



Enfermería Universitaria
ISSN: 1665-7063
Universidad Nacional Autónoma de México

En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica

Salazar-Maya, A.M.; Hoyos-Duque, T.N.

En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica

Enfermería Universitaria, vol. 14, núm. 1, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358751558005>

DOI: 10.1016/j.reu.2016.12.002

En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica

In search of the desired corporal image after bariatric surgery

A.M. Salazar-Maya ^{a *}

Universidad de Antioquia, Colombia

T.N. Hoyos-Duque ^a

Universidad de Antioquia, Colombia

Resumen

Objetivo: Presentar la categoría en busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica.

Métodos: Estudio cualitativo con 23 participantes (9 hombres y 14 mujeres), se realizaron entrevistas semiestructuradas; para el análisis de los datos se utilizaron las herramientas de la teoría fundamentada hasta alcanzar la saturación de la información.

Resultados: La categoría en busca de la imagen corporal deseada está compuesta por las siguientes subcategorías: cumplimiento de los requisitos para la reconstrucción; aunque todo se cae no siempre se quiere la cirugía reconstructiva; complicándose con la reconstrucción; los vestigios: vanidad y adicción a las cirugías estéticas.

Conclusiones: Realizarse la cirugía bariátrica no garantiza una imagen corporal esbelta, pues esto requiere de nuevas intervenciones para alcanzarla. Con la reconstrucción de la imagen corporal después de la cirugía bariátrica no siempre se queda satisfecho, quedan vestigios que afectan diferentes dimensiones del individuo.

Palabras clave: Obesidad++ Cirugía bariátrica++ Imagen corporal++ Investigación cualitativa++ Colombia.

Abstract

Objective: To present the category In search of the desired corporal image after bariatric surgery.

Methods: This is a qualitative study with 23 participants (9 men and 14 women). Semi-structured interviews were conducted. Data were collected until theoretical saturation.

Results: The category In search of the desired corporal image after bariatric surgery is constituted by the following sub-categories: fulfilling the requisites for the reconstruction; although everything is flaccid, reconstructive surgery is not always advisable; making my life more difficult with the reconstruction; the vanity and addiction to esthetical surgeries.

Conclusions: Bariatric surgery does not guarantee a thin corporal image, and the reconstruction of the corporal image does not guarantee a complete satisfaction. There are always diverse affectations left on the individuals.

Keywords: Obesity, Bariatric surgery, Body image, Qualitative research, Colombia.

Resumo

Objetivo: Apresentar a categoria na busca da imagem corporal desejada após da cirurgia bariátrica.

Métodos: Estudo qualitativo com 23 participantes (9 homens e 14 mulheres), realizaram-se entrevistas semiestruturadas, para a análise dos dados utilizaram-se as ferramentas da teoria fundamentada até atingir a saturação da informação.

Resultados: A categoria na busca da imagem corporal desejada está composta pelas seguintes subcategorias: cumprimento dos requisitos para a reconstrução, ainda que tudo caia não sempre se quer a cirurgia reconstructiva, complicando-se com a reconstrução, os vestígios, vaidade e adição às cirurgias estéticas.

Conclusões: Realizar a cirurgia bariátrica não garante uma imagem corporal magra, pois isto requer de novas intervenções para atingi-la. Com a reconstrução da imagem corporal

Enfermería Universitaria, vol. 14, núm. 1, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

Recepción: 17 Junio 2016
Aprobación: 14 Octubre 2016

DOI: 10.1016/j.reu.2016.12.002

Copyright © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
CC BY-NC-ND

depois da cirurgia bariátrica não sempre se satisfaz, ficam vestígios que afetam diferentes dimensões do indivíduo.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia bariátrica, Imagem corporal, Pesquisa qualitativa, Colômbia.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública, su etiología incluye factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales ¹. Según la Organización Mundial de la Salud, se considera la epidemia del siglo XXI ². La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, en su último informe ³, señala a México como el país con más obesos en el mundo. En Estados Unidos, la prevalencia de obesidad ajustada fue del 35.7% (35.5% para los hombres y 35.8% para las mujeres) ⁴. En Chile, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, el 22% de la población sufre obesidad y el 1.3% obesidad mórbida, esta última es dos veces más frecuente en mujeres ⁴.

