivo consiste en contar con la mejor evidencia disponible respecto al área de estudio, para desarrollar las guías y establecer sólidas recomendaciones (Jeffrey A & Timothy C, 2005). De aquí surge el gran aporte de la MBE para la biomedicina, quien toma la MBE y la hace parte de su ciencia como marco de fundamentación y argumentación incluso para el desarrollo de las políticas públicas (Jorge Castillo S., 2016).

Este tipo de ciencia establece la idea que para fundamentar las normativas y regulaciones debiera contarse con la mejor evidencia disponible, considerando la información de base científica para el registro y cálculo de prácticas y patologías por medio de diversos manuales y protocolos. Esto surgió en el contexto de la reducción de gastos, criterios divergentes en la toma de decisiones y diversidad de material e instrumental en la definición de diagnósticos y procedimientos, lo que hacía necesario normalizar, protocolizar y establecer estándares para el manejo de las patologías (Jorge Castillo S., 2016).

La evidencia científica ha impregnado los modos de hacer y conducir la política, ofrece un modo de argumentación, diseño y evaluación de la política asociada a los esquemas de gubernamentalidad, conduciendo la conducta de los individuos en el sentido de la gestión del riesgo, conocimiento fundamentado en las evidencias científicas y que revelan las probabilidades del riesgo para diversas patologías. La construcción de datos desde la MBE no solo describe una cierta realidad, sino que además contribuye a promulgarla, es decir tienen un carácter performativo, porque son capaces de convertirse en guías orientadores del

comportamiento, donde se busca que se asuman responsabilidades individuales en virtud del riesgo. En tal sentido, de lo que se da cuenta es que el lenguaje y las practicas utilizadas por los sujetos no sólo representan o moldean el comportamiento que llevan a cabo, sino también que lo constituyen y lo producen, esto implica el abordaje de cómo las cosas son realizadas, dado que la evidencia crea una realidad, y se promulga de una forma situada a los diversos contextos asociados a la salud. La MBE ofrece un modo de argumentación, diseño y evaluación que se orienta a la conducción de la conducta, fundamentada en las prácticas científicas y datos disponibles, donde éstos no solo construyen la realidad, sino que también contribuyen a promulgarla y describirla (Jorge Castillo S., 2016).

Respecto a las evidencias científicas, se plantea que si ésta evidencia proviene de un ensayo clínico o un metaanálisis, sería pertinente hablar de medicina basada en la eficacia, no obstante, se reconoce que en las consultas médicas los pacientes no suelen ajustarse a las condiciones “ideales” de los ensayos clínicos para los que se evidenció la eficacia del tratamiento o intervención, por tanto resulta más pertinente complementar esta medicina basada en la eficacia con la medicina basada en la efectividad entiendo a esta como los efectos de las intervenciones sanitarias en las condiciones reales de uso. Para finalizar además es importante mencionar que también está la medicina basada en la eficiencia, la cual contempla la relación de los resultados clínicos con los costes económicos asociados necesarios para conseguirlo (J. González, 2001), por tanto desde la medicina basada en la evidencia también emergen conceptos de considerar dada su implicancia en la comprensión de ciertos fenómenos.

3.8 Biomedicina:

Desde las ciencias experimentales se entiende al cuerpo como una realidad física, el cual puede ser medible y descriptible, donde las disciplinas asociadas, como la biología, la medicina, la psicología, química, etc. han cambiado su valor y lo han transformado en un objeto de preocupación, culto y cuidado. Un punto importante para el desarrollo de esta investigación tiene que ver con la biomedicina y su desarrollo a través en el tiempo, por tanto, se describirá y enfatizará los puntos más relevantes asociados a ésta área de conocimiento.

En la segunda mitad del siglo XX hemos asistido a una nueva formación de la relación entre biología y medicina, y con ello ha nacido una nueva forma en la práctica clínica y el laboratorio, la cual se ha designado como Biomedicina. Por medio de esta relación, se han sistematizado los procedimientos, se han introducido diversos acuerdos, se han desarrollado diversas tecnologías e investigación, etc. no obstante, éste avance conlleva a que se recomience innumerables veces frente a un nuevo descubrimiento o desarrollo de una patología. Cada vez que surge un nuevo conocimiento en los saberes de la vida o acontece algún avance clínico, se precisará de nuevas formas de abordaje, y es aquí donde se alinean de una nueva forma lo normal (biológico) y lo patológico (lo clínico) y donde nace el espacio para la biomedicina, donde las variables biológicas se transforman en marcadores de enfermedad y estos permiten un desarrollo tecnológico asociado a pruebas de laboratorio, test diagnósticos, etc. redefiniendo las relaciones entre los pacientes, las enfermedades y la población (Cambrosio et al., 2006).

Este nuevo contexto ha surgido de dos elementos esencialmente, uno de la multitud de estudios de laboratorio, los ensayos clínicos aleatorios, grupos de investigación y cooperación, redes médicas y asociaciones y el desarrollo de guías y protocolos emanados de la investigación biológica, bioquímica y genética (Franco, 2014). Bajo este contexto es que emerge la regulación, que emana de las ciencias implicadas, y en donde cada vez más asistimos a la biología molecular o lo que Rose define como molecularización, quien la define como un estilo de pensamiento que predice la vida a un nivel genético molecular, según esta lógica, cuando se encuentra un agente patológico la respuesta inmediata es encontrar su estructura molecular, ya que es la causa y da la posibilidad de diagnosticar e intervenir anticipándose a la manifestación sintomática en los individuos, otorgando un carácter preventivo (Jorge Castillo S., 2013).

Como segundo elemento se puede señalar la transformación de las actividades de los colectivos médicos, surgen nuevos colectivos bioclínicos, que son quienes toman decisiones, producen las reglas formales e informales de sus actividades y asumen diversas prácticas asociadas al nuevo contexto (Cambrosio et al., 2006). Debe entenderse como una nueva forma de asociación médica, en la cual se involucran diferentes especialistas, donde se trabaja la investigación, el desarrollo de tecnologías, diseño de protocolos o guías, consensos, seminarios, difusión, etc. respecto a una temática de salud en particular, y que otorga un carácter regulatorio y normativo a las prácticas desarrolladas en torno a ello.

Cuando un paciente asiste a una consulta médica, generalmente se le hace un diagnóstico, el cual a su vez está basado en la toma de exámenes o muestras

sanguíneas, mediciones varias, no obstante, este diagnóstico opera bajo la lógica de categorías de la enfermedad, las cuales han sido redefinidas bajo este nuevo contexto biomédico (grupos de expertos, consensos que instauran normas de prácticas y recomendaciones clínicas), lo que permitirá nombrar la enfermedad, confirmar o descartar el diagnóstico además de indicar el tratamiento (Cambrosio et al., 2006).

Es necesario entender que la vida hoy en día está organizada de una nueva forma, donde la medicina, la biología y la MBE cada vez más específica generó un cambio importante en su manera de comprenderla, donde el núcleo central es una nueva objetividad, denominada “objetividad regulatoria”, en palabras de Rose es una manera de conducirnos a nosotros mismos y que nos brindan la norma para pensar y juzgar lo que es normal y anormal (Rose, 2019; Tirado, Gálvez, & Castillo, 2012). Esta objetividad tal como la pensamos, no es sólo el establecimiento de medidas estándar sino que se extiende a la utilización de estas mediciones para fundar los juicios llevados a las convenciones y prácticas clínicas (Cambrosio et al., 2006; Jorge Castillo S., 2015; Jorge Castillo S. & Gómez S., 2014). Debe comprenderse que, en base al avance de la medicina, la biología y la medicina basada en la evidencia ha emergido una objetividad mecánica destinada a reemplazar la subjetividad de los expertos por las inscripciones mecánicas generadas por los instrumentos, y las medidas cuantitativas. Es una objetividad que depende directamente del sistema de convenciones, regulaciones, técnicas e instrumentos elaborados para producir objetividad (Jorge Castillo S., 2015; Jorge Castillo S. & Gómez S., 2014). No obstante, también se agrega que la especialidad biomédica está rodeada de un

grupo encargado de masificar este conocimiento, ya sea en revistas científicas, consejos de investigación, seminarios, etc. popularizando el conocimiento y haciéndolo parte de las subjetividades y normatividades de los individuos (Nikolas Rose, 2012; Nikolas Rose & Novas, 2005).

Un ejemplo de esto es el establecimiento de estándares que permiten identificar y medir la presencia de células patológicas en la Leucemia, esto crea los criterios estándar para definir un estado de la enfermedad, los cuales se utilizan como parámetro objetivo para emitir el juicio clínico. La objetividad regulatoria descansa sobre el conjunto de sistemas de pruebas estándar elaboradas bajo la medicina basada en la evidencia, quien a su vez opera bajo una lógica metodológica de los diferentes sistemas de prueba, en donde un ensayo clínico aleatorizado con doble ciego presenta mayor valor probatorio que un juicio de expertos. Lo que se busca con este tipo de objetividad es superar el juicio clínico individual y fijar ciertas convenciones en torno al saber-hacer biológico, avanzando en una prevención basada sobre el cálculo del riesgo, bajo el conocimiento estadístico y biológico (Cambrosio et al., 2006; Jorge Castillo S., s/a).

La objetividad regulatoria descansa sobre el uso sistemático de procedimientos colectivos de producción de pruebas, por medio de la especialización y acuerdo de los expertos. Estos acuerdos o convenciones no sólo se limitan al establecimiento del estándar, sino que se extienden y tratan de incidir en las decisiones médicas, se trata de ligar la actividad clínica con otros dominios, cruzando incluso las fronteras abiertas entre medicina y política, modificando con ello nuestra relación con la enfermedad (Jorge Castillo S., 2013). Las políticas públicas en este

sentido han pasado de operar como un dispositivo regulador en representación de sus ámbitos de trabajo a ser un regulador basado en el uso masivo de protocolos, producción de información altamente estandarizada, de criterios tecnocientíficos y multiplicidad de colectivos especialistas involucrados. Un ejemplo de esto son las políticas basadas en la evidencia, donde la MBE es el fundamento para la constitución creciente de una tecnología de gobierno instaurada en una gubernamentalidad biomédica (Jorge Castillo S., 2015).

Todos los programas, estrategias y tácticas más o menos racionalizadas para “conducir la conducta”, o sea para actuar sobre las acciones de otros con el fin de alcanzar ciertos objetivos o metas debe ser entendido bajo el concepto de Gobierno (Foucault, 2006). Se trata de modelar las conductas de los individuos, tratando de controlarlas, someterlas, disciplinarlas, normalizarlas, reformularlas, así como también está presente la idea de que estas conductas sean más sabias, felices, virtuosas, productivas, emprendedoras, que aumenten la autoestima y empodere a los individuos (Nikolas Rose, 2019). Detrás de este gobierno está presente el saber técnico de los expertos, en donde se hace referencia a los dominios, los cuales podrían ser definidos como la familia, la sociedad civil, el mercado, la salud y donde por medio de una serie de técnicas se trata de actuar en dichos dominios, no por medio del sometimiento sino que por medio de la comprensión, el conocimiento en relación con la persona, de tal manera que no se opongan a lo que se está buscando como conducta normativa, utilizando la *expertise* como “mecanismos de autodirección”. La noción de normalidad ha surgido de una preocupación en torno a la conducta, el pensamiento y la expresión que han sido consideradas como

peligrosas o problemáticas (Nikolas Rose, 2019). Entre las muchas consecuencias de los avances recientes en las ciencias de la vida, en genética humana, la biología molecular, la medicina genética y la biotecnología, tienen que ver con una mutación en la "personalidad", esto no es simplemente una modificación de ideas, ya sean profesionales y científicas sobre la identidad y la subjetividad humana, sino un cambio en las presuposiciones acerca de los seres humanos que están incrustadas y sustentan prácticas particulares (Novas, 2006).

Las tecnologías humanas, podrían ser consideradas como instrumentos, conocimientos, sistemas de juicios, espacios, que son sostenidos por suposiciones y objetivos en torno al ser humano. No obstante, Foucault plantea que estas tecnologías son disciplinarias, que operan en procesos de una estructura detallada del espacio, del tiempo y de las relaciones entre los individuos, en donde están presentes los juicios normalizadores, los cuales producen y enmarcan al individuo y por tanto pueden conducir su conducta, aquí surge el ejemplo de domínate a ti mismo, conócete a ti mismo, cuídate a ti mismo. En el caso del cáncer ya no sólo es el individuo comprometido con la enfermedad, sino también toda la familia, se conectan los hilos genéticos de una persona con otra, o sea existe una red genética en torno al sujeto, y donde él debe pensar en la relación con su familia (amantes, cónyuges, hijos, nietos, etc.) en término de riesgo y herencia (Novas & Rose, 2000). Ejemplo bajo el cual opera un sistema de verdad de alguna autoridad individual, ya sea disciplinaria, psicológica, médica, genética, etc. que tiene como finalidad que el individuo se entienda y se relacione consigo mismo de una forma particular, se busca un dominio disciplinado del sujeto (Nikolas Rose, 2019). Otro ejemplo es que el

individuo sea cuidadoso consigo mismo, que tenga cierta prudencia con el futuro, que invierta en temas de alimentación, consultas médicas, exámenes, con el objetivo de conducir su vida lo más saludable posible, asegurando un bienestar para su futuro (Tirado, Gálvez, & Castillo, 2012).

La ciencia desde la mirada de Bachelard se ocupa de construir nuevos campos de objetividad científica, entendiendo a esta última como la ciencia que rompe con el mundo que la experiencia nos revela. La ciencia trata de producir en la realidad, mediante la observación y la experimentación eso que ya se produjo en nuestros pensamientos. La observación científica siempre confirma o rechaza una tesis anterior, una hipótesis preexistente un modo de pensar el fenómeno. Por tanto la experimentación utilizando diferentes técnicas, podría ser considerada como el medio que materializa las teorías preconcebidas (Nikolas Rose, 2019). La realidad científica contemporánea es el resultado de las formas en la que se piensa, como se clasifica el fenómeno, las técnicas y procedimientos que se usan para investigarla o evidenciarla, además de las técnicas estadísticas que se usan para probarla y justificarla (Nikolas Rose, 2019).

Las ciencias contemporáneas permiten un nuevo estilo de pensamiento que ha modificado cada uno de sus objetos de estudio, construyendo una nueva visión, con otras propiedades, con relación con otros objetos y tecnologías. Por ejemplo, el laboratorio se ha transformado en una especie de fábrica que estudia la vida a nivel molecular, y con ello se genera una nueva forma de entender la vida a partir de sus hallazgos y experimentaciones. La vida ahora se imagina, investiga, explica e interviene a nivel molecular, en términos de la estructura molecular de los

componentes corporales, de las funciones de la vida y las propiedades moleculares de los productos farmacéuticos (Novas, 2006).

A comienzos del siglo XXI aparte de los rayos X existe una multitud de tecnologías para la detección, comprobación y confirmación, como las mamografías, ecografías, electroencefalogramas, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc. Y es en base a esto que muchos diagnósticos y tratamientos se dan en términos molares, ósea de acuerdo a las afecciones de los órganos y sistemas, se fragmenta el cuerpo y se transforma en una mercancía, o sea que puede transportarse entre laboratorios, reestructurarse mediante la manipulación molecular, transformar sus propiedades o suprimir algún vínculo orgánico, a este concepto de mercantilización de la biología molecular, cómo la sangre, el tejido o el ADN, muestras, biopsias, pueden ser productivos en términos del potencial que presentan para aumentar la salud humana (Jorge Castillo S. & Gómez S., 2014; Novas, 2006; Nikolas Rose, 2012). Para comprender el sentido de potencial es necesario señalar que, desde los avances de la biotecnología y la genética, las trayectorias de las enfermedades pueden establecerse antes del desarrollo de la sintomatología. Por tanto la biomedicina adquiere un carácter potencial, entendido en el sentido de la emergencia de técnicas y regulaciones por medio de protocolos que anticipan el desarrollo de la enfermedad, donde nace la susceptibilidad, generando nuevas acciones desde la biopolítica (modelo está basado en la ciencia, y esta ciencia produce regulaciones y modos por los cuales constituir una población) para regular las actividades y comportamientos de la vida cotidiana en torno a una nueva gestión de la vida basada en el riesgo. En la medida que es posible calcular el riesgo de una

enfermedad, ésta se hace operativa ahí donde la proposición biomédica manifiesta la posibilidad de traducirla a un comportamiento cualquiera con miras al bienestar, en base a la redefinición de las relaciones con la propia susceptibilidad a desarrollar la enfermedad o patología. El desarrollo de una enfermedad es una posibilidad, un potencial que organiza la vida y al ser humano (Jorge Castillo S., 2013; Jorge Castillo S., s/a).

La enfermedad puede situarse en el campo de las actitudes, los hábitos, y los comportamientos, pero independientemente de aquello es el cuerpo el que enferma y sobre el que se actúa, el objetivo es predecir estados patológicos y facilitar la intervención para rediseñar esos futuros (Nikolas Rose, 2009). Bajo este enfoque está el tema de la predisposición y el riesgo, surgida de la investigación epidemiológica en donde se estudian las prevalencias de enfermedades y trastornos diferenciadas por edad, género, nivel socioeconómico, peso, dieta, etc. y donde se utilizan escalas de riesgo para evaluar la probabilidad que un individuo desarrolle alguna patología, generando con esto la idea que en realidad existen sujetos asintomáticos y surgiendo con ello la necesidad de visibilizar esta patología escondida para poder intervenir y mejorar las opciones de vida del sujeto (Nikolas Rose, 2012).

Uno de los objetivos centrales de la biomedicina es identificar aquellos agentes o factores que causan la enfermedad, ya que con ello se podrán establecer tratamientos y por sobre todo aplicar medidas preventivas. No obstante, en las enfermedades infecciosas es fácil descubrir la causa, pero en enfermedades donde actúa un grupo de factores o variables es más complejo, pero igualmente se

determina la probabilidad que la persona enferme en base a la presencia o ausencia de estos factores (Álvarez-Martínez & Pérez-Campos, 2004). El riesgo ya no se sitúa en el entorno de una persona, sino que de forma creciente se ubica en la fuente misma de la organización de la vida. Esta concepción del riesgo fundamenta la necesidad de procedimientos o rutinas presintomáticas con el objetivo de disminuir o prevenir la enfermedad. Es por esto que existen individuos riesgosos, en donde son ellos los responsables de su cuidado, autoeducación y autogestión con la finalidad de optimizar sus condiciones física o su bienestar (Jorge Castillo S., 2013).

Desde el riesgo surgen dos objetivos, uno predictivo-preventivo, el cual busca evitar cualquier factor de riesgo, molestia o disfunción y un segundo objetivo orientado a lo perfectivo, en el sentido de fortalecer las funciones orgánicas, reforzando alguna característica o propiciar alguna nueva con el objeto de mejorar la salud (Schramm & Kottow Lang, 2001).

Estamos en el tiempo de la prudencia biológica, en donde el conocimiento especializado desde la biomedicina juega un rol fundamental en los discursos de verdad desde la biología. Se ofrecen nuevos lenguajes para describir las situaciones patológicas, nuevos criterios de clasificación del riesgo, y escalas o proporciones para evaluar el riesgo o probabilidad futura de la enfermedad (Biehl & Petryna, 2013). Se utiliza la combinación de factores estadísticamente vinculante a una condición o patología, por ejemplo, la hipertensión arterial está ligada a la edad, peso, antecedentes familiares, tabaquismo, etc. asignando un riesgo en base a una escala diseñada de acuerdo con el conocimiento científico y epidemiológico en torno a la patología (Nikolas Rose, 2009).

La biomedicina ha avanzado mucho más allá de los accidentes o las enfermedades como tal, también ha participado en la administración de la enfermedad y la muerte, además de estar presente en la reproducción, evaluación y conducción del riesgo para custodiar el cuerpo sano (Nikolas Rose, 2012). No sólo se busca curar la enfermedad sino controlar los procesos indispensables del cuerpo, y es aquí donde nacen las tecnologías de optimización como las tecnologías asociadas a la terapéutica, nuevas administraciones de fármacos, las técnicas quirúrgicas, tratamientos, etc. no obstante la tecnología debe ser entendida como una articulación de relaciones sociales y humanas donde los equipos médicos y las técnicas se vuelven una y esto genera un cierto modo de pensar o afrontar la enfermedad en donde por medio de la tecnología se busca la optimización del cuerpo generando mayor salud o bienestar, así es el caso de la mastectomía preventiva, en donde lo que se hace es eliminar el riesgo, lo que se busca con ello es la anticipación, ya la cura no remite al proceso de la presencia de la enfermedad con su sintomatología, sino que se están alterando códigos de la vida, curar antes de requerir la cura en base al conocimiento emanado desde la biomedicina (Jorge Castillo S. & Gómez S., 2014). Con esto, se están estructurando nuevas formas de vida en donde se extiende la trascendencia que ejerce la *expertise* o conocimiento especializado, y donde los individuos se vuelven sujetos de consumo que toman la decisión de acceder a estas tecnologías en base a sus deseos o concepciones, las cuales están mediadas por el mercado y la cultura de consumo (Nikolas Rose, 2012). Para el caso de la obesidad mórbida, la cirugía es una tecnología de optimización, que consiste en readecuar el funcionamiento del sistema digestivo con el objeto de llevar al cuerpo a la normatividad y con esto mejorar su esperanza de

vida, proceso en la cual no tan sólo está implicado el sujeto, sino que también su familia, la cual debe apoyar el proceso para obtener mejores resultados, y en donde el sujeto a posterior debe hacer cambios en sus comportamientos y hábitos para mantener esta optimización.

Estas nuevas tecnologías de optimización o técnicas de mejoramiento han encontrado una fuerte crítica en quienes piensan que pueden adquirirse sin demasiado esfuerzo en las clínicas privadas, en donde existe una suerte de diseño ha pedido donde la finalidad es mejorar cualquier aspecto del cuerpo en quienes tienen las condiciones de pagarlo o acceder a ellos, no todos los críticos ven a las tecnologías como positivas (Nikolas Rose, 2012).

La biomedicina y la promoción de la salud cambió nuestra relación con la salud y la enfermedad, pero además modificó lo que creemos que debemos esperar y aquello a lo que debemos aspirar. Nuestra corporalidad es el objetivo de nuestros juicios y de las técnicas que usamos para cuidarnos, se trata de una ética en la cual se ha vuelto obligatorio la mantención de un estilo de vida saludable, y donde se juzga o crítica negativamente a aquellos quienes no son capaces de empoderarse de su salud y tomar las acciones correspondientes (Nikolas Rose, 2012). En este sentido es donde nace el término ethopolítica acuñado por el autor Rose N. (2012), el que hace referencia a que, por medio de la ética definida desde la biomedicina, se busca delimitar la conducta humana, interviniendo sobre sus sentimientos, creencias y valores; se convierte en la política de cómo habríamos de conducirnos a nosotros mismos y las responsabilidades que se debiesen visualizar para el futuro. La vida se ha convertido en una empresa estratégica, *"las categorías de salud y enfermedad se*

han convertido en vehículos para la autoproducción y el ejercicio de las subjetividades dotadas de las facultades de elección y voluntad" (Novas, 2006).

Bajo este enfoque es que los individuos se han empoderado de salud y son ciudadanos activos, ya no son sólo receptores, sino que más bien se informan, buscan por medio del internet, conforman grupos, se identifican con algunos colectivos, comparten experiencias y en conjunto buscan soluciones para sus patologías. A este fenómeno se le ha denominado ciudadanía biológica o biociudadanía (Novas, 2006; Nikolas Rose, 2012; Nikolas Rose & Novas, 2005; Tirado et al., 2012). Se articulan nuevos modos de regirse a sí mismos, se promueve la autoeducación y la autogestión, se busca la responsabilidad en el cuidado de la salud individual y ciudadana, los individuos son responsables de su condición actual y futura, o sea su propia salud (Jorge Castillo S. & Gómez S., 2014).

Gran influencia en este modo de conducirnos a jugado también la medicina con su avance tecnológico, que hoy puede pensarse como tecnomedicina, ya que para su ejercicio depende de una serie de equipos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, en donde el juicio clínico se ha limitado frente a esta incorporación de la medicina basada en la evidencia, donde su principal aporte ha sido la emergencia de protocolos o guías clínicas los cuales han presentado un incremento exponencial en el último tiempo y que constituyen una pauta de procedimientos frente a alguna patología. Los protocolos sacan a la patología del cuerpo, y la distribuyen entre innumerables actores y entidades (Individuo, familia, hospitales, seguros, ect.), y además se sitúa en un contexto particular en donde se asumen

prácticas locales respecto a ese protocolo (Nikolas Rose, 2012; Tirado et al., 2012; Tirado Serrano & Sepúlveda Castillo, 2011).

El protocolo es una guía detallada de lo que se debe hacer, cuando, por quien y su consecuencia, por tanto, con ello se estandariza un conjunto de prácticas, actores y situaciones, además se homologan las oportunidades de tratamiento. Estos protocolos están insertos en un contexto particular del cual se adquieren las rutinas previas y las cuales se incorporan en el mismo protocolo, no obstante, la utilización de las guías o normas convierten a la práctica médica en un laboratorio, y donde cada vez más se ha ido perdiendo la interrelación médico-paciente, emergiendo la desresponsabilización del profesional de la salud. De este mismo hecho surge también otra situación que no debe menospreciarse, y es la utilización del lenguaje del protocolo, el que se va normalizando y estableciendo como discurso en torno a la patología en cuestión, finalmente el protocolo o guía es la materialización y representación de la patología por parte de los expertos en biomedicina, por tanto es posible escuchar a los individuos describirse a ellos mismos en estos mismos términos, como estoy inmunodeprimido, tengo colesterol alto, soy vulnerable al estrés, tengo predisposición genética a desarrollar cáncer (Tirado Serrano & Sepúlveda Castillo, 2011).

En este mismo sentido cabe destacar la incorporación del consentimiento informado, comités de éticas, juntas de revisión, etc. todo ello con la finalidad de resguardar el procedimiento médico o investigación médica, presentándose frente a los individuos como actores éticos responsables, o sea existe una garantía ética en donde también converge la protección para las autoridades, administrativos

hospitalarios y médicos frente a las consecuencias de decisiones no adecuadas o controvertidas (Nikolas Rose, 2012; Tirado Serrano & Sepúlveda Castillo, 2011).

La salud en el contexto de la biomedicina adquiere el estatus de capital, el cual debe ser cuidado, protegido y mejorado, donde el cuidado surge además como una inversión sobre sí mismo, donde se hacen inversiones o gastos con el objetivo de obtener una buena salud, preservarla o mantenerla, por tanto se hacen elecciones en torno a lo que es más beneficioso para mí en honor a la salud (Gracia Arnaiz, 2011, 2014; Rodríguez Zoya, 2015).

Para finalizar es importante comprender que se entenderá por práctica biomédica, la cual se define como el quehacer del equipo de salud, en cuanto existe un paciente que requiere de atención frente a una condición de salud que aqueja al paciente y genera incomodidad, dolor o trastorno. Esta práctica se basa en la biomedicina, la cual adopta a la biología como parte de su ciencia básica y la investigación biotecnológica como parte fundamental en su aplicación (Escobar, 2015). No obstante, esta biomedicina evoluciona a la medicina basada en la evidencia, en donde se propone que es: “El uso juicioso, consciente y explícito de la mejor evidencia científica en la toma de decisiones médicas para el cuidado de pacientes individuales” (Brito Sosa, González Capote, & Cruz Rodríguez, 2010). Este movimiento o paradigma establece un fortalecimiento científico de los fundamentos sobre los cuidados y prácticas clínicas en los pacientes, de donde emana una herramienta principal, los protocolos o guías clínicas, que ofrecen instrucciones detalladas sobre el proceso del diagnóstico, pruebas a realizar, cuándo, cómo y qué

intervenciones quirúrgicas son las más adecuadas frente al diagnóstico, tiempo de permanencia en el hospital, posibles complicaciones y tratamiento.

Estos instrumentos se basan en la literatura científica que existe sobre la enfermedad o situación de salud en particular, se analiza, se sintetiza y ofrece recomendaciones sobre la temática en cuestión en base a la mayor evidencia científica recopilada; un grupo de expertos es el que realiza el instrumento en base a esta evidencia, y define su rango de aplicación, beneficios y problemas o riesgos que implica el tratamiento, intervención o manejo quirúrgico (Tirado et al., 2012).

3.9 Cirugía bariátrica en Chile

3.9.1 Desarrollo histórico del programa de cirugía Bariátrica en nuestro país.

No existen evidencias de tratamientos quirúrgicos para la obesidad en Chile hasta el año 1986, cuando un grupo de médicos (de González y Rossi) del hospital Van Buren de Valparaíso, comunicaron su experiencia con el uso del by-pass yeyunoileal en seis pacientes con obesidad mórbida, la pérdida de peso fue de 130 kg a 90 kg en promedio, con un porcentaje de pérdida de exceso de peso de un 51%. Los resultados fueron llamativos, ya que en cuatro pacientes se normalizó la hipertensión arterial, y la diabetes también en dos de los pacientes. No obstante, las complicaciones post quirúrgicas se tradujeron en diarrea importante en todos los

pacientes, dos de ellos además presentaron disfunción hepática y uno presentó urolitiasis.

La segunda experiencia quirúrgica que se registra apareció 7 años después, en el hospital San Juan de Dios, liderado por el Dr. William Awad en 1993, quien publicó su experiencia en el tratamiento quirúrgico de 30 pacientes con obesidad mórbida. Posteriormente se publicaron una serie de experiencias con pacientes sometidos a diferentes técnicas de cirugía de obesidad reportando sus resultados y hallazgos con las tres técnicas quirúrgicas utilizadas, gastrocastroanastomosis o comunicación central, partición gástrica con comunicación en curva mayor con refuerzo de malla de polipropileno y gastroplastía vertical con refuerzo de malla.

Luego en el año 1999 se publicaron dos artículos en revistas nacionales, uno del autor Guzmán y cols. del grupo quirúrgico de la Universidad Católica y otro del autor Csendes y cols. del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En el artículo de Guzmán participaron 70 pacientes los cuales fueron sometidos a bypass gastro-yeyunal con asa larga y sección gástrica, reportaron que no se presentó mortalidad y sólo hubo morbilidad en un 24,3%, sin embargo, se constató un fracaso en casi un 20% de los pacientes sometidos a la cirugía. En la experiencia reportada por Csendes y cols. en donde 50 pacientes se sometieron a gastroplastía horizontal con derivación en asa en Y-de-Roux de 70 a 100 cm, la capacidad de la bolsa gástrica varió entre 50 a 120 ml., se presentaron bajas promedio del IMC de 41,3 kg/m² a 30,1 kg/m² a los 24 meses, con una disminución del exceso de peso del 68%, los autores observaron una correlación entre menor capacidad gástrica residual y mayor baja de peso.

En el 2000 el grupo de la Universidad Católica publicó su experiencia en 92 pacientes sometidos a bypass gastroyeyunal, en 42 de los pacientes se corcheteó horizontalmente el estómago de manera similar a la técnica empleada por Csendes y cols. en los otros 50 restantes se realizó sección gástrica. No presentaron mortalidad y dentro de sus resultados reportaron que un 80% de ellos el procedimiento fue exitoso, en donde la mayoría pertenecía a los sometidos a sección gástrica, además reportan que la diabetes remitió en el 76% y la dislipidemia en un 87% de los casos.

En los siguientes años se siguen publicando artículos que evidencian la experiencia de diferentes grupos médicos (de la Universidad Católica 2001, Hospital clínico de la Universidad de Chile 2001, Hospital Regional de Coquimbo 2003) con diferentes técnicas quirúrgicas, entre ellas gastroplastía horizontal, gastrectomía subtotal del 95% con derivación en Y-de-Roux larga de 120 a 140 cm., sección gástrica con anastomosis gastroyeyunal, banda gástrica.

El 2005 resulta ser un año productivo respecto a publicaciones de experiencias nacionales sobre el tema de la cirugía bariátrica. Por primera vez, el grupo de la Universidad de Chile publica los resultados de una serie nacional en una revista americana, donde 400 pacientes con obesidad mórbida se sometieron a bypass gástrico resectivo con un seguimiento de 36 meses. Se reporte una morbilidad de 4,7% y una mortalidad del 0.5%. por último, el mismo año, el grupo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile publica cinco artículos más relacionados al tema. El primero, estudió el peso, tamaño y volumen del estómago en obesos mórbidos y lo comparó con sujetos controles, no encontrando diferencias significativas. El segundo trabajo examinó la histología del segmento gástrico removido rutinariamente en una serie de bypass resectivo, en donde se demostró la

presencia de importantes alteraciones histológicas. El tercer estudio se realizó en conjunto con los investigadores del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde demostraron que los pacientes que se sometieron a bypass gástrico evolucionan con bajos índices de folato y que los niveles de homocisteína parecieran no estar relacionados con el compromiso hepático. El cuarto estudio evaluó prospectivamente 552 pacientes obesos mórbidos que se sometieron a bypass gástrico resectivo y el quinto artículo reportó la baja de peso a 2 años en un grupo de 286 pacientes que fueron sometidos a bypass gástrico resectivo, en donde los resultados revelaron una significativa baja de peso que fue inversa al IMC preoperatorio (CSENDES J, KORN B, & BURDILES P, 2006).

Las primeras demandas por cirugía bariátrica en nuestro país se dieron el año 2003, demanda organizado por el movimiento de obesos mórbidos (MOM), donde el 3 de noviembre de ese año este movimiento realizó su primera manifestación en la plaza de la constitución, exhibiendo carteles y explicando que tenían derecho a ser parte del AUGE frente a su penosa enfermedad. En esa ocasión el diputado Cornejo manifestó la necesidad de incluir esta cirugía en los planes y programas del ministerio, indicando que sólo podrían operarse en 4 hospitales que tenían este servicio: San José, Padre Hurtado, San Juan de Dios y Tizné. Además, señaló que esto podía realizarse en clínicas u hospitales privados pero que esto trae consigo un costo cercano a los \$5.000.000 de pesos. En esta ocasión además la presidenta del MOM María Fuentes, señala que ellos no son clientes, sino pacientes, por tanto, consideran a la salud como un derecho. En esta ocasión este movimiento tuvo la oportunidad de reunirse con el doctor Fernando Muñoz, Director de Rectoría de la cartera en aquel entonces (Chile, 2003).

En el año 2008 es cuando se implementa un programa piloto en el sistema público de salud, el programa es parte de la cobertura en la red Preferente (Modalidad MAI), con ingreso a través de la atención primaria (consultorios), y aplica solamente en aquellos casos donde se ha evidenciado que las intervenciones médicas son insuficientes para disminuir los riesgos asociados (co-morbilidades), y por lo tanto es necesario realizar una intervención quirúrgica.

La cobertura que brinda el programa es la siguiente: Atención primaria (consultorios): 100% de cobertura en todas las atenciones médicas recibidas, para todos los tramos de ingreso; atención de nivel secundario (CDT, CRS, consultorio de especialidades) y nivel terciario (hospitales): Tramo A, 100% de cobertura en todas las atenciones médicas; Tramo B, 100% de cobertura en todas las atenciones médicas; Tramo C, 90% de cobertura en todas las atenciones médicas; Tramo D, 80% de cobertura en todas las atenciones médicas (FONASA, s.f.).

En nuestro país si bien existe este programa con cupos asignados por año, el cual partió en 100 y ahora alcanza más de los 600, es cierto que estas cirugías se siguen realizando en clínicas u hospitales privados, de los cuales no existe una estadística pública, no obstante, en un reportaje realizado en la revista Paula, indica que existe una tendencia en alza, que tiene que ver con que cada vez más chilenos acceden a la cirugía sin ser obesos, para solucionar su problema de sobrepeso, y donde hay más médicos dispuestos a flexibilizar los criterios para acceder a la cirugía. En Chile, datos del Departamento de Cirugía Bariátrica de la Sociedad de Cirujanos de Chile estiman que, mientras en el año 2001 se hacían alrededor de 400 intervenciones, actualmente se practican cerca de 5 mil. Juan Eduardo Contreras, cirujano bariátrico de Clínica Santa María, señala *“Mientras más se instala la*

tendencia, más gente hay dispuesta a buscar en la cirugía la única solución para bajar de peso, aun cuando no tenga la indicación médica de hacerlo". En el reportaje se indica que la mayor parte de solicitudes las realizan las mujeres señalando como motivación la estética, que es lo único que les falta por solucionar. Además se señala como la cirugía se ofrece como un producto en las páginas de internet, o páginas con cupones de descuento, lo que trae consigo el aumento de la demanda sin considerar el protocolo establecido, donde el paciente ejerce una presión y el médico frente a una razón económica puede o no ceder (RIEDEMANN, 2012).

La historia de cirugía bariátrica en nuestro país es breve, abarcando un tiempo de unos 30 años aproximadamente. En este desarrollo se destaca la participación de tres grupos quirúrgicos a) el grupo del Hospital San Juan de Dios b) el grupo del hospital clínico de la Pontificia Universidad Católica c) y el grupo del Hospital clínico de la Universidad de Chile (Csendes et al., 2006).

En nuestro país existe la ley 20.606 más conocida como ley súper 8, la cual tiene por objetivo prohibir la venta de productos industrializados (alimentos y bebestibles) altos en sal, grasa y azúcar en establecimientos educacionales además de la prohibición de publicidad de alimentos con 'Exceso de' dirigida a menores de 14 años, pero que recientemente ha sido aprobada y se espera su implementación. Esta es la única ley que está asociada al fenómeno de obesidad en nuestro país.

Respecto a la cirugía bariátrica en el sistema público de salud, en el año 2008 se comenzó con un programa piloto de 100 cupos en 10 hospitales para cirugía bariátrica en aquellos establecimientos que tienen un programa o equipo multidisciplinario adecuado para darle seguimiento a los pacientes post operación y en los cuales el hospital se encuentre acreditado. De los 29 hospitales públicos que

existen en Chile, en 19 se está aplicando este programa, para el año 2014 la cifra aumento a 500 y se espera para el 2016 la evaluación del presupuesto para ver si se mantiene o aumenta el cupo del presente año que fue de 600.

Ahora bien, la cirugía bariátrica opera bajo un equipo multidisciplinario que se encarga de evaluar y seguir al paciente, esto debido a los múltiples factores involucrados en la génesis de la obesidad. En nuestro país un grupo de expertos en 2004 definió la “Norma Técnica de Tratamiento Quirúrgico de la obesidad” del MINSAL, y definió al equipo multidisciplinario como “grupo de profesionales de la salud compuesto habitualmente por médico, nutricionista, kinesiólogo o profesor de educación física y especialista en Salud mental (psiquiatra o psicólogo); el médico es el responsable de la derivación del paciente candidato a cirugía bariátrica. La cirugía apareció a comienzos de los años noventa con fuerza, con resultados satisfactorios, lo que llevo a ganar popularidad como técnica efectiva de tratamiento para aquellos casos de obesidad extrema, sin embargo, en la actualidad cada vez hay más casos de pacientes con reganancia de peso, lo que se ha explicado generalmente por la falta de responsabilidad del paciente con sus cambios de estilo de vida. Al comenzar el plan piloto en nuestro país, además se incorporó al equipo multidisciplinario, el cirujano, kinesiólogo, profesor de educación física y enfermera. El objetivo de este equipo es entregar las herramientas necesarias para que el paciente sea capaz de generar cambios permanentes en sus hábitos y estilo de vida, ya que el éxito de la cirugía depende en gran medida de estos cambios.

La OMS en 1973 definió a este equipo como: “una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes profesionales, pero con un objetivo común que es

proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”.

Se señala además que debiesen distinguirse al menos tres grandes etapas de participación del equipo en aquellos pacientes sometidos a cirugía: a) evaluación y preparación de la cirugía b) evaluación postquirúrgica c) seguimiento a largo plazo; no obstante, existen objetivos transversales que corresponden a todos los profesionales involucrados, y son educar, motivar y empoderar al paciente, con el objetivo de suscitar el aprendizaje de su autocuidado (Burdiles P. Patricio, 2012).

De acuerdo a la norma técnica elaborada en 2004 por el MINSAL, se plantea que los objetivos de la cirugía bariátrica de acuerdo a la literatura biomédica son:

- Disminución del IMC por debajo de 30 kg/m², o pérdida del 50% o más del exceso de peso sin desarrollar carencias nutricionales.
- Mantención del peso reducido a largo plazo.
- Mejoría de las enfermedades asociadas a la obesidad.
- Mejoría de la calidad de vida.

Además, define **Fracaso del tratamiento médico** a: paciente que después de 6 meses de tratamiento multidisciplinario con dieta, ejercicio físico, terapia psico-conductual y apoyo farmacológico, no logra una reducción de al menos 5% del peso corporal, o paciente que después de una baja de peso significativa recupera el peso reducido al cabo de 1 año. Y por tanto, estos son posibles candidatos a cirugía. Cabe señalar que para que se realice la cirugía en una institución pública de salud del país, esta debe contar con acreditación institucional, además de contar con acreditación de cirujanos (MINSAL, 2004).

De acuerdo a la norma se plantea que la cirugía podrá hacerse efectiva en pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años; Pacientes sin contraindicaciones absolutas o contraindicaciones relativas no controladas; Obesos con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 40 kg/m², con fracaso del tratamiento médico; Pacientes con índice de masa corporal menor de 40 kg/m², cuando se acompañan de patologías relevantes cuya mejoría depende en forma directa de la reducción de peso, como los problemas osteoarticulares severos, candidatos a prótesis de reemplazo, la apnea obstructiva del sueño o la diabetes.

Otros criterios no considerados podrán ser definidos caso a caso según opinión de un equipo de tratamiento médico-quirúrgico.

Sólo los pacientes que cumplan con los criterios y requerimientos ingresarán a la siguiente etapa del programa. Aquí se realizará una evaluación por el equipo de Cirugía Bariátrica:

PROGRAMA EVALUACION (1 MES); N° de sesiones: Evaluación Psicológica: 2, Evaluación por Médico Endocrinólogo(a): 1, Evaluación por Nutricionista: 2, Evaluación Psiquiátrica: 1, Evaluación por cirujano de ser necesario: 1 sesión. Posterior a esta evaluación, se reunirá el equipo en reunión clínica para determinar que paciente ingresa al programa como candidato a cirugía. Para la realización de Cirugía Bariátrica por vía Laparoscópica es fundamental que el paciente reduzca su grasa visceral con el fin de permitir una intervención más segura y efectiva. Al disminuir la grasa visceral es más segura la manipulación de mesos y epiplones, sangran menos y es posible realizar anastomosis más seguras. Lo anterior se consigue haciendo que el paciente baje un 10 % de su peso previo a la cirugía en el menor tiempo posible. Secundariamente este requerimiento se transforma en un

importante predictor del comportamiento alimentario post operatorio y de adherencia al programa. En esta etapa es fundamental el apoyo de la nutricionista y kinesiólogo. No se operarán pacientes por vía laparoscópica que no cumplan con esta etapa.

El programa prequirúrgico (3-4 meses) contempla la evaluación de: Cirujano Digestivo (2 sesiones); Evaluación Psicológica (6 sesiones); Evaluación por Médico Endocrinólogo(a) (2 sesiones); Evaluación por Nutricionista (12 sesiones); Terapia con Kinesiólogo (36 sesiones); Evaluación Psiquiátrica (1 sesión); Evaluación médico nutriólogo (1 sesión).

Para el estudio preoperatorio se realizarán los siguientes exámenes:

1. Ecotomografía abdominal (dos cupos mensuales).
2. Endoscopia Digestiva Alta con detección de Helicobacter Pylori y biopsia en casos seleccionados (dos cupos mensuales). (Aquellos pacientes a los que se les detecte presencia de Helicobacter Pylori en la mucosa gástrica deberán ser erradicados previo a la cirugía).
3. Radiografía de Tórax PA y Lateral.
4. Espirometría en pacientes con antecedentes respiratorios crónicos, Fumadores de > 10 cigarrillos al día u en obesos mórbidos.
5. Electrocardiograma (dos cupos mensuales).
6. Test de esfuerzo en mayores de 40 años (según evaluación cardiológica)
7. Evaluación Psicológica
8. Evaluación por Médico Nutriólogo(a).
9. Evaluación por Nutricionista.
10. IC a especialista correspondiente según patologías de base.
11. Exámenes de laboratorio:

- a. Hemograma - VHS
- b. Perfil Bioquímico
- c. Perfil Lipídico
- d. Pruebas Hepáticas con Tiempo de Protrombina
- e. TTPA
- f. Test de Resistencia a la insulina en ayunas (HOMA)
- g. Test de Tolerancia a la glucosa.
- h. Examen de orina
- i. T3, T4, TSH
- j. Grupo y Rh

Todos los pacientes candidatos a cirugía deberán cumplir todos los pasos de la etapa previa y deberán estar alcanzando los objetivos propuestos a la fecha de la cirugía: asistencia mínima a controles 90%; reducción de peso mínimo 10% peso de ingreso; pase psiquiátrico y psicológico; cada 15 días se realizara reunión clínica para mostrar evolución de pacientes y resolver dudas del equipo; cada paciente al momento de su ingreso tendrá un resumen de su historia clínica y su carpeta con exámenes; se mantendrá un resumen de evolución de peso de todos los pacientes, este dato será actualizado para cada reunión; una semana antes de la intervención el cirujano evaluara al paciente con todos los exámenes realizados y archivados y derivara a anestesista; evaluación anestesista una semana antes de la cirugía (Programa de cirugía bariátrica Hospital Higuera, Talcahuano).

Respecto de las complicaciones es a partir del año 2006 donde se comienzan a ver las primeras preocupaciones por éstas o fracasos de la cirugía bariátrica, en donde diferentes estudios a nivel internacional comienzan a reportar sus

experiencias en torno a la temática. No obstante, el score BAROS es propuesto como una forma o mecanismo de evaluación de los resultados de la cirugía.

La terapia quirúrgica se ha consolidado como la terapia más efectiva en el tratamiento de los pacientes portadores de Obesidad Mórbida, debido a los fracasos del tratamiento médico. El bypass gástrico abierto o laparoscópico y el banding laparoscópico son las dos operaciones más practicadas en la actualidad, desplazando totalmente al bypass yeyunoileal, que ocasionaba mucha morbilidad postoperatoria, y a las gastroplastías que no eran muy efectivas. El valor terapéutico de los distintos procedimientos técnicos empleados se mide por la potencialidad en disminuir el exceso de peso de los pacientes en forma significativa, por su morbimortalidad postoperatoria y por la capacidad en mejorar las enfermedades asociadas a la obesidad.

El sistema de evaluación BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), propuesto por Oria en 1998, ha sido reconocido como un instrumento de gran valor para examinar integralmente los resultados que se alcanzan con la cirugía bariátrica y se ha comenzado a aplicar como parte de la rutina en los equipos médicos dedicados a esta cirugía. Este sistema contempla las siguientes variables: porcentaje de sobrepeso perdido, comorbilidades asociadas como hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis e infertilidad. Además, evalúa la calidad de vida por medio del test Moorehead-Ardelt, que considera la autoestima, bienestar físico, relaciones sociales, desempeño laboral y sexualidad, todas estas variables pueden ser evaluadas en el postoperatorio de acuerdo a los tiempos que el equipo médico considere pertinente (Gómez & Arriagada, 2006). Respecto a las variables psicosociales, varios estudios informan

resultados a corto plazo, destacando mejorías significativas en la calidad de vida, principalmente en aquellos factores asociados a la mayor movilidad y mejora de las comorbilidades asociadas, la evaluación de este aspecto establece el impacto que puede tener una enfermedad y su tratamiento en la percepción de bienestar del paciente (Leiva et al., 2009).

Es importante destacar que en el estudio de Leiva et al. (2009), se encontró que la percepción de calidad de vida de las pacientes operadas no necesariamente mejoro, ya sea en los aspectos de salud física como de salud mental, destacando que existe una diferente percepción al evaluar este indicador a los 6 meses de postoperado versus 2-3 años posterior. En este estudio se encontró que la calidad de vida es deficiente a los 2 y 3 años post intervención.

Los equipos médicos consideran que la cirugía es exitosa cuando el paciente pierde más del 50% de sobrepeso al año, cuando las enfermedades asociadas son controladas, cuando no se recupera más del 20% del sobrepeso perdido a los 5 años y cuando se mejora la calidad de vida (Burdiles P. Patricio, 2012). Gumbs et al. (2007) expone que una clasificación del éxito de la cirugía de acuerdo a Maclean, clasificando como un excelente resultado una disminución del IMC<30, como bueno un IMC entre 30-35 y como pobre resultado o fracaso a un IMC>35, además señala que se puede evaluar la disminución de comorbilidades y mejora de la calidad de vida a través del instrumento Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) (Gumbs, Pomp, & Gagner, 2007).

De acuerdo a la revisión de la literatura, y contrastando con lo que se espera de la cirugía, la definición de fracaso en cirugía bariátrica aún no ha sido determinada, y no existe evidencia clara respecto a este concepto. Revisando la

literatura no existe una definición internacionalmente reconocida para determinar que constituye el fracaso en este tipo de intervención, algunos autores han usado la pérdida de exceso de IMC para describir la baja de peso, mientras que otros autores utilizan el porcentaje total de peso corporal, o simplemente el cambio de IMC. En un artículo de revisión se declara que la definición más frecuentemente citada para el fracaso de la operación o intervención quirúrgica en estos pacientes fue la pérdida de <50% del exceso de peso, con o sin índice de masa corporal superior a 35 m/kg², a los 18 meses posteriores a la operación. Por el contrario, la segunda definición más frecuente fue la pérdida de <25% del exceso de peso (sin un plazo determinado). En varios estudios estas dos definiciones se atribuyen a las directrices que generó el consenso NIH (National Institute of Health) 1991 y los criterios de Reinhold 1982; Sin embargo, ninguna de estas dos definiciones es exacta. Mann et al. (2015) señala en su artículo que existe una necesidad inminente de un acuerdo universal sobre cómo la cirugía de la obesidad es descrita como un fracaso, ya sea en términos de pérdida de peso y criterios metabólicos asociados (Mann, Jakes, Hayden, & Barth, 2015).

Es importante considerar a su vez que dada la variación que existe en la pérdida de peso esperada entre diferentes procedimientos quirúrgicos, no es sorprendente que existan diferentes límites para considerar la pérdida de peso como un fracaso después de la intervención, lo que a su vez dificulta el acuerdo entre diferentes equipos médicos.

3.9.2 Obesidad y cirugía: aproximaciones, tensiones y desafíos

En estos tiempos la obesidad se ha convertido en una patología que lleva implícito el entorno, no tan solo el entorno médico, sino también el social. Es claro

que la obesidad hoy ha dejado de ser un signo de opulencia o salud para transformarse en el estigma más frecuentemente indicado por los pacientes, definiéndolos como sujetos sin voluntad, control, y autoestima (López, Ramírez, & Sánchez, 2014; Vallsa, Guerrab, Serranoc, Palaub, & Rodríguez, 2002).

Los hábitos alimentarios se han mostrado difíciles de cambiar, por su carácter de automático o semiautomática en un entorno más o menos constante, por tanto, las recomendaciones de comer saludable y hacer ejercicio muchas veces se quedan en sólo eso, meras recomendaciones. Sin embargo, la industria de los alimentos, los restaurantes y sus aliados sostienen que mantener un equilibrio entre la ingesta y el gasto es de responsabilidad individual, esto se enmarca dentro de la normalización dietética en torno a la dieta equilibrada, un patrón alimentario que se basa en restricciones o promoción de ciertos alimentos, cuyos objetivos son lograr una nutrición sana sin riesgo para la salud (Arnaiz, 2009; Gracia-Arnaiz, 2007).

La literatura plantea que existe un ambiente obesogénico que promueve la ingesta de comida cargada en grasa y alta en calorías, y reduciendo a su vez la actividad física en el trabajo, en los desplazamientos y que escapa al control de los individuos. Lamentablemente este entorno no es favorable debido a que nuestra historia evolutiva y genética, nos hace preferir alimentos de alto contenido calórico y su posterior almacenamiento como tejido adiposo. La premisa supuesta que señala que la obesidad es un asunto de balance entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas, es engañosamente simple debido a que este balance ha sufrido grandes cambios ligado a las dinámicas socioeconómicas de carácter estructural (López, 2009). Hay mucho menos trabajadores agrarios, industriales, forestales con grandes exigencias físicas, ya que el uso de nuevas tecnologías e industrialización ha

reemplazado a los seres humanos, haciendo sus puestos de trabajos muchos más sedentarios. Así mismo las nuevas tecnologías han convertido el tiempo de ocio en pasivo, en donde hay una mera recepción audiovisual, ya sea por medio de la televisión, el cine, la radio, videojuegos, etc.

Otro punto no menos importante es el cambio en los alimentos debido a los avances en preparación, distribución y almacenamiento, que han hecho que ingrese comida altamente procesada a nuestros hogares, ya que requieren de menor tiempo de preparación. La introducción del microondas en las cocinas del mundo industrializado acorto los tiempos de cocción de los alimentos, lo que contribuye monetariamente ya que se puede preparar una mayor cantidad de platos en el mismo tiempo, pero que a su vez nos entregan comida más procesados y con alto contenido calórico; hay que admitir que una ingesta de 100 calorías extras diarias puede incrementar el peso corporal en un Kilo anual (Arnaiz, 2009; Méndez et al., 2008). Se ha abandonado el modelo tradicional de comida, ya no existe la entrada, plato principal y postre, sino más bien un plato fuerte que me entregue las necesidades energéticas necesarias y que sean de fácil preparación y menor tiempo. Esto a su vez ha transformado a la comida en un acto más individualizado, ya que han aumentado las comidas que se hacen en solitario, se han ampliado las franjas horarias, por tanto la cena u once se ha desplazado a más entrada la noche, y se diversifican los lugares donde se sostenía la comida, ya sea en el trabajo, en el living, dormitorio, comedor, etc. desplazando la reunión familiar en torno a la mesa por una ingesta rápida, que satisfaga y en un lugar cómodo. Sin embargo, esto pareciera ser distinto los fines de semana, en donde se promueve la comida familiar y con amigos, pero que por el contrario nos lleva a comer mayores cantidades o productos

más sabrosos y altamente energéticos, aludiendo a que es bueno relajarse un poco, es una cosa de un día, hay que atender bien a las visitas; asociando el comer bien con el placer de estar reunidos y disfrutando del tiempo libre, destacando que en la semana existe más bien una rutina que se respeta. No obstante, la vida de hoy es más bien irregular, llena de micro hechos, cambio en horarios, planes, desplazamientos, accidentes, etc. que hacen que las rutinas dietéticas o hábitos sean difíciles de llevar a cabo estrictamente (Arnaiz, 2009; Méndez et al., 2008).

Se ha señalado también que existe una asociación entre dietas más sanas y la cercanía a supermercados y tiendas especializadas. Si pensamos en los sectores más desfavorecidos, éstos tienen la mitad o menos de posibilidades de encontrar cerca un supermercado, sino más bien existen muchos locales de venta de comida rápida y alcohol, en donde debemos considerar que la población general, “los consumidores” seleccionan los alimentos sobre la base del sabor, el coste, la conveniencia, la salud y la variedad, pero entre los hogares más desfavorecidos prevalece el coste y sabor, por tanto es más aún pretender que se consuman alimentos saludables, que lamentablemente se han ido encareciendo y cada vez más elevando su costo (Arnaiz, 2009; Méndez et al., 2008).

Centrándonos en el tema del entorno hay que señalar que la investigación revela que existe una asociación entre la configuración de nuestro entorno construido y las oportunidades para la actividad física. Según la literatura por cada hora más que pasamos frente al volante en el auto, tenemos un 6% más de posibilidades de alcanzar un IMC superior a 30, por el contrario, cada kilómetro que caminemos reduce en un 5% la probabilidad de ser obesos. Otro factor es el índice de peatonalidad, que nos puede ayudar a comparar individuos de diferentes zonas y el

tiempo que destinan a actividades moderadas. Un estudio encontró que el 37% de las personas que vivían en aquellas zonas con alto índice de peatonalidad cumplían con la recomendación de realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física. Por el contrario, aquellos individuos que vivían en zonas bajo índice de peatonalidad sólo el 18% cumplían el criterio de actividad física (Garza, 2013; Méndez et al., 2008).

Sin lugar a duda se debe considerar cual es la capacidad de control consciente de los sujetos frente a un entorno que se encarga de entregarnos mensajes, paisajes, colores, etc. destinados a que se consuman alimentos de alta densidad calórica. Por ejemplo, en los supermercados, existe lo que se llama el “canal de impulso”, que está cercano a las cajas, en donde se colocan snacks dulces, salados y gaseosas, todos ellos de alto contenido calórico, pero que por la cercanía a la caja tienta al cliente a comprarlo y luego consumirlo (Méndez et al., 2008). Para las cadenas alimentarias esto llega a representar en ocasiones más del 10% de sus beneficios totales. Otro punto es el paisaje que se crean en lugares de expendio de comida, el cual está marcado por los colores primarios de las máquinas expendedoras de bebidas y snacks, así como los restaurantes, o las gavetas de los supermercados, que utilizan colores llamativos que despierten nuestra atención y consumo, marcando la omnipresencia de la industria alimentaria. Un estudio demostró que, si en el hogar existe mayor cantidad de snacks y bebidas, el consumo es 112% más rápido que los hogares que tenían una acumulación menor de estos productos. Una arista no menos importante es el de los productos bajos en grasas o azúcares, llamados “productos light”, que tienen un efecto nocivo, puesto que tienden a aumentar la ingesta o número de raciones, reduciendo la culpabilidad de quien lo consume por ser catalogado como “light”. Por tanto, la capacidad de decisión

consciente real del consumidor es mucho menor de lo creemos, frente a todo este entorno que nos llena de pistas e influencias perceptuales que no procesamos a nivel consciente y nos llevan a consumir sin pensar (Méndez et al., 2008).

Es importante reflexionar como percibimos y modificamos el discurso técnico científico en torno al problema de la Obesidad, que, si bien aparece frecuentemente en los medios, a través de encuestas o estudios acerca de la proporción de individuos que sufren esta patología y sus implicancias, esto hace que aceptemos con facilidad estos discursos, colocándolos en la cotidianeidad de nuestras vidas. Las representaciones y prácticas de orientación clínica podrían verse como formas de colonización o disciplinamiento de los sentidos y los cuerpos en post de una ilusión socio-médica en torno a la salud, y que sin ir más allá también orienta a la estigmatización de la grasa, o el exceso de peso (Ramirez, 2016). Estar delgado hoy en día, aunque pueda relacionarse a algunas dolencias, deja de ser un signo de pobreza y enfermedad para situarse como lo “normal” (Arnaiz, 2009).

La medicalización de la obesidad se hace evidente de acuerdo con los miles de artículos que existen sobre la cirugía bariátrica y la disminución de las comorbilidades, señalando una categoría aparte de clasificación respecto del IMC indicada como obesidad mórbida (>40 kg/mt² o entre 35-40 kg/mt² con comorbilidades asociadas) para validar estas asociaciones, además de la incorporación de esta patología a los seguros de salud (Salant & Santry, 2006). La percepción negativa de la obesidad por parte de los profesionales de la salud hace referencia a que una vez que se instaura la obesidad, se vuelve una enfermedad intratable por la falta de voluntad del individuo para hacer dieta y ejercicio, llevándolo a una tendencia a ganar peso. Desde el discurso biomédico se trata de dotar de las

competencias necesarias a los individuos y responsabilizarlos de su estado de salud, sin comprender o afrontar que la vida es heterogénea y modulada por diversas actividades y acontecimientos que a menudo hacen incompatible el seguimiento de un estilo de vida saludable. Se olvida la conceptualización de la obesidad mórbida como una patología emergente y vinculada a un contexto cultural específico (Gracia-Arnaiz, 2007; López, 2009).

Del mismo modo se observa cómo se han afinado los enfoques frente al sobrepeso-obesidad, implantando modelos explicativos que apuntan más bien a aspectos de elementos socioculturales, nutricionales, ambientales e incluso elementos psicológicos, no obstante, la configuración de estos modelos no ha cambiado el paradigma instaurado, ya que la forma recurrente de delimitar el problema se basa en el plano de las decisiones, determinaciones y consecuencias que se desarrollan en términos de las voluntades individuales, encubriendo el rol de los componentes colectivos, económicos, políticos y culturales (Arnaiz, 2009; López et al., 2014; Ramírez, 2016).

Los discursos de obesidad sostenidos por los cirujanos en el marco de la salud pública, la industria farmacéutica, y los medios de comunicación, validan la opresión a la grasa, y normalizan la cirugía como parte del proceso de salud-enfermedad (López, 2009). Cada vez vemos con mayor frecuencia a celebridades o personajes del mundo del espectáculo exhibiendo sus cuerpos delgados y esbeltos celebrando el milagro conseguido por la cirugía, sumado a los programas de televisión destinados a conseguir la baja de peso soñada por medio de la cirugía, en donde los cirujanos exponen su conocimiento y expertiz al servicio de esta práctica, para así formar parte del discurso público y la cultura biomédica. Al mismo tiempo se

desarrollan nuevas tecnologías médicas para responder a las necesidades de los pacientes, es así como se introduce la técnica laparoscópica para el bypass gástrico que disminuye los riesgos de la cirugía abierta disminuyendo el riesgo y volviéndola más atractiva para los pacientes. Estos discursos hacen ver a la obesidad como un problema individual que se debe resolver, ya que existen diferentes implicancias a nivel de salud para el sujeto que la padece, ya sean físicas, emocionales y sociales, en donde la cirugía viene a transformarse en la única alternativa eficaz, pero que del mismo modo mercantilizan el problema, buscando por medio del discurso biomédico normalizar la cirugía, haciendo hincapié en las definiciones e implicancias de la enfermedad, situándola como epidemia internacional (Morgan, 2011).

Los cirujanos especialistas en reducción de peso están trabajando sobre estómagos sanos situados en cuerpos de individuos patologizados, creando un nuevo tracto digestivo disfuncional, para contrarrestar la morbidez de su cuerpo, donde los cirujanos estéticos también se han añadido y contribuido a ésta patologización de los cuerpos mostrando las deformidades y defectos conseguidos producto de la obesidad mórbida y que deben corregirse para conseguir un cuerpo delgado y esbelto que los lleve a una mejor salud (López et al., 2014), legitimando sus prácticas con los testimonios obtenidos de sus pacientes, en donde sienten que han convertido los cuerpos de aquellos “patitos feos en bellos cisnes”, señalando que es su forma de contribuir y curar a la población (Morgan, 2011).

Es indispensable considerar además los mensajes que se transmiten por internet, o la prensa o televisiva. En el estudio de Salant & Santry (2006) se señala que los sitios de internet colocan a la obesidad como una patología intratable con graves consecuencias tanto físicas como emocionales. Además, revelan que los

requisitos para ser candidato a cirugía son descritos como características de fácil medición, por tanto, es posible ser candidato rápidamente sin realizar mayores trámites. Uno de los argumentos que muestran que se presentaba con alta recurrencia en los sitios donde se ofrecía cirugía bariátrica, es acerca de que la obesidad mórbida es una patología compleja, en donde las dietas, los medicamentos, la modificación del comportamiento, o los programas de ejercicio tienen una tasa de fracaso del 95%, además de presentar la disminución de la calidad de vida. Conjuntamente se señala que una de las estrategias que utilizan estos sitios es la de la fotografía del antes y después con mensajes aludiendo que es una “reencarnación, rejuvenecimiento, el alma gemela”, predominando las imágenes de mujeres por sobre las de los varones, siguiéndole las fotos de parejas alegres y jóvenes atléticos.

Otra estrategia que se utiliza es referente a los testimonios de los pacientes, en donde se usan frases como este procedimiento me ayudo a romper el ciclo de fracasos, relatan que renacieron, o recuerdan sus fechas de cirugía como su cumpleaños; describiendo a la obesidad mórbida como una causal de sufrimiento en todos los niveles. Se utiliza la victimización de las personas obesas frente a una patología causada por la genética y las fuerzas sociales que ponen en peligro sus mejores intentos por disminuir el peso a través de los cambios de comportamientos. La mayoría de los sitios web presenta los beneficios de la cirugía asociada a la disminución de las comorbilidades, mejoras de la calidad de vida, y pérdida del exceso de peso; asimismo mencionan que es importante un cambio en el estilo de vida postquirúrgico, y que este es el compromiso que se debe asumir para conseguir el éxito (Salant & Santry, 2006). En contraposición no se indican los riesgos, sólo se

mencionan dos de las complicaciones más frecuentes en los sitios de internet. Finalmente estos sitios muestran a la cirugía como altamente necesaria y la única solución viable frente a los diversos padecimientos de los individuos obesos, y sus fracasos reiterativos, en donde la sociedad de la imagen, donde se exhibe el cuerpo como símbolo de bienestar físico y social, obliga a tomar la decisión de la cirugía y que al mismo tiempo se le hace responsable a posteriori de su fracaso (post cirugía) por la falta de control en su comportamiento y falta de adherencia al programa (Doñate, Llana, & Ana, 2010; López et al., 2014; Salant & Santry, 2006). Un hallazgo importante, es que los estudios sugieren que el triunfo de la cirugía bariátrica a largo plazo está marcado por un cambio del comportamiento y adhesión a un tratamiento multidisciplinario, pero que lamentablemente muchos de los centros especializados no lo poseen.

En el estudio de Drew P. (2011) se señala que en los periódicos de alta circulación de Estados Unidos se retrata la cirugía bariátrica como una práctica extravagante que otorga a las personas una salida fácil de la obesidad y los problemas médicos y sociales asociados. Este mensaje es una potente reprobación a las personas que se han realizado la cirugía o que piensan hacerlo, generando una estigmatización de los sujetos que optan por esta medida. Sin embargo, parece ser viable o es mirada como eficaz cuando otros intentos han fallado. La crítica a la cirugía específicamente se sitúa en 3 ámbitos: es medicamente riesgoso, es extravagante, y moralmente inferior a la dieta (situándola como éxito de la fuerza de voluntad). El permanecer en la condición de obeso, parece no ser aceptable, valorando la delgadez. En el mismo estudio se entrevista a los sujetos para ver cómo internalizan la información de la prensa, en donde enfatizan que la información

que se presenta en torno a la cirugía es descrita como algo aterrador y peligroso, de solución fácil, y que no podrían consumir ningún alimento sólido por el resto de sus vidas, clasificando la cirugía como inconveniente. No obstante, los pacientes que finalmente optan por la cirugía decidieron informarse correctamente respecto del tema, consultando otras fuentes, concertando reuniones con los médicos especializados y consultando la cobertura del seguro de salud, para tener un discurso más potente a la hora de indicar el porqué de su decisión (Drew, 2011).

Además, debemos añadir el papel que juegan los médicos de la atención primaria de salud (APS) respecto del tratamiento de la obesidad, si bien existe escasa información a nivel nacional, existe evidencia internacional que podría orientarnos respecto a la temática. Guerra-García, Pousa-Estévez, Charro-Salgado, & Becoña-Iglesias (2009) realizaron un estudio en España, en donde estudia las actitudes y dificultades de los médicos de APS ante el diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad, presentando como hallazgos: el tiempo destinado a la consulta referenciado por la mayoría de la muestra es entre 5-15 minutos, el 89% declara que en su centro de Salud no existe ningún programa específico para el tratamiento de la obesidad, el 64,8% siente frustración ante la dificultad para conseguir que sus pacientes pierdan peso, el 77,5% opina que el paciente no reconoce sus malos hábitos alimentarios, el 89,1% de los médicos considera que disponer de mayor tiempo, más formación, y profesionales con formación específica, mejorarían la atención de la obesidad, ante un paciente con sobrepeso las mujeres declaran con mayor frecuencia que los varones que ellas realizan intervenciones para evitar el aumento de peso. Más de la mitad de los médicos encuestados declara no seguir ningún protocolo o guía clínica para el tratamiento de la obesidad, y por

último más de la mitad de los médicos refiere falta de motivación, en la cual influye la dificultad de conseguir que los pacientes bajen de peso y la percepción de la obesidad que poseen los pacientes, no catalogándola como problema de salud (Guerra-García, Pousa-Estévez, Charro-Salgado, & Becoña-Iglesias, 2009).

Otro estudio realizado por Andújar et al. (2009) en relación con la opinión y motivación del médico de atención primaria sobre la obesidad, indica que el 90,7% de los encuestados consideraban que la obesidad era una enfermedad en sí misma, el 71,9% consideraba que era una causa de muerte prevenible, el 58,7% estaba de acuerdo en que se diagnostica primero la hipertensión y la diabetes que la obesidad, el 50,1% declara que prefiere trabajar con sujetos normopeso. El 61,9% opina que los pacientes obesos son grandes comedores, inactivos y que no siguen los consejos médicos, el 49,7% percibe que el obeso no se preocupa de su salud, el 81,3% opina que los obesos se resisten a los cambios en sus estilos de vida a largo plazo, también se observó que las mujeres médicos le dan mayor importancia al tema de la obesidad versus los varones y a su vez le dedican mayor tiempo, y por último el 83% de los encuestadas declaran que les gustaría plantear el tema del peso en el paciente obeso, pero que dedica menos de 10 minutos a este tema en la consulta (Andújar et al., 2009).

El abordaje terapéutico de la cirugía bariátrica se ha centrado hasta ahora en los tres grandes objetivos ya mencionados, encontrando poca evidencia respecto a abordajes diferentes, más bien se encuentran sugerencias y propuestas, algunas de ellas hacen referencia que el objetivo primordial sería implementar una intervención social integral de ayuda mutua que involucre aspectos psico-espirituales, socio-motivacionales, terapéuticos-emocionales y nutricionales, así como también

fortalecer las habilidades de los sujetos por medio del trabajo en grupos de ayuda mutua, para generar nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos mediante un proceso de reaprendizaje y de resignificación de conceptos que son importantes para generar el cambio definitivo (Garza, 2013).

En el estudio de Doñate, Llana, & Ana (2010) se señala que las nuevas tendencias en el abordaje deberían estar orientadas a un tratamiento conductual y de carácter grupal, para así conseguir mayores resultados en la pérdida y mantenimiento del peso corporal a largo plazo. Ellos llevaron a cabo un programa denominado EGO, el cual cuenta con un amplio cuerpo de profesionales médicos (endocrino, cirujano, técnicos de laboratorio, equipo de enfermería, psicólogo, nutricionista y entrenador físico), su objetivo era la selección, priorización e inclusión en un programa terapéutico y de evaluación de las actuaciones médico-quirúrgicas orientadas al paciente obeso y enmarcadas en criterios de eficiencia y mejora de la calidad asistencial. El programa se desarrolla en sucesivos talleres grupales de entrenamiento de duración de 90 minutos, la frecuencia es semanal o quincenal y la metodología activa-participativa, fomentando la comunicación, aprendizaje interactivo y el apoyo entre pares. Se acoge a un número de 10 pacientes por taller, en donde se busca transmitir ideas claras sobre la obesidad como enfermedad crónica y las distintas estrategias disponibles para su tratamiento, además de facilitar las herramientas para adquirir un estilo de vida más saludable. Los talleres trataban diferentes áreas temáticas, en donde estaban la dietética básica, la actividad física y la motivación. No obstante, el programa no tuvo una evaluación objetiva, por tanto, falta respaldar su experiencia con datos objetivos para constatar su eficacia (Doñate, Llana, & Ana, 2010).

Vallsa, Guerrab, Serranoc, Palaub, & Rodríguez, (2002) menciona en su estudio que el seguimiento del paciente operado debería ser para toda la vida e insistir en 3 campos principales, los aspectos metabólico-nutricionales, aspectos psicológicos y los aspectos estéticos, ya que estos últimos son los que más preocupan al paciente.

Frente a todos los antecedentes expuestos, es que se suscribe la existencia de una doble mirada del problema de la obesidad, una que está en torno al control individual y voluntad del sujeto asociado a la ingesta y el gasto, y otra mirada que involucra el entorno, la cultura, elementos psicológicos, y estilos de vida, señalando la problemática desde un paraguas más amplio pero de difícil abordaje, en donde los programas y planificaciones a nivel institucional no han mostrado avances en las cifras de prevalencia de obesidad. No obstante, resulta importante indagar acerca de cómo se construyen los indicadores de efectividad en torno a la cirugía bariátrica, tanto desde la mirada del equipo médico, actores relacionados a la administración del programa y los pacientes, para de esta forma describir cómo se configura la problemática de la obesidad y su tratamiento, identificando que aspectos de los descritos en la literatura se abordan y cómo se llevan a cabo.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los indicadores de efectividad de la cirugía bariátrica y la conceptualización de obesidad mórbida en el contexto biomédico?

El abordaje terapéutico de la obesidad mórbida plantea en la literatura que las estrategias más utilizadas para su remisión son la dieta y el ejercicio, no obstante, frente al fracaso de éstas (por parte de los pacientes), se sugiere a la cirugía como mecanismo de solución frente a los padecimientos de estos pacientes, sin considerar que los fracasos anteriores vienen determinados por la propia concepción que el paciente tiene de sí mismo, de la percepción de su autocontrol y medio ambiente. No obstante, un foco importante que se persigue con la cirugía es la resolución de las comorbilidades, pero éste no es un objetivo como tal, sino que más bien es una consecuencia de la pérdida de peso, ya que ésta se encuentra en estricta relación con el contenido de grasa corporal, y al reducir el peso se mejoran las comorbilidades tales como la hipertensión, la diabetes tipo II, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, y movilidad, las cuales además se asocian a la mejora de la calidad de vida, pero esto viene como resorte y no como un objetivo que se desarrolle y tenga una definición clara y ámbitos a cubrir (Vallsa, Guerrab, Serranoc, Palaub, & Rodríguez, 2002).

Supuestos

“La cirugía es sinónimo de obtención de un cuerpo saludable, ya que las normas, protocolos, guías y el discurso biomédico la construyen como medio y fin sí mismo”.

“La definición de éxito bajo el paradigma de la biomedicina está estrechamente ligada a la noción de disminución del riesgo”.

“La calidad de vida al ser evaluada desde el aspecto físico-biológico no da cuenta de la integralidad del concepto centrándose en una interpretación más bien reduccionista de esta asociada a las comorbilidades y funcionalidad”.

“El contexto de la biomedicina hace posible comprender la conceptualización de la obesidad mórbida que se señala en los protocolos y guías clínicas, es un fundamento esencial para su abordaje y comprensión”.

Hipótesis

“Por medio de la construcción y uso de protocolos y guías, en el contexto de la biomedicina, se construye a la obesidad mórbida como enfermedad dado el riesgo de desarrollo de las comorbilidades, donde por medio del discurso biomédico se busca internalizar en los individuos la lógica del riesgo”.