En Colombia, en junio de 2015, en el segundo Encuentro Nacional de Obesidad, realizado en Manizales, se manifestó que el 51% de la población tiene sobrepeso y obesidad ⁵ y ante el Congreso de la República, en una audiencia sobre «Alimentación saludable», el ministro de Salud dejó claro que «casi el 70% de la carga de obesidad está asociada a enfermedades crónicas no transmisibles como cardiovasculares, oncológicas, respiratorias y metabólicas». Frente a los cálculos por gastos en el sistema de salud por enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad, expresó que anualmente se invierten 1.2 billones de pesos. Un 48% del total de muertes por enfermedades cardiovasculares en hombres y 52% por otras enfermedades fueron atribuidas a la obesidad. En mujeres, un 45% de las muertes registradas por enfermedades circulatorias y un 11% de las registradas por cáncer fueron atribuidas a la obesidad ⁶.

Las terapias médicas y nutricionales no siempre producen una pérdida de peso significativa y sostenida, por lo que la cirugía bariátrica se ha convertido en un pilar fundamental y en el método más efectivo en el tratamiento para la obesidad ^{7,8}, lo cual está relacionado con una mejoría de las patologías asociadas, la calidad de vida, la autoestima, y los estados de ansiedad y depresión; además, en la interrelación con el medio, la sociedad y los cónyuges ^{7,9-13}.

Con la cirugía bariátrica se pretende reducir la morbilidad ligada a la obesidad, perder entre el 48 y 85% del exceso de peso y reducir los tratamientos farmacológicos ¹⁴. Una vez que se pierde peso y se logra la estabilidad, a nivel físico la piel se observa laxa, colgante, y el cuerpo parece envejecido y descompensado; y en lo emocional se abriga una serie de temores, de insatisfacciones, que llevan a buscar soluciones en las cirugías plásticas reconstructivas. El estudio de Arriagada afirma que un 30% de los pacientes posbariátricos presentan algún grado de depresión y un alto grado de insatisfacción corporal ¹⁵.

Existen investigaciones sobre obesidad y cirugía bariátrica enfocadas en la disminución de comorbilidades ¹³, en los resultados a largo plazo ¹⁶, en las características sociodemográficas de los pacientes ¹⁷, entre muchas otras. Uno de los aspectos de creciente interés que emerge en la investigación sobre la obesidad y la cirugía bariátrica es la imagen corporal; al respecto existen evidencias en diferentes países, pero poco es lo que se conoce en nuestro contexto ¹⁸⁻²⁰.

La meta de las personas sometidas a cirugía bariátrica, después de perder el peso requerido, es tener una figura corporal armónica, esbelta, sentirse satisfechas; ese es el momento en que deciden someterse a un nuevo proceso: la reconstrucción de su imagen corporal.

En Colombia se ha incrementado el número de personas sometidas a cirugía bariátrica y a cirugías reconstructivas; de cirujanos bariátricos, al igual que de instituciones de salud donde se realizan estos procedimientos; por esta razón, se hace necesario que el profesional de enfermería de nuestro país tenga un mayor conocimiento científico, tecnológico y práctico para brindar un cuidado con calidad frente a estos nuevos procedimientos y tecnologías, y la prevención de complicaciones, lo que redundará en mejor adherencia al tratamiento, calidad de vida y bienestar de los pacientes.

Es poco lo que se ha investigado de este proceso en nuestro contexto, ¿qué pasa con las personas después de haberse sometido a una cirugía bariátrica?, ¿qué sucede cuando pierden peso y la piel cuelga, se vuelve laxa?, ¿cómo se percibe la persona frente a estos cambios? Para tratar de dar respuesta a estos interrogantes, nos propusimos realizar una investigación, cuyo objetivo fue: «comprender el significado de la experiencia vivida en el proceso posquirúrgico de la cirugía bariátrica en las personas, en el Valle de Aburrá, Colombia», y para este artículo, presentar la categoría en busca de la imagen corporal deseada.