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender cómo se configura la conceptualización de la obesidad mórbida por medio de la definición, construcción y evaluación de los indicadores de efectividad de la cirugía bariátrica en el contexto biomédico del sistema público de salud.

Objetivos específicos

- Comparar las guías clínicas y protocolos de ingreso al programa de cirugía bariátrica del sistema público de salud propuestos por la IFSO (International Federation for the surgery of obesity & metabolic disorders), NIH (National Institute for Health, EEUU) y MINSAL por medio del análisis de contenido.
- Describir y analizar la práctica biomédica del equipo de salud asociada al protocolo de ingreso del programa de cirugía bariátrica, identificando percepciones, ideas, discursos en torno a la configuración de la obesidad y su tratamiento.
- Conocer el efecto de la cirugía sobre los indicadores de salud definidos para la consecución de los objetivos de la cirugía a través del comportamiento de los exámenes de laboratorio clínico en el tiempo.¹
- Analizar y describir la definición de éxito de la cirugía bariátrica por parte de los diferentes actores estudiados (equipo médico, pacientes, equipo creador de guía clínica), en relación con la conceptualización, tratamiento y remisión

¹ Exámenes de laboratorio: hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, HOMA, pruebas hepáticas, examen de orina, TSH, T4, T3, función renal, HbA1c, niveles vit. B12, y PTH previo a la cirugía, a los 6 y 12 meses post cirugía y las evaluaciones antropométricas de peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y % de grasa previo a la cirugía, a los 6, 12, 18 y 24 meses post cirugía.

de la obesidad mórbida, de acuerdo con lo preestablecido para la enfermedad en la literatura.

VI. METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, con predominio de lo cualitativo debido a que es indispensable indagar el fenómeno desde la lógica interna, que en este caso corresponde al programa de cirugía bariátrica que se desarrolla en el hospital base de Valdivia. El sentido de la investigación busca poner atención a los actores, los significados que se le atribuyen a las cosas, las percepciones y representaciones de la realidad. Los datos se obtuvieron en el contexto del proceso de la cirugía bariátrica, registrando una serie de hechos tanto de las conductas de los sujetos como de las palabras que se usan. Lo que se buscó por medio de este enfoque fue rescatar las percepciones más profundas de los involucrados en relación a una objetividad, no entendida en el sentido de adecuación al objeto, sino más bien como el conjunto de criterios de validación aprobados por los sujetos en este contexto particular (Flores, 2009).

Es importante señalar que el programa de cirugía bariátrica cuenta con financiamiento desde el Ministerio de Salud, dado el programa piloto instaurado en nuestro país en torno al tratamiento de la obesidad mórbida, por tanto, esto posibilita su desarrollo en el hospital Base de Valdivia.

6.1 Diseño

La investigación en la dimensión cuantitativa es de tipo no experimental, observacional, transversal. La investigación observacional investiga acerca de la distribución de un fenómeno natural en la población (ej. una enfermedad o un factor de riesgo), donde el investigador no los hace variar, sino que los registra tal como los

ofrece la naturaleza e investiga posibles factores que expliquen su distribución, se utilizan procedimientos simples o complejos, no se interviene en la, no se aplican intervenciones en la muestra por eso es no experimental y es de corte transversal debido a que todos los datos son obtenidos en un solo momento del tiempo.

En esta dimensión se evaluaron los datos de los pacientes de ambos sexos (edad entre 18-65 años) sometidos a cirugía bariátrica durante los años 2013, 2014 y 2015, los cuales contaban con una ficha clínica. Para acceder a la ficha se solicitó un consentimiento informado voluntario, previa autorización del comité de ética del servicio de Salud de Valdivia.

El diseño cualitativo se hizo bajo la perspectiva de la etnometodología, ya que es un tipo de investigación particular cuyo objetivo se centra en las formas que adquieren las acciones de la vida cotidiana, sean ellas conversaciones, saludos, preguntas, cuestionamientos, etc. en la etnometodología se busca indagar acerca del conocimiento cotidiano que disponen los individuos sobre su propia sociedad y el uso que dicho conocimiento es puesto en juego en sus acciones cotidianas de interacción con otros. Por medio de la observación participante se buscara descubrir lo que hacen los miembros del equipo de salud, para posteriormente esclarecer y rescatar las percepciones e intereses más profundos de los involucrados (Flores, 2009).

La etnometodología trata como sujeto de estudio empírico a las actividades prácticas, le atribuye a las actividades banales de la vida cotidiana la misma atención que se da habitualmente a los eventos extraordinarios, se busca tomarlos como hechos importantes, dándole un valor importante al lenguaje utilizado, los gestos o acciones conjugadas (Urbano Gil, 2007). Es el estudio de cómo las prácticas o los métodos son usados por los miembros al actuar de una manera, en circunstancias

particulares y concretas, para crear o sustentar el orden social, lo que hace posible el entendimiento detallado de lo que ocurre en ese contexto en particular. Todo contexto tiene normas y reglas de actuación, no obstante éstas son recursos interpretativos importantes para entender y reconocer un comportamiento (Firth, 2010), lo que se busca por tanto por medio del análisis de los datos es averiguar cómo las guías y protocolos son materializados e interpretados por los pacientes y equipo médico en torno al proceso de la cirugía bariátrica.

En el análisis se incorporaron los documentos correspondientes a la normativa de cirugía bariátrica propuesta por la IFSO, guía clínica del NIH, norma de manejo quirúrgico del paciente obeso del MINSAL, y la guía clínica de Obesidad Mórbida del MINSAL (2008) debido a que éstas entregan las instrucciones y procedimiento respecto del diagnóstico, exámenes a realizar, cuando, cómo, técnicas quirúrgicas posibles, tiempo que el paciente debe permanecer en el hospital, cuanto tiempo debe seguir el tratamiento, cuando se da de alta, etc. normando y estandarizando el procedimiento (Tirado & Sepúlveda, 2011). En el análisis de los protocolos y guías se trató de indagar respecto a su ejecución, ya que estos se utilizan para regir tanto la acción del equipo médico como la acción de los pacientes, por tanto, se buscó construir la relación que se establece entre el protocolo y el profesional cuando se le pregunta por ello, la relación de ésta con sus contenidos y los valores científicos de éste, indagando además sobre la posibilidad de prescindir del mismo (Tirado & Sepúlveda, 2011).

6.2 Muestra

Primero que todo es importante identificar el contexto de desarrollo del fenómeno en estudio para luego interrogarse acerca de quienes constituyen la unidad de análisis para poder responder a la pregunta planteada en la investigación.

En esta investigación la muestra está constituida por fuentes de diversa naturaleza, en primera instancia encontramos a los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Base de Valdivia durante los años 2013-2014-2015 de edad entre 18 y 65 años. En segunda instancia tenemos a todo el equipo de salud que participa del programa de cirugía bariátrica del Hospital Base de Valdivia. En tercera instancia se encuentra un experto que participó en el desarrollo de la Guía Clínica para la Obesidad Mórbida del MINSAL. Y como última fuente de información encontramos 4 documentos asociados al programa de cirugía bariátrica, constituidos por la normativa de cirugía bariátrica propuesta por la IFSO, Guía clínica del NIH, norma de manejo quirúrgico del paciente obeso del MINSAL, y la guía clínica de Obesidad Mórbida del MINSAL (2008).

Se trabajó específicamente en la ciudad de Valdivia, debido a que esta comuna de acuerdo a los datos registrados a nivel nacional por la Encuesta Nacional de Salud (2010), la prevalencia de obesidad mórbida es del 2,1% muy cercano a la prevalencia a nivel nacional del 2,3%, además respecto al número de cirugías realizadas por año, cabe destacar que de los 31 servicios de salud a nivel nacional, sólo en 20 de ellos se está realizando el programa de cirugía bariátrica, en donde en el Hospital de Valdivia realiza la mayor cantidad de cirugías al año de toda la zona sur del país. En el hospital base de Valdivia se operan alrededor de 32-44 pacientes por año, de acuerdo a los datos de registro del programa de cirugía bariátrica

correspondiente al periodo 2012-2016, en donde se mantiene un registro con la dirección y teléfono de contacto, además de su ficha clínica con los controles asistidos y el cual se debe cumplir hasta los 24 meses posterior a la cirugía. No obstante, el hospital base de Valdivia comenzó con las cirugías el año 2007, por tanto, tienen una experiencia de 11 años aproximadamente, lo que contribuye al conocimiento del procedimiento, técnicas quirúrgicas y proceso dentro del programa, constituyendo una fortaleza para el desarrollo de la investigación.

El tamaño muestral corresponde a 36 sujetos en el ámbito cuantitativo, los cuales firmaron el consentimiento voluntario y de los cuales además se contaba con datos disponibles, cumpliendo el criterio de haber sido sometidos a cirugía entre marzo y diciembre de los años 2013-2014-2015.

Para el ámbito cualitativo, se contó con 18 entrevistas, de las cuales 7 corresponden al equipo de salud a cargo del programa de cirugía bariátrica del Hospital Base de Valdivia, 10 corresponden a pacientes, y 1 es de profesionales que participaron en el desarrollo de la guía clínica de obesidad mórbida.

6.3 Criterios de inclusión / exclusión

Dimensión Cuantitativa:

Se incluyeron los datos de pacientes entre 18 y 65 años de edad de ambos sexos que hayan sido sometidos a cirugía bariátrica entre los años 2013-2014-2015, y que hayan firmado el consentimiento voluntario. Se excluyó a personas que no cuenten con todos los registros necesarios para la evaluación de los objetivos de la cirugía.

Dimensión Cualitativa:

Se incluyó a todo el equipo médico del Hospital Base de Valdivia que trabaje en el programa de cirugía bariátrica, además de los pacientes operados en el año 2013-2014-2015 previa firma de consentimiento y que decidieron voluntariamente participar. Se solicitó la participación de profesionales que desarrollaron la guía clínica de obesidad mórbida del Ministerio de Salud y que acepten voluntariamente participar de la investigación.

6.4 Técnica de producción de Datos

En el enfoque cuantitativo para la producción de los datos se recurrió a las fichas clínicas de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. En una primera instancia se procedió a la revisión de las fichas en formato papel, para luego solicitar por medio del sistema digital el reporte de los exámenes de laboratorio de los pacientes incorporados para completar la información del paciente.

Para el enfoque cualitativo de la investigación se decidió utilizar entrevistas semiestructuradas. La entrevista es una técnica frecuentemente utilizada para estudiar los modos en que conscientemente o no, los actores sociales utilizan sus conocimientos para reconocer, producir y reproducir las acciones sociales y las estructuras sociales. La entrevista semiestructurada contempla algunas categorías pre estructuradas que sirven como punto de referencia, sin embargo, lo central es el guion de temas y objetivos que se consideran relevantes para la consecución de los objetivos de la investigación, lo que permite igualmente un vasto margen de libertad y flexibilidad para el desarrollo de las mismas (Flores, 2009).

Para las entrevistas se elaboró un plan para su aplicación: Paso1: Protocolo de entrevista: establecer el objetivo de las entrevistas y determinar los temas guías; Paso 2: Formación de entrevistadores en donde hubo una capacitación teórica y otra capacitación práctica; Paso 3: concertación de la entrevista y como último paso: Desarrollo de la Entrevista.

Además, se contó con un guion temático orientador de las entrevistas:

Temas para tratar (Paciente): Experiencias personales en cuanto a la obesidad, a la comida, relaciones interpersonales, ideal corporal social y estético, proceso de toma de decisión de someterse a la cirugía bariátrica, experiencia quirúrgica y post quirúrgica, cambio del estilo de vida e impacto socioemocional y en la calidad de vida luego de la cirugía.

Temas para tratar (Equipo de salud): conceptualización de la obesidad, estigma asociado a la obesidad, fundamentos de la práctica quirúrgica e implicancias, ideal corporal y estético, motivación del programa y mejoras tentativas.

Temas para tratar (Expertos que desarrollaron Guía Clínica de Obesidad Mórbida MINSAL): fundamento del programa, criterios de vigilancia y evaluación, conceptualización del problema en torno a la obesidad, mejoras tentativas e ideal corporal y estético.

Además de las entrevistas, se desarrolló observación participante en el hospital Base de Valdivia, con la finalidad de recoger datos por medio de la participación activa en la vida diaria del equipo de salud. Se trató de observar a la gente en sus situaciones cotidianas y ver cómo se comportan frente a ellas, se

observó cómo se entablan conversaciones con algunos miembros o todo el grupo, para descubrir cuáles son las interpretaciones acerca del fenómeno en estudio. Esta técnica resulta valiosa, porque una vez que aprendemos reglas o normas culturales, éstas se convierten en implícitas y apenas pensamos en lo que estamos haciendo, por tanto, se puede dar cuenta de la realidad tal y como se dan en el contexto (Tirado & Sepúlveda, 2011).

La observación participante permite en cierta manera verificar definiciones que los participantes usan en las entrevistas, observar eventos que no se pueden informar porque son impropios, descortés o insensibles, y además corroborar situaciones que se han mencionado en las entrevistas contrastando algunas imprecisiones o distorsiones. DeWalt y DeWalt (2002) mencionan que: la meta de la observación participante como un método es desarrollar una comprensión holística de los fenómenos en estudio que sea tan objetiva y precisa como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones del método (Kawulich, 2005). No obstante, previo a la realización de la observación participante se realizará una observación para describir y definir el contexto institucional, además de generar un primer acercamiento con el equipo de salud y personal a cargo para obtener confianza y lentamente generar información apropiada, sin generar tensiones que puedan entorpecer el desarrollo de la investigación. Respecto de la observación participante, es necesario indicar que una vez que no se ha entrado al campo es difícil establecer qué preguntas hacer y cómo hacerlas, sin embargo, el marco de referencia ayudará a este proceso, sin manejar a cabalidad las líneas investigativas, pudiendo surgir algunas durante el proceso y dirigiendo el desarrollo del fenómeno en estudio. Para

las notas de campo se confeccionaron plantillas, que en primera instancia contemplaron datos descriptivos, donde se colocó fecha, momento y lugar de la observación, además de incluir un diagrama del escenario. Para luego dar paso a las observaciones y comentarios del investigador.

6.5 Análisis de datos

En la dimensión cuantitativa se trabajó por medio del programa Stata v.14 el análisis descriptivo de los datos, estableciendo la disminución de peso por años, % de exceso de peso, años de espera, categorías de edad, y sexo. Se exploró en cada caso la evolución de los parámetros bioquímicos, previo a la cirugía y a los 6 y 12 meses posteriores a la cirugía, asimismo se evaluaron las medidas antropométricas (peso, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa) en los mismos tiempos referidos, pero además a los 18 y 24 meses posteriores a la cirugía ya que son los objetivos centrales del tratamiento de la obesidad y es la información que está disponible dentro de las fichas clínicas.

En la dimensión cualitativa todos los análisis, tanto de los documentos oficiales, como las entrevistas, y la observación participante se realizaron por medio del análisis de contenido y el programa estadístico MAXQDA 2018. Este análisis es un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (conversaciones, textos, discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación que han sido previamente registrados, y que tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido los textos (Piñuel Raigada, 2002). Este tipo de análisis consto de tres etapas: preanálisis, codificación y finalmente la de categorización para entrar al

análisis de los datos. Para el análisis de los datos, lo primero es organizar los textos transcritos y definir los ejes fundamentales por donde se orientarán los datos, en este caso se trabajará en torno a dos focos esenciales de los cuales se desprenden otros puntos importantes que se desarrollan en cada foco para su comprender el fenómeno a investigar.

Una vez los textos organizados, se procede a seleccionar cada uno de los documentos y analizar dentro de ellos en torno a los códigos previamente establecidos y donde también se da la emergencia de códigos en torno a el análisis de la información, esto involucra leer, identificar y segmentar los textos, párrafos, frases o palabras en relación a los códigos (Flores, 2009).

6.6 Variables e instrumentos (Dimensión Cuantitativa)

Las variables son obtenidas de acuerdo a los protocolos utilizados en el programa de Cirugía Bariátrica, el cual fue establecido por norma en el decreto 742 del año 2009 y que se encuentran disponibles en las fichas clínicas de cada paciente.

Variables Preoperatorias:

Medidas antropométricas:

- Peso
- Talla
- IMC
- Porcentaje de Grasa
- Circunferencia de Cintura

Pruebas Bioquímicas:

- Hemograma - VHS
- Perfil Bioquímico
- Perfil Lipídico
- Pruebas Hepáticas con Tiempo de Protrombina
- TTPA
- Test de Resistencia a la insulina en ayunas (HOMA)
- Test de Tolerancia a la glucosa.
- Examen de orina
- T3, T4, TSH
- Grupo y Rh.

Variables Post operatorias a los 6 meses:

Medidas antropométricas:

- Peso
- Talla
- IMC
- Porcentaje de Grasa
- Circunferencia de Cintura

- Pruebas Hepáticas con Tiempo de Protrombina
- Test de Resistencia a la insulina en ayunas (HOMA)
- Examen de orina
- T3, T4, TSH

Pruebas Bioquímicas:

- Hemograma
- coagulación
- Perfil Bioquímico
- Perfil Lipídico

- Función renal
- HbA1c
- Niveles Vitamina B12.
- PT
- VHS

Variables Post Operatoria a los 12 meses:

Las mismas de los 6 meses, pero se agrega densitometría.

Evaluación Post Operatoria a los 18 meses:

Solo se mantienen las mediciones antropométricas.

Evaluación Post Operatoria a los 24 meses:

Solo se mantienen las mediciones antropométricas.

6.7 Criterios de Calidad Metodológica

Respecto a los criterios de calidad en la dimensión cualitativa, es importante mencionar que se trabajó respetando cuatro criterios para evidenciar la rigurosidad metodológica.

El primer criterio hace alusión a la transferibilidad o aplicabilidad: se pretende traspasar los resultados de la investigación a otros contextos. No obstante, la investigación cualitativa se lleva a cabo en situaciones particulares por tanto es muy difícil comparar las situaciones, por tanto es mejor referirse a transferencia y no a la generalización, en donde lo que se busca es hacer una descripción exhaustiva de los actores y situaciones escogidos con el objeto de interpretar la información y comparar, para ver su correspondencia con otros contextos y situaciones (Flores, 2009). En este sentido, se describe con detalle en los resultados el contexto en donde se realizó el estudio, y cómo este se desarrolla en el Hospital base de Valdivia, para que posteriormente se puedan contrastar los resultados con otros contextos, respetando la particularidad de los mismos.

Criterio de credibilidad: hace alusión a que la información obtenida es creíble y aceptable desde un punto de vista científico. O sea, debe existir un marco de

referencia respecto a lo que se está indagando, y la información debe ser consecuente respecto a este marco (Flores, 2009). Respecto a este punto, se cuenta con bastante información de la literatura científica que respalda y sustenta los hallazgos de la presente investigación.

Criterio de dependencia: la información obtenida es estable en el tiempo, debido a que en este caso en particular, es un programa que se realiza de acuerdo a una normativa y procedimientos constantes que no cambian en el tiempo, además las respuestas en los entrevistados son similares entre ellos (Flores, 2009).

Criterio de confirmabilidad: consiste en que se sigan procedimientos claramente establecidos, en donde se pueda reconstruir la secuencia metodológica para la comprender como se obtuvieron, procesaron, condensaron y mostro la información planteada en la investigación. Además es necesario que los registros sean resguardados ya sea por medio de audio o video, notas de campo, fotografías, así como también cautelar que las transcripciones sean textuales y sin omisiones (Flores, 2009). La metodología de la investigación se encuentra muy bien detallada con los pasos seguidos para la toma de datos y recopilación de información, además de contar con todos los registros pertinentes respecto a la observación participante y entrevistas.

6.8 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la aprobación del comité de ética del servicio de salud Valdivia orden N°40 ANT: ORD N°363 04.08.2017 y resolución exenta nro. 3031 del 22-03-2018 del hospital Base de Valdivia.

Para acceder a las fichas clínicas de los pacientes, se recurrió en primera instancia al equipo de salud a cargo de la cirugía bariátrica, solicitando la base de datos de los pacientes intervenidos durante el año 2013-2014-2015, para posterior a ello contactarlos y solicitar su consentimiento voluntario para el levantamiento y revisión de información desde sus fichas clínicas, respetando la reserva de información, anonimato, confidencialidad y denegación.

Además, se realizó una invitación formal al equipo del programa para participar de la investigación, conjuntamente a una charla explicativa y consentimiento voluntario. Para el caso de la observación participante y previo acuerdo con el equipo médico, se solicitó el asentimiento de los pacientes, en donde el profesional médico era quien lo requería dada su cercanía con el paciente.

También se contactó además a profesionales que desarrollaron la guía clínica de Obesidad Mórbida del Ministerio de Salud, invitando a participar voluntariamente de la investigación completando un mínimo de una entrevista.

Respecto a las fichas clínicas de los pacientes, debemos señalar primero que todo que es un *"Instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella"*.

De acuerdo al artículo 13 de la ley 20.584 se señala explícitamente: *Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la*

persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona. Tampoco tendrán acceso a la ficha clínica los investigadores que se sirvan de estas como insumo de sus trabajos de investigación.

“Para obtener el acceso a la ficha clínica por parte del investigador, este podrá ser autorizado directamente por el titular de la ficha clínica, es decir, la persona natural a la que se refieren los datos de carácter personal; o por el representante legal, siguiendo las reglas generales de derecho civil; o por los herederos en caso de fallecimiento del titular. La última autorización constituye una vía indirecta, a través de la cual los investigadores podrían acceder a la información contenida en la ficha clínica del sujeto de investigación. La letra b) del articulado en comento, es la que devela una mayor aplicación, y se refiere al acceso que podría llegar a tener el investigador, en la medida que sea autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante Notario. La redacción es clarísima y no deja otra vía de acceso”. Por tanto se seguirán todos los pasos respectivos para cumplir con lo dispuesto en la ley (Ramos Vergara & Arenas Massa, 2013).

No obstante, toda la información que emane de la observación participante y entrevistas que toque puntos sensibles para los participantes, fueron considerados en el análisis respetando siempre la confidencialidad y privacidad en la entrega de información por parte de los participantes.

Respecto de los resultados, estos igualmente respetan la confidencialidad de los datos y anonimato, entregando declaraciones generales y no individuales respecto a los fenómenos aquí estudiados.

VII. RESULTADOS.

El presente capítulo está organizado en torno a los siguientes puntos: en primera instancia se presentan las decisiones tomadas en el tiempo respecto al trabajo de campo y toma de datos, luego se presenta como primer foco de desarrollo al ámbito asociado a los protocolos y guías, en donde se hace alusión al proceso, a como se articulan las diferentes tecnologías en torno a la cirugía, cuál es su lógica operativa y la centralidad en el protocolo. Así también se presentan las estadísticas asociadas a los datos cuantitativos que muestran la evolución de los pacientes respecto a los indicadores de efectividad. En una segunda parte se presenta la nueva configuración de la obesidad mórbida asociada al riesgo de comorbilidades, la práctica biomédica del equipo y la definición de éxito, desarrollando cada uno de estos ámbitos en los diferentes puntos.

Decisiones tomadas en el tiempo.

En primera instancia se había propuesto trabajar con los pacientes operados sólo el año 2014, pero luego de ingresar al hospital base de Valdivia, y de acuerdo a las conversaciones con el equipo y administrativos se decidió trabajar con tres años 2013-2014-2015, con el fin de cumplir con un número que represente al menos en un 50% de los operados en esos años, debido a que los números de teléfono que aparecían en el registro y fichas clínicas del paciente muchas veces no correspondía o había cambiado y no se contaba con otro medio para la búsqueda de éstos, más allá de tratar de ubicarlos por medio del consultorio al cual asisten.

De acuerdo a lo que se presenta en la norma para el manejo quirúrgico del paciente obeso, se plantea que deben existir evaluaciones en plazos fijos para aquellos pacientes sometidos a cirugía bariátrica, y de acuerdo a esto se procedió a la búsqueda de los registros en las fichas clínicas de los pacientes, pero en torno a esto, existieron algunas dificultades, ya que la ficha clínica está disponible en formato papel, la cual debe ser solicitada por algún funcionario a cargo del programa a la sección de archivos, y en las cuales no existe un registro completo de la información referente a lo estipulado en la norma (evaluaciones antropométricas de peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y % de grasa previo a la cirugía, a los 6, 12, 18 y 24 meses post cirugía). Además, la información respecto a exámenes de laboratorio debe ser obtenida por medio de sistema computacional, al cual se debe ingresar con la clave de algún funcionario con permiso para ello, de los cuales tampoco se encontraron todos los establecidos por la norma técnica (exámenes de laboratorio: hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, HOMA, pruebas hepáticas, examen de orina, TSH, T4, T3, función renal, HbA1c, niveles vit. B12, y PTH previo a la cirugía, a los 6 y 12 meses post cirugía). Frente a este panorama es que decide sólo considerar los datos posteriores a 1 y 2 años de cirugía y analizar sólo los exámenes que posea el paciente.

La observación participante que se debía efectuar a todo el equipo médico del programa tampoco pudo llevarse a cabo completamente, ya que algunos de éstos desistieron de la participación, y otros refirieron incomodidad para el paciente frente a ésta. El trabajo de campo respecto a la observación participante sólo se realizó en la ventanilla de lista de espera, con el cirujano y la nutricionista, quienes no tuvieron inconvenientes en que se participará en el desarrollo de sus tareas habituales.

I. Primer Apartado: Guías y Protocolos.

Se analizaron cuatro documentos específicos, la normativa de cirugía bariátrica propuesta por la IFSO, Guía clínica del NIH, norma de manejo quirúrgico del paciente obeso del MINSAL, y la guía clínica de Obesidad Mórbida del MINSAL (2008). Además de cómo se lleva a cabo el programa en torno a estas guías y protocolos.

1. Análisis del Proceso

Para el desarrollo de la presente investigación es importante comprender como es el proceso en torno al programa de cirugía bariátrica, con esto queremos dar cuenta de los pasos, tiempos, medidas y exámenes que debe seguir el paciente en torno a la cirugía y su relación con el protocolo o guía.

1.1 Respecto a las guías y protocolos.

En cuanto a los documentos escogidos, se hizo un análisis de contenido respecto a puntos que se repiten en ellas y que son importantes para el desarrollo del programa. Se realizaron tablas (anexos) para agrupar la información en torno a un punto desarrollado por todos las guías y protocolos, éstos puntos fueron escogidos debido a su implicancia en el desarrollo del proceso de la cirugía, donde se ubicó lo que expresaba cada uno de estos documentos en referencia al punto señalado, a continuación se presenta el análisis de las tablas por cada punto, en donde se trata de seguir una secuencia lógica respecto al proceso, considerando desde lo que es previo a la cirugía hasta su seguimiento.

1.1.1 Objetivo:

El objetivo u objetivos de la cirugía para la pérdida de peso de acuerdo con la norma y guía clínica nacional están asociados a la pérdida de peso mantenida en el tiempo, o exceso de peso, disminución del IMC, reducción de enfermedades asociadas y mejoría de la calidad de vida.

La guía clínica del 2008 señala como objetivo la mejoría de la calidad de vida asociada no solo a la dimensión física sino también al ámbito psicosocial, además de indicar un instrumento para su evaluación (BAROS). No obstante, la guía del NIH señala algo sumamente relevante, coloca a la “Obesidad mórbida” como un trastorno crónico intratable, por lo tanto, cualquier acción terapéutica debiese ser para toda la vida, así mismo indica que la decisión de la cirugía debe ser tomada después de evaluar y conversar todos los riesgos de la operación y asegurando que el paciente pueda cumplir con el régimen postoperatorio (Alimentación, suplementación, psicoterapia), lo que resulta fundamental a la hora de evaluar los resultados a largo plazo.

La norma de la IFSO hace referencia a que la indicación de la cirugía no debe ser basada sólo en el IMC, sino que se debe avanzar a un cambio de paradigma, en donde el tratamiento debe centrarse en las enfermedades y discapacidades asociadas a la obesidad, más que sólo en el peso. También señalan que ellos como IFSO respaldan nuevas recomendaciones basadas en la revisión más actual de los datos disponibles respecto a los aspectos funcionales, metabólicos, psicológicos, psiquiátricos, y sociales de la obesidad mórbida.

1.1.2 Diagnóstico o Acceso:

Todas las guías coinciden en lo mismo, el diagnóstico se basa esencialmente en el IMC, indicando que pacientes con IMC >40 kg/mt², o individuos con IMC entre 35-40 kg/mt² y con comorbilidades asociadas, tales como la diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia, problemas osteoarticulares, apnea del sueño, complicaciones asociadas al traslado y problemas físicos, son candidatos a la cirugía. No obstante, en la normativa nacional del 2008 indica que se puede operar a adolescentes entre 15-18 años siempre y cuando cumplan con algunos criterios, sin embargo, esto es contradictorio ya que en la guía del NIH señala que en niños y adolescente no se ha estudiado lo suficiente para recomendar este tipo de terapia o tratamiento, y que en pacientes mayores de 60 años siempre y cuando pueda demostrarse que se mejorara la calidad de vida sustancialmente podría ser la cirugía una opción viable.

La guía de la IFSO también señala los mismos criterios basados en el consenso del NIH del año 1991, y en pacientes con edades entre los 18-60 años. Sin embargo, es la única guía que incorpora otras comorbilidades aparte de las clásicas ya mencionadas, menciona al hígado graso no alcohólico, asma, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria, artropatía incapacitante, obesidad de larga duración (más de 5 años) además de “calidad de vida muy reducida” como una complicación que debe ser evaluada en aquellos pacientes con IMC >35 kg/mt². El punto más destacable de esta guía es que señala que la indicación para la cirugía no sólo debe basarse en la medición del IMC, sino que ésta debería ser mucho más holística y evaluar el riesgo metabólico, la circunferencia de cintura, límites funcionales y trastornos psicológicos asociados a la obesidad mórbida.

1.1.3 Comorbilidades:

De acuerdo con lo que se presenta en las normas y guías, podemos decir que todas coinciden en que la obesidad contribuye al desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, riesgo cardiovascular, alteración en el perfil lipídico, alteraciones respiratorias, riesgo de diferentes tipos de cáncer, y salud reproductiva en la mujer. Sin embargo, la guía clínica del 2008 además de las comorbilidades ya mencionadas señala que la obesidad disminuye la capacidad funcional haciendo referencia en este caso al aparato locomotor, además indica que influye en los trastornos depresivos y estigmatización social, situando a la enfermedad u obesidad mórbida desde una mirada diferente a las biológicas que han predominado en términos de referencias.

Así mismo la Guía del NIH, indica que existe un deterioro socioeconómico y psicosocial asociado en las personas obesas, por tanto, existe una diferencia en estas dos guías, las cuales describen a la obesidad mórbida como parte de la problemática socioeconómica, mental, psicosocial y de estigmatización en este tipo de pacientes.

1.1.4 Justificación de la cirugía:

La norma del 2004 basa la aplicación de esta tecnología respecto de la escasa o nula eficacia del tratamiento convencional para la pérdida peso a corto y largo plazo, además señala que la pérdida de peso inducida por la cirugía mejora las comorbilidades asociadas. Sin embargo, la guía clínica de 2008 plantea la justificación en base a la mejoría de las comorbilidades, y que esta respuesta es

mucho mejor al compararlo con el tratamiento médico convencional basado en la dieta, ejercicio físico, y fármacos.

La guía del NIH revela que aún se desconocen las bases biológicas de la obesidad mórbida, por tanto, no existe una terapia específica para ella, no obstante, señala que se debe buscar una alternativa “racional” para los pacientes que buscan un alivio a esta condición. Al igual que las guías nacionales señala que la pérdida de peso no se mantiene en el tiempo con el enfoque no quirúrgico o convencional, pero no descarta que no pueda lograrse en pacientes motivados y que siguen una terapia de modificación de la conducta a largo plazo e intensiva.

Respecto a la guía de la IFSO, ésta señala como justificación de la cirugía, a que está es “superior” en cuanto a la mejoría de la obesidad y sus complicaciones, al igual que las otras normas y guías señala la reducción de las comorbilidades y el riesgo cardiovascular, pero se destaca que esta guía señala que la cirugía es capaz de mejorar los componentes psicosociales y mentales que caracterizan a la Calidad de Vida, es aquí donde por primera vez se referencia a la calidad de vida, relacionándola con otros componentes, más allá de lo biológico o físico situándola más bien como parte del ámbito psicosocial y mental. Así mismo, también revela que la obesidad mórbida genera días de ausentismo o jubilación anticipada por invalidez lo que afecta directamente a la situación socioeconómica, por tanto, esta guía también instala a la obesidad mórbida en el ámbito laboral y socioeconómico (mencionado anteriormente), los cuales serán beneficiados con la cirugía y la baja de peso, ya que esto permitirá mayor funcionalidad y podrían reintegrarse al mundo laboral y con ello mejorar la jubilación al permanecer más tiempo activos

laboralmente. También indica que en las mujeres la cirugía previene el cáncer de endometrio.

1.1.5 Tratamiento:

Las dos guías nacionales coinciden en que existen dos formas de realizar la técnica quirúrgica, una vía abierta y la otra vía laparoscópica. No obstante, la guía del 2008 señala que la vía laparoscópica presenta mayores beneficios respecto a la recuperación, días de estadía en el hospital, reincorporación a las actividades cotidianas y al trabajo. Además, indica dos técnicas quirúrgicas como las más utilizadas, las cuales son el bypass gástrico y la banda gástrica ajustable, los cuales también son mencionados en la guía del NIH junto al bypass gástrico, y el bypass biliar-pancreático como las más utilizadas.

La guía de la IFSO plantea 4 técnicas quirúrgicas como las más utilizadas y difundidas: bandas gástricas ajustables laparoscópicas (LAGB), gastrectomía en manga (ASOCIADAS), bypass gástrico (GBP) y desviación biliopancreática (DBP), indicando que las cuatro han demostrado similares grados de mejoría en torno a la calidad de vida. Sin embargo, señala que la GBP es la mejor técnica para pacientes con obesidad Mórbida y ERGE severo, (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y respecto a la diabetes mellitus tipo II indica que la técnica DBP presenta la mayor tasa de resolución respecto a ésta enfermedad y que la técnica GBP y SG presentan una efectividad similar a corto y mediana plazo respecto al control glucémico, mientras que la técnica de LAGB es la que presenta la menor efectividad en torno al control de la diabetes mellitus tipo II.

1.1.6 Complicaciones asociadas:

Ambas guías nacionales coinciden en que existen complicaciones tempranas y otras tardías, así mismo lo plantea la guía del NIH, coincidiendo en la mayoría de las complicaciones, sin embargo, ésta última hace referencia importante a las mujeres en edad fértil, indicando que son alrededor del 80% de quienes solicitan la cirugía, destacando que se debe hacer un buen control de natalidad para ellas e indicarle además los riesgos asociados al embarazo en esta nueva condición, ya que puede afectar el desarrollo fetal. Sin embargo, esta guía (NIH) destaca respecto de las complicaciones, que en el postoperatorio pueden aparecer síntomas de euforia, así como síntomas de depresión, la cual incluso puede no declinar independiente de la baja de peso, por lo cual debe hacerse un buen control en torno a estos síntomas.

La guía de la IFSO no reporta tantas complicaciones, más bien se basa en el beneficio de la cirugía sobre las comorbilidades asociadas, dentro de las complicaciones señaladas destacan que los pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño son los que presentan las tasas más altas de complicaciones postoperatorias, al igual que los adultos mayores y que se presenta una menor pérdida de peso en adolescentes. A su vez señala que la pérdida del peso está asociada a la pérdida de masa ósea lo que posteriormente puede ser traducido en un mayor riesgo de fracturas, por tanto, se debe cautelar en el seguimiento del paciente.

1.1.7 Seguimiento:

Las dos guías nacionales proponen un calendario con meses de control y especialistas a cargo de estos controles, además de indicar cuáles son los criterios para evaluar las complicaciones asociadas. Las guías internacionales no proponen fechas, es más, la guía del NIH indica que el seguimiento debiese ser de por vida.

La norma de la IFSO señala que la calidad de vida se mejora respecto del seguimiento, siempre y cuando se mantenga la baja de peso de al menos el 10%, por tanto, no mantener esta pérdida supondría que no habría efecto de la cirugía a largo plazo respecto a la Calidad de Vida, indicador que debe ser evaluado en el seguimiento del paciente. No obstante, se destaca que la pérdida de masa magra debe ser muy bien evaluada y seguida en el tiempo, por sus riesgos y complicaciones, criterio que no está considerado en las guías nacionales.

1.2 Articulación de las tecnologías.

Es importante destacar que lo primero que es necesario comprender dentro de la investigación es que las guías y protocolos orientan el proceso, programaciones, técnicas, evaluación, etc. No obstante, se considerará como tecnologías a todas las mediciones que se realizan o exámenes en torno al programa, la cirugía bariátrica, los fármacos, los dispositivos para programas de ejercicios, además de los protocolos y guías desarrollados.

Dentro de este contexto podemos señalar que el primer paso tiene que ver con cómo se entra al programa de cirugía bariátrica, desde este punto

específicamente en el contexto evaluado del hospital base de Valdivia que tiene una lógica y forma particular, se expresa lo siguiente:

“pero en este hospital no se opera ningún obeso de otra patología si tiene obesidad mórbida, no te puedes enfermar ni de la vesícula ni de la cadera, tampoco de cáncer. Yo he recibido cáncer ginecológico, cáncer urológico, cáncer de mama, pero los chiquillos de repente tienen razón. La última paciente con cáncer de mama no podía meterla al resonador, hacerle el estudio” (equipo médico 1).

Esta cita indica que en este contexto en particular, la lógica de ingreso al programa de cirugía bariátrica no sólo viene dada por la norma o protocolo, sino que más bien hay una lógica dentro del sistema hospitalario, en donde cualquier individuo que presente obesidad mórbida y necesite tratarse por alguna otra patología no asociada al exceso de peso, no podrá acceder a ella sin primero hacerse cargo de su exceso de peso, ya que este exceso representa un riesgo frente a cualquier tratamiento quirúrgico, y que a su vez, como el programa está inserto en la lista de espera quirúrgica, donde los pacientes deben esperar obligatoriamente tres años para acceder a la cirugía, es demasiado el tiempo que debe transcurrir para resolver el tema de su exceso de peso, lo cual pudiera afectar la otra patología por la cual asistió a consulta, como bien lo expresan las siguientes citas:

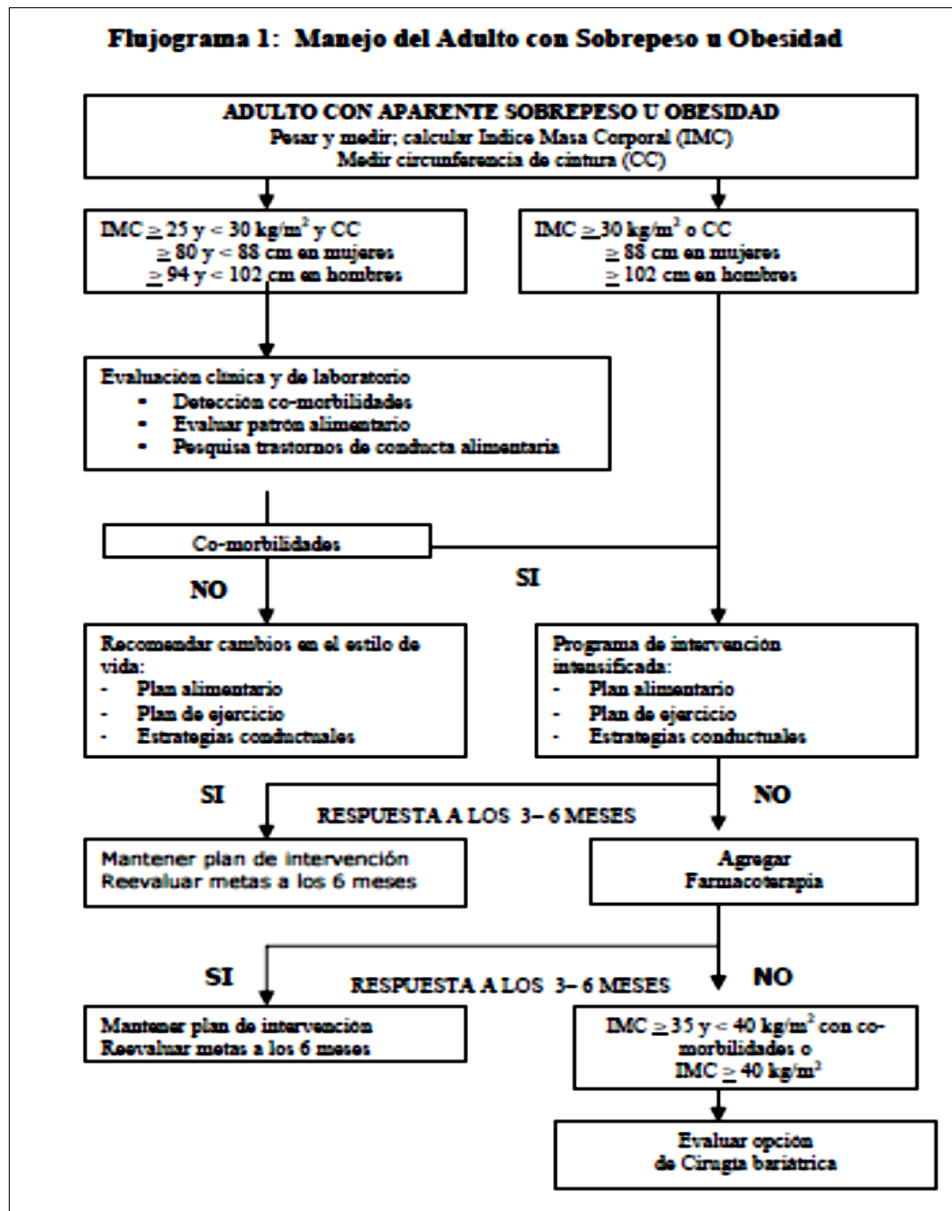
“Lo que pasa es que quirúrgicamente son de alto riesgo el obeso mórbido” (equipo médico1).

Como también puede observarse en esta cita:

“Si un paciente viene con la vesícula y con cálculo y tiene obesidad mórbida ese paciente debería ser resuelto dentro del año, no esperar 3 años porque le puede dar cáncer de vesícula por ejemplo esperando resolver la obesidad mórbida y nadie lo va a operar obeso mórbido, si

tiene una hernia nadie se opera con obesidad mórbida y la hernia son sintomáticas, tenemos pacientes que tienen así una hernia, entonces evidentemente esa gente que debería prepararse para una operación bariátrica apenas consulta de la hernia se opera de la cirugía bariátrica y a los ocho meses se está operando de la hernia” “que pudiéramos operarlo sin lista de espera como se opera en la medicina privada, que el paciente se prepara un mes y medio o 2 y se opera” (equipo médico 2).

De acuerdo con el flujograma que se presenta en la guía clínica de Obesidad mórbida, se observa como el primer diagnóstico es en base al IMC y como la presencia de comorbilidades es determinante en el proceso del paciente.



Como se observa en el cuadro, el paciente que presenta un IMC alterado y con presencia de comorbilidades debe seguir un tratamiento basado en alimentación, actividad física y terapia conductual, el que debe estar desarrollado en la atención primaria, para luego ser derivado a consulta de especialidad y evaluar el ingreso al programa de cirugía bariátrica.

En la siguiente cita se puede ver como se indica que el paciente debería haber comenzado el programa en la atención primaria para luego ser derivado al hospital para su evaluación.

“acá dentro del hospital hay un protocolo de derivación de pacientes para el programa de cirugía bariátrica que se actualizo el año pasado y este programa comienza en atención primaria en el consultorio, tiene que tener 1 año de adherencia en el programa de vida sana que dentro de este programa debe estar un año y cumplir su meta de baja de peso que es un 10 % antes de derivarlo al hospital ¿ya? Si el paciente tiene la adherencia y cumple la meta de peso se deriva a endocrinología del hospital de Valdivia y de ahí es evaluado y si tiene criterios para incluirlo de ahí pasa a la 2 fase que es la evaluación con nutricionista y con psicóloga del hospital, debe tener al menos 2 entrevistas con la psicóloga una individual y otra que es como la red de apoyo y una vez que tiene el pase de la psicóloga vuelve a endocrinología o a cirujano para que le solicite los exámenes pre operatorios que son endoscopia, ecografía, espirometría, evaluación por kinesiólogo, y los exámenes de sangre preoperatorios ¿ ya? Una vez que se le hicieron todos los exámenes vuelve o al cirujano o al endocrinólogo y ahí recién tiene el pase para la cirugía” (equipo administrativo 1).

En esta cita también se puede observar lo mismo, en donde se señala que se actualizo el protocolo y el paciente debe venir derivado de atención primaria.

“lo que nos quedamos casi siempre es lo que nos toma más tiempo es el tema de la meta de peso y por eso que se actualizó el protocolo de derivación porque los pacientes se derivaban al hospital sin tener el tema de la meta de peso y es lo que más les cuesta a ellos conseguir por lo tanto para el hospital también era desgastante tener estos pacientes tanto tiempo esperando que bajaran de peso para poder seguir las otras etapas del proceso, y el protocolo dice que deben de bajar el 10% del peso que tenían al inicio del programa o sea si pesaban 100 tienen que bajar 10 kilos si pesaban 120, 12 y así y a pesar de que deberían de tener la motivación que están como a un paso de este beneficio, cuesta, cuesta mucho” “entonces eso significa que el trabajo lo tiene que realizar ahora el consultorio y si el paciente está motivado lo va a lograr y va a tener la adherencia” (equipo administrativo 1).

De acuerdo a lo indicado se observa como antes existía otra forma de proceder, en donde el paciente llegaba al programa derivado de cualquier otra especialidad y debía transitar en el mismo hospital para cumplir con su baja de peso,

lo sea desarrollar el programa en el mismo hospital, cumplir con la baja de peso, lo que dificulta el proceso interno, ya que el tiempo para cumplir con una baja de peso mínimo es relativo y a veces dificultosa en estos pacientes, por tanto el tránsito se vuelve más complejo, debe asistir constantemente a controles y debido a ello es que se actualizó el programa y se exige que el paciente venga desde atención primaria con la meta de peso cumplida para seguir el resto del proceso. No obstante, esto no sucede tal cual, como se señala a continuación:

“ahora lo ideal, nuestro sueño, así como lo escribimos en los protocolos es que esto sea coordinado desde atención primaria entonces en atención primaria tengan como una suerte de pool de pacientes que estén en tratamiento médico y los que lo hagan bien sean derivados para acá...”
(Equipo médico 2).

En esta cita el énfasis está dado en que la atención primaria realice el primer proceso con el paciente, para disminuir la carga en el hospital, ya que el paciente debe permanecer en constantes controles con la nutricionista y psicóloga para conseguir la baja de peso cuando esto podría hacerse en atención primaria, además de los controles y evaluaciones necesarios.

Una parte importante dentro de las tecnologías son todos los exámenes y mediciones que debe realizarse el paciente previo a la cirugía, las cuales contemplan: evaluación antropométrica (peso, talla, IMC), tipificación de la conducta alimentaria. Exámenes de laboratorio clínico: hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, pruebas de coagulación, TSH, insulinemia (opcional), además de otros exámenes: endoscopía digestiva alta (biopsia – test de ureasa), ecotomografía abdominal, radiografía de tórax, electrocardiograma.

En este proceso juega un rol importante la secretaria de lista de espera asociada al programa, en donde señala:

“es que, si no, no vamos a tener pacientes para operar, porque los pacientes, este tipo de pacientes es así. Por ejemplo, ah no me olvidé de tomarme el electro, yo no voy a saber si vino a tomarse el electro, y después veo, ah usted se tomó el electro, no, se pierde, uno tiene que hacer un seguimiento, entonces ah vino, darle la otra hora, por qué no vino, se lo tomo pero no estaba la ficha, porque justo tenía control en oftalmología y fueron a buscar la ficha, entonces qué hacemos nosotros, en general, se toma la radiografía, vamos a buscar la ficha, la llevamos a cardio para que informen el electro y justo ese es el único examen que no faltó. Entonces ese es el seguimiento de la cirugía bariátrica. Entonces dicen, que estamos mal acostumbrados, pero si no hacemos eso, no no tenemos pacientes para operar, por ejemplo yo la otra semana tengo un paciente que se tomó todos los exámenes, todos los exámenes de bariátrica que acabo de nombrar, le dio el pase la endocrino con los exámenes listos, pero falta el electro que no lo han informado y se lo tomo el 7 de julio, entonces que hice yo, tengo dos fichas que fui a dejar que el 14 de julio se tomaron los electro y no están informado y están todo listo, con el pase de la psicóloga, o sea, si esa ficha yo la llevo y le doy hora con el cirujano, que es el jefe que corta lo que es cirugía bariátrica, va a venir aquí, va a decir : un paciente sin informe, porqué me lo mandas, por qué no fuiste a informarlo. Entonces para evitar todo eso yo, nosotros hacemos todo ese seguimiento. Tanto yo como mis colegas de los otros...” (Administrativo 2).

En la cita a continuación se refleja la misma idea, donde queda de manifiesto que la secretaria es una pieza fundamental dentro del programa.

“porque no lo hace, es algo que los pacientes no lo van a hacer, y si va el paciente, son dos cosas: no lo hace; y si va, le van a dar una hora porque lo van a mirar como paciente, tres meses más. Entonces si yo voy, yo digo, no, si es cirugía bariátrica, es mío (me responden) ah ya, 15 días 5 días, anda más rápido. Ahora qué gano yo con esto, que el paciente se opere, esa es la finalidad, porque si uno los deja, no se va a operar. Por ejemplo, si le digo usted tiene que ir para allá, es que no sé señorita. Tiene que ir para allá, para allá, para allá, y ahí dejo, ahí los pierdo porque no sé si vinieron a tomarse la endoscopia” (Administrativo 2).

En estos extractos se expresa claramente que para que el paciente cumpla con todos los exámenes que se le solicitan para acceder a la cirugía, existe una asistencia por parte del equipo para que esto funcione, que en este caso en

particular recae en la secretaria, debido a que como se trabaja a nivel secundario en torno a las consultas de especialidades, es necesario cierto conocimiento previo para cumplir con todo el proceso, esto debido a que cada especialidad tiene una forma de actuar o proceder que no es conocido por los pacientes, pero si por el equipo, por tanto se involucra en este proceso para hacer el transito del paciente más expedito, para no retrasar la lista de espera y poder contar con pacientes listos para la cirugía.

Entonces de acuerdo con lo que se plantea en el protocolo y normativa el paciente que cumple con la baja de peso y los exámenes preoperatorios se convierte en posible candidato a la cirugía, tal como se indica a continuación:

“O sea el paciente que viene con la meta de peso, lo evalúa la endocrinóloga tiene el pase de la psicóloga se realiza los exámenes preoperatorios y ya puede optar a la cirugía” (administrativo 1).

Luego de esto viene la cirugía bariátrica como tal, dada en el nivel terciario de salud, donde el cirujano se coloca de acuerdo con el paciente respecto a la técnica quirúrgica a utilizar de acuerdo a las necesidades observadas en el paciente y en concordancia a lo señalado por la norma de manejo quirúrgico del paciente obeso del MINSAL:

“Una vez tomada la decisión quirúrgica, la selección de la técnica a utilizar debe considerar:

- a) Grado de obesidad*
- b) Conducta alimentaria*
- c) Comorbilidades*
- d) Posible necesidad de revertir el procedimiento*
- e) Riesgo quirúrgico*
- f) Experiencia en cirugía laparoscópica”*

Sin embargo, posterior a la cirugía, se debe continuar en control con los especialistas, además de realizarse exámenes cada cierto tiempo para ir viendo cómo responde el paciente a la cirugía, y si no existe ninguna complicación con ésta, ya sea temprana o tardía, tal como se señala en la norma de manejo quirúrgico del paciente obeso:

“Controles post-operatorios:

- *Control de la baja de peso*
- *Control de las comorbilidades preexistentes*
- *Control y diagnóstico de eventuales complicaciones postquirúrgicas*
- *Control de dieta postoperatorio y suplementación nutricional.*

En los controles periódicos el equipo tratante evaluará:

- *Progresión de la baja de peso.*
- *Evolución de enfermedades preexistentes.*
- *Presencia de complicaciones médicas y quirúrgicas, inmediatas y tardías.*
- *Tolerancia y adhesión al régimen indicado.*
- *Ingesta de micronutrientes en alimentos y suplementos.*
- *Técnica de alimentación”.*

Como se señaló en las citas anteriores, las tecnologías asociadas al programa de cirugía bariátrica tienen que ver en primera instancia con la evaluación del paciente, en donde se utiliza el IMC como principal instrumento para categorizar, luego de ello se evalúa la presencia de comorbilidades, como las ya señaladas anteriormente todo esto en el nivel primario de atención, para luego inscribir al paciente en el programa y cumplir con una baja de peso del 10% de su peso. Cumplida esta meta, el paciente pasa a la segunda etapa, en donde debe realizarse una serie de exámenes, mencionados anteriormente, con la finalidad de evaluar que se encuentre apto para la cirugía, esto en términos médico-biológicos y dados en un nivel secundario de atención, para que posteriormente se realice el procedimiento quirúrgico en el nivel terciario de atención. Posteriormente se pasa a la última etapa,

que tiene que ver con los controles post operatorios, dados en el nivel secundario de atención, realizando diferentes exámenes y evaluaciones para determinar su evolución y dar de alta, volviendo al nivel de atención primaria.

1.3 Lógica de la articulación.

Como se vio en el punto anterior, las tecnologías que operan en el contexto de la cirugía bariátrica son varias, sin embargo, ellas tienen una lógica de aparición.

En la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL, se señala que lo primero que se hace es evaluar aquel paciente que presenta exceso de peso, en donde se pesa y se mide, se calcula su IMC, además de medir su circunferencia de cintura. Con estos datos es posible categorizar al sujeto de acuerdo estos índices, en donde presentar un $IMC \geq 25$ califica como riesgo y es necesario hacer exámenes clínicos y de laboratorio para evaluar la presencia de comorbilidades. En caso de no presentar comorbilidades se recomienda un cambio en el estilo de vida asociado a ejercicio, dieta y comportamiento con la finalidad de disminuir el riesgo asociado al exceso de peso, no obstante si hay presencia de comorbilidades es necesario que el individuo entre en un programa intensivo de intervención respecto a alimentación, ejercicio y estrategias conductuales el cual es evaluado en un periodo de 3-6 meses, en el caso de obtener una respuesta positiva por parte del paciente se mantiene la intervención y se reevalúa al cabo de 6 meses, de no ser así se agrega farmacoterapia y se evalúa nuevamente. Al cabo de este periodo, el paciente que es capaz de cumplir con el objetivo de la baja de peso con la ayuda de farmacoterapia continua en plan de intervención por 6 meses más, pero aquel sujeto que no cumple con lo propuesto

y presenten un IMC ≥ 35 y < 40 kg/m² con comorbilidades o IMC ≥ 40 kg/m², se evalúa la posibilidad de la cirugía bariátrica.

Esta lógica está inserta en el riesgo asociado al exceso de peso como lo indica la misma guía:

“El aumento del peso corporal afecta la calidad de vida y reduce la expectativa de vida. En la Unión Europea se estima que al menos 1 de cada 13 muertes (7.7% del total) está relacionada con el exceso de peso. La mortalidad aumenta con el aumento del IMC. El riesgo relativo de hombres y mujeres de 50 años con IMC > 40 kg/m² y que nunca han fumado es de 3.82 y 3.79, respectivamente. Entre los jóvenes con obesidad grado III la tasa de mortalidad es 12 veces la de los jóvenes de peso normal. Un varón con OM a los 20 años puede aspirar a vivir 13 años menos que su contraparte con un IMC normal, lo que representa una reducción de 22% en su expectativa de vida.³ La obesidad severa con sus consecuencias a la salud y psicosociales aumenta no sólo los costos a la salud sino también la carga socioeconómica. Los costos directos en salud de aquellos OM son 3 veces más altos que aquellos de peso normal” (Guía clínica de obesidad mórbida).

Así también se observa en la siguiente cita de la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL:

“La asociación positiva entre presión arterial e IMC se encuentra bien documentada, está demostrado que la presión arterial sistólica y diastólica media aumentan con el incremento del IMC en hombres y mujeres, y que la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en personas con IMC superior a 30 kg/m² que en aquellos con un IMC dentro de rangos normales. La diabetes tipo 2 es un trastorno grave que acorta la vida, que predispone a quienes la padecen a hipertensión arterial y cardiopatía, y que resulta en otros trastornos como retinopatía, neuropatía y enfermedades renales. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta con el incremento del IMC aun cuando se encuentra por debajo del umbral de la obesidad clínica”

Por lo tanto, en torno a estos riesgos es que se hace necesario evaluar al individuo, para clasificar su riesgo y realizar algún tipo de intervención de ser

necesario, y como ya se indicó, si el individuo es clasificado con un IMC ≥ 35 y con presencia de comorbilidades o IMC ≥ 40 es necesario que ingrese al programa de cirugía bariátrica debido a que toda la evidencia reportada argumenta que el tratamiento médico multidisciplinario en este tipo de pacientes no consigue una reducción del peso más allá del 10%, y que de continuar en esa condición la esperanza de vida disminuye considerablemente, como lo afirma la Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso y la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL:

“Es conocido que con el tratamiento de médico multidisciplinario (dieta, actividad física, terapia conductual y fármacos), en los pacientes con obesidad mórbida sólo se consigue reducción del exceso de peso en no más del 10% de los casos, con recuperación del peso a largo plazo en gran parte de los pacientes. Además, no existe evidencia científica de que una reducción modesta de peso en obesos mórbidos (perdida de 5-10% del peso corporal), produzca una mejoría significativa en las comorbilidades como la observada en pacientes con obesidad menos grave. Hay estudios clínicos muy importantes que demuestran la mayor efectividad del tratamiento quirúrgico comparado con el tratamiento médico en obesidad mórbida” (norma de manejo quirúrgico del paciente obeso).

Esto mismo puede observarse en la guía clínica de obesidad mórbida:

“La mortalidad aumenta con el aumento del IMC. El riesgo relativo de hombres y mujeres de 50 años con $IMC > 40$ kg/m² y que nunca han fumado es de 3.82 y 3.79, respectivamente. Entre los jóvenes con obesidad grado III la tasa de mortalidad es 12 veces la de los jóvenes de peso normal. Un varón con OM a los 20 años puede aspirar a vivir 13 años menos que su contraparte con un IMC normal, lo que representa una reducción de 22% en su expectativa de vida”.

De acuerdo a esta fundamentación es que la lógica de las tecnologías están insertas en medio del riesgo, en donde en primera instancia se evalúa e interviene al paciente para conseguir un cambio de vida, en el caso de que la intervención no

tenga el efecto deseado y se continúe en la misma condición es que torna necesario realizar un tratamiento en base a la cirugía bariátrica de acuerdo al riesgo que conlleva continuar en la misma condición, para luego evaluar y seguir al paciente intervenido en torno a las comorbilidades y pérdida de exceso de peso.

1.4 Exámenes, mediciones y estadísticas.

De acuerdo con lo que se establece en las normas y protocolos nacionales, los exámenes y mediciones a realizar contemplan lo siguiente:

Evaluación Preoperatoria:

Evaluación Nutricional: Evaluación antropométrica mínima (peso, talla, IMC); Tipificación de la conducta alimentaria, necesaria para orientar la selección de la técnica quirúrgica y para planificar el manejo dietético conductual posterior.

Evaluación médica y registro de comorbilidades: Constatar las patologías asociadas que apoyan la indicación de cirugía bariátrica; Pesquisar patologías que puedan contraindicar la cirugía o aumentar su riesgo.

Evaluación socioeconómica:

Se solicitará un informe de una asistente social, con el objetivo de verificar si las condiciones sociales, familiares y laborales favorecen un adecuado cuidado y cumplimiento de las indicaciones en el periodo postoperatorio.

Evaluación psicológica o psiquiátrica:

Se requiere evaluar la presencia de conductas o patologías que contraindiquen la cirugía o interfieran con una adecuada adherencia al tratamiento médico postoperatorio.

Consentimiento informado:

El paciente candidato a cirugía bariátrica debe recibir una completa información sobre la técnica quirúrgica, los riesgos, las complicaciones, mortalidad, y a cerca de los drásticos cambios que implicará en su vida cotidiana; igualmente el paciente debe conocer sobre la necesidad de dietoterapia y de un plan de actividad física regular en el periodo postoperatorio, y comprender la importancia de su activo y permanente compromiso con los controles periódicos y las indicaciones para obtener

un resultado perdurable y seguro. Las mujeres deben ser advertidas de la necesidad del uso de anticoncepción durante el primer año, considerando el aumento de la fertilidad en ese período, la restricción de la ingesta y una disminución de la biodisponibilidad de nutrientes para el feto.

Exámenes:

- Laboratorio clínico: hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, pruebas de coagulación, TSH, insulinemia (opcional). Otros exámenes: endoscopia digestiva alta (biopsia – test de ureasa), ecotomografía abdominal, radiografía de tórax, electrocardiograma.

Pase quirúrgico: Todo paciente deberá tener un pase quirúrgico definido por el equipo médico-quirúrgico responsable; En pacientes mayores de 50 años, fumadores con patología broncopulmonar (asma, enfisema pulmonar, EPOC) o cardiovascular, se requerirá de una evaluación para “pase quirúrgico” del especialista correspondiente.

Seguimiento postoperatorio

El seguimiento postoperatorio debe ser realizado por el equipo médico-quirúrgico responsable del paciente, quienes deben considerar los siguientes aspectos:

Controles post-operatorios: Control de la baja de peso; Control de las comorbilidades preexistentes; Control y diagnóstico de eventuales complicaciones postquirúrgicas; Control de dieta postoperatorio y suplementación nutricional.

Exámenes de laboratorio: En todos los pacientes se debe solicitar como mínimo los siguientes exámenes: Al mes: electrolitos, calcio, fósforo y magnesio plasmáticos, hemograma; Al tercer mes: hemograma y perfil bioquímico; Al 6° mes: hemograma, perfil bioquímico, y hemoglobina glicosilada en diabéticos; Al año: los mismos exámenes, adicionando perfil lipídico y densitometría ósea (en mujeres).

En los controles periódicos el equipo tratante evaluará: Progresión de la baja de peso; Evolución de enfermedades preexistentes; Presencia de complicaciones médicas y quirúrgicas, inmediatas y tardías; Tolerancia y adhesión al régimen indicado; Ingesta de micronutrientes en alimentos y suplementos; Técnica de alimentación (Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso).

De acuerdo con todo lo señalado por la norma y en base al trabajo de campo, se pudo constatar que casi todas las indicaciones son cumplidas en el programa, a

excepción de la evaluación socioeconómica, que se conversó en una instancia con un integrante del equipo médico y la densitometría ósea que se refiere al año posterior a la cirugía.

Respecto a las estadísticas, la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL plantea indicadores para evaluar la cirugía bariátrica dentro de los cuales están el porcentaje de pérdida de exceso de peso (PEP), el cual se calcula mediante la siguiente fórmula: $\text{peso perdido/exceso de peso} \times 100$, y los indicadores en torno al IMC, los cuales son: reducción de 10-15 kg/m² o 20 a 40 kilos de pérdida de peso (en promedio). Respecto a estos indicadores es importante señalar que el programa no cuenta con un reporte de ellos, sólo cuenta con el registro de los pacientes que se han operado a lo largo de los años, pero en un punto desarrollado más adelante se presentará la evolución en torno a los indicadores de los pacientes incorporados en la investigación, y donde se podrá observar el comportamiento de estos indicadores.

No obstante, es importante fundamentar porque el IMC es considerado como instrumento viable para evaluar el ingreso en el programa de cirugía bariátrica de acuerdo a lo que plantea la literatura científica al respecto:

El índice de masa corporal (IMC) (peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)), es una medida para indicar el estado nutricional en adultos y es utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso a un IMC igual o superior a 25, obesidad a un IMC igual o superior a 30 y obesidad mórbida a un IMC superior a 40.

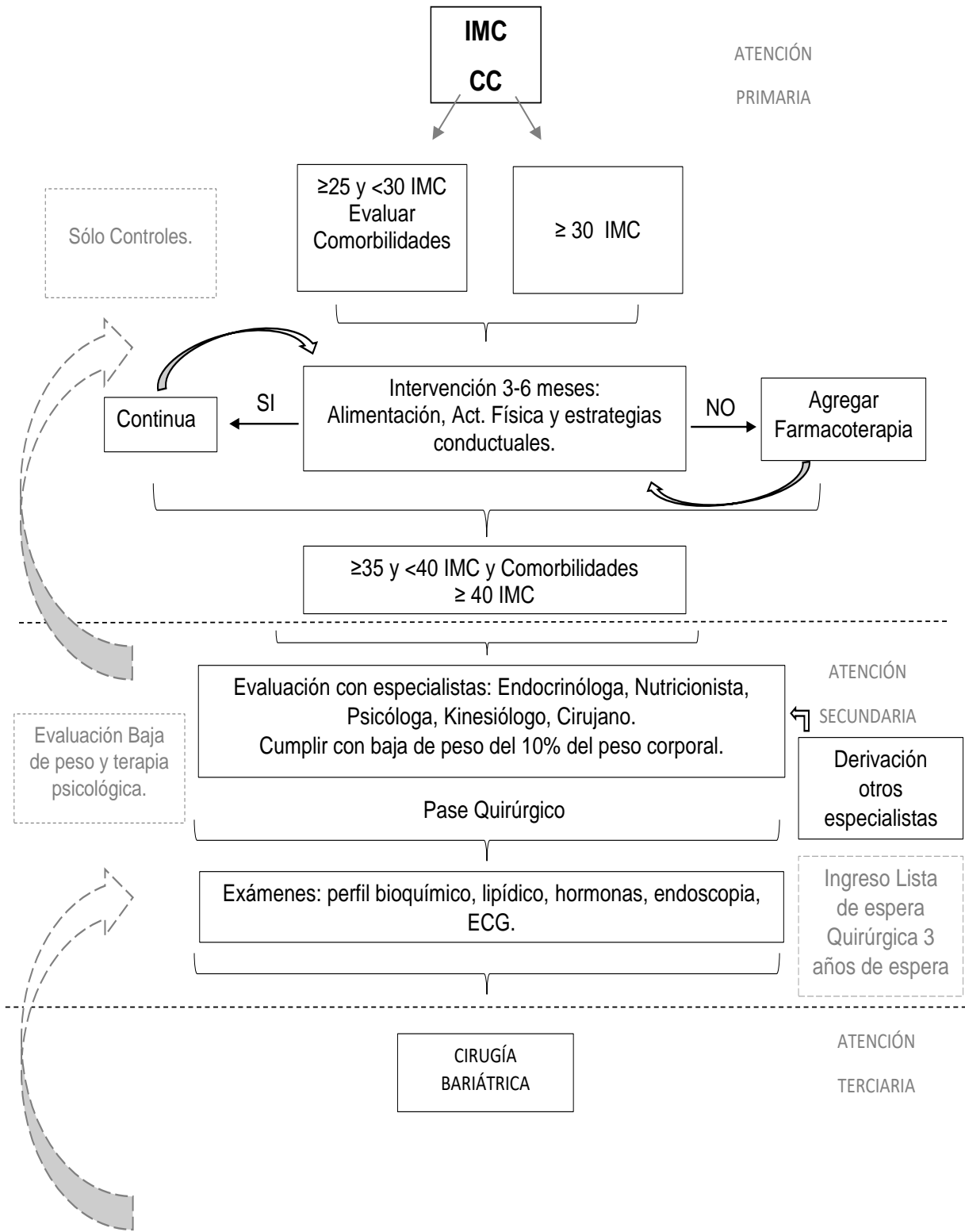
Los rangos de IMC se basan en el efecto que la grasa corporal excesiva tiene sobre la enfermedad y la muerte (efecto por acumulación). El IMC fue desarrollado como un indicador de riesgo de enfermedad, a medida que aumenta el IMC, también aumenta el riesgo de algunas enfermedades, las más comunes relacionadas con el sobrepeso y la obesidad incluyen: muerte prematura, enfermedades cardiovasculares, presión arterial alta, osteoartritis, algunos tipos de cáncer y diabetes (James, 2009).

La obesidad se ha definido como una acumulación excesiva de grasa corporal. El IMC ha sido utilizado como la medida más aceptada y común para su evaluación. El consenso NIH 1991 definió con el término de obesidad mórbida (OM), también denominado obesidad clínicamente grave, a las personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² o IMC 35-39.9 kg/m² y comorbilidades de muy alto riesgo, como potenciales candidatos para cirugía bariátrica (MINSAL, 2004).

La evidencia proveniente de estudios prospectivos descriptivos y metabólicos muestra que las personas con sobrepeso u obesas con un exceso de grasa abdominal (obesidad central o abdominal) representan a un subgrupo de más alto riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (ECV). Esto justifica que en la práctica clínica sea imperativo la medición de la grasa abdominal (circunferencia de cintura) además del IMC. Sin embargo, esta medición en pacientes con IMC ≥ 35 no agrega valor a la predicción de riesgo de la clasificación del IMC, lo que, sumado a la dificultad operativa de efectuar la medición en estos pacientes, no la hace recomendable en forma rutinaria en la evaluación clínica de obesos mórbidos (MINSAL, 2004).

La evidencia científica presenta al IMC como una evaluación pertinente, eficaz y segura para el diagnóstico de Obesidad, ya que este posee una buena correlación con la acumulación excesiva de grasa corporal que es perjudicial para la salud, ya que se ha demostrado que ésta presente en el desarrollo de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, algunos tipos de cáncer, osteoartritis, etc. Por tanto, su uso es universal y principal criterio para el diagnóstico.

A continuación, se presenta un diagrama para comprender el proceso que se da dentro del hospital base de Valdivia en torno al programa de cirugía bariátrica.



2. Centralidad en el protocolo

Respecto al protocolo o guía es importante destacar que en el equipo médico existe cierto grado de desconocimiento en torno a cómo se trabaja, esto no significa que no exista conocimiento de los protocolos y guías, sino específicamente a que protocolo se usa en su establecimiento, la cita a continuación lo demuestra:

“Lo que pasa es que tengo entendido que cada equipo en sus hospitales adecua su propia norma y tengo entendido que hay una del gobierno, pero no la trabajamos. Tenemos nuestro propio protocolo” (equipo médico 3).

Aquí un miembro del equipo hace referencia a que ellos tienen su propio protocolo, pero que no se trabaja en torno a la otorgada por el MINSAL, haciendo referencia más que todo al proceso o acceso del paciente al programa, no a los criterios que fundamentan el programa.

En este contexto en particular (Hospital Base de Valdivia), el programa de cirugía bariátrica funciona dentro de la lista de espera quirúrgica, por tanto, el paciente debe estar en proceso por un mínimo de 3 años para acceder a la cirugía, como se constata a continuación:

“entonces el paciente acá del hospital no tiene esos recursos y evidentemente tiene que postular acá y nosotros lo manejamos acá en el sistema de lista de espera lo que significa que tiene que estar al menos 3 años adentro de sistema funcionando que pa este grupo de pacientes es bueno porque nos permite seleccionar adhesividad estos pacientes fallan mucho vuelven a subir de peso, vuelven a comer, recaen, entonces ha sido un sistema bueno para eso, ahora lo ideal, nuestro sueño, así como lo escribimos en los protocolos es que esto sea coordinado desde atención primaria entonces en atención primaria tengan como una suerte de bul de pacientes que estén en tratamiento médico y los que lo hagan bien sean derivados para acá...” (Equipo médico 2).

Esta misma idea se refleja en la cita a continuación:

“es que pasa es que acá dentro del hospital hay un protocolo de derivación de pacientes para el programa de cirugía bariátrica que se actualizó el año pasado y este programa comienza en atención primaria en el consultorio tiene que tener 1 año de adherencia en el programa de vida sana que dentro de este programa debe estar un año y cumplir su meta de baja de peso que es un 10 % antes de derivarlo al hospital ¿ya? Si el paciente tiene la adherencia y cumple la meta de peso se deriva a endocrinología del hospital de Valdivia y de ahí es evaluado y si tiene criterios para incluirlo de ahí pasa a la 2 fase que es la evaluación con nutricionista y con psicóloga del hospital, debe tener al menos 2 entrevistas con la psicóloga una individual y otra que es como la red de apoyo y una vez que tiene el pase de la psicóloga vuelve a endocrinología o a cirujano para que le solicite los exámenes pre operatorios que son endoscopia, ecografía, espirometría, evaluación por kinesiólogo, y los exámenes de sangre peroperatorio ¿ ya? Una vez que se le hicieron todos los exámenes vuelve o a cirujano o a endocrinólogo y ahí recién tiene el pase para la cirugía” (equipo médico 6).

En estas citas se ve como el programa de obesidad mórbida opera desde lista de espera quirúrgica, pero que, así como se escribió en el protocolo del MINSAL deberían venir desde atención primaria, lo que como se indica en la cita anterior, ahora es así, debido a la actualización del protocolo, lo que no impide que otros pacientes sigan el proceso por lista de espera quirúrgica. Sin embargo, es importante destacar que el programa respeta a cabalidad el protocolo, donde se plantea lo siguiente:

“Por otro lado una vez que el paciente ingresa al programa, no se opera los que no cumple las metas y esas metas son esencialmente que no cumplan con la baja de peso que se les pide. Adherirse a las dietas que se le piden y en el caso de los diabéticos, hay diabéticos que son tan extremos que ni siquiera le interesa controlarse la diabetes entonces ese paciente que esta descompensado o con un mal control metabólico, tampoco se opera. O sea, ingresó al programa, pero quedó afuera por su mal control por su mala adhesión” (equipo médico 2).

Un aspecto importante de destacar es que el paciente debe cumplir con la baja de peso que se le solicita, la cual es la base para continuar en el programa.

“Desde que yo la tomé en noviembre es como un 80% que va como normal, que la ficha que llega donde el doctor Cárcamo va completa, va con pases de psicólogo, con sus dos pases, no que va con uno porque el doctor me puede decir mire aquí le falta, la psicóloga no le dio el pase. Si yo no hago ese proceso, esa persona no se va a operar esa semana ni la próxima, por qué, porque me faltó un control con la psicóloga y eso significa un mes más con ella, porque ella atiende solamente los lunes. Entonces ya vamos atrasando un paciente por no haberme fijado, por no haberle dado una hora que si estaba lista y cambiar o hacerlo más rápido. Entonces si yo lo dejo ah en un mes” (administrativo 2).

Otro punto importante de considerar es cumplir con los pases de los diferentes especialistas, situación que es cautelada por la secretaria del programa.