El estudio se desarrolló con el referente teórico del interaccionismo simbólico, que proporciona un lente para investigar y comprender los procesos y resultados del comportamiento humano. Un representante de esta corriente es Blumer ²¹, quien afirma que el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo sentido participan los actores. El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado y la interpretación de los procesos humanos esenciales. Sus premisas son: a) los seres humanos actúan ante las cosas con base en el significado que estas tienen para ellos; b) el significado de las cosas se deriva o emerge de la interacción social que se tiene con los otros; c) estos significados se usan y transforman.

Métodos

Estudio cualitativo a partir del paradigma interpretativo: manera de enfrentar el mundo desde la interioridad e interacción de los actores sociales, medio por el que se constituyen los significados que asignamos al

mundo que nos rodea²²; en este se aborda el significado de la experiencia vivida por las personas en el proceso posquirúrgico de la cirugía bariátrica las cuales, una vez que pierden peso, observan su cuerpo avejentado, desgastado.

En la investigación participaron 23 personas no institucionalizadas, mayores de 18 años, residentes en el Área Metropolitana del Valle de Aburra, Departamento de Antioquia, Colombia¹, de cualquier estrato socioeconómico, que llevaban entre 6 y 36 meses de haberse sometido a cirugía bariátrica independiente de la técnica quirúrgica y que desearon participar en el estudio. Se excluyeron personas con problemas cognitivos que impidieran su comunicación. Los primeros contactos fueron con personas referenciadas a las investigadoras; luego, los mismos participantes fueron remitiendo a otras personas con la misma experiencia, como lo expresan Taylor y Bodgan²³, en bola de nieve. La técnica para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada, la cual iniciaba con la pregunta orientadora: ¿Qué ha significado para usted la experiencia vivida durante el postoperatorio de una cirugía bariátrica? Las entrevistas fueron evolucionando en la medida en que los participantes aportaban sus experiencias frente al fenómeno vivido²².

Para el análisis se tuvieron en cuenta las herramientas de la teoría fundamentada²², en la codificación abierta: se realizó la transcripción exacta de las entrevistas y se codificó línea por línea la información recolectada. Los datos se examinaron minuciosamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes y se usaron códigos sustantivos e in vivo que dieron origen a las categorías y subcategorías. En la codificación axial se relacionaron cada una de las categorías y subcategorías emergentes; las cuales se validaron con los hallazgos, los participantes y la revisión bibliográfica. El muestreo teórico direccionó el análisis de los datos, que permitió elaborar y refinar las categorías, hasta lograr la saturación teórica^{22,24}.

Se realizó un estudio exploratorio con tres participantes, se revisó la pertinencia de los temas orientadores, la oportunidad, el ambiente de la entrevista, la forma en que se conduce, la calidad de la grabación, el manejo de la cinta y la transcripción de la misma, lo que permitió afinar la conducción de la entrevista y observar el lenguaje verbal y no verbal del participante.

Se siguieron los criterios de rigor —auditabilidad y credibilidad— de la investigación cualitativa²⁵; las investigadoras siguieron el análisis de los datos de acuerdo a las descripciones de los participantes y no sesgadas por sus motivaciones, intereses o perspectivas; entre los aspectos que las ayudaron fueron la descripción de las características de los informantes, su proceso de selección; el instrumento aplicado para la recolección de los datos; el uso de mecanismos de grabación, de transcripción fiel y el análisis de las entrevistas, lo cual garantizó la confirmabilidad y objetividad al estudio. Asimismo, siempre estuvo presente la reflexividad, que implicó

una deliberación crítica a lo largo de todo el proceso investigativo y la triangulación entre las investigadoras en los procesos analíticos²⁶.

Consideraciones éticas

Las relaciones investigadores-participantes se basaron en el consentimiento libre, consciente, autónomo y reflexivo. El consentimiento informado fue firmado antes de la entrevista, se respetó el derecho a la intimidad al omitir cualquier información que pudiera afectar a los actores sociales y los datos, como nombres, lugares y fechas que permitieran identificar a los participantes²⁷.