“nosotros establecemos que o sea en el programa está esperando el paciente en lista de espera 3 años, o sea si no bajo de peso en los 3 años se elimina. Claro, si él no quiere estar para la cirugía se elimina. Hay gente que se auto margina del programa ¿puede reingresar al programa? Sí, pero significa que debería que esperar 3 años más” (equipo médico 2).

Un punto relevante es que el programa al encontrarse inserto dentro de la lista de espera quirúrgica el paciente está obligado a esperar tres años para su cirugía.

“porque si tú no cambias eso no va a servir de nada la cirugía, así que te vamos a mandar con la psicóloga, la psicóloga te va a hablar y te va a explicar en qué consiste la operación así que yapo me explico todo lo que iba a pasar” (paciente 2).

El programa al contemplar un equipo multidisciplinario, este facilita la explicación al paciente, así como también el tratamiento.

“primero fueron los controles con la doctora Aburto y el nutricionista eso era el típico si eso es el primero, después tenía que ir a una entrevista con el psicólogo que fui una vez con el psicólogo y después fui con el psiquiatra que al final él era el que daba el pase definitivo, que si yo iba a seguir si iba a tenía que ver si yo podía como es que se dice si era capaz de seguir el cambio de hábito de alimentación” (paciente 4).

Aquí se refleja lo señalado anteriormente, en donde el paciente debe ser capaz de demostrar al equipo médico que está preparado para el cambio de estilo de vida.

“entonces de repente me llevo la citación y me operaron, así que me tome todos los exámenes, controles, tenía que bajar también unos pocos kilos para operarme” (paciente 5).

Aquí se deja de manifiesto que es muy importante cumplir con las indicaciones y que la prioridad es la baja de peso, y los pases de los especialistas, que sin ello no se puede acceder a la cirugía, está muy bien definido y no hay opción a realizar otro tránsito en este sistema o proceso, tal como lo define la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL:

“Los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad sólo deben ser considerados en pacientes bien informados y motivados; con un riesgo quirúrgico aceptable y dispuestos a participar en el tratamiento y seguimiento de por vida” (Guía clínica de Obesidad Mórbida).

No obstante, también se indica que un paciente con IMC superior a 60 kg/mt² no puede ser incorporado en el programa de cirugía bariátrica porque es demasiado

riesgoso en esos términos realizar un procedimiento quirúrgico, donde se señala lo siguiente:

“El súper mega obeso el que tiene el IMC más de 60 está fuera teóricamente del programa, pero cuando a mí me llega un mega obeso yo le digo, mira tú no puedes entrar al programa directo, pero demuéstrame que eres capaz de llegar a un IMC 60 y yo te meto al programa y no los abandono, no los hecho, así como váyase porque usted tiene un IMC más de 60” (equipo médico 1).

Por lo tanto, un paciente independiente que por protocolo quede fuera, se le da la opción que baje de peso y pueda disminuir su IMC para entrar al programa. Sin embargo, existen aquellos que tienen prioridad médica y no necesariamente cumplen con el tiempo establecido en lista de espera, y donde se plantea que:

“tiene esa opción a no ser que tenga comorbilidad importante y que requiera de la cirugía para eso, los más habituales en nuestro grupo son los pacientes que tienen apneas de sueños, esos pacientes tienen una prioridad médica. Son pacientes que se quedan dormidos que tienen que estar hospitalizados, entonces ellos por supuesto que se les da priorización porque tienen una indicación médica...” (Equipo médico 2).

La misma situación se puede observar en la siguiente cita:

“vine a control de mi diabetes porque acá ya me empezaron a poner insulina porque yo lloraba, suplicaba que yo no quería ponerme insulina, pero ya me estaba inyectando 6 veces al día, 6 veces al día y ya la doctora me dice ya señora, aquí ya no se puede más, me metía y me dijo aquí, aquí la causa apura, un día me llama y me dice ya señora estás lista, tienes que traerme esto, estoy y esto” (paciente 7).

Como se puede observar en las citas planteadas existen algunas excepciones, donde lo fundamental es el criterio médico para determinar la urgencia del pase a la cirugía, dada la existencia de un riesgo mayor por el desarrollo de

algunas enfermedades asociadas, otorgándoles prioridad a este tipo de pacientes, lo cual se ve reflejado y expresado en la guía clínica de obesidad mórbida:

“Las comorbilidades definidas son aquellas condiciones de alto riesgo tales como problemas cardiopulmonares con riesgo vital (apnea del sueño grave; síndrome de Pickwickian; cardiomiopatía relacionada con obesidad) o diabetes severa, problemas físicos asociados a obesidad que interfieren con el diario vivir (ej: enfermedad articular tratable sin obesidad, problemas de volumen que impiden o interfieren conseguir trabajo, función familiar y deambulación)”.

En la cita a continuación se deja entrever como desde el conocimiento disciplinar surge la protocolización en torno al proceso del paciente respecto a la patología de obesidad mórbida y donde este conocimiento fundamenta la necesidad de un especialista en salud mental como el psicólogo en el equipo que trabaja con programas de cirugía bariátrica.

“se creó verdad con los equipos que a nivel nacional estaban funcionando ya nos juntamos todos los psicólogos en esa época y creamos el núcleo psicólogos de cirugía en la obesidad y este núcleo empezó como a protocolizar todo lo que es la evaluación pre operatoria y ahí ya empezó a quedar mucho más de manifiesto que el requerimiento era más de un psicólogo que de un psiquiatra porque la evaluación estaba destinada no solo a ver patología psiquiátricas sino que era mucho más amplio, se tenía que evaluar funciones cognitivas, funcionamiento familiar, aspectos motivacionales” (equipo médico 4).

Esto está en estrecha relación con lo establecido por la Norma:

“Evaluación Psicológica o psiquiátrica: Se requiere evaluar la presencia de conductas o patologías que contraindiquen la cirugía o interfieran con una adecuada adherencia al tratamiento médico postoperatorio” (Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso).

Ahora bien, un tema relevante del proceso es que todos los pasos y procedimientos que se realizan en el programa giran en torno a los exámenes, evaluaciones y mediciones establecidas en el protocolo, con esto nos referimos a los controles médicos, citas con los especialistas, exámenes de laboratorio, toma de muestras, etc. Prácticas que se vuelven cotidianas en el itinerario del paciente del programa de cirugía bariátrica. No obstante, un rol central lo juega la secretaría del programa, quien se hace cargo de seguir este proceso en el paciente tratando de hacerlo lo más expedito posible, donde se declara lo siguiente:

“Por ejemplo, los pacientes que ya están listos, que tengo el electro informado o que me lo van a informar ahora el miércoles, por ejemplo, el martes, eso no más faltaba, ellos se van con la endocrinóloga, sobrecupo con ella me autorizo un sobrecupo diario, por lo mismo, porque ella ve todos los días lunes. Yo no iba a esperar una semana para dar la vuelta, como ella atiende todos los días, no se complica por darme un sobrecupo. Entonces ella lo va a ver, me va a decir, paciente ok, pase con cirujano. Entonces yo que tengo que hacer, dar la hora con el cirujano, están listos. Si el cirujano no tiene cupo porque ya están ocupados, ahora que hice yo de forma personal, porque la otra vez nos estaban dando un cupo, y estábamos ocupando cupos que eran de otra especialidad y nos venían a reclamar. Entonces qué hago, mi jefa me dijo, mes de octubre mes de septiembre, coloca tu nombre. Entonces yo me reserve un cupo, porque si no, no voy a tener. Entonces cuando tengo, saco uno, saco mi nombre y coloco el del paciente, pero no debería ser así” (administrativo 2).

En la siguiente cita, se puede observar la misma idea:

“vamos a hacer un seguimiento te vamos a pasar al nutricionista porque acá tú tienes altas subidas de peso y altas bajas de peso entonces igual acá dijo acá pasa algo. Como si eres capaz de bajar tanto de peso por que después también lo subes de una. Así que ya me evaluó me hizo un chequeo todas las cuestiones y me mando donde la nutricionista y endocrinóloga” (paciente 2).

Con esta cita queda de manifiesto que, para llevar a cabo el proceso, el cual está centrado en lo que se referencia en el protocolo:

“Pase quirúrgico: Todo paciente deberá tener un pase quirúrgico definido por el equipo médico-quirúrgico responsable” (Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso).

Sin embargo, como se declara en la cita, es necesario hacer una especie de trampa en el sistema de horas para que el tránsito del paciente funcione adecuadamente, debido a la escases de estas, en donde lo que se busca es conseguir es que el paciente siga una línea de tiempo lo más expedita posible cuando ya ha cumplido con su baja de peso y acceda a la cirugía bariátrica en el tiempo correspondiente y destinado para ello.

En estas citas se puede observar como los extractos hacen referencia a lo que se estipula en la guía clínica, donde están presente los exámenes, evaluaciones, los pases de los especialistas, la baja de peso como compromiso con el tratamiento o indicativo de adhesión, los controles posteriores, prioridades respecto a comorbilidades, etc. y donde además se plantea que el no cumplir con lo señalado no permite acceder a la cirugía.

3. Efecto de la cirugía sobre los indicadores.

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de los datos obtenidos, en torno a los indicadores de efectividad de la cirugía bariátrica. En primera instancia se describe a la muestra en torno a sus características, para luego pasar a los indicadores.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hombre	5	13.89	13.89
Mujer	31	86.11	100.00
Total	36	100.00	

La tabla 1 nos muestra la distribución de la muestra por sexo, donde un 13.89% es varón y un 86.11% es mujer.

Tabla 2. Distribución de la muestra por zona geográfica.

Clasificación Zona	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Urbano	34	94.44	94.44
Rural	2	5.56	100.00
Total	36	100.00	

Respecto a la distribución por zona geográfica la gran mayoría de la muestra habita en zona urbana con un 94.4% de la muestra versus el 5.56% que vive en zona rural.

Tabla 3. Distribución de la muestra según categoría de Previsión de Fonasa.

Previsión Fonasa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
------------------	------------	------------	----------------------

Fonasa A	5	13.89	13.89
Fonasa B	21	58.33	72.22
Fonasa C	5	13.89	86.11
Fonasa D	5	13.89	100.00
Total	36	100.00	

En cuanto a la distribución por la previsión de Fonasa, la mayoría de la muestra está en Fonasa B, con un 58.3%, luego con el mismo porcentaje 13.89% en los tramos de A, C y D.

Tabla 4. Distribución de la muestra según categorías de Edad.

Categorías de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
25-34 años	3	8.33	8.33
35-44 años	12	33.33	41.67
45-54 años	6	16.67	58.33
55-64 años	8	22.22	80.56
65-74 años	7	19.44	100.00
Total	36	100.00	

Para las categorías de Edad, la mayoría de los pacientes posee entre 35-44 años de edad con un 33.3% de la muestra, luego siguen los de 55-64 años con un 22.2%, seguido de los de 65-74 años con un 19.4%.

Tabla 5. Distribución de la muestra según año de la Cirugía.

Año de Operación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
2013	12	33.33	33.33
2014	14	38.89	72.22
2015	10	27.78	100.00
Total	36	100.00	

Respecto a los años en los que se realizó la cirugía, podemos observar que un 38.89% de la muestra lo hizo en el año 2014, un 33.3% el año 2013 y un 27.7% se operó el año 2015.

Tabla 6. Distribución de la muestra según tiempo de espera para la cirugía.

Tiempo Espera cirugía	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
< de 1 año	13	36.11	36.11
Entre 1-2 años	12	33.33	69.44
Entre 2-3 años	10	27.78	97.22
Entre 3-4 años	1	2.78	100.00
Total	36	100.00	

La gran mayoría de la muestra espero menos de 2 años para hacerse la cirugía con un 69.4%, sólo un 36.11% espero menos de un año. Así también un 27.7% de la muestra espero de dos a tres años, mientras que sólo un 2.78% espero más de 3 años.

Tabla 7. Características de la muestra según variable de Edad y en torno al peso.

Variables	N	Promedio	D.E.	Mínim o	Máximo
Edad (años)	36	50.27	12.33	28	74
Kg. Pre operatorio	33	108.73	21.61	71.2	176
Kg. 1 año cirugía	31	72.48	12.68	50	100
Kg. 2 año cirugía	27	74.82	14.47	49	102.5
IMC pre Op. (kg/mts²)	33	43.55	6.52	29.6	59
IMC 1 año cirugía (kg/mts²)	31	29.14	3.78	20.51	37.35
IMC 2 año cirugía (kg/mts²)	27	29.75	3.92	21.5	36.7
Kg. Perdidos a 1 año	30	37.17	13.62	13.2	76.5
Kg. Perdidos a 2 años	27	36.88	14.40	15	74
Exceso de peso 1 año (%)	30	58.85	20.01	21.98	109.94
Exceso de peso 2 años (%)	27	58.54	22.19	25.46	110.8
IMC perdido 1 año (kg/mts²)	30	14.79	5.05	5.46	26.35
IMC perdido 2 año (kg/mts²)	27	14.67	5.42	6.9	27.35

En cuanto a las variables de edad y las relacionadas al peso, podemos ver que el promedio de edad es 50,2 años (D.E.=12,3) presentando un mínimo de 28 años y un máximo de 74 años. Para las variables preoperatorias relacionadas al peso, se observa que el promedio de peso antes de la cirugía es de 108,7 kg (D.E.=21,6) y el IMC promedio es de 43.5 kg/mts² (D.E.=6,5). Para las variables post operatorias, se observa que los kilos en promedio perdidos al año y a los 2 años de la cirugía son muy similar con un promedio de 72,4 y 74,8 kg. respectivamente

(D.E.=12,6 y 14,4), lo que deja ver que la cirugía es exitosa en estos periodos referidos a la pérdida de peso. Respecto al IMC este también presenta valores similares al año y 2 años post cirugía con valores promedio de 29,14 y 29,75 kg/mts² (D.E.=3,7 y 3,9) lo que los clasifica dentro del rango de pre-obesidad o sobrepeso disminuyendo su clasificación y pasando de una categoría de Obesidad Mórbida a otra de pre-obesidad o sobrepeso según corresponda.

Para las variables de pérdida de peso, se puede ver que el promedio de exceso de peso perdido al año y los 2 años también presenta valores muy similares con un promedio a los 2 años de 58,5% (D.E.=22,1), para los kilos perdidos promedio al año y 2 años se presenta la misma tendencia con un promedio a los 2 años de 36,8 kg. (D.E.=14,4) y finalmente para el IMC perdido se observa algo similar, con un promedio de pérdida a los 2 años de 14,6 kg/mts² (D.E.=5,4), lo que evidencia el éxito de la cirugía en cuanto a la pérdida de peso.

Tabla 8. Exceso de Peso (%) perdido 1 año post cirugía según categorías de edad.

Categorías de Edad	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
25-34 años	3	77.22	18.75	64.42	98.76
35-44 años	11	60.02	20.62	32.3	102.88
45-54 años	3	36.83	16.96	21.98	55.33
55-64 años	6	60.01	6.22	49.42	66.59
65-74 años	7	57.55	23.76	39.03	109.94
Total	30	58.85	20.01	21.98	109.94

Para el exceso de peso medido en % al año post cirugía relacionado con las categorías de edad, se observa que quienes presentan mayor porcentaje de pérdida de exceso de peso son los pacientes entre 25-34 años de edad con un promedio de 77,2% (D.E.=18,7), y quienes presentaron una menor pérdida son aquellos entre 45-54 años con un promedio de 36,8% (D.E.=16,9).

Tabla 9. Exceso de Peso (%) perdido a 2 años post cirugía según categorías de edad.

Categorías de Edad	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
25-34 años	3	77.54	28.03	57.36	109.56
35-44 años	9	54.95	23.43	25.46	94.45
45-54 años	2	42.46	21.55	27.22	57.71
55-64 años	6	63.70	11.07	52.6	82.76
65-74 años	7	55.17	25.19	34.15	110.8
Total	27	58.54	22.19	25.46	110.8

Respecto a los 2 años post cirugía se observa la misma tendencia, la categoría de años que presenta la mayor pérdida en % con un promedio de 77,5% (D.E.=28,0) es la de 25-34 años, y la que presenta menor pérdida es la de 45-54 años con un promedio de 42,4% (D.E.=21,5).

Tabla 10. Kilos perdidos 1 año post cirugía según sexo.

Sexo	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
Hombre	4	42.75	23.61	25	76.5
Mujer	26	36.31	11.94	13.2	64
Total	30	37.17	13.62	13.2	76.5

Para los kilos perdidos según sexo, para el año post cirugía, se observa que los hombres presentan mayor pérdida en kilos con un promedio de 42,7 kg (D.E.=23,6) versus un 36,3 kg (D.E.=11,9) para las mujeres.

Tabla 11. Kilos perdidos 2 años post cirugía según sexo.

Sexo	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
Hombre	4	38.5	24.28	21	74
Mujer	23	36.60	12.82	15	71
Total	27	36.88	14.40	15	74

Para los 2 años post cirugía, se observa la misma tendencia que al año, pero la brecha entre los valores se acorta, donde los hombres presentan un promedio de 38,5 kg (D.E.=24,2) y las mujeres un promedio de 36,6 kg (D.E.=12,8) con una diferencia de 2 kilos aproximadamente entre ambos sexos.

Tabla 12. Exceso de peso (%) perdido 1 año post cirugía según tiempo de espera.

Tiempo Espera cirugía	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
< de 1 año	12	54.62	15.89	21.98	89.42
Entre 1-2 años	9	59.52	8.21	44.1	71.09
Entre 2-3 años	8	66.90	32.00	32.3	109.94
Entre 3-4 años	1	39.03	0	39.03	39.03
Total	30	58.85	20.01	21.98	109.94

Respecto al tiempo de espera asociado a la pérdida de exceso de peso al año post cirugía, se observa que la mayor pérdida de exceso de peso la presentan aquellos pacientes que esperaron entre 2-3 años con un promedio de 66,9% (D.E.=32,0) y el menor porcentaje está dado por aquellos que esperaron entre 3-4 años con un promedio de 39,0% (D.E.=0).

Tabla 13. Exceso de peso (%) perdido 2 años post cirugía según tiempo de espera.

Tiempo Espera cirugía	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
< de 1 año	9	57.17	18.20	33.68	85.92
Entre 1-2 años	9	55.20	8.95	44.61	67.54
Entre 2-3 años	8	66.88	34.31	25.46	110.8
Entre 3-4 años	1	34.15		34.15	34.15
Total	27	58.54	22.19	25.46	110.8

Para los 2 años post cirugía y la pérdida de exceso de peso, se observa la misma tendencia que al año, donde la mayor pérdida de exceso de peso la presentan aquellos pacientes que esperaron entre 2-3 años con un promedio de

66,8% (D.E.=34,3) y el menor porcentaje está dado por aquellos que esperaron entre 3-4 años con un promedio de 34,1% (D.E.=0).

Tabla 14. Kilos perdidos 1 año post cirugía según Previsión de Fonasa.

Previsión Fonasa	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
Fonasa A	4	48.1	16.90	30.3	64
Fonasa B	18	33.80	9.97	13.2	63.5
Fonasa C	3	33.06	13.38	18.9	45.5
Fonasa D	5	43.04	19.83	29.3	76.5
Total	30	37.17	13.62	13.2	76.5

También al cruzar los valores de pérdida de peso en kilos asociada a tramo de previsión de FONASA al año post cirugía, se observa que la mayor pérdida se da en aquellos pacientes con Fonasa A con un promedio de 48,1 kg (D.E.=16,9) y quienes menor perdida presentaron están en Fonasa B y C con un promedio de 33.8-33.0 kg (D.E.= 9,97-13,3).

Tabla 15. Kilos perdidos 2 años post cirugía según Previsión de Fonasa.

Previsión Fonasa	N	Promedio	D.E.	Mínimo	Máximo
Fonasa A	4	49.5	17.52	32	71
Fonasa B	15	33.4	10.58	21	64
Fonasa C	3	31.33	14.57	15	43
Fonasa D	5	40.6	19.38	24	74
Total	27	36.88	14.40	15	74

Para la pérdida de peso en kilos asociada a tramo de previsión de FONASA a los dos años post cirugía, se observa la misma tendencia que el año, donde la mayor pérdida está en pacientes con Fonasa A con un promedio de 49,5 kg (D.E.=17,5) y

la menor perdida la presentaron quienes están en Fonasa C con un promedio de 31.3 kg (D.E.=14,5).

Tabla 16. Porcentaje de seguimiento por años.

Años de seguimiento	Porcentaje de asistencia al seguimiento
1 año	83,3%
2 años	75%
3 años	27,7%
4 años	34,6%
5 años	8,3%

Respecto del seguimiento, se puede ver como este declina con el paso de los años, llegando sólo a un 8,3% a los 5 años, no obstante, a los 2 años se mantiene un buen seguimiento alcanzando al 75% de los pacientes.

II. SEGUNDO APARTADO:

CONFIGURACIÓN DE LA NUEVA OBESIDAD MÓRBIDA

1. Riesgos de comorbilidades.

Respecto a esta temática, se plantearán a continuación varios extractos o citas que sitúan a la obesidad en torno a las comorbilidades asociadas como elemento central en su abordaje, sin embargo, es preciso definir el término, donde la Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso la define como: Comorbilidad: enfermedad cuya etiología o severidad está estrechamente relacionada con el exceso de peso o de grasa corporal.

Para la real academia española la Comorbilidad se define como: coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas (RAE, 2001). Sin embargo, nuestro foco central está dado por la obesidad mórbida y el riesgo que presenta el exceso de peso, en donde la Guía Clínica de Obesidad Mórbida plantea:

“La obesidad es un factor de riesgo para diversas enfermedades y también se asocia a un incremento en la mortalidad por todas las causas”. Es un factor de riesgo independiente para infarto agudo al miocardio y cardiopatía coronaria, y predispone a varios factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, entre ellos, hipertensión arterial,

hipercolesterolemia y disminución de la tolerancia a la glucosa. La obesidad también se asocia con anomalías en los lípidos sanguíneos, con aumentos en los niveles de colesterol, triglicéridos y colesterol LDL y disminución del colesterol HDL. La diabetes tipo 2 es un trastorno grave que acorta la vida, que predispone a quienes la padecen a hipertensión arterial y cardiopatía, y que resulta en otros trastornos como retinopatía, neuropatía y enfermedades renales. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta con el incremento del IMC aun cuando se encuentra por debajo del umbral de la obesidad clínica.

De acuerdo con esta cita podemos indicar que la obesidad como enfermedad se plantea desde las comorbilidades, y por eso es tan importante avanzar en su mejoría, ya que disminuir el exceso de peso contribuye en el riesgo de otras patologías.

En este sentido la experta consultada refiere lo siguiente:

“entonces cuando se hizo esta guía que hubo mucha reticencia de todos a hacerla, partió principalmente por unos papers, que estaban demostrando que los obesos mórbidos que se operaban disminuían su riesgo de diabetes, no era que mejorara la obesidad a niveles de eutrofia no tenía incidencia en otras cosas pero si tenía incidencia que no era menor por lo tanto, era que disminuía el tipo de diabetes tipo 2 y la evidencia que había en ese momento que yo no he vuelto a revisar la evidencia de la cirugía bariátrica pero la que había en ese momento era solamente en la línea de diabetes, ahí es donde los resultados iban sumamente claros y entonces valía la pena, valía la pena porque íbamos a disminuir la diabetes, íbamos a disminuir la insuficiencia renal, íbamos a disminuir la diálisis y eso era disminución de gastos, entonces se empezó a transformar en algo que tenía algún grado de validez” (experto)

Aquí se hace referencia a que cuando se inició el proceso para la elaboración de la guía clínica de obesidad mórbida la evidencia más clara planteada por la literatura era en torno a la diabetes, y que bajo esta mirada es que se consideró la cirugía bariátrica, en donde obviamente la medicina basada en la evidencia hace su

aporte respecto al fundamento para ello. Además, se plantea lo siguiente por parte del equipo médico:

“bueno la obesidad trae muchas cosas no solo diabetes, en la mujer trae infertilidad, ovario Poliquístico, hirsutismo a las chicas que son peludas, que se trastorna la regla, es todo un tema, lo que pasa es que la obesidad es causa cada vez de más cosas, incluyendo el cáncer, entonces...” (Equipo médico 1).

Es claro ver como el centro de la patología está planteada en base a las comorbilidades y cómo estas deterioran la salud de las personas, no tan sólo el exceso de peso y donde la cirugía toma gran relevancia al ser el tratamiento más eficaz como se plantea a continuación:

“y como se ha difundido muy bien uno de los principales beneficios de la cirugía bariátrica es controlar las comorbilidades y se controla mucho antes de que los pacientes bajen de peso, curiosamente esa es una de las cosas que vimos al principio y a todos los que hacemos esto nos llamó la atención cómo los pacientes que ya han bajado 10 kilos ya están sin diabetes o están sin hipertensión o están con la resistencia a la insulina controlada y es nada más porque está comiendo de manera adecuada, eso es un indicador fuerte de que la cirugía va por buen camino” (equipo médico 2).

De acuerdo a lo que se declara en esta cita, se ve como el disminuir el exceso de peso incluso antes de la cirugía contribuye a la disminución de las comorbilidades, lo que es muy beneficioso en los pacientes, porque disminuye su riesgo, no obstante también se plantea el tema de la alimentación adecuada, o sea que se cumpla con la restricción alimentaria y la dieta entregada por el profesional especialista, sin embargo cuando se hace referencia a la alimentación el problema se vuelve un asunto de responsabilidad individual respecto a la restricción de la conducta alimentaria, situando a la enfermedad en el acto de comer, invisibilizando

al sujeto y poniendo el foco del proceso al comportamiento en torno a la alimentación como se planteó en el apartado de medicalización de la alimentación.

En la siguiente declaración se puede ver como la decisión de un paciente es tomada en base a las comorbilidades, o sea por el desarrollo de estas patologías asociadas a la obesidad.

“no, no, no con diabetes eso ya se normalizó todo, pero lo que, si ahora estoy hipertensa, hipertensa igual sigo con hipertensión, pero en definitiva todo ese diagnóstico me hizo que yo quisiera bajar de peso o sea me ingresaran al programa de cirugía bariátrica, por eso más que nada opte por esa opción” (paciente 4)

En el siguiente extracto se puede observar como las comorbilidades son un eje central también en los pacientes, lo que se traduce en que en presencia de una comorbilidad seas una mejor candidata para la cirugía, y que es algo que se conversa en el día a día en torno al programa, confeccionando y articulando una representación médica en torno a la obesidad y su tratamiento.

“había colegas anteriores que se habían operado uno siempre consultando y qué le paso a este, no es que se operó está en el programa de cirugía bariátrica con los funcionarios, pero se descartan por ejemplo si tú no tenías hipertensión si tú no tenías ciertas patologías anexas no entrabas en el programa no porque tú eras gorda no podías, entonces tenías tus más problemas digamos eras una buena candidata para operarse” (paciente 4).

En las citas a continuación se puede constatar como el paciente se posiciona desde el discurso de las comorbilidades, y cómo éste discurso se hace propio, donde hace alusión a términos médicos, planteando la descendencia como un factor importante en la probabilidad de adquirir la enfermedad, y que dada la

resistencia a la insulina decidió entrar al programa de cirugía bariátrica, por tanto se evidencia como en el individuo se reconceptualizan los significados de las palabras, donde el discurso biomédico ha permeado y los conceptos utilizados son referencias en el sentido personal del sujeto, de cierta manera le da sentido a la vivencia en torno a la patología.

“Bueno yo vengo descendiente de enfermos de diabéticos, mi padre murió de diabetes y mi madre también, entonces cuando yo empecé hacerme los controles, ya estaba plantada la diabetes en instante para ser resistencia a la insulina, y yo me postulé a un... programa que había para operación bariátrica a través del país de todos los funcionarios del hospital que eran obesos y yo salí segundo en el país” (paciente 5).

Aquí se observa cómo se plantea a la descendencia como un asunto explicativo de la enfermedad y cómo esto puede determinar la decisión de tratamiento.

“A veces decía no esto no va a resultar o sea ya no... (fue) hay tanta gente que igual a lo mejor están priorizando porque yo tampoco nunca fui diabética, a pesar de que era tan gordita nunca fui diabética, nunca fui hipertensa nunca tuve colesterol lo que, si tenía un poco de hígado graso, pero nunca ninguna patología como que tenía que ser de urgencia o tenía prioridad entre otras personas” (paciente 6).

En esta cita se plantea la importancia de la presencia de comorbilidades para ser considerada con mayor prioridad dentro de los pacientes postulantes al programa de cirugía bariátrica.

“uno tiene que tener una red de apoyo que siempre me lo dijo la psicóloga, la red de apoyo es muy importante porque uno se ralla, uno es adicta a la comida, es como la persona que es alcohólica me entiendes,

uno es adicto a la comida y es muy difícil el control que tienes que tener ahí” (paciente 8).

En la siguiente cita que es parte de las guías y protocolos nacionales se observa como la obesidad mórbida se plantea en torno a la probabilidad de mortalidad, y como su asociación con otras patologías disminuye la calidad de vida. Además, se plantea a la obesidad o aumento de peso en torno a las probabilidades de riesgo, o sea en términos epidemiológicos, asociados a mortalidad, desarrollo de otras enfermedades, calidad de vida, riesgo relativo, etc. lo que le otorga mayor sustento desde la medicina basada en la evidencia.

“Se ha estimado que los obesos mórbidos tienen una mortalidad hasta 12,5 veces mayor que los no obesos (Drenick 1980), y que las patologías asociadas a esta condición, son la segunda causa de muerte, después del tabaco. Además, se asocian a la obesidad otras patologías o condiciones que disminuyen en forma importante la calidad de vida, como son la osteoartritis, enfermedad de la vesícula biliar, apnea del sueño, alteraciones respiratorias, disminución capacidad funcional y estigmatización social” (Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso).

Así mismo se plantea en la guía clínica de obesidad mórbida del

MINSAL:

“El aumento del peso corporal afecta la calidad de vida y reduce la expectativa de vida. En la Unión Europea se estima que al menos 1 de cada 13 muertes (7.7% del total) está relacionada con el exceso de peso. La mortalidad aumenta con el aumento del IMC. El riesgo relativo de hombres y mujeres de 50 años con IMC>40 kg/m² y que nunca han fumado es de 3.82 y 3.79, respectivamente. Entre los jóvenes con obesidad grado III la tasa de mortalidad es 12 veces la de los jóvenes de peso normal. Un varón con OM a los 20 años puede aspirar a vivir 13 años menos que su contraparte con un IMC normal, lo que representa una reducción de 22% en su expectativa de vida”.

Es importante también destacar que la Obesidad mórbida posee una clasificación internacional de enfermedad, en donde tiene un código específico, otorgándole con ello mayor reconocimiento, tal como se observa a continuación:

“La OM está incluida en la clasificación internacional de enfermedades con el código E66.8 (versión 2007 de ICD-10)” (Guía clínica de obesidad mórbida).

En el extracto que continua es posible visualizar como la medicina basada en la evidencia entrega el fundamento necesario para crear un protocolo o guía nacional para el manejo de la obesidad, la principal evidencia otorgada se encontraba en torno a la diabetes, y señala además como este fundamento fue esencial en la decisión de realizar la guía para la cirugía bariátrica, incluso al pensar en estrategias más poblacionales, debido a que la disminución de la diabetes traería consigo la disminución de una serie de otras afecciones, por tanto se volvía una opción viable.

“Entonces amparado en esa evidencia es que se decidió a hacer cosas con la obesidad mórbida porque la otra alternativa era haberla dejado a su evolución natural manejando la obesidad desde otro lado como de una lógica más poblacional, más de los determinantes sociales pensando en que menos gente llegara a ser obesos mórbidos más que disminuir la prevalencia de obesidad mórbida en el país. Entonces fue en base a eso que se hizo esa revisión que...no hubo básicamente otros fundamentos porque la cirugía bariátrica en aquel momento la evidencia que había era el disminuir diabetes no había otra evidencia” (experto).

Aquí se ve reflejado que el fundamento principal para considerar el programa de cirugía bariátrica emana de la evidencia que existía en torno a la diabetes.

“y la evidencia que había en ese momento era solamente en la línea de diabetes... por tanto valía la pena porque íbamos a disminuir la diabetes, íbamos a disminuir la insuficiencia renal, íbamos a disminuir la diálisis y

eso era disminución de gastos, entonces se empezó a transformar en algo que tenía algún grado de validez” “Entonces esa es mi mirada, mi mirada es que del punto de vista poblacional uno podría haberlo desechado, el tratamiento, el financiamiento estatal de aquello si no hubiese sido por esta evidencia a favor de prevenir la diabetes o sea de disminuir los casos de diabetes, de mejoras en los índices glicémicos, en el uso de insulina ,etc.” (Experto).

2. Practica biomédica del equipo

En este apartado se plantearán varios extractos del equipo médico en torno a su práctica y cómo esta se relaciona con el protocolo y la concepción que existe respecto a la obesidad.

A continuación, se observa como el paciente que se empodera del discurso biomédico (gestiona su vida en torno al riesgo de comorbilidades asociado a la obesidad, donde el tema central está dado por la conducta alimentaria y el cambio de hábitos), es considerado como un paciente inteligente y capaz de actuar como debe, se señala que sabe cómo restringirse ósea es capaz de discernir qué es lo bueno o lo malo para su salud, es capaz de mantener una conducta estricta e impecable y por tanto tiene más opciones de éxito en torno al proceso.

“Claro, lo que pasa es que un paciente, esto lo tengo relativamente analizado, un paciente que ya está patologizado en el sentido cultural, es decir, él ya se asumió como un enfermo y se volvió inteligente en ese sentido. Como que saco una especie de diplomado en su enfermedad, él o ella ya sabe cómo restringirse o como adaptarse más que la dieta al desafío que le impone determinado procedimiento. Por lo tanto, ese sí que tiene ganas de que le vaya bien” (equipo médico 1).

En el siguiente extracto se pone como temática central a la alimentación en torno a la obesidad, es indispensable que el paciente comprenda que esto es lo

esencial, ubicando al cuerpo como un depósito de energía que se controla por medio de la cabeza, por lo tanto, debe comprender que debe ser capaz de controlarlo. Además, es importante acentuar que se hace alusión a que los pacientes quieren convertirse en normales, y esta normalidad está dada por poder comer lo mismo de antes y no subir de peso, por tanto, se podría pensar que existe una concepción del paciente en torno a la cirugía que tiene que ver exclusivamente con la baja de peso, o sea que ellos buscan esta pérdida, pero sin ser conscientes que ya no se puede comer como antes.

“Por eso la gente con diabetes igual se ve motivada por sacarse el tipo de tratamiento sobre todo la insulina, pero no se motiva, ellos quieren hacer eso para volver, así como entre comillas convertirse en normales, y para ellos convertirse en normales es comer cosas como harina, azúcares, como comían antes de la diabetes, pero ese no es el sentido. Entonces la gente a veces no entiende esa parte y por eso vuelven a subir de peso” (equipo médico 1).

En la declaración siguiente se observa que lo que se busca por parte del equipo médico es traspasar el conocimiento o discurso a los pacientes para que estos se empoderen, comprendan y realicen lo que se espera en torno al tratamiento de su enfermedad.

“porque el paciente tiene muchas, como es la palabra, tiene muchas características o muchas variables que tú tienes que manejar y si bien es cierto que el cirujano va aprendiendo con cosas que tú vas enseñándole al paciente, proponiendo al paciente, tratamiento del paciente, las personas van copiando lo que tú haces. En el fondo la conversación con el paciente no la tiene el resto. Yo creo que cada profesional tiene un idioma y una forma y una de dirigirse a los pacientes” (equipo médico 1).

En la cita que continua se puede ver como el criterio médico es fundamental en el proceso de la cirugía bariátrica, ya que es él médico quien decide si el paciente

accede a la cirugía bariátrica tal como se plantea en la guía clínica en torno al pase quirúrgico que debe tener el paciente.

“cuando yo determino que el paciente si, del punto de vista médico tiene indicación quirúrgica se manda al equipo de psiquiatría y psiquiatría si dice que bueno, me devuelve el paciente entonces ahí sigue toda la otra ronda, la nutricionista, el kinesiólogo, los exámenes millones que yo le hago porque al principio no saco nada con hacerle ningún examen si la psicóloga me lo va a rechazar” (equipo médico 1).

En el extracto siguiente se ve el foco del proceso previo a la cirugía, que en este caso está en torno a la baja de peso, los pacientes deben demostrar su compromiso o adhesividad al programa por medio de la baja de peso y cambio de conducta, donde desde el discurso biomédico se enfatiza y recalca el tema de la conducta alimentaria.

“entonces el paciente acá del hospital no tiene esos recursos y evidentemente tiene que postular acá y nosotros lo manejamos acá en el sistema de lista de espera lo que significa que tiene que estar al menos 3 años adentro de sistema funcionando que pa este grupo de pacientes es bueno porque nos permite seleccionar adhesividad estos pacientes fallan mucho vuelven a subir de peso, vuelven a comer, recaen, entonces ha sido un sistema bueno para eso” “Por otro lado una vez que el paciente ingresa al programa, no se opera los que no cumple las metas y esas metas son esencialmente que no cumplan con la baja de peso que se les pide. Adherirse a las dietas que se le piden” (equipo médico 2).

A continuación, se señala y coloca a la baja de peso como un asunto fácil de conseguir, que no hay un tema mayor en ello, sino más bien el problema está centrado en la mantención. Nuevamente la conducta alimentaria se plantea como eje central, lo que igualmente se indica en las guías y protocolos, donde se hace

énfasis a la mantención de una conducta alimentaria adecuada, de acuerdo a las pautas y minutas entregadas por la especialista.