Se partió de acuerdos sobre la agenda de entrevistas, la publicación y la forma de difusión de los resultados; en el proceso de registro de la información se utilizaron seudónimos, y se eliminaron aquellos datos (nombres, lugares, fechas) que permitieran la identificación del participante o de las personas a las que refirió²⁷.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Acta CEI-FE 2011-4 de 24 de junio de 2011. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia²⁸; es de riesgo mínimo, ya que no implicó intervención o modificación alguna sobre la vida o las condiciones emocionales de los participantes.

Resultados

Participaron 23 personas, 9 (39.13%) hombres y 14 (60.8%) mujeres; estado civil: 8 solteros (34.8%), 10 casados (43.5%), 3 divorciados (13.0%); lugar de residencia: Medellín 16 (69.6%), Bello 3 (13.0%), la Estrella, Sabaneta e Itagüí cada uno de ellos con 1 (4.3%); estudios realizados: universitarios completos 7 (30.4%), posgrado 4 (17.4%), tecnológicos incompletos 1 (4.3%). En cuanto a la técnica quirúrgica: 15 con *bypass* gástrico (65.2%), 8 con sleeve gástrico (34%); meses de operados: 6 meses el de menos, y 52 el de más, para un promedio de 27.43 meses.

Después del análisis de la información emergieron varias categorías y subcategorías; en este artículo se presentará solo una de ellas: «En busca de la imagen corporal deseada». Después de la cirugía bariátrica, la pérdida de peso es acelerada y progresiva, y la piel pierde firmeza y tonicidad; por esta razón, las personas sienten la necesidad de mejorar su imagen corporal, por lo que desean someterse al proceso de reconstrucción para lograr un cuerpo esbelto y atractivo, lo que implica una serie de procedimientos a los que tendrá que someterse, los cuales traen como consecuencias dolor, temor y angustia; pero también satisfacción, felicidad, alta autoestima y bienestar.

En ocasiones, estas cirugías reconstructivas se convierten en una obsesión, una adicción, que lleva a las personas a querer cambiar partes de su cuerpo que no son resultado de la pérdida de peso tras la cirugía

bariátrica, tales como blefaroplastia, rinoplastia, lipomarcación y otras más, observándose una completa metamorfosis del cuerpo.

Otro patrón que se manifiesta es la no necesidad de someterse a más procedimientos riesgosos como la cirugía bariátrica, pues señalan haber logrado ya su principal objetivo: disminuir de peso y la ausencia de comorbilidades.

Esta categoría está compuesta por varias subcategorías que se detallan a continuación.

Cumpliendo los requisitos para la reconstrucción

La estabilización del peso llega aproximadamente entre los 12 a 18 meses, y continúa la etapa de reconstrucción para extraer el exceso de piel colgante; algunos requieren la torsoplastia, otros la abdominoplastia, la inguinoplastia, la plastia en los brazos, en los glúteos, todo depende de las características de cada uno y de la imagen corporal que desean mostrar. Ellos dicen:

«...en este momento como de todo, al cumplir el año y medio de la cirugía que estuve estable ... la doctora me dijo que tenía que tener una torsoplastia completa». E17.

«...yo soy de las más atrasadas que estoy, porque yo apenas tengo la abdominoplastia, pero hay otras que pongamos ya están listas, tengo otra que ya le hicieron los brazos y la abdominoplastia, y ya está esperando que la llamen para hacerse los muslos...». E18.

Sin embargo, cuando se cumple el tiempo promedio de estabilización en el peso para la reconstrucción, algunos no cumplen con los requisitos: tienen anemia, están de muy bajo peso, necesitan de nutrientes o dietas altas en calorías; otros incluso no tienen suficiente tejido graso en su cuerpo que se pueda aprovechar para la reconstrucción, por lo que deben esperar un tiempo prudencial para ello; es entonces cuando requieren entrar en un nuevo proceso: evaluación por nutricionista, por internista, por cirujano plástico, es decir por todo un equipo de salud:

«...conozco personas que no les han podido hacer el recorte de piel porque están anémicos, están desnutridos, porque no han sido juiciosas en tomarse los medicamentos...». E6.