“a todos los pacientes se les exige no tanto, un 10 % de su exceso de peso eso significa que si un paciente tiene 50 kilos de sobrepeso que es lo habitual tiene que bajar 5 kilos es muy poco que, para estos pacientes, es súper fácil. Bajar de peso para un paciente que tiene mucho exceso es muy fácil, el problema que tienen ellos es que no lo mantienen, pero bajar es fácil” (equipo médico 2).

Se puede observar cómo se plantea que solicitar una pérdida de 10% del peso no es una tarea compleja en estos pacientes, sino más bien algo que es fácil de conseguir, no así la mantención de la baja.

“Para que ocurra una pérdida de peso, la ingesta debe ser inferior al gasto energético. La restricción de alimentos es el pilar fundamental del tratamiento de la obesidad. Ésta, generalmente induce baja de peso en el corto plazo, pero se reconoce su baja eficacia en el largo plazo cuando se usa en forma aislada” (Guía Clínica de Obesidad Mórbida).

Como se mostraba anteriormente, el tema central está en la baja de peso, en donde la cirugía contribuye, pero el mayor esfuerzo debe venir del paciente, cautelando lo que se ingiere, porciones, frecuencia, tal como lo declara la guía:

“La educación del paciente sobre alimentos y hábitos de alimentación que faciliten su control de peso es un componente esencial de todas las estrategias de manejo del peso. Debe determinarse ingesta y hábitos de alimentación para identificar áreas que requieran especial atención como adecuación nutricional, tamaño de porciones, frecuencia y el horario de las comidas” (Guía Clínica Obesidad Mórbida).

Además, se indica que la cirugía no es el fin sino el medio por el cual el paciente puede cumplir con su baja peso, pero lo más relevante viene dado por

seguir el proceso con los especialistas después de la cirugía, el rol que juega la psicóloga y la nutricionista como se declara a continuación son muy importantes:

“Entonces yo en este caso estoy como asumiendo funciones del internista muchas veces con la idea de tener al paciente cautivo y lo otro es que el paciente en general ve hace el cirujano como el elemento centro de lo que le da resultado, porque hacemos la operación, uno trata de transmitir que aquí lo más importante es el control con todo el resto del equipo. Mi función fue importante en la operación, pero todo lo que venga después es que... primero que el paciente o la paciente en general tenga las capacidades de cambio, que se controle con la psicóloga porque los cambios mentales son los más importante los que hay que mantener, lo que más cuestan y con la nutricionista” (equipo médico 2).

Como ya se mencionó en otro punto la medicina basada en la evidencia ha aportado en la demostración de la eficacia de la cirugía en la baja de peso, sin embargo la mantención de la baja está centrada en el paciente, donde desde el discurso biomédico se materializa la disociación del cuerpo, colocando a la obesidad como una cuestión de la cabeza más que del cuerpo, el individuo debe ser lo suficientemente capaz de controlarla para no volver a caer en la sobre ingesta, y cambiar desde la cabeza.

“no tengo ninguna duda que es el mejor tratamiento disponible en la actualidad pero que no es la opción óptima. Yo le digo, así le digo a los pacientes igual. La enfermedad no está en el estómago la enfermedad está en la cabeza. Nosotros operamos el estómago para ayudar a enfrentar la situación, pero si no se cambia la cabeza esto no funciona” (equipo médico 2).

Una parte importante en el equipo médico hace referencia a la evidencia científica en torno a las comorbilidades presentes en el paciente y que son la base para optar a este tipo de tratamiento, ya que con ello pueden mejorar las patologías anexas, beneficiando al sistema de salud al incurrir en menor gasto en ese paciente.

“alomejor esta cirugía es cara, pero previene una serie de otras que encarecen aún más el sector público, si lo veo como una ventaja de salud. Si yo voy a prevenir por ejemplo que mi paciente mantenga este peso, esta diabetes y se conduzca a mejorar una falla renal lo termino teniendo controles por enfermedad renal crónica, por ejemplo, en diálisis... claro que voy a estar previniendo y quizás ahorrando salud en este caso, claro que veo la ventaja de la cirugía” (equipo médico 3).

Un especialista a continuación hace referencia al protocolo específico respecto a la actividad física, específicamente hace una diferencia en el tratamiento entre aquellos que están listos para la cirugía, y aquellos que necesitan bajar de peso para cumplir con el requerimiento.

“se ingresa al paciente, se hace una evaluación hemodinámica test de marcha para ver sus capacidades aeróbicas e inicio del tratamiento con una preparación con ejercicios de flexibilización general ejercicios respiratorios principalmente de fortalecimiento ahora hay que distinguir pacientes que están en condiciones ya de cirugía en que ya ha cumplido con gran parte del protocolo para la operación con aquellos pacientes en que se le indica una baja de peso digamos sustancial” (equipo médico 5).

El protocolo es esencial en el equipo médico y también estricto, donde los pacientes que no son capaces de cumplir con éste se les niega la opción de continuar en el programa, como se refleja a continuación:

“considerando los aspectos psicológicos digamos, hay factores ahí que hacen alargar el proceso yo sé de personas que han tenido que sacarlas del programa porque no cumplen con los criterios, muchas veces como te digo pasan más por los problemas psicológicos” (administrativo 1).

Sin embargo, desde la práctica biomédica, nuevamente se puede apreciar como el tema del cambio de la conducta alimentaria se minimiza, y se coloca en el plano de lo fácil, de seguir una pauta y ya.

“es que lo que pasa es que acá como es un equipo hay un tema de acogida de este paciente con las ganas de ayudarlo, pero por un momento igual igual te desgasta, te desanima porque está todo el equipo alineado con un propósito, pero el paciente lo único que hacer es poner su cuota y seguir cierta pauta y no lo hace” (administrativo 1).

Respecto al seguimiento, como se plantea a continuación y como es también planteado en la guía clínica, el paciente al cabo de 2 años puede ser dado de alta desde el nivel secundario de atención pasando a la atención primaria, pero se destaca que es un tema individual y de responsabilidad del paciente continuar con sus controles.

“yo sé que el paciente a los dos años de haberse operado es dado de alta a excepción de los pacientes que tienen por ejemplo que deben mantenerse en control en endocrinología por otras patologías relacionadas con esa especialidad, pero un paciente que no tiene comorbilidades a los dos años, pasaron dos años de su cirugía es un paciente que se da de alta y mantiene sus controles en el consultorio, pero el seguimiento va de la mano del paciente... de que el paciente quiera mantenerse en seguimiento” (administrativo 1).

3. Definición de éxito

En este apartado se presentarán las citas con relación a la conceptualización del éxito y en qué términos se señala, la idea es esbozar la relación entre los indicadores planteados por los protocolos y guías y lo que los diferentes actores señalan en torno a éstos.

En las citas que continúan se expone uno de los principales factores asociados al éxito, el peso, indicando que es un valor concreto, o sea medible, además de indicar la disminución de las comorbilidades.

“Uno toma el peso como uno de los fracasos o uno de los éxitos porque es una cuestión concreta” (equipo médico 1).

Se indica al peso como el gran indicador de éxito debido a su objetividad.

“O sea el primer indicador es evidentemente ver la baja de peso que es el indicador más grueso, pero como todo sabemos” (equipo médico 2).

Nuevamente se presenta la misma idea en torno al peso como principal indicador de éxito.

“y cuando hablamos de un indicador de éxito, Eh, un IMC bajo de treinta. Lo ideal es sacar al paciente de la obesidad, bueno ahora si llegan a peso ideal, genial” (equipo médico 3).

También se indica al IMC como un indicador de éxito, el cual está en estrecha relación a su clasificación, porque menor de 30 es sobrepeso.

“O sea en el fondo el indicador de éxito puede ser lo que para el área de la salud sea un indicador de éxito que el paciente haya bajado de peso, haya disminuido los índices de colesterol, la glicemia, por ejemplo (equipo médico 5).

Las guías también señalan al peso como indicador de éxito, pero además agregan:

“La nomenclatura estándar en cirugía bariátrica utiliza el porcentaje promedio de pérdida del exceso de peso (PEP): $\% \text{ PEP} = \text{peso perdido} / \text{exceso de peso} \times 100$, (Donde el exceso de peso es igual al peso preoperatorio menos el peso ideal); Indicadores que cuantifican la pérdida de peso, en términos absolutos y/o en referencia al IMC: Reducción de 10-15 kg/m² IMC o 20 a 40 kilos de pérdida de peso (en promedio); Mantención de la baja de peso en el largo plazo (5-10 años); Resolución o mejoría de las enfermedades asociadas a la OM: Resolución se refiere a la proporción de pacientes cuya enfermedad entra en fase de remisión de la enfermedad o no requiere tratamiento farmacológico o Mejoría cuando se disminuye el requerimiento de fármacos; Mejoría de la calidad de vida de estos pacientes, en su dimensión física y psicosocial. El sistema de evaluación BAROS es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional y con publicaciones en el país, que evalúa entre otros aspectos calidad de vida; Morbilidad: Tasa de reoperación por complicaciones precoces (≤ 30 días) y tardías (>30 días); Mortalidad postoperatoria ≤ 30 días (Guía clínica Obesidad Mórbida).

En relación con el éxito se proyecta que la cirugía tiene un efecto sobre el paciente hasta los 2 años, o sea que la cirugía proporciona efecto durante ese periodo. Lo que se espera, por tanto, es que el paciente sea capaz de modificar sus conductas durante esta ventana (efecto cirugía) y mantenerlas en el tiempo, debe controlar su conducta, como se indica a continuación:

“Pero esa persona que no logra entender eso esa gente va a ir derecho al fracaso, de hecho, nosotros tenemos fracasados desde los 6 meses para adelante hasta después de los 2 años. En la teoría la cirugía debería tener un éxito hasta los dos años y después la gente tiene que entrar en la pelea de nuevo” “La cirugía te permite eso, porque te permite sobre todo los primeros años, los 2 primeros años porque la cirugía, bueno si tu estudias, seguramente estudiaste la cirugía, tiene no solo el tema de la restricción sino también tiene temas como la leptina y otras hormonas que se eliminan bruscamente por la cortada del estómago, entonces el paciente de verdad que no tiene hambre, no es solo que no puede tragar, es porque el paciente no tiene hambre, eso le puede durar 6 meses o un año. El paciente tiene que aprovechar eso para acostumbrarse, pero el paciente no lo hace, no sé por qué (equipo médico 1).

Un punto relevante lo señala un integrante del equipo médico, éste cree que la cirugía no es definitiva, debido a que los pacientes con el tiempo comienzan a ganar peso nuevamente, más bien percibe a la cirugía como un medio en el cambio de comportamiento, pero que depende del paciente que se mantenga en el tiempo y pueda traerle beneficios.

“Lamentablemente después de la cirugía uno ve si hay éxito o no hay éxito... la verdad es que la educación no termina nunca, uno piensa que en la parte preoperatoria es más aguda y claro vez como la solución lo de la cirugía, en algunos casos es de gran éxito y después te das cuenta que en la medida que van pasando los años comienza la reganancia, así que, para mí es como la solución hasta ciertos años, y luego comienza de nuevo el proceso” “Porque lamentablemente cuando logramos un cambio de hábito hasta cierto punto, te vez forzado por esta cirugía a la restricción alimentaria hasta ese momento, pero luego comienzan a ingerir más y más de nuevo se dispara. A eso me refiero como que lo veo así, no lo veo como una cirugía definitiva (equipo médico 3).

Una de las fallas que se menciona es el tema de la operación de revisión, que se ha dado en algunos casos, y que lamentablemente por falta de recursos en el hospital no se ha podido desarrollar, lo que influye directamente en el paciente, ya que no puede continuar con la baja de peso como se habría esperado.

“No lo recuerdo en este momento, pero era una chica joven se le prometió una cirugía de revisión, porque lamentablemente... Claro debe haber perdido veinte kilos y los regano cuando ya... tenía un IMC sobre 40 y claro no se logró establecer de nuevo su cirugía, ya que no tenemos los recursos para generar una intervención de ese tipo por segunda vez, apenas estamos cubriendo lo que tenemos para la primera vez, pero no para una revisión por ejemplo” (equipo médico 3).

El seguimiento de los pacientes en las normas internacionales y nacionales declara que debería ser de por vida, un miembro del equipo médico hace referencia a que no se termina nunca de educar, en el sentido que la cirugía no resuelve el problema de fondo, por tanto, es necesario continuar todo el tiempo que sea necesario con el paciente:

“no lo veo como una solución definitiva, que era lo que uno en realidad esperaría. En mi caso estamos trabajando prosalud y te vez en el fondo en una rutina en estos controles que se vuelven casi interminables, porque uno esperaría, no se po' este caso te resfrías tomas un fármaco y solucionas tu resfriado no cierto, o una infección por bacteria, pero en el caso de la obesidad es distinto. No terminas nunca de educar” (equipo médico 3).

Otro miembro del equipo médico hace alusión a que aquellos pacientes que son capaces de incorporar la actividad física como hábito en su vida tienen mayor probabilidad de éxito, debido a que son capaces de realizar un cambio profundo en sus vidas.

“el paciente que por ejemplo adquiere con regularidad como hábito

estable hacer ejercicio físico, ese es un paciente que para mí va a tener un, que ya lleva ya de hecho en estos 15 o 20 años demuestra que efectivamente hay una correlación que le va bien porque como que logró un cambio mucho más profundo todavía, el cambio del hábito alimentario si no que un cambio de vida, sino que se empieza a entretener de otra forma en la vida, empieza a tejer su circuito diario ya de otra forma, eso es una cosa” (equipo médico 4).

Además, el mismo miembro del equipo señala que hay pequeñas cosas que pueden gatillar una recaída, en donde se producen hiperingestas, lo obviamente afecta la pérdida de peso, y que esto es peor aún dado el contexto en que vivimos, ya que el acceso a la comida cargada en energía es muy fácil, no, así como la adicción a otras sustancias.

“desde la perspectiva por ejemplo de las adicciones, muchas frustraciones de la vida cotidiana; que me echaron de la pega, que mi hijo no quedó en la u, que lo metieron a la cárcel, que es como un poco la realidad acá verdad, nos pusieron el gorro, son desencadenantes de hiperingestas como el alcohólico que se cae al litro porque lo dejó la esposa después de 10 años, es como una forma de calmar un dolor de no haber aprendido en el fondo a laborar el dolor o las emociones difónicas que no sea de una manera distinta que no sea con la sobre ingesta de comidas, ese es como un indicador de fracaso y se ve ah, y además es que estamos en un mundo que nos pone con mucha facilidad es como si vendieran pasta base por todas partes” (equipo médico 4).

Otro indicador de éxito señalado por el equipo médico hace referencia al haber asistido a todos los controles de las especialidades del programa, indicando que la probabilidad es mayor si el paciente es capaz de comprometerse a cabalidad con el programa, y asistir a todos los controles.

“O sea yo creo que en la medida de que el paciente haya llegado a todas las áreas del programa el éxito va a ser no te digo seguro pero va a ser más probable y entre por eso yo te digo entre las cosas que a mí me toca es no es que sea tan así pero el paciente que deja de asistir al programa de actividad física acá igual no lo hace en otra parte posiblemente sea un factor de fracaso eso no lo sé” (equipo médico 5).

Un tema relevante y que no es menor dentro de este proceso y programa, tiene que ver con el exceso de piel sobrante posterior a la baja de peso, el paciente debe estar consciente de ello, porque de acuerdo con lo que se indica en la cita más abajo, pareciera ser que los pacientes tienden a idealizar la baja peso.

“claro lo que es para el equipo de salud y lo que es para el paciente porque los pacientes también después quedan con abdomen de delantal, o sea yo creo que mentalmente el paciente idealiza que va a bajar de peso y que le va a cambiar la vida y no es así” (equipo médico 5).

Como se puede ver en la cita siguiente, un paciente señala que el tema de exceso de piel fue traumático y que dado este escenario decide aumentar nuevamente de peso y que gracias a eso se siente mucho mejor. Lo que está mostrando la cita es el exceso de piel es un gran tema en estos pacientes, ya que puede ser determinante a la hora de continuar o no con el proceso de baja de peso.

“no, no, fue horrible horrible. Yo por eso te digo por un lado agradecida porque se me fue la diabetes, pero por el otro totalmente arrepentida de haberme operado cuando ya vi que el cuerpo se me quedó todo flácido que los cueros me salían por todos lados. Después ya no, cuando empecé a engordar ya no, ahora estoy más gorda, pero empecé a engordar y como que se me sujetaron un poquito los cueros y de ahí ya como que se arregló la cosa (paciente 9).

También un paciente hace referencia a que en el proceso existe el efecto rebote, que el paciente es capaz de ganar peso nuevamente debido a la no adherencia a la dieta indicada haciendo mención del costo económico asociado a la alimentación, los pacientes deben hacer grandes inversiones para llevar a cabo una dieta adecuada y no caer en la sobre ingesta.

“Yo he gastado mucha plata, no es por quejarme pero uno gasta mucho para tener una buena alimentación y hacer una dieta como debe ser por

qué pasa con la gente que tiene menos recursos, come pan come jamón con grasa, come carne porque tiene la necesidad de hacerlo entonces vuelven a rebotar, porque hay mucho efecto rebote en esto yo por ejemplo subí 10 kilos y ahora estoy en el proceso que ya he bajado 2 kilos, solo quiero bajar 4 kilos más porque tampoco quiero quedar me entendí tu...” (Paciente 8).

A su vez es importante destacar que hay pacientes que responden muy bien en el programa y que se encuentran empoderados del discurso biomédico, haciendo referencia a su estado de salud en términos médicos-biológicos, resaltando la responsabilidad individual como mecanismo de éxito, además de hacer referencia a la dieta en términos educativo-nutricionales.

“me quitaron las pastillas para la presión, la diabetes bajo, puedo hacer mi trabajo que antes no hacía” (paciente 5).

Se señala como la baja de peso contribuyo al manejo de sus fármacos y pudo incorporarse a su vida laboral.

“La cirugía es un medio de ayuda para ti, pero tú tienes que poner todo de tu parte para que esto funcione” (paciente 6).

Lo central en esta declaración es que sólo depende de uno el éxito, que se debe hacer todo lo que se pueda para que la cirugía tenga los efectos deseados.

“al principio fue bueno porque ya vi que mi cuerpo estaba bajando de peso, que se me fue la diabetes que no tenía que seguir tomando las pastillas, que la tiroides igual estaba funcionando mejor ya y con poco de baja de peso yo me sentía bien” (paciente 8).

Nuevamente se señala como la baja de peso contribuye en la regulación de los fármacos y enfermedades asociadas.

“Yo creo que el éxito de la operación esta es; estar consiente que es un

cambio de vida... ¡Ya!, horarios y comer de todo, pero poco, probar... O sea, tu hábito de comida sea probar. Bueno a las doce te comes tu plato no, te comes tu almuerzo, lo que puedas. Horarios y comer de todo, un poco. Va a ser un déficit si tu dejas de comer por ejemplo carne, no cierto... cuando tú tienes más años la masa muscular se va perdiendo, sino comes carne con mayor razón. Tienes que comer huevo, preocuparte de alimentarte bien y alimentarse bien, no es comer a destajo, es comer bien” (paciente 10).

No obstante, existe una mirada diferente del éxito por parte de algunos pacientes, no se enfocan en los términos de referencia de los protocolos o guías en cuanto a los indicadores, sino más bien hacen mención a lo físico y estético, el sentirse más bonita, más ágil, poder sacarse fotos, aceptarse como persona, mejorar la autoestima, etc. que si bien no son indicadores de éxito de acuerdo a la guía, tienen relación con el concepto de calidad de vida, el cual permite esta mirada más amplia y comprensible en torno al proceso.

“sí po de hecho yo he subido un poquito más de peso e igual me incomoda un poquito más porque antes estaba como mucho más ágil así cuando estaba pesando unos 70 kilos entonces yo igual quiero volver a mi peso, por el trabajo ya de a poco me he mantenido no he subido más menos mal pero igual es complicado porque igual me gustaría... porque la ropa es complicado un poquito más grande entonces cuesta encontrar ropa y todo eso no y todo cuando yo bajé de peso talla 42 usaba unas patas largas, entonces yo me sentía súper bien, me sentía más bonita y puros buenos comentarios entonces eso uno le cambia la vida” (paciente 4).

En esta cita se observa cómo se plantea el sentirse más bonita, bien, comprarse ropa de otras tallas como indicadores de éxito asociados a la baja de peso, pero que no son referenciados en términos de kilogramos.

“o sea eso no hace la felicidad, pero sí hace que uno se sienta bien porque uno cuando es gordita ehh nada queda bien, uno tiene que comprarse lo que a uno le entre no lo que a uno le quede bien, entonces

cuando uno después que se opera da gusto mirarse al espejo, da gusto sacarse fotos porque uno se ve bien, se siente bien entonces para mi yo creo que la operación me ha ayudado harto en el sentido de mi autoestima, de sentirme bien, de aceptarme como persona...” (Paciente 6).

En estos extractos se puede observar como el principal indicador de éxito está planteado en la baja de peso, del IMC y el seguimiento de una dieta adecuada, en conjunto a un cambio de hábitos, donde la educación y el cambio de mentalidad es lo esencial. También se plantea que el indicador de éxito en los pacientes está relacionado no en relación con los planteados en la guía, sino más bien desde un punto personal, donde la autoestima, el verse mejor, comprarse ropa se convierten en aspectos esenciales para ellos, lo que podría indicar que la principal motivación para acceder a la cirugía en ellos es la baja de peso, sin ser conscientes del riesgo de las comorbilidades.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados que anteceden a este capítulo dan cuenta como dado el contexto de la biomedicina se ha configurado un concepto en torno a la obesidad mórbida centrado en el riesgo de las comorbilidades. En este sentido lo primero que podemos afirmar es que el riesgo asociado al exceso de peso juega un rol fundamental en la consideración de la obesidad mórbida como patología, tal como se indicó en los primeros capítulos, en donde se afirma que la concepción actual de la obesidad se basa en un desbalance energético entre la energía ingerida, debido a una alimentación inadecuada (ingesta por exceso) y la energía gastada, como consecuencia de una falta de actividad física regular (Hernández Rodríguez, Licea Puig, & Castelo Elías-Calles, 2013). La literatura científica plantea que la obesidad es un exceso de grasa corporal el cual se asocia a un aumento de riesgo para la salud, dentro de estos riesgos se encuentra el riesgo de desarrollo de síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemias, arritmias, y enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Asimismo, desde la investigación biomédica se plantea que por cada aumento en 7 kg. de peso, el riesgo de diabetes se incrementa en un 50%, además de reportar que en los pacientes con obesidad mórbida la prevalencia de diabetes es cercana al 100% y que en el 70% de ellos la causa principal es el exceso de peso, reportando además dificultades en su control cuando se mantiene el exceso de peso. También se ha reportado que la obesidad es una causa prevenible de cáncer de colon, mama, endometrio, riñón, esófago y páncreas, además de ser el principal factor de riesgo en la apnea obstructiva del sueño y el asma, indicando además que aumenta en un 25% la probabilidad de sufrir trastornos

del estado de ánimo y ansiedad. La evidencia además señala que la prevalencia de enfermedad hepática no alcohólica alcanza el 100%, además de asociarse con artrosis, disfunción sexual, síndrome de ovario Poliquístico e infertilidad (Masmiquel Comas, 2018).

En términos del riesgo, se ha referenciado que, por cada 5 puntos de aumento en el IMC, el riesgo de desarrollar diabetes aumenta en un 200%, la enfermedad renal crónica un 59%, la cardiopatía isquémica e ictus un 39%, la enfermedad respiratoria un 20% y el cáncer 10% (Masmiquel Comas, 2018). Se plantea que la obesidad infantil y juvenil es una enfermedad crónica porque se perpetúa en el tiempo y suele acompañarse de trastornos metabólicos como hipercolesterolemia y resistencia insulínica que determinan a futuro un mayor riesgo de diabetes tipo 2, de hipertensión arterial, de arteriosclerosis y de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares isquémicas (Burrows, Gattas, Leiva, Barrera, & Burgueño, 2001). Aquí es donde con mayor énfasis se coloca a la obesidad como enfermedad dado el riesgo de desarrollo de trastornos asociados, noción que es fundamental en esta consideración y lo que concuerda con lo que se presenta en las normas y guías, ya que todas coinciden en que la obesidad contribuye al desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, riesgo cardiovascular, alteración en el perfil lipídico, alteraciones respiratorias, riesgo de diferentes tipos de cáncer, y salud reproductiva en la mujer. Además, también se ve reflejado en algunas de las citas presentadas en los resultados, como las siguientes:

“Lo que pasa es que quirúrgicamente son de alto riesgo el obeso mórbido” (equipo médico1);

“El aumento del peso corporal afecta la calidad de vida y reduce la expectativa de vida. En la Unión Europea se estima que al menos 1 de cada 13 muertes (7.7% del total) está relacionada con el exceso de peso. La mortalidad aumenta con el aumento del IMC. El riesgo relativo de hombres y mujeres de 50 años con IMC>40 kg/m² y que nunca han fumado es de 3.82 y 3.79, respectivamente. Entre los jóvenes con obesidad grado III la tasa de mortalidad es 12 veces la de los jóvenes de peso normal. Un varón con OM a los 20 años puede aspirar a vivir 13 años menos que su contraparte con un IMC normal, lo que representa una reducción de 22% en su expectativa de vida.³ La obesidad severa con sus consecuencias a la salud y psicosociales aumenta no sólo los costos a la salud sino también la carga socioeconómica. Los costos directos en salud de aquellos OM son 3 veces más altos que aquellos de peso normal” (Guía clínica de obesidad mórbida).

Todas las citas planteadas en los resultados y la literatura científica expuesta corroboran el supuesto: *“La definición de éxito bajo el paradigma de la biomedicina está estrechamente ligada a la noción de disminución del riesgo”* el cual es corroborado a su vez con los hallazgos de esta investigación.

En este caso es importante señalar también el rol que ha jugado la MBE, ya que la construcción de datos desde la MBE no solo describe una cierta realidad, sino que además contribuye a promulgarla, es decir tienen un carácter performativo, porque son capaces de convertirse en guías orientadoras del comportamiento, donde se busca que se asuman responsabilidades individuales bajo la noción del riesgo. En tal sentido, de lo que se da cuenta es que el lenguaje y las practicas utilizadas por los sujetos no sólo representan o moldean el comportamiento que llevan a cabo, sino también que lo constituyen y lo producen, esto implica el abordaje de cómo las cosas son realizadas, dado que la evidencia crea una realidad, y se promulga de una forma situada a los diversos contextos asociados a la salud. La MBE ofrece un modo de argumentación, diseño y evaluación que se orienta a la conducción de la conducta, fundamentada en las prácticas científicas y datos disponibles, donde éstos no solo

construyen la realidad, sino que también contribuyen a promulgarla y describirla (Jorge Castillo S., 2016), tal como se puede observar en la siguiente cita:

“no, no, no con diabetes eso ya se normalizó todo, pero lo que, si ahora estoy hipertensa, hipertensa igual sigo con hipertensión, pero en definitiva todo ese diagnóstico me hizo que yo quisiera bajar de peso o sea me ingresaran al programa de cirugía bariátrica, por eso más que nada opte por esa opción” (paciente 4)

Aquí es puesto de manifiesto como el riesgo y lo que se conoce de las enfermedades contribuye en la decisión del paciente y su cambio de comportamiento haciéndose visible el carácter performativo de la evidencia en torno a la obesidad mórbida.

El fundamento de la MBE radica en contar con la mejor evidencia disponible respecto a una patología o enfermedad, con la finalidad de desarrollar guías y protocolos, estableciendo sólidas recomendaciones en torno al diagnóstico, evaluación y tratamiento de la enfermedad (Jeffrey A & Timothy C, 2005). Esto se ve reflejado en la norma de manejo quirúrgico del paciente obeso, así como también en la guía clínica de obesidad mórbida, ambos documentos del MINSAL, en donde por ejemplo en esta última se observan extractos tales como:

El estudio SOS, es el principal estudio que compara resultados en pacientes obesos mórbidos con tratamiento médico convencional o manejo quirúrgico. Este estudio de cohorte demostró por primera vez que el manejo quirúrgico es más eficaz que el médico en lograr una baja de peso, mejorar la calidad de vida y aliviar en forma dramática las comorbilidades. En un seguimiento a 10 años, la cohorte quirúrgica de 641 pacientes mantuvo la pérdida de peso mayor a 16,1% de su peso original comparado con la cohorte de 627 con tratamiento médico, quienes tuvieron una ganancia de peso de 1,6% (Guía clínica obesidad mórbida).

Aquí la MBE ha constituido la evidencia principal para considerar a la obesidad mórbida como una patología, la cual está incluida además en la clasificación internacional de enfermedades con el código E66.8 (versión 2007 de ICD-10) dado todo el riesgo asociado y el desarrollo de otras enfermedades que son perjudiciales para la salud, no es tan sólo el exceso de peso, el cual como bien se ha reportado acarrea dificultad en el desplazamiento, menor independencia, sino que dada la obesidad mórbida se posee un riesgo mayor o existe una susceptibilidad mayor asociada al desarrollo de otras enfermedades, incluso, puede ser que el sujeto no presente sintomatología de otra patología lo que no quiere decir que ella no esté presente, y es aquí donde el potencial biomédico es fundamental, ya que su objetivo es anticipar el desarrollo de la patología, y donde bajo el enfoque de riesgo es que se realizan una serie de mediciones y exámenes para evaluar si el riesgo o susceptibilidad está presente, con la finalidad de tomar las acciones oportunas y pertinentes, otorgando indicaciones en torno al comportamiento, aunque el paciente no presente sintomatología, ya que el riesgo asociado es mayor y debe controlarse de alguna manera.

Tal como se señaló en el marco teórico, la biomedicina adquiere un carácter potencial, entendido en el sentido de la emergencia de técnicas y regulaciones por medio de protocolos o guías clínicas que buscan anticiparse al desarrollo de la enfermedad, donde nace como concepto común la susceptibilidad, generando nuevas acciones desde la biopolítica (entendido como un modelo basado en la ciencia, por medio de la cual se producen regulaciones y modos por los cuales conducir una población (Jorge Castillo S., 2016)) para regular las actividades y

comportamientos de la vida cotidiana en torno a una nueva gestión de la vida basada en el riesgo. En la medida que es posible calcular el riesgo de una enfermedad, ésta se hace operativa ahí donde la proposición biomédica manifiesta la posibilidad de traducirla a un comportamiento cualquiera con miras al bienestar, en base a la redefinición de las relaciones con la propia susceptibilidad a desarrollar la enfermedad o patología. En la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL, se señala que lo primero que se hace es evaluar aquel paciente que presenta exceso de peso, en donde se pesa y se mide, se calcula su IMC, además de medir su circunferencia de cintura, con estos datos es posible categorizar al sujeto de acuerdo al IMC, donde presentar un $IMC \geq 25$ califica como riesgo y es necesario hacer exámenes clínicos y de laboratorio para evaluar la presencia de comorbilidades, en el caso de no presentar comorbilidades se recomienda un cambio en el estilo de vida asociado a ejercicio, dieta y comportamiento con la finalidad de disminuir el riesgo asociado al exceso de peso.

El desarrollo de una enfermedad es una posibilidad, un potencial que organiza la vida y al ser humano (Jorge Castillo S., 2013, 2016), desde este enfoque de la biomedicina basada en el riesgo es que la enfermedad puede situarse en el campo de las actitudes, los hábitos, y los comportamientos, pero independientemente de aquello es importante considerar que es el cuerpo el que enferma y sobre el que se actúa, el objetivo es predecir estados patológicos con el fin de facilitar y propiciar la intervención para rediseñar esos futuros (Nikolas Rose, 2009). No obstante, la frontera entre la salud-enfermedad es imprecisa para los individuos, ya que es el individuo quien actúa como juez en la presencia de la

enfermedad, develando sus malestares y padecimientos en torno a la misma. En este mismo sentido, la enfermedad es posible siempre y cuando manifieste malestar (illness) en los individuos, aquella enfermedad que está sin sintomatología es solo evidente para el médico y es él quien está preocupado de anticiparse y detectarla lo antes posible, aunque esta no genere ningún inconveniente en los sujetos, por tanto resulta determinante considerar que para los sujetos la salud no es lo opuesto de la enfermedad (Doval, 2013), y puede ser que en este caso aquellos individuos que presenten obesidad mórbida sin comorbilidades asociadas se sientan saludables, lo que no es indicativo de la ausencia de la enfermedad.

Otro punto importante es que, desde la visión de economía en salud, se entregan los fundamentos necesarios para que se iniciará el desarrollo de una guía nacional respecto a la cirugía bariátrica, en donde como lo señala el especialista:

“entonces cuando se hizo esta guía que hubo mucha reticencia de todos a hacerla, partió principalmente por unos papers, que estaban demostrando que los obesos mórbidos que se operaban disminuían su riesgo de diabetes, no era que mejorara la obesidad a niveles de eutrofia no tenía incidencia en otras cosas pero si tenía incidencia que no era menor por lo tanto, era que disminuía el tipo de diabetes tipo 2 y la evidencia que había en ese momento era solamente en la línea de diabetes, ahí es donde los resultados iban sumamente claros y entonces valía la pena, valía la pena porque íbamos a disminuir la diabetes, íbamos a disminuir la insuficiencia renal, íbamos a disminuir la diálisis y eso era disminución de gastos, entonces se empezó a transformar en algo que tenía algún grado de validez” (experto)

Por tanto, desde esta visión es que se trabajó en el desarrollo de la normativa nacional, dada la evidencia de costo-efectividad presentada por los especialistas.

Lo que se busca en torno a la obesidad mórbida es disminuir el riesgo asociado al desarrollo de otras patologías, donde el tratamiento está enfocado en el

comportamiento del individuo, el cual debe estar en torno a una nueva organización y gestión de la vida dado el riesgo calculado, tal como se ha indicado en el marco teórico, uno de los objetivos centrales de la biomedicina es identificar aquellos agentes o factores que causan la enfermedad, ya que con ello se podrán establecer tratamientos y por sobre todo aplicar medidas preventivas y es aquí donde se comprueba el supuesto respecto a: *“La cirugía es sinónimo de obtención de un cuerpo saludable, ya que las normas, protocolos, guías y el discurso biomédico la construyen como medio y fin sí mismo”*.

Es importante destacar que el riesgo ya no se sitúa en el entorno de una persona, sino que de forma creciente se ubica en la fuente misma de la organización de la vida. Esta concepción del riesgo fundamenta la necesidad de procedimientos o rutinas pre sintomáticas con el objetivo de disminuir o prevenir la enfermedad. Es por esto, que existen individuos riesgosos, en donde son ellos los responsables de su cuidado, autoeducación y autogestión con la finalidad de optimizar sus condiciones físicas o su bienestar (Jorge Castillo S., 2013) y es aquí donde prima el enfoque asociado al tratamiento de la obesidad mórbida, donde si bien la cirugía es un medio, el fin está dado en la gestión y organización de la vida en torno al riesgo, tal como se puede observar en la siguiente cita:

“Yo creo que el éxito de la operación esta es; estar consiente que es un cambio de vida... ¡Ya!, horarios y comer de todo, pero poco, probar... O sea, tu hábito de comida sea probar. Bueno a las doce te comes tu plato no, te comes tu almuerzo, lo que puedas. Horarios y comer de todo, un poco. Va a ser un déficit si tu dejas de comer por ejemplo carne, no cierto... cuando tú tienes más años la masa muscular se va perdiendo, sino comes carne con mayor razón. Tienes que comer huevo, preocuparte de alimentarte bien y alimentarse bien, no es comer a destajo, es comer bien” (paciente 10).

En esta cita se observa como el paciente ha interiorizado el discurso biomédico, y es capaz de gestionar su vida en base a esta nueva oportunidad después de la cirugía, en donde existe una constante preocupación por las porciones, hábitos y cantidad de proteínas ingeridas, conocimiento que ha sido adquirido a lo largo del proceso del programa, donde los diversos especialistas los han instruido en torno a estas temáticas.

La salud adquiere el estatus de capital desde el enfoque de la biomedicina, la cual debe ser cuidada, protegida y mejorada, donde el cuidado surge además como una inversión sobre sí mismo, donde se hacen gastos sobre sí mismo con el objetivo de obtener una buena salud, preservarla o mantenerla, lo que se traduce en hacer elecciones en torno a lo que es más beneficioso para uno en honor a la salud (Gracia Arnaiz, 2011, 2014; Rodríguez Zoya, 2015). Es aquí donde resulta relevante el giro que ha dado la disciplina asociada a la alimentación, donde la nutrición, la dietética, la bromatología han jugado un rol esencial, aportando la evidencia necesaria para considerar a la alimentación como parte del tratamiento médico, sobre todo en el contexto de la obesidad mórbida, donde el principal tratamiento está dado en términos de alimentación, tal como se plantea en la guía clínica de obesidad mórbida del MINSAL:

La educación del paciente sobre alimentos y hábitos de alimentación que faciliten su control de peso es un componente esencial de todas las estrategias de manejo del peso. Debe determinarse ingesta y hábitos de alimentación para identificar áreas que requieran especial atención como adecuación nutricional, tamaño de porciones, frecuencia y el horario de las comidas.

Es importante considerar que, desde el desarrollo de las disciplinas asociadas a la alimentación, es que se otorgan una serie de argumentos y sustentos para considerarla como una medicina, donde se explica la composición de los alimentos, la respuesta metabólica y fisiológica del cuerpo ante una dieta o restricción alimentaria, además de entregar o proveer la información necesaria en torno a cuál es la mejor combinación de nutrientes para una buena y equilibrada alimentación. Este fenómeno otorga valor a los alimentos y permite promocionarlos dado sus componentes alimentarios, sean éstos vitaminas, minerales, aceites, proteínas, carbohidratos, etc. concibiendo con ello un amplio espacio para el mercado alimenticio en base a este valor agregado, ya que se promocionan como favorecedores del control de peso y la salud, lo que se traduce en un traspaso de la responsabilidad, ya que se le instruye al individuo en torno a estos conceptos por tanto es capaz de tomar la elección correcta dada la diversidad de productos alimentarios existentes. Es aquí donde se materializa la responsabilidad individual en torno a la conducta alimentaria, donde se culpabiliza a los sujetos que presentan exceso de peso, ya que toman malas elecciones, dado que se ha educado e instruido al sujeto en torno a temas alimentarios (Gracia Arnaiz, 2011, 2014; Rodríguez Zoya, 2015). Desde la medicalización alimentaria se instaura además un modelo de normalización, el cual está regido por el bienestar, la vitalidad y la plenitud como guías normativas, donde las prácticas promovidas se dan en torno al cuidado de la salud para mejorar o potenciar el bienestar, donde el objetivo esencial es instaurar un hábito alimentario de cuidado, lo que requiere de un control permanente sobre lo que se consume y las elecciones que se toman (Gracia Arnaiz, 2014).

Complementariamente, desde el discurso biomédico se trata de dotar a los individuos de las competencias necesarias y responsabilizarlos de su estado de salud, sin comprender o afrontar que la vida es heterogénea y modulada por diversas actividades y acontecimientos que a menudo hacen incompatible el seguimiento de un estilo de vida saludable, bajo este enfoque se olvida la conceptualización de la obesidad mórbida como una patología emergente y vinculada a un contexto cultural específico (Gracia-Arnaiz, 2007; López, 2009), en donde sin lugar a duda se debe considerar cual es la capacidad de control consciente de los sujetos frente a un entorno que se encarga de entregar mensajes, paisajes, colores, etc. destinados a que se consuman alimentos de alta densidad calórica. Por ejemplo, en los supermercados, existe lo que se llama el “canal de impulso”, que está cercano a las cajas, en donde se colocan snacks dulces, salados y gaseosas, todos ellos de alto contenido calórico, pero que por la cercanía a la caja tienta al cliente a comprarlo y luego consumirlo (Méndez et al., 2008). Otro punto es el paisaje que se crean en lugares de expendio de comida, el cual está marcado por los colores primarios de las máquinas expendedoras de bebidas y snacks, así como los restaurantes, o las gavetas de los supermercados, que utilizan colores llamativos que despierten nuestra atención y consumo, marcando la omnipresencia de la industria alimentaria (Méndez et al., 2008). Es importante considerar este punto, dado que la recaída en los pacientes es esencialmente generada por el uso de estos mecanismos inconscientes que hacen que el paciente no pueda resistirse al consumo de alimentos altamente energéticos o ricos en carbohidratos.

Una arista no menos importante es el de los productos bajos en grasas o azúcares, llamados “productos light” que son promovidos en el cambio de la conducta alimentaria, sin embargo, éstos tienen un efecto nocivo, puesto que tienden a aumentar la ingesta o número de raciones, pero que sin embargo consiguen reducir la culpabilidad de quien lo consume por ser catalogado como “light”. Por tanto, el problema principal en este contexto es la capacidad de decisión consciente real del individuo, que, dado este entorno, es mucho menor de lo creemos, ya que éste “entorno” nos llena de pistas e influencias perceptuales que no somos capaces de procesar a nivel consciente y nos lleva a consumir sin pensar (Méndez et al., 2008). Esto va en contraposición a lo que desde el discurso biomédico se plantea, donde por medio de la dotación de competencias en educación nutricional se busca que el paciente sea capaz de tomar las elecciones adecuadas y correctas, consiguiendo con ello sobreponerse a los estímulos que provienen desde el medio donde se desenvuelve.

Otro punto tiene que ver con el surgimiento y masificación de los protocolos y guías para el tratamiento de diversas patologías, respecto a la utilización del lenguaje del protocolo, es importante destacar que éste se va normalizando y estableciendo como discurso en torno a la patología en cuestión, ya que el protocolo o guía se convierte en la materialización y representación de la patología por parte de los expertos en biomedicina y desde el discurso biomédico, por tanto es posible escuchar a los individuos describirse a ellos mismos en estos mismos términos, como por ejemplo: estoy inmunodeprimido, tengo colesterol alto, soy vulnerable al estrés, tengo predisposición genética a desarrollar cáncer, etc. (Tirado & Sepúlveda,

2011), lo cual ha sido corroborado en la investigación, donde los individuos se refieren a ellos mismos en términos biomédicos, aludiendo a la descendencia, al riesgo que existe de desarrollar una patología dado que está presente en un nivel familiar anterior, también asociando en su discurso las patologías presentes, donde aparecen términos como insulinoresistencia, presión alta, azúcar elevado, problema de tiroides, etc.

También llama la atención como los individuos hacen referencia a la alimentación en términos dietéticos-nutricionales, donde refieren que se debe disminuir el consumo de carbohidratos, procurar y cautelar el consumo de proteínas, además de cuidar las porciones y frecuencia de los alimentos, esto en concordancia a lo señalado en cuanto a que todo el conocimiento y promoción de alimentos catalogados como saludables, surge o toma un renovado interés en la educacional nutricional, ya que permite dotar de competencias a los individuos para que puedan elegir de mejor manera, conozcan los compuestos nutricionales, sean capaces de leer y comprender los informes nutricionales, consiguiendo con ello que los individuos participen activamente de su alimentación y estado nutricional, lo que permite que colabore con el médico especialista, dado que la educacional nutricional otorga un cierto grado de expertiz o conocimiento en torno a la alimentación en el individuo y que le permite participar de su nutrición (Gracia Arnaiz, 2011; Parra Carriedo, 2016; Rodríguez Zoya, 2015).

También una arista no menos importante tiene que ver con el objetivo que tiene la cirugía bariátrica, donde las guías y protocolos coinciden en que el objetivo principal tiene que ver con la pérdida de peso mantenida en el tiempo, o el exceso de

peso, disminución del IMC, reducción de enfermedades asociadas y mejoría de la calidad de vida, lo que concuerda con lo planteado en la literatura donde se hace alusión a que la cirugía debería buscar mejorar la calidad de vida del paciente mediante la pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo (González-González, Sanz-Álvarez, & Bernardo, 2008). Es importante señalar a su vez, que dentro de las justificaciones de la cirugía está el impacto que tiene ésta sobre las comorbilidades, ya que variaciones pequeñas en el peso generan beneficios en la salud, por tanto, se mejora la calidad de vida, pero está viene como resorte de la mejora de los objetivos anteriores, al mejorar las comorbilidades y disminuir el peso se mejora inmediatamente la calidad de vida. Se hace hincapié que la pérdida sustancial de peso conlleva a mejoras en la calidad de vida, ya que permite mayor movilización, independencia, y menores dolencias musculoesqueléticas asociadas, lo que coincide con el supuesto planteado en la investigación que señala: *“La calidad de vida al ser evaluada desde el aspecto físico-biológico no da cuenta de la integralidad del concepto centrándose en una interpretación más bien reduccionista de esta asociada a las comorbilidades y funcionalidad”*.

Para finalizar es importante señalar que dado el contexto de la biomedicina es que se hace posible comprender la conceptualización de la obesidad mórbida que se señala en los protocolos y guías clínicas analizadas en esta investigación, es un fundamento esencial para su abordaje y conocimiento. Conjuntamente es importante destacar que el enfoque de la Etnometodología permitió el levantamiento de información pertinente ya que su principal objetivo es indagar en situaciones reales aquellas normas o reglas que son puestas en juego para orientar o reconocer sus

comportamientos. Este enfoque permitió observar el proceso de la cirugía bariátrica por medio de la observación participante, donde el foco principal estuvo dado por las acciones cotidianas, el discurso, conversaciones, formas de saludos, actitudes que sostenían los participantes, tanto del equipo médico como los pacientes, además de indagar posteriormente a través de las entrevistas semiestructuradas como ha experimentado y vivencia el proceso, averiguando sus puntos de vista, conocimientos, y acciones para formar una triangulación de la información (Normas y guías, observación participante, entrevistas) que permitió un análisis más robusto de los datos obtenidos.

IX. CONCLUSIONES.

Es importante señalar que la presente tesis se centró en reconstruir el proceso asociado a la cirugía bariátrica, identificando como cada uno de los actores entiende la lógica asociada a los protocolos y guías, y cómo algunos aspectos llegan a constituirse en un indicador de éxito, tratando además de identificar cómo los diferentes actores articulan e interpretan estos protocolos en torno a la obesidad mórbida.

Para responder los objetivos propuestos se utilizó un diseño mixto con preponderancia de la metodología cualitativa, haciendo uso de la etnometodología como principal enfoque para el análisis de datos y comprender el fenómeno. El trabajo de campo incorporo dos técnicas para producir información: entrevistas individuales de carácter semiestructurada y la observación participante, además de analizar los documentos oficiales asociados a la cirugía bariátrica. Se utilizaron estas

técnicas bajo el enfoque de la etnometodología debido a que el foco central de la presente investigación se encuentra enmarcado en como el conocimiento cotidiano que poseen los individuos es puesto en juego en estas acciones cotidianas de interacción con otros, con especial énfasis en el proceso que deben realizar los pacientes en el programa de cirugía bariátrica, rescatando las percepciones e intereses de éstos, así como también del equipo médico en el desarrollo del programa.

Los resultados de esta tesis arrojan que un componente principal en el desarrollo de la obesidad mórbida como patología reflejado en los protocolos y guías, tiene relación con la presencia de las comorbilidades y el riesgo asociado a ello, dado el contexto de la biomedicina. En este sentido, un gran aporte ha jugado la medicina basada en la evidencia, quien ha otorgado los antecedentes precisos para establecer que una de las mejores intervenciones para esta patología es la cirugía bariátrica basados en el análisis de eficacia de la técnica quirúrgica. Además, la biomedicina juega un rol central, ya que ha entregado el fundamento explicativo en torno a los mecanismos fisiopatológicos del exceso de grasa corporal y su implicancia en el desarrollo del riesgo de las patologías asociadas, tales como la insulinoresistencia, la diabetes mellitus, perfil lipídico alterado, etc. Sin embargo, es importante señalar que no sólo el concepto de eficacia ha jugado un rol central como fundamento de la aplicación de la cirugía bariátrica, sino también toda la evidencia emanada desde la economía de la salud respecto al análisis de costo efectividad del tratamiento por medio de cirugía versus el tratamiento convencional, el cual también ha servido como sustento para su utilización, y donde es posible encontrar

evidencias para avalar que la cirugía es más rentable respecto al tratamiento convencional, aunque ésta sea más costoso, dado el beneficio que presenta en términos de pérdida de peso y resolución de comorbilidades. Sin embargo, otra línea importante tiene que ver con el concepto asociado a la efectividad, dado que es un término de mayor alcance y que tiene implicancia en la práctica real y que se transforma en un punto central en el desarrollo de ésta investigación, ya que los datos recopilados del programa de cirugía bariátrica son de los años 2013-2015 estableciendo un seguimiento de 5 años, justamente para tratar de dilucidar su efectividad en el tiempo. La evidencia científica ha reportado que a largo plazo la técnica quirúrgica va perdiendo su efecto a nivel orgánico, por tanto el paciente debe ser capaz de adecuarse al cambio de comportamiento y mantener el cambio del patrón alimentario para que posteriormente a la pérdida del efecto de la cirugía, continúen los beneficios en la pérdida del exceso de peso y disminución de las comorbilidades, por tanto la efectividad debería ser evaluada a los 5 años y no sólo a los 2 años, que es donde se ha probado la eficacia de la técnica quirúrgica.

Además, cabe señalar, que la obesidad no siempre tuvo una connotación negativa o relacionada al deterioro de la salud, en épocas pasadas la obesidad era considerada como un factor protector frente a los periodos de carencias y era imagen de esperanza de supervivencia para la especie. Para el varón de aquella época la figura femenina ideal era aquella en la cual el perímetro de la cadera superaba en un tercio al de la cintura, ya que ello era asegurador de la reproducción y la supervivencia de la especie. La obesidad o exceso de peso corporal ha ido adquiriendo connotaciones negativas dado el avance de la biomedicina, en donde

generalmente se señalan factores genéticos, hormonales y metabólicos en su génesis, y donde el riesgo asociado al desarrollo de otras patologías concomitantes es preponderante, no obstante, la referencia más común está dada en centrar la etiología de la obesidad en la cantidad de calorías ingeridas, lo que hace hincapié en centralizar el tratamiento en base a la conducta alimentaria de los individuos.

Frente al análisis de datos realizado cabe destacar que desde el equipo biomédico se conceptualiza a la obesidad en base al riesgo de las comorbilidades, donde el exceso de peso es el centro del tratamiento, por tanto, la responsabilidad recae en un 100% en el individuo, porque es él quien elige su alimentación, donde todo el discurso biomédico se basa en dotar al individuo de conocimientos dietéticos-nutricionales, además de concientizar sobre el riesgo que genera para la salud el exceso de peso. La cirugía bariátrica está bajo este mismo enfoque, ya que es un medio que ayuda al individuo a frenar sus impulsos con la comida, provocando una serie de efectos fisiológicos a nivel orgánico que no permiten una ingesta en exceso, buscando con ello una adaptación del sujeto a largo plazo, para que cuando se pierda el efecto de la cirugía, el individuo sea capaz de mantener esta nueva conducta alimentaria. Sin embargo, un punto central en el tratamiento es que el individuo cambie su forma de relacionarse con la comida dado el riesgo que significa volver a tener exceso de peso, traspasando con ello el riesgo al individuo en un sentido culposo frente a las decisiones que se ejercen en torno a la alimentación. En este sentido, se observó que algunos pacientes no sienten o no perciben esta culpabilización debido a que no conciben al exceso de peso o la obesidad como un riesgo, sino más bien es percibida como un asunto de gordura, de exceso de kilos

corporales, lo que dificulta el éxito, ya que este individuo comprende la cirugía bariátrica como un mecanismo de resolución al exceso de peso, sin enfocarse en el riesgo que conlleva el exceso de peso corporal.

Por otro lado, en este caso en particular, el programa de cirugía bariátrica al funcionar desde la lista de espera quirúrgica sólo tiene indicadores respecto a cuantas cirugías se realizan al año y si se cumple con el tiempo estipulado para este proceso, frente a lo cual se hace necesario contar con un sistema de reporte de resultados en torno al programa de cirugía bariátrica, tal como se ha señalado en la guía Nacional, se debería poder contar con datos en torno a la PEP% (perdida de exceso de peso) o en términos de IMC, evaluar la mantención de la baja de peso a largo plazo (5-10 años), reportar resolución de las comorbilidades asociadas, evaluar la calidad de vida por medio del instrumento BAROS, además de contar con el reporte de morbilidad asociada a la tasa de reoperación por complicaciones precoces (≤ 30 días) y tardías (>30 días) y la tasa de mortalidad postoperatoria (≤ 30 días), todo ello con el objetivo de evaluar el programa y sus resultados en términos de efectividad, lo que permitiría además desarrollar y trabajar en torno a nuevos indicadores o pautas de ser necesario.

Al desarrollar la investigación, se debe señalar que se generó cierto grado de desconfianza a la hora de realizar las observaciones participantes, limitando éstas, y generando algunas barreras para la obtención de la información específica respecto a la práctica biomédica, no obstante, esta limitación correspondió sólo a 2 profesionales del equipo médico y que no alteran los resultados y hallazgos de la

investigación dada la intervención que tenían dentro del programa de cirugía bariátrica.

A su vez, se debe destacar que los pacientes fueron muy generosos en las entrevistas, no hubo resistencia en ningún tema, al contrario, los temas sensibles fueron abordados con mucha sutileza no presentando mayores problemas en su abordaje. Un punto importante de considerar es que el programa de cirugía bariátrica al estar alojado en la lista de espera quirúrgica, tiene un periodo de espera mínimo de tres años previo a la cirugía, lo que resulto beneficioso para el desarrollo de esta investigación, ya que se contaba con una unidad específica dentro del sistema hospitalario que permitía ponerse en contacto con los pacientes, además de contar con un sistema de registro de los exámenes de los pacientes a lo largo de los años.

X. LIMITACIONES

Es importante destacar que la aplicabilidad de los hallazgos de esta investigación en la práctica del programa de cirugía bariátrica es restringida, ya que no dependen de la traducción del conocimiento que genere esta investigación sino de políticas públicas y recursos económicos destinados a ello.

En relación a la composición de la muestra, existe un sesgo respecto al sexo, ya que es algo que no se puede controlar debido a que la conformación de la muestra es voluntaria.

La investigación al realizarse en el hospital base de Valdivia obedece a una realidad y sistema de proceder particular, por tanto, sería necesario contrastar con otras realidades el programa de cirugía bariátrica, como por ejemplo el sistema privado de salud, averiguando si existe la misma lógica asociada a los protocolos y guías.

Además, es importante constatar que sucede en el futuro con el mismo programa.

XI. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Dado el enfoque más cualitativo de la investigación es necesario realizar más estudios para comprender el fenómeno en estudio, así como también investigar desde un diseño más longitudinal que permita extraer relaciones explicativas más contundentes acerca del fenómeno en estudio.

También, resulta necesario replicar la investigación en otras ciudades con el objeto de contrastar la lógica que utiliza el programa de cirugía bariátrica y si esta es similar entre ellas, o existen diferencias sustanciales.

REFERENCIAS

- Albala, C., Vio, F., Kain, J., & Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public health nutrition*, 5(1a), 123-128.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Gustavo Alcántara Moreno. *Sapiens*, 9(1).
- Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L., . . . Hibbeln, J. R. (2009). Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *American journal of preventive medicine*, 36(4), 341-350.
- Álvarez-Martínez, H., & Pérez-Campos, E. (2004). Causalidad en medicina. *Gaceta médica de México*, 140(4), 467-472.

- Arnaiz, M. G. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev. nutr*, 22(1), 5-18.
- Arteaga L, A. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145-153.
- ASOCIADAS, R. D. O. E. (2006). La epidemia de obesidad:¿ resolución individual o social?
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34, 253-261. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000200011&nrm=iso
- Ballantyne, G. H. (2003). Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obesity surgery*, 13(6), 954-964.
- Barros da Silva, W., & Delizoicov, D. (2008). Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la salud. *Humanidades Médicas*, 8(2-3), 0-0.
- Bayardo, S. J. V., Esqueda, C. O., & Cibrián, K. V. C. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en salud*, 8(2), 86-90.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Bilbao Ramirez, R. (2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Psicoperspectivas*, 15(2), 5-15.
- Bouza Suárez, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26, 50-56. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100007&nrm=iso
- Burdiles P. Patricio, G. B. S., Csendes J. Attila, Awad F. William. (2012). *Obesidad y cirugía Bariátrica* (Mediterráneo Ed. 1era. ed.).
- Burrows, R., Gattas, V., Leiva, L., Barrera, G., & Burgueño, M. (2001). Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. *Revista médica de Chile*, 129(10), 1155-1162.
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E., & Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485.
- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 189-198.
- Cambrosio, A., Keating, P., & Bourret, P. (2006). Objetividad regulatoria y sistemas de pruebas en medicina: el caso de la cancerología. *Convergencia*, 13(42), 135-152.
- Carrasco, D., Appelgren, D., Núñez, J. C., & Schlanbusch, C. (2014). Cambios en la significación de su propio cuerpo en mujeres adultas obesas que se han sometido a cirugías bariátricas. *Revista chilena de nutrición*, 41(1), 40-45.
- Carrasco, F., Klaassen, J., Papapietro, K., Reyes, E., Rodríguez, L., Csendes, A., . . . Sepúlveda, A. (2005). Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso: Año 2004. *Revista médica de Chile*, 133(6), 693-698.
- Castañeda Abascal, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33.
- Castaño, L. (2004). GENETICA Y OBESIDAD.
- Castillo S., J. (2013). Oncología y ontología un análisis semiótico-material del cáncer.
- Castillo S., J. (2015). *Epistemologías pragmáticas de la vida: Regímenes de valoración y producción de verdad biomédica en el sistema garantías explícitas en salud en Chile*. Paper presented at the Ponencia presentada en el 30 Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, San José, Costa Rica.

- Castillo S., J. (2016). Performatividad y Gubernamentalidad de las Políticas Basadas en la Evidencia en Chile: multiplicidad e individuación. *Cultura y Ciencias Sociales*, 7, 5-20.
- Castillo S., J. (s/a). Foro: Usos políticos y performatividad crítica en las ciencias sociales. Entre la reflexividad y la tecnocracia. Objetividad, normatividad y performatividad: una aproximación a la tecnociencia de las Evidence-Based Policies (EBP). Addendum: La ontología crítica como topología.
- Castillo S., J., & Gómez S., A. (2014). El margen es interior: normatividad y biomedicina en Latinoamérica. In Chile, C. M. d. (2003). *Obesidad fuera del AUGE*.
- Corti, A. M. (2005). La estética de la imagen y la tiranía del éxito. *Revista electrónica de psicología política*, 2(8).
- Cottam, D. R., Mattar, S. G., & Schauer, P. R. (2003). Laparoscopic era of operations for morbid obesity. *Archives of Surgery*, 138(4), 367-375.
- Csendes, A., Burdiles, P., Burgos, A. M., Díaz, J. C., Braghetto, I., Maluenda, F., . . . Watkins, G. (2006). Riesgo perioperatorio del bypass gástrico reseccional en pacientes con obesidad mórbida: Estudio prospectivo de 684 pacientes. *Revista médica de Chile*, 134(7), 849-854.
- de Adana, J. C. R., & Herrero, J. L. (2010). Obesidad: el papel de la cirugía bariátrica. *Jano: Medicina y humanidades*(1759), 66.
- de Shein, R. K. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *An Med (Mex)*, 55(3), 142-146.
- Del Toro, A. B., Rodríguez, T. E., Arroyo, L. N. M., & Recillas, M. T. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1), 115-123.
- Doñate, B. R., Llana, H. G., & Ana, I. (2010). Presentación de una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO). *Actividad Dietética*, 14(2), 90-95.
- Doval, H. C. (2013). El propósito de la medicina: lograr la salud y curar la enfermedad. *Revista argentina de cardiología*, 81(1), 84-90.
- Drew, P. (2011). "But Then I Learned...": Weight loss surgery patients negotiate surgery discourses. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1230-1237.
- Firth, A. (2010). Etnometodología. *Discurso y sociedad*, 4(3), 597-614.
- Flores, R. (2009). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*: Ediciones UC.
- FONASA. (s.f.). Programa de Cirugía Bariátrica.
- Foucault, M. (2006). Poder e saber. *Estrategia, poder-saber*, 2, 223-240.
- Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. *Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, 6, 3-19.
- Franco, R. J. (2014). Implicancias de la ontología relacional en las concepciones de la salud/enfermedad: Una forma de pensar la salud y la enfermedad desde otro lugar.
- Fried, M., Hainer, V., Basdevant, A., Buchwald, H., Deitel, M., Finer, N., . . . Scopinaro, N. (2007). Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obesity surgery*, 17(2), 260-270.
- Gaillemin, B. C., Martos, J. S., Segura, G. M., Iglesias, O. L., & Famili, C. (2011). Comparación de resultados previos y posteriores a la aplicación de un protocolo de cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 26(n01).
- Garza, M. L. C., & Rueda, M. C. A. (2013). La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*(6), 97-119.

- Gil-Romo, S. E. P., & Coria, S. D.-U. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud pública de México*, 49(6), 445-453.
- González-González, J. J., Sanz-Álvarez, L., & Bernardo, C. G. (2008). La obesidad en la historia de la cirugía. *Cirugía Española*, 84(4), 188-195.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49(3), 236-242.
- Gracia Arnaiz, M. (2011). La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con "exceso" de peso. *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*(34), 225-241.
- Gracia Arnaiz, M. (2014). De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la obesidad. *Utilidad de la ultrasonografía endoscópica en el diagnóstico de los linfomas*, 382.
- Guajardo, E. G. P., Garza, M. L. C., & Cantú, W. D. G. (2016). La imagen del cuerpo como imaginario plasmado por pacientes con obesidad mórbida. *imagonautas. Revista interdisciplinaria sobre imaginarios sociales*(8), 1-26.
- Hernández Rodríguez, J., Licea Puig, M. E., & Castelo Elías-Calles, L. (2013). Respuestas para algunas preguntas sobre obesidad y cirugía bariátrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(1), 70-93.
- Heuer, C. A., McClure, K. J., & Puhl, R. M. (2011). Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *Journal of health communication*, 16(9), 976-987.
- IND. (2012). Encuesta Nacional de Hábitos de actividad física y Deportes en la población de 18 años y más. Instituto Nacional de Deportes y facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Concepción.
- Jacoby, E., Bull, F., & Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4), 223-225.
- Jeffrey A, C., & Timothy C, F. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World journal of surgery*, 29(5), 547-553.
- Jiménez B., A. L. (2014). Analisis de las ideaciones colectivas del modelo de belleza contemporáneo. JUNAEB. (2014). *Informe Mapa Nutricional 2013*.
- J. González de Dios (2001, January). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. In *Anales de Pediatría* (Vol. 55, No. 5, pp. 429-439). Elsevier Doyma.
- Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of obesity*, 2013.
- Lam Díaz, R. M., & Hernández Ramírez, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24, 0-0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009&nrm=iso
- Lanzarini, E., Marambio, A., Fernández, L., Lasnibat, J., Jans, J., Díaz, E., . . . Díaz, J. C. (2012). Hiperobesidad y obesidad mórbida: estudio comparativo. *Revista chilena de cirugía*, 64(3), 233-237.
- MacDonald Jr, K. G. (2003). Overview of the epidemiology of obesity and the early history of procedures to remedy morbid obesity. *Archives of Surgery*, 138(4), 357-360.
- Macías Llanes, M. E. (2001). Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Humanidades Médicas*, 1(3), 0-0.
- Martín, E. A. (2015). Los medios de comunicación en la violencia contra las mujeres: el paradigma de la delgadez/The media on violence against women: the paradigm of thinness. *Historia y comunicación social*, 20(1), 107-119.
- Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*, 25.

- Masmiquel Comas, L. (2018). Obesidad: visión actual de una enfermedad crónica. *Medicina balear*, 33(1), 48-58.
- Méndez, C. D., Benito, C. G., Bartrina, J. A., Hernández, J. C., Álvarez, M. G., Arnaiz, M. G., . . . Patterson, M. Á. M. (2008). *Alimentación, consumo y salud: Obra Social, Fundació" la Caixa"*.
- Mendoza, C., Pinheiro, A. C., & Amigo, H. (2007). Evolución de la situación alimentaria en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), 62-70.
- MINSAL. (2004). *Norma de Manejo quirurgico del Paciente Obeso*.
- MINSAL. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo Alimentario*.
- MINSAL. (2016-17). *Encuesta Nacional de Salud*
- Montero, J. C. (2001). Obesidad: una visión antropológica. *Universidad de Buenos Aires*.
- Morgan, K. P. (2011). Foucault, ugly ducklings, and technoswans: Analyzing fat hatred, weight-loss surgery, and compulsory biomedicalized aesthetics in America. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1), 188-220.
- Nguyen, N. T., Goldman, C., Rosenquist, C. J., Arango, A., Cole, C. J., Lee, S. J., & Wolfe, B. M. (2001). Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. *Annals of surgery*, 234(3), 279.
- Nguyen, N. T., Paya, M., Stevens, C. M., Mavandadi, S., Zainabadi, K., & Wilson, S. E. (2004). The relationship between hospital volume and outcome in bariatric surgery at academic medical centers. *Annals of surgery*, 240(4), 586.
- Novas, C. (2006). The political economy of hope: Patients' organizations, science and biovalue. *BioSocieties*, 1(3), 289-305.
- Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and society*, 29(4), 485-513.
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*.
- OMS. (2013). *Sobrepeso y Obesidad. Nota descriptiva No 311. Mayo (2012)*. In.
- OMS. (2018). *Obesidad y Sobrepeso*.
- Ontiveros, M. (2015). Interacciones sociales como determinantes de la obesidad y el sobrepeso. *Economía Informa*, 391, 3-31.
- Papapietro, K. (2012). Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 64(1), 83-87.
- Papapietro, K., Díaz, E., Csendes, A., Díaz, J. C., Braghetto, I., Burdiles, P., . . . Rojas, J. (2005). Evolución de comorbilidades metabólicas asociadas a obesidad después de cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 133(5), 511-516.
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., & Clegg, A. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment*, 13(41), 1-214.
- Prado, A., & Fuentes, P. (2011). Remodelación corporal por cirugía plástica en pacientes con masiva pérdida de peso post cirugía bariátrica. Reflexiones. *Acta Médica Clínica Santa María*, 5(1), 11-13.
- Pública, S. d. S. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros Resultados*.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *health*, 24, 252.
- Puzziferri, N., Roshek, T. B., Mayo, H. G., Gallagher, R., Belle, S. H., & Livingston, E. H. (2014). Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *Jama*, 312(9), 934-942.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Consultado en <https://dle.rae.es/comorbilidad>

- Ramirez, J. P. (2016). Experiencias, sentido e identidad personal: narrativas de mujeres con sobrepeso en tratamiento en el sur de España. *Revista San Gregorio*(13), 90-101.
- Ramos Vergara, P., & Arenas Massa, A. (2013). CHILE: ACCESO A LA FICHA CLÍNICA PARA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. *Revista chilena de derecho*, 40, 1055-1071. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372013000300017&nrm=iso
- RIEDEMANN, B. (2012). El boom de las cirugías para adelgazar. *Revista Paula*.
- Rivas, A., Ocejo, S., & Sierra, M. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de obesidad mórbida. *Medicina Universitaria*, 11(45), 243-246.
- Rodríguez Zoya, G. P. (2015). Alimentación y medicalización: Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica (México)*, 30(86), 201-234.
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *The Sociological Review*, 57(2_suppl), 66-83.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la Vida. Biomedicina, poder y Subjetividad*
- Rose, N. (2019). *La invención del sí mismo. Poder, ética y subjetivación*
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological citizenship. *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*, 439-463.
- Schramm, F. R., & Kottow Lang, M. (2001). Bioética y biotecnología: lo humano entre dos paradigmas. *Acta bioethica*, 7(2), 259-267.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.
- Sikorski, C., Luppá, M., Kaiser, M., Glaesmer, H., Schomerus, G., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The stigma of obesity in the general public and its implications for public health—a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 661.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., . . . Carlsson, B. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England journal of medicine*, 357(8), 741-752.
- Szot Meza, J. (2003). La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001. *Revista española de salud pública*, 77(5), 605-613.
- Terranova, L., Busetto, L., Vestri, A., & Zappa, M. A. (2012). Bariatric surgery: cost-effectiveness and budget impact. *Obesity surgery*, 22(4), 646-653.
- Tirado, F., Gálvez, A., & Castillo, J. (2012). Movimiento y regímenes de vitalidad. La nueva organización de la vida en la biomedicina. *Política y Sociedad*, 49(3), 571-590.
- Tirado, F., & Sepúlveda, J. C. (2011). Oncoguías-ontoguías: protocolos, panoramas y comprensión en el tratamiento del cáncer. *Athenea digital*, 11(1), 129-153.
- Torgerson, J., & Sjöström, L. (2001). The Swedish Obese Subjects (SOS) study—rationale and results. *International Journal of Obesity*, 25(S1), S2.
- Urbano Gil, H. (2007). El enfoque etnometodológico en la investigación científica. *Liberabit*, 13(13), 89-91.
- Uribe-Cano, J. M. (2013). El concepto de salud y enfermedad: una reflexión filosófica. *CES Medicina*, 27(2), 255-260.
- Valenzuela, A., & Formiguera, X. (2002). *Obesidad*: Edit. Mediterráneo.
- Vallsa, J. M., Guerrab, E. I., Serranoc, J. O., Palaub, C. S., & Rodríguez, R. C. (2002). Tratamiento de la obesidad: dieta, terapia psicológica y de comportamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y quirúrgico. *Medicine*, 8(86), 4642-4650.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Rev Endocrinol Nutr*, 4(13), 136-142.

- Vilá, M. B., & Uriarte, M. d. C. S. Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo.
- Vojvodic, I. (2009). Cuestionamientos a la cirugía bariátrica. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 29(4), 355-361.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Foster, G. D., McGuckin EdM, B. G., & Schimmel, A. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics of North America*, 81(5), 1001-1024.
- Wimmelmann, C. L., Dela, F., & Mortensen, E. L. (2013). Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: A review of the recent research. *Obesity Research & Clinical Practice*.

ANEXOS:

Cuadro comparativo de guías y protocolos Nacionales e internacionales.

Cuadro 1: Comorbilidades relacionadas a la Obesidad Mórbida.

**GUÍA O
PROTOCOLO**

COMORBILIDADES

Norma MINSAL 2004

Esta enfermedad es un factor de riesgo para importantes causas de muerte tales como la enfermedad cardiovascular, varios tipos de cáncer y diabetes, por lo que está ligada a una gran disminución de la expectativa de vida (WHO 1997). Se ha estimado que los obesos mórbidos tienen una mortalidad hasta 12,5 veces mayor que los no obesos (Drenick 1980), y que las patologías asociadas a esta condición, son la segunda causa de muerte, después del tabaco. Además, se asocian a la obesidad otras patologías o condiciones que disminuyen en forma importante la calidad de vida, como son la osteoartritis, enfermedad de la vesícula biliar, apnea del sueño, alteraciones respiratorias, disminución capacidad funcional y estigmatización social.

**Guía Clínica
Obesidad Mórbida
2008.**

La obesidad es un factor de riesgo para diversas enfermedades y también se asocia a un incremento en la mortalidad por todas las causas. Es un factor de riesgo independiente para infarto agudo al miocardio y cardiopatía coronaria, y predispone a varios factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, entre ellos, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y disminución de la tolerancia a la glucosa. La obesidad también se asocia con anomalías en los lípidos sanguíneos, con aumentos en los niveles de colesterol, triglicéridos y colesterol LDL y disminución del colesterol HDL. La diabetes tipo 2 es un trastorno grave que acorta la vida, que predispone a quienes la padecen a hipertensión arterial y cardiopatía, y que resulta en otros trastornos como retinopatía, neuropatía y enfermedades renales.

Se ha observado una relación lineal casi positiva entre IMC en las personas obesas y riesgo de muerte por cáncer. Se asocia a un mayor riesgo de cáncer en varios sitios, entre ellos, mama, colon, próstata, endometrio, riñón y vesícula biliar. También son frecuentes la osteoartritis o enfermedades degenerativas de la rodilla y en otras articulaciones que soportan peso, y dolor lumbar. Además, se asocia con trastornos respiratorios durante el sueño y trastornos reproductivos, tanto en mujeres como en hombres. Las mujeres obesas tienen un riesgo mayor de colecistopatía litiásica y complicaciones durante el embarazo, tales como, enfermedad hipertensiva, preeclampsia y diabetes gestacional y defectos del tubo neural en el neonato. También, existe un mayor riesgo de parto por cesárea entre las mujeres obesas con o sin complicaciones prenatales.

Además, se asocian a la obesidad otras condiciones que disminuyen en forma importante la calidad de vida, tales como,

Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity NIH 1991.

trastornos depresivos, disminución de la capacidad funcional y **estigmatización social.**

In a 1985 National Institutes of Health (NIH) consensus conference, the health implications of obesity were established: These included increased risk for cardiovascular disease (especially hypertension), dyslipidemia, diabetes mellitus, gallbladder disease, increased prevalences and mortality ratios for selected types of cancer, **and socioeconomic and psychosocial impairment.** The risk for morbidity and mortality in obese persons is proportional to the degree of overweight.

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases. (IFSO) 2016

Obesity plays a central role in the development of a number of risk factors and chronic diseases such as hypertension, dyslipidemia, and T2DM inducing cardiovascular morbidity and mortality. Surgery is presently the most effective treatment and the only longlasting option for this population.

Also makes references a specific considerations and indications for intervention in presence of weight-related diseases: Diabetes and metabolic syndrome, Cardiovascular diseases, Pulmonary diseases, Osteoarthritis, Gastroesophageal reflux diseases, Hepatobiliary diseases, Mental health, Endocrinopathies and fertility, Cancer and organ transplantation, Pseudotumor cerebri, Chronic Inflammation, Renal alterations and Functional status.

Cuadro 2: Objetivos de la cirugía Bariátrica.

GUÍA O PROTOCOLO	OBJETIVO
Norma MINSAL 2004	<p>Los objetivos planteados para la cirugía bariátrica en la literatura biomédica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución del IMC por debajo de 30 kg/m², o pérdida del 50% o más del exceso de peso sin desarrollar carencias nutricionales.

- Mantenimiento del peso reducido a largo plazo.
- Mejoría de las enfermedades asociadas a la obesidad.
- Mejoría de la calidad de vida.

Indicadores relacionados con la baja de peso:

- La nomenclatura estándar en cirugía bariátrica utiliza el porcentaje promedio de pérdida del exceso de peso (PEP):

$\% \text{ PEP} = \text{peso perdido} / \text{exceso de peso} \times 100,$

(donde el exceso de peso es igual al peso preoperatorio menos el peso ideal)

- Indicadores que cuantifican la pérdida de peso, en términos absolutos y/o en referencia al IMC:
 - Reducción de 10-15 kg/m² IMC
 - 20 a 40 kilos de pérdida de peso (en promedio)
- Mantenimiento de la baja de peso en el largo plazo (5-10 años)
- Resolución o mejoría de las enfermedades asociadas a la OM.

Resolución se refiere a la proporción de pacientes cuya enfermedad entra en fase de remisión de la enfermedad o no requiere tratamiento farmacológico. Mejoría cuando se disminuye el requerimiento de fármacos.

- Mejoría de la calidad de vida de estos pacientes, en su dimensión física y psicosocial. El sistema de evaluación BAROS es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional y con publicaciones en el país, que evalúa entre otros aspectos calidad de vida.
- Morbilidad o Tasa de reoperación por complicaciones precoces (≤ 30 días) y tardías (>30 días).
- Mortalidad post-operatoria ≤ 30 días

When considering issues of efficacy and risk in bariatric surgical procedures, it must be remembered that **severe obesity is a chronic intractable disorder; any therapeutic program must, therefore, be lifelong**. Although definitive therapy for severe obesity is not available, the surgical procedures in use can induce substantial weight loss, which may, in turn, ameliorate comorbid conditions.

A decision for surgical therapy should be reached only after assessment of the probability that the patient will be able to tolerate

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases. (IFSO) 2016

surgery without excessive risk and to comply adequately with the postoperative regimen.

The following issues must be fully discussed with the patient: the probable outcome of the surgery; the probable extent to which the surgery will eliminate the patient's problems; the compliance that will be needed in the postoperative regimen; and the possible complications from the surgery, both short- and long-term.

Women with reproductive potential would be well advised to avoid pregnancy until weight has stabilized postoperatively and potential micronutrient deficiencies have been identified and treated.

Surgery is presently the most effective treatment and the only longlasting option for this population.

Currently, surgery for obesity and weight-related diseases resolves over 75 % of morbid obesity and super obesity and is equally active on the weight-related comorbidities and complications.

The indication for surgery should not be based solely on BMI. In general, a shift in the paradigm should occur focusing more on the treatment of the diseases and disability related to, and caused by, obesity rather than simply on body weight.

The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) is committed to provide the leadership, guidance, and support to national scientific societies and governments, as part of its mission of facilitating and engaging in actions that promote that surgery is an effective and safe treatment of obesity and weight-related diseases.

The same is true for the bariatric surgeon who envisions the indications for surgery exclusively by weight standards. The BMI should not be the only reason for treatment. The indication for surgery should mainly be the treatment of weight-related diseases.

Surgery for obesity and weight-related diseases is effective in patients with class I obesity (BMI 30–35 kg/m²) and comorbidity.

Weight loss induced by surgery has proven to be highly efficacious in treating obesity and its comorbidities.

Consequently, after a careful review of the available data concerning the safety and efficacy of surgery for obesity and weight-related diseases and its effectiveness in treating obesity and its

comorbidities, IFSO's panel has endorsed new ***recommendations that consider the most modern functional, metabolic, psychological /psychiatric, and social aspect of obesity.***

Cuadro 3: Justificación de la Cirugía Bariátrica.

GUÍA O PROTOCOLO	JUSTIFICACIÓN
Norma MINSAL 2004	Es conocido que con el tratamiento de médico multidisciplinario (dieta, actividad física, terapia conductual y fármacos), en los pacientes con obesidad mórbida sólo se consigue reducción del exceso de peso en no más del 10% de los casos, con recuperación del peso a largo plazo en gran parte de los pacientes. Además, no existe evidencia científica de que una reducción modesta de peso en obesos mórbidos (perdida de 5-10% del peso corporal), produzca una mejoría significativa en las comorbilidades como la observada en pacientes con obesidad menos grave. Hay estudios clínicos muy importantes que demuestran la mayor efectividad del tratamiento

quirúrgico comparado con el tratamiento médico en obesidad mórbida.

En comparación con el tratamiento conservador, la cirugía produjo una mayor reducción de peso, con mejoría en las comorbilidades y en la calidad de vida de los pacientes. En promedio los pacientes quirúrgicos pierden 23 a 28 kg. más que con tratamiento médico a los 2 años, y un estudio con 8 años de seguimiento (SOS: Torgerson 2001), mostró una reducción promedio de 21 kg., mientras en el grupo control se observó un aumento de peso.

La conclusión de esta revisión es que la cirugía para la obesidad produce una mayor pérdida de peso que el tratamiento médico, y que los resultados se mantienen al menos por 8 años. La pérdida de peso obtenida se asocia a mejoría en las comorbilidades tales como la diabetes e hipertensión arterial, y con efectos a largo plazo tales como mejoría en calidad de vida, reducción en uso de medicamentos y mejoría global en el estado de salud. Sin embargo, la cirugía se asocia a efectos adversos y a la posibilidad de mortalidad postoperatoria

**Guía Clínica
Obesidad Mórbida
2008**

Para que ocurra una pérdida de peso, la ingesta debe ser inferior al gasto energético. La restricción de alimentos es el pilar fundamental del tratamiento de la obesidad. Ésta, generalmente induce baja de peso en el corto plazo, pero se reconoce su baja eficacia en el largo plazo cuando se usa en forma aislada.

En obesos clase II y III hay pocos estudios que comparen el efecto del tratamiento médico sobre el perfil metabólico y cardiovascular con el efecto de la cirugía bariátrica. El estudio Swedish Obese Subjects Study (SOS) es el único que compara resultados de comorbilidades entre pacientes con cirugía bariátrica y tratamiento médico. Estos sugieren una mejor respuesta en cuanto a la mejoría de comorbilidades del tratamiento quirúrgico sobre el médico. Así, hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de la cirugía en cuanto a: recuperación de hipertensión, diabetes, hipertrigliceridemia, niveles bajos de HDL e hiperuricemia, estas diferencias fueron más acentuadas con una mayor baja de peso.

**Gastrointestinal
Surgery for Severe
Obesity NIH 1991**

The ultimate biologic basis of severe obesity is unknown, and, therefore, specific therapy is not available. Persons with severe obesity have a reduced life expectancy, largely because of associated disorders (for example, metabolic abnormalities and serious cardiopulmonary disorders). In addition, severely obese persons frequently experience psychosocial and economic problems. These facts lend urgency to the effort to provide rational care for

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases. (IFSO) 2016

persons seeking relief from the effects of this condition.

Although weight may be reduced acceptably, a major drawback to the nonsurgical approach is the failure of most patients to maintain reduced body weight. The possibility should not be excluded that highly motivated patients can achieve sustained weight reduction by a combination of supervised low-calorie diets and prolonged, intensive behavior modification therapy.

In contrast, weight loss has a beneficial effect on HRQL that is directly proportional to the amount of weight lost. These studies unequivocally show the superiority of surgery for obesity and weight-related diseases for improving the psychosocial and mental components that characterize the individual HRQL.

The improvement in the quality of life of the patient with obesity treated by surgery for obesity and weight-related diseases is independent from the type of performed procedure.

Work absenteeism due to sick leave and disability-related early retirement is higher in workers with obesity. Weight loss induced by surgery for obesity and weight-related diseases results in a reduction of sick leave and may be associated with favorable effects on disability pension in men.

Weight loss in women with obesity reduces the risks of endometrial cancer development and related mortality.

Weight loss induced by surgery has been shown to reduce CVD risk, with the most relevant reductions in risk observed in the group of patients having the higher CVD risk before surgery. These patients obtain the most significant metabolic improvements thereafter.

Many studies comparing surgery for obesity and weight-related diseases with nonsurgical weight loss therapies have demonstrated greater improvement in the components of the Metabolic Syndrome in the surgically treated patients.

Surgery for obesity and weight-related diseases is a safe and effective therapeutic option for the management of T2DM in patients with obesity. Along with optimal medical treatment and lifestyle adjustment, it has been demonstrated that surgery for obesity and weight-related diseases can achieve a better glycemic control, lower glycosylated hemoglobin, and reduction of diabetes medications than optimal medical and lifestyle treatment alone.

Cuadro 4: Diagnóstico para ser candidato a la cirugía Bariátrica.

GUÍA O PROTOCOLO	DIAGNOSTICO
Norma MINSL 2004	<p>Los criterios internacionalmente aceptados para indicar la Cirugía Bariátrica (WHO 1997; NIH 1991), se basan en el índice de masa corporal (IMC) y en las comorbilidades, pero algunos aspectos, como la edad, generan algunas controversias. Se consideran pacientes con indicación de cirugía bariátrica: Serán derivados desde el nivel primario o secundario de atención, previa evaluación del equipo multidisciplinario, los pacientes candidatos a cirugía bariátrica que cumplan con las siguientes condiciones.</p> <ul style="list-style-type: none">- Fracaso del tratamiento médico multidisciplinario

**Guía Clínica
Obesidad Mórbida
2008**

- Pacientes con IMC > 40 kg/m².

- Obesos con IMC entre 35 y 40 kg/m², con patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones.

El consenso NIH 1991 definió con el término de obesidad mórbida (OM), también denominado obesidad clínicamente grave, a las personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² o IMC 35-39.9 kg/m² y comorbilidades de muy alto riesgo, como potenciales candidatos para cirugía bariátrica.

La mayoría de las guías clínicas internacionales coinciden en los siguientes criterios para considerar la cirugía bariátrica como alternativa terapéutica en el individuo con obesidad mórbida:

- a) Individuos con IMC > 40 kg/ m²
- b) IMC entre 35-40 kg/ m² asociada a comorbilidades (definidas previamente)
- c) Edad entre 18 y 60 años
- d) Fracaso de tratamiento médico de intensidad alta.

En adolescentes de 15-18 años, se puede optar por cirugía si además, cumplen con los siguientes criterios:

- Madurez del desarrollo esquelético, psicológico y emocional.
- **Capaz de comprometerse y cumplir los controles y los cambios de hábitos.**
- Dispuesto a adherir a un programa de rehabilitación post-cirugía.
- **Contar con núcleo familiar estable, informado y apoyador.**

En mayores de 60 años, la decisión debe ser tomada caso a caso, cuando el análisis demuestra que se va a mejorar sustancialmente la calidad de vida y considerando que en general; el beneficio de baja de peso es muy inferior al de la población de menor edad, que su adhesión a programas de entrenamiento físico es menor y que no se mejora significativamente la expectativa de vida de este grupo

**Gastrointestinal
Surgery for Severe
Obesity NIH 1991**

Patients whose BMI exceeds 40 kg/m² are potential candidates for surgery if they strongly desire substantial weight loss, because obesity severely impairs the quality of their lives. They must clearly understand the real ways in which their lives may change after the

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases. (IFSO) 2016

operation.

In certain instances, less severely obese patients (those with a BMI between 35 and 40 kg/m²) may also be considered for surgery. Included in this category are patients with high-risk comorbid conditions such as lifethreatening cardiopulmonary problems (for example, severe sleep apnea, pickwickian syndrome, and obesityrelated cardiomyopathy) or severe diabetes mellitus.

Other possible indications for patients with a BMI between 35 and 40 kg/m² include obesity-induced physical problems that interfere with lifestyle (for example, joint disease that would be treatable but for the obesity and body-size problems precluding or severely interfering with employment, family function, and ambulation).

Because children and adolescents have not been sufficiently studied, no recommendation for surgery can be made, even for those with a BMI over 40 kg/m².

In 1991 the Consensus Statement of the NIH Consensus Development Conference codified the first universally accepted guidelines for surgery for obesity and weight-related disease. They assert that a candidate for surgery for obesity and weight-related diseases is an obese patient suffering from obesity with:

– BMI >40 kg/m²

– BMI >35 kg/m² in the presence of specific comorbidities:

1. Hypertension
2. Ischemic heart diseases
3. Type 2 diabetes (T2DM)
4. Obstructive sleep apnea syndrome
5. Obesity syndrome/hypoventilation (Pickwickian syndrome)
6. Non-alcoholic fatty liver disease and steatohepatitis
7. Dyslipidemia
8. Gastroesophageal reflux diseases
9. Asthma
10. Venous stasis diseases
11. Severe urinary incontinence
12. Disabling arthropathy
13. Severely reduced quality of life
14. Between 18 and 60 years of age
15. Longstanding obesity (>5 years)
16. Proven failure of nutritional and behavioral therapy

18. Patients must be motivated and able to provide a valid consent, are willing to undergo periodic inspections and follow an established dietary regime.

19. Absence of major contraindications (very high operative risk, limited life expectancy due to illness, severe cirrhosis, alcohol abuse/drugs, etc.).

In recent years, various consensus meetings such as ACMOMS and ADSS have recommended that the guidelines for bariatric surgery must be more holistic and must use, in conjunction with BMI, other criteria such as waist circumference, metabolic aspects, functional limits, psychological disorders, and the other features of obesity in conjunction with BMI.

Cuadro 5: Tratamiento o Técnicas quirúrgicas utilizadas.

GUÍA O PROTOCOLO	TRATAMIENTO
Norma MINSAL 2004	<p>En los últimos 10 años han ocurrido 2 hechos muy importantes en la cirugía bariátrica: por una parte, la aparición de un gran número de estudios retrospectivos y prospectivos randomizados que demuestran que esta técnica es segura, efectiva y de baja morbimortalidad; y por otra, la introducción del acceso laparoscópico que ha revolucionado esta área de la cirugía. Hay en este momento, 2 técnicas con este abordaje que se pueden emplear en Chile: el bypass gástrico y la banda gástrica ajustable.</p> <p>En la actualidad existen 2 tipos de cirugía que se realizan con mayor frecuencia para el tratamiento de la obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Técnicas restrictivas: son las que limitan los volúmenes de alimentos a ingerir en cada comida, disminuyendo la capacidad gástrica; el mejor ejemplo es la banda gástrica ajustable.

**Guía Clínica
Obesidad Mórbida
2008**

- Técnicas mixtas (restrictiva-malabsortiva): son aquellas que combinan la disminución de la capacidad gástrica con la mal absorción producida por la reducción de la superficie de absorción intestinal; la técnica más difundida es el bypass gástrico. Sus efectos malabsortivos obligan a un riguroso control postoperatorio y al uso de suplementos nutricionales para evitar carencias de vitaminas y minerales.

Todos los procedimientos quirúrgicos pueden realizarse por vía abierta o laparoscópica. La decisión dependerá de la disponibilidad de recursos, experiencia del equipo quirúrgico, cirugías previas del paciente, entre otros factores. Ensayos clínicos controlados de asignación aleatoria han mostrado las ventajas de la técnica laparoscópica, que incluye una estadía hospitalaria más corta, reincorporación más precoz a las actividades de la vida diaria y el trabajo, y una mejoría en la calidad de vida al mes de la cirugía, objetivado con el Cuestionario SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form).

En Chile, la información disponible señala al by-pass gástrico como la técnica quirúrgica más utilizada, seguida por la banda gástrica ajustable. Sin embargo, la gastrectomía en manga, debido a su menor complejidad quirúrgica y los buenos resultados a corto plazo ha ido ganando terreno dentro de las alternativas quirúrgicas de tratamiento de la obesidad.

Los resultados a nivel nacional, en cuanto a baja de peso, resolución de comorbilidades y morbimortalidad de la cirugía por bypass gástrico vía abierta, en un seguimiento a 1 año, son similares a los expuestos en las publicaciones internacionales.

**Gastrointestinal
Surgery for Severe
Obesity NIH 1991**

Several surgical procedures have been tried and discarded because they were ineffective or caused complications.

Two procedures dominate practice in the early 1990s and have advanced beyond the experimental stage. Vertical banded gastroplasty and related techniques consist of constructing a small pouch with a restricted outlet along the lesser curvature of the stomach. The outlet may be externally reinforced to prevent disruption or dilation. Gastric bypass procedures involve constructing a proximal gastric pouch whose outlet is a Y-shaped limb of small bowel of varying lengths (Roux-en-Y gastric bypass). Choosing between these procedures involves the surgeon's preference and consideration of the patient's eating habits.

The somewhat greater weight loss after the gastric bypass procedure

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases. (IFSO) 2016

must be balanced against its higher risk for nutritional deficiencies, especially micronutrient deficiency. Biliary-pancreatic bypass includes a gastric restriction and diverts bile and pancreatic juice into the distal ileum. Experience with the procedure in the United States is limited.

Two randomized clinical trials investigated the correlation between a specific type of procedure and the extent of the benefits on HRQL. In a study, LAGB and GBP are compared. In another study, GBP and BPD were compared. In both studies, while registering statistically significant differences between the two procedures regarding weight loss, the degree of improvement of quality of life was very similar. These results are corroborated by similar data reported in a recent non-randomized trial that compared the four most frequently performed procedures (GBP, SG, LAGB, and BPD).

GBP is the best option for patients with morbid obesity presenting recurrence of symptoms of GERD (gastroesophageal reflux disease) after traditional antireflux surgery.

In patients undergoing surgery for morbid obesity, GBP is the procedure of choice for patients with obesity and severe GERD.

Diabetic obese patients with obesity undergoing bilipancreatic diversion/duodenal switch (BPD/DS) achieve the greatest rate of T2DM resolution when compared to the other surgical procedures. GBP and SG have a similar short- to midterm effectiveness on the improvement of glycemic control, while the antidiabetic effects of LAGB are lower.

Cuadro 6: Complicaciones asociadas a la cirugía bariátrica.

GUÍA O PROTOCOLO		COMPLICACIONES
Norma 2004	MINSAL	Se describen como complicaciones postoperatorias inmediatas las que se producen en los primeros 30 días de la cirugía. Estas pueden ser médicas (bronquitis, atelectasias, neumonías, infección de tracto urinario, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio), o quirúrgicas (infección de herida operatoria, evisceración, colección intraabdominal, obstrucción intestinal, dehiscencia de sutura, peritonitis postoperatoria, sepsis). La falla hepática por hepatitis esteatonecrotica ha sido descrita como una complicación muy poco frecuente en casos de desnutrición aguda severa, aunque no ha sido detectada en las series de publicadas a

nivel nacional.

Las complicaciones postoperatorias tardías se presentan después de 30 días de la cirugía. Las de índole médico corresponden principalmente a carencias nutricionales por la disminución drástica de la ingesta, por malabsorción por asa larga de Roux del Bypass, o por omisión de una adecuada suplementación de nutrientes. Hasta el 70% de los pacientes con Bypass pueden presentar déficit de vitaminas y minerales, pudiendo observarse alteraciones de piel y fanéreos (caída del cabello), anemia (hasta en un 60%) y osteoporosis. También pueden presentarse complicaciones funcionales, como el síndrome de dumping e hipoglicemia, por la llegada rápida de hidratos de carbono simples al intestino delgado. Entre las complicaciones quirúrgicas tardías se describen la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, la úlcera anastomótica o la hernia incisional.

Las complicaciones precoces son las que ocurren hasta 30 días post-cirugía.

a) Médicas: enfermedad tromboembólica, atelectasias, neumonías, arritmias, infarto al miocardio, rabdomiolisis.

b) Quirúrgicas: infección sitio quirúrgico, evisceración, dehiscencia anastomosis, infección intra-peritoneal, sepsis, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal.

Las complicaciones tardías son aquellas que ocurren después de 30 días de la cirugía.

a) Médicas: desnutrición, anemia, osteoporosis, hipoglicemia, síndrome "dumping" (Ver Glosario, ANEXO 1).

b) Quirúrgicas: estenosis anastomosis gastro-yeyunal, úlcera de boca anastomótica, obstrucción intestinal por hernia interna, hernia incisional.

Entre las medidas preventivas generales se destaca la kinesiterapia respiratoria precoz, el tratamiento con anticoagulantes y la deambulación precoz que disminuye las complicaciones respiratorias y tromboembólicas. La reoperación es un indicador sensible de la frecuencia y gravedad de las complicaciones.

The immediate operative mortality rate for both vertical banded gastroplasty and Rouxen- Y gastric bypass has been relatively low in the reported case series. On the other hand, morbidity in the

Obesity NIH 1991

early postoperative period, (wound infections, dehiscence, leaks from staple-line breakdown, stomal stenosis, marginal ulcers, various pulmonary problems, and deep thrombophlebitis in the aggregate) may be as high as 10% or more. In the later postoperative period, other problems may arise and may require reoperative surgery. Such problems include pouch and distal esophageal dilation, persistent vomiting (with or without stomal obstruction), cholecystitis, or failure to lose weight. Moreover, mortality and morbidity associated

with reoperative surgery are higher than those associated with primary operations.

In the long term, micronutrient deficiencies, particularly of vitamin B12, folate, and iron, are common after gastric bypass and must be sought and treated. Another potential result of this operation is the so-called "dumping syndrome," which is characterized by gastrointestinal distress and other symptoms. Occasionally, these symptoms may not respond to conservative measures and may be troublesome to the patient.

Many studies suggest that deficient nutrition in pregnancy carries with it a high risk for fetal damage or loss. This finding is of particular concern because as many as **80% of patients who have weight-reduction surgery are women of childbearing age**. Because of the uncertain frequency and the effects on fetal development of rapid weight loss, micro- or macronutrient deficiency, or other metabolic sequelae of these procedures, **secure birth control methods should be provided for these patients during the period of weight loss**. They should be informed that maternal malnutrition may impair normal fetal development. Women who become pregnant after these surgical procedures need special attention from the clinical care team. The increased nutritional requirements for energy, protein, and specific micronutrients as well as the normal need for weight gain during pregnancy must be emphasized as part of the obstetrical management of these patients.

Euphoria can be seen in patients during the early postoperative period. Some patients, however, may experience significant late postoperative depression. Some patients have depressive symptoms that are not improved by surgically induced weight loss.

Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related

OSAS (obstructive sleep apnea syndrome) patients show higher rates of postoperative complications and, in particular, after

**Diseases. (IFSO)
2016**

abdominal surgery.

While the literature demonstrates that surgery for obesity and weight-related diseases in the elderly results in a higher percentage of postoperative complications and lower weight loss related to younger patients, there are similar improvements/resolutions of the comorbidities and improvement of functional independence and quality of life.

Substantial weight loss following surgery for obesity and weight-related diseases may lead to bone mass loss and, subsequently, to an increased risk of fractures.

Loss of lean body mass after surgery for obesity and weight-related diseases is substantial and strategies to limit lean body mass loss should be emphasized.

Cuadro 7: Seguimiento del postoperatorio.

GUÍA O PROTOCOLO	SEGUIMIENTO
Norma MINSAL 2004	<p>El seguimiento postoperatorio debe ser realizado por el equipo médico-quirúrgico responsable del paciente, quienes deben considerar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Controles post-operatorios: Control de la baja de peso, Control de las comorbilidades preexistentes, Control y diagnóstico de eventuales complicaciones postquirúrgicas y Control de dieta postoperatorio y suplementación nutricional.b) Exámenes de laboratorioc) Actividad y ejercicio físico: Los siguientes aspectos son referenciales y deben ser adaptados a las características particulares de los pacientes y del equipo de salud responsable.

a) Controles post-operatorios

- Cirujano: día 10, mes 1, mes 3, mes 12, y luego 1 vez al año.
- Nutricionista: mes 1, mes 2, mes 3, mes 6, mes 12, y luego una vez al año.
- Nutriólogo: mes 1, mes 3, mes 6, mes 12, luego una vez al año.

En los controles periódicos el equipo tratante evaluará:

- Progresión de la baja de peso, Evolución de enfermedades preexistentes, Presencia de complicaciones médicas y quirúrgicas, inmediatas y tardías, Tolerancia y adhesión al régimen indicado, Ingesta de micronutrientes en alimentos y suplementos y Técnica de alimentación.

En caso de complicaciones, los pacientes deben controlarse con mayor frecuencia, y derivarse, además, al equipo de salud mental si la situación lo requiere.

Es necesario efectuar encuestas de consumo de micronutrientes en los alimentos, ya que se debe asegurar una ingesta mínima de 1,5 gr. de calcio (con vitamina D), 65 mg. de hierro (el hierro elemental debe aportarse junto con vitamina C) y 1 mg. de folato. La vitamina B12 en los pacientes con bypass gástrico no tiene adecuada biodisponibilidad vía oral, por lo que debe ser aportada vía intramuscular periódicamente 10.000 mcg. de cianocobalamina (al menos cada 6 meses).

- Evaluar la progresión de la baja de peso.
- Detectar complicaciones quirúrgicas precoces o tardías.
- Pesquisar deficiencias de vitaminas, micronutrientes y proteínas para una suplementación oportuna.
- Evaluar la tolerancia y adhesividad a la pauta de alimentación indicada.
- Ajustar el tratamiento de las comorbilidades asociadas (DM, HTA, otras).

Las acciones señaladas son referenciales debiendo adaptarse a las características de los pacientes y el equipo de salud responsable. A modo de referencia y para mayores detalles en el manejo del paciente revisar la Norma del Ministerio de Salud 2004, y la publicación de una Propuesta de Norma para el Manejo Quirúrgico

**Gastrointestinal
Surgery for Severe
Obesity NIH 1991**

del Paciente Obeso, que señalan, entre otros aspectos, la frecuencia de controles por distintos profesionales y los exámenes de seguimiento post-operatorio.

When considering issues of efficacy and risk in bariatric surgical procedures, it must be remembered that severe obesity is a chronic intractable disorder; any therapeutic program must, therefore, be lifelong.

Postoperative care, nutritional counseling, and surveillance should continue for an indefinitely long period. The surveillance should include the monitoring of indices of inadequate nutrition and of the amelioration of any preoperative disorders such as diabetes, hypertension, and dyslipidemia. The monitoring should include not only indices of macronutrient intake but also of mineral and vitamin nutrition.

**Indications for
Surgery for Obesity
and Weight-Related
Diseases. (IFSO)
2016**

In long-term follow-up after surgery for obesity and weight-related diseases, the quality of life follows the trend of body weight. The quality of life remains satisfactory provided the percentage of excess weight loss (%EWL) is maintained above 10 %.

Loss of lean body mass after surgery for obesity and weight-related diseases is substantial and strategies to limit lean body mass loss should be emphasized.

Patients with binge eating disorder (BED) are likely to achieve less postoperative weight loss than patients without BED. Therefore, BED should be evaluated by the a multidisciplinary team before and after surgery for obesity and weight-related diseases.

Cuadro de entrevistas realizadas.

Nro.	Edad	Año	Tipo	Fecha	Hora	Lugar
1	40	2013	Paciente	12/6/2018	15:00	Domicilio
2	61	2014	Paciente	7/6/2018	15:00	Cafetería hospital
3	38	2014	Paciente	12/6/2018	17:30	Unidad Cirugía
4	58	2015	Paciente	26/6/2018	10:00	Cafetería hospital
5	56	2014	Paciente	29/6/2018	16:00	Cafetería hospital
6	65	2015	Paciente	10/6/2018	14:00	Cafet. Clínica ale.
7	33	2014	Paciente	6/6/2018	13:30	Casino hospital
8	67	2013	Paciente	19/07/2018	10:00	Terminal de Buses
9	70	2013	Paciente	12/7/2018	11:00	Cafetería Hospital
10	28	2013	Paciente	20/8/2018	15:00	Domicilio

1	Administrativo 1	n/a	Equipo	19/6/2018	18:00	Hospital Oficina
2	Equipo médico 1	n/a	Equipo	21/6/2018	16:00	Hospital consulta
3	Administrativo 2	n/a	Equipo	14/7/2018	11:30	Hospital Oficina
4	Equipo médico 2	n/a	Equipo	23/7/2018	15:00	Hospital Consulta
5	Equipo médico 3	n/a	Equipo	18/7/2018	12:00	Hospital consulta
6	Equipo médico 4	n/a	Equipo	11/9/2018	11:30	Hospital consulta
7	Equipo médico 5	n/a	Equipo	22/10/2018	08:00	Hospital consulta
1	Experta		Experta	02/09/2019	18:20	Vía Telefónica

Guiones temáticos entrevistas:

Áreas Temáticas (Paciente):	Posibles preguntas:
- Experiencias personales en cuanto a la obesidad.	¿Podría relatarme cual ha sido su experiencia en torno a su obesidad?
- Experiencias con la comida.	¿Cómo ha sido su relación con la comida?
- Relaciones interpersonales.	¿Cómo es su relación con familia, amigos, compañeros de trabajo?
- Ideal corporal social y estético.	¿Usted cree que existe algún ideal corporal? ¿Cómo describiría usted ese ideal de cuerpo?
- Proceso de toma de decisión de someterse a la cirugía bariátrica.	¿Cómo se decidió a optar por la cirugía bariátrica? ¿Cuáles fueron las razones por las que decide operarse?
- Experiencia quirúrgica y post quirúrgica.	¿Cómo fue el proceso con la cirugía? ¿Cómo se sintió? ¿Cómo se sintió los días posteriores a la cirugía?
- Cambio estilo de vida	¿Cómo fue su experiencia después de la cirugía como el cambio de alimentación?

- Impacto socioemocional y en la calidad de vida luego de la cirugía.	¿Usted cree que mejoro su calidad de vida posterior a la cirugía? ¿En que parámetros refleja esa mejora? ¿Le fue muy difícil el proceso? ¿En qué sentido?
- Comorbilidades asociadas	¿Qué otra enfermedad posee usted? ¿Conoce el riesgo de esas otras enfermedades?

Áreas Temáticas (Equipo de Salud):	Posibles preguntas:
- Conceptualización de la obesidad.	¿Qué es para usted la obesidad? ¿Qué distinción hace con respecto a la Obesidad mórbida?
- Estigma asociado a estos pacientes.	¿Cree que existe una forma de trato particular a este tipo de pacientes? ¿Cómo percibe usted que se trata al paciente obeso? ¿Cree que el paciente con obesidad sufre de estigma?
- Fundamentos de la práctica quirúrgica e implicancias.	¿Cuál es el fundamento de la cirugía bariátrica en este tipo de pacientes? ¿Cuáles son los riesgos de esta cirugía? ¿Existen contraindicaciones?
- Ideal corporal y estético.	¿Cuál cree usted que es el ideal corporal prevalente en nuestra sociedad? ¿Usted cree que ese ideal interfiere en los pacientes obesos?
- Motivación del programa.	¿Cuál es la principal motivación de realizar este programa? ¿Cómo comenzó el programa en el hospital?
- Comorbilidades asociadas.	¿Cuáles son las principales comorbilidades asociadas a la obesidad?
- Noción de riesgo	¿Qué es el riesgo para usted? ¿Las comorbilidades están bajo ese riesgo? ¿El peso excesivo es un riesgo asociado a qué?
- Mejoras tentativas.	¿Percibe que es posible mejorar el programa? ¿Qué cambios introduciría al programa?

Áreas Temáticas (Expertos):	Posibles preguntas:
- Fundamento del programa.	¿Cómo se inició el programa? ¿Cuál fue el fundamento esencial?

- Criterios de Vigilancia y evaluación.	¿Cómo evalúan el programa? ¿Se toman medidas de vigilancia en donde se realiza el programa?
- Conceptualización del problema en torno a la obesidad.	¿Cuál cree usted que es el principal problema, o causa asociada a la obesidad?
- Mejoras tentativas.	¿Usted cree que desde que se comenzó con el programa hasta ahora, es posible realizar cambios y mejoras?
- Ideal corporal y estético.	¿Cuál cree usted que es el ideal corporal prevalente en nuestra sociedad? ¿Usted cree que ese ideal interfiere en los pacientes obesos?
- Noción de riesgo asociado.	¿Cuál es la noción de riesgo que opera bajo el programa de cirugía bariátrica?
- Salud Pública	¿Cuál fue la mirada desde la salud pública frente al problema de obesidad mórbida?
- Seguimiento	¿Cómo cree usted que debiese ser el seguimiento del paciente que accede al programa de cirugía bariátrica?

Cuadro de categorías y códigos:

CATEGORÍAS	CÓDIGOS
ESTIGMA	Discriminación
DECISIÓN PACIENTE	Calidad de vida
	Peso
	Comorbilidades asociadas
	Presión conducta
	Informado
	Contexto sociocultural
	Salud
	Ideal corporal
IMC	Nueva forma
JUSTIFICACIÓN CIRUGÍA	Práctica médica
GÉNERO	Fisiología-biología
	Cuerpo
	Procedimiento quirúrgico
PROCESO	Inicio programa

	Acceso
	Apoyo equipo
	Seguimiento
CIRUGÍA Y EQUIPO	Contraindicaciones
	Adaptación (lista espera)
	Organización del equipo
	Comorbilidades asociadas
	Decisiones
	Poder
PROBLEMA OBESIDAD	Edad
	Tratamiento no quirúrgico
	Saludable
	Hábitos
	Ejercicio
	Trabajo, laboral
	Miedo
	Conocimiento
	Genética
	Compensación
	Comorbilidades
NORMA O GUÍA CLÍNICA	Complicaciones asociadas
	Enfermedades asociadas
FINANCIAMIENTO	Sistema privado
	Mejoras
	Nivel socioeconómico
	Costo económico (eficacia)
BIOCIUDADANIA	Conocimiento disciplinar
	Políticas públicas
	Biomedicina
COMPLICACIONES ASOCIADAS	Salud mental
POST CIRUGÍA	Dieta
	Peso
PODER	Presión conducta
CONTEXTO SOCIOCULTURAL	Familia
	Normalización
ÉXITO	Fracaso

Carta autorización Comité de Ética



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO - ACREDITADO
CEC-SSV

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valdivia
Comité Ético Científico
BQ CFV/fam

ORD.: N° 040

ANT.: ORD N° 363 04.08.2017
E-mail 24.01.2018
Carta 24.01.2018

MAT.: Informa lo que indica

Valdivia, 01.03.2018

DE: BQ. Carlos Fernández Vega
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Valdivia

A: Prof. Carol Flores Rivera
Investigador Responsable
Escuela Salud Pública - UCh

En respuesta a documento del antecedente, enviado para 2° revisión del Protocolo: **"CÓMO SE DEFINEN LOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DESDE EL PARADIGMA BIOMEDICO Y CÓMO ÉSTOS CONFIGURAN LA OBESIDAD MÓRBIDA"**, informo a usted, que se recibieron conforme los antecedentes y modificaciones solicitadas.

El estudio intenta comprender cómo se definen, construyen y evalúan los indicadores de efectividad de la cirugía bariátrica desde el paradigma biomédico en el sistema público de salud, y determinar cómo estos configuran y definen las características de la obesidad mórbida.

El estudio no cuenta con apoyo económico y por lo tanto, **se autoriza la solicitud de exención del arancel de revisión**. La documentación revisada **no presenta** reparos éticos, metodológicos y/o legales. El diseño se ajusta a las normas de Investigación en Seres Humanos. Los miembros del Comité que participaron en la 1° revisión y evaluación del protocolo declararon **no tener conflictos de interés**.

La razón riesgo/beneficio fue estimada aceptable. Al ser un estudio observacional, se acepta la solicitud de exención de una cobertura de seguro. En cuanto a la seguridad de los datos obtenidos, éstos se manejarán de acuerdo a la normativa. Los datos permanecerán vinculables.

El formulario de consentimiento informado para participar en el estudio principal y el consentimiento para la utilización y almacenamiento de datos clínicos y obtención y almacenamiento de muestras cumplen con los requisitos exigidos.



Los antecedentes curriculares del Investigador Responsable garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticamente aceptables.

Ha tomado conocimiento y revisó el protocolo, junto con apoyar su presentación a este CEC, el Dr. Carlos Cárcamo Ibaceta, Encargado del Programa de Cirugía Bariátrica del HBV. Se informa como Ministro de Fe a la Sra. Loreto Quintrupai, Nutricionista del Programa.

Además de conocer los antecedentes presentados por Carol Flores Rivera, el Comité revisó y aprobó los siguientes documentos:

1. Consentimiento Informado. 5 páginas.
2. Listado de Variables e Instrumentos a utilizar, 2 hojas numeradas como 80 y 81.
3. Guion de la Entrevista, 1 hoja numerada como 92.

En consecuencia, el CEC-SSV **AUTORIZA** en 2° revisión, el Estudio **“CÓMO SE DEFINEN LOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DESDE EL PARADIGMA BIOMEDICO Y CÓMO ÉSTOS CONFIGURAN LA OBESIDAD MÓRBIDA”**

El Investigador se compromete a respetar la legislación vigente, normas técnicas y recomendaciones nacionales e internacionales sobre investigación científica biomédica en particular, lo referente a la protección de datos personales, de acceso a los registros clínicos y de investigación en seres humanos, de acuerdo a la Ley N°19628, Ley N°20120, Ley N°20584, sus reglamentos de aplicación y modificaciones.

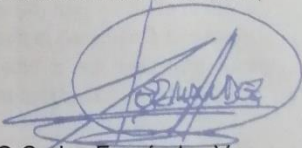
El investigador se compromete a respetar el Reglamento Interno del CEC-SSV y a utilizar sólo la documentación que fue aprobada y autorizada por este CEC, las cuales se entregan firmadas y timbradas para ser copiadas desde la versión original autorizada.

Los datos utilizados y la información obtenida se limitan a lo expresado en la formulación del proyecto mencionado. No se autoriza otro uso. Esta aprobación tiene vigencia de un año.

Es responsabilidad del Investigador tramitar la autorización correspondiente con el Director(a) de la Institución en la cual se ejecutará el proyecto y enviar un informe de avance o informe final según corresponda, a este CEC con plazo máximo **marzo de 2019**, por escrito y vía oficina de partes del SSV.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA


BQ Carlos Fernández Vega
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Valdivia

Distribución:

- Sra. Carol Flores Rivera
- Director HBV
- Archivo Protocolo Clínico
- Archivo correspondencia Despachada