«...mujer eh... yo de dónde te saco grasa a vos, yo necesito grasa, para inyectarte en esa cadera cuando te la reconstruya ... cuando yo retire toda esa piel esa cadera va a quedar absolutamente plana ... lo ideal sería que tú tuvieras de pronto un poquito de grasita, localizada...». E3.

Aunque todo se cae, no siempre se quiere la cirugía reconstructiva

Después de la pérdida de peso progresivo se observa un proceso de decadencia en la imagen corporal, la piel se vuelve envejecida y flácida, lo cual es perceptible sobre todo en las mamas, el abdomen, los muslos y los brazos, áreas donde más grasa se acumula; las personas se sienten mal, temen estar frente a un espejo, ser vistas por los seres amados en la intimidad. Esto genera una situación de frustración y de vergüenza que los

lleva al deseo de recuperar su cuerpo, subsanar los vestigios que ha dejado la pérdida de peso. Así lo expresan:

«...se empiezan a caer las caderas, a las mujeres se nos caen los senos, aparecen las estrías, se empieza a caer la piel, las arrugas aparecen en la cara...». E4.

No obstante, a algunos de los participantes no les importó que su piel estuviera laxa, manifestaron que, al fin y al cabo, solo los veía su pareja en la intimidad; el ver que la ropa les queda bien, que las comorbilidades desaparecieron y mejoraron su calidad de vida, se sienten satisfechos y felices, no les interesa someterse nuevamente a otro procedimiento que para ellos fue doloroso. Ellos dicen:

«Eh... ahorita que vaya y empiece control, él sí había dicho el problema mío de obesidad era barriga y obviamente sí perdí de la cara, de los brazos y de las piernas perdí un poquito, a mí el cuero aquí... Pero eso solo me lo ve la patrona [la esposa]». E7.

«...no me importa que me cuelgue, me tiene sin cuidado, y al que no le guste mirarme, que no me mire, pero yo me siento divina... ¡Me siento divina! Con todo lo que me cuelga...». E18.

El no deseo de la reconstrucción se puede deber a dos componentes:

—
Temor de vivir otra experiencia similar: algunos, a pesar de la insistencia del cirujano bariátrico, del cumplimiento de los requisitos y la aprobación de la Empresa Promotora de Salud (EPS) ² para la realización de las cirugías reconstructivas, no se deciden, ya que otra nueva experiencia les genera temor, miedo e incertidumbre.

«... a mí me parece tan riesgoso hacerse operaciones y operaciones de tipo estético, que digo ¡ah! para qué uno arriesgarse hacer eso, eso no deja de ser una cirugía, puede que no sea compleja, pero de todas maneras no deja de ser una cirugía». E23.

«...no me hecho la torsioplastia porque me da temor, tengo la orden de la EPS, cuando yo quiera arranco y me opero, pero a mí me da temor volver a un quirófano, eso sí me daría temor...pánico». E15.

—
Temor a perder su identidad: reconocen que, con el recorte de piel, el cuerpo se ve esbelto, pero sienten pánico de someterse nuevamente a una situación similar, es como si les quitaran una parte de su ser, ellos valoran su cuerpo, es lo que los identifica como seres únicos dentro de una sociedad, razón por la que rehúsan a someterse a otra intervención. Sus testimonios lo demuestran:

«...al menos tengo mis gorditos para recordarme que fui gordita, entonces es como una sensación de perder algo, no sé...». E4.

«...falta mucho acompañamiento psicológico en esa parte porque, a veces siento que quitarme eso es como perder una parte de mí...». E4.

Complicándome con la reconstrucción

Posterior a la reconstrucción llegan las molestias como el dolor, complicaciones como rotura de los puntos de sutura, la infección, entre otras; todo esto lleva a una insatisfacción con el procedimiento.

«...ese dolor lo hace llorar, me da como un desespero [después de la abdominoplastia]». E13.

«...la inguinoplastia fue, no me fue mal sino que se me reventaron unos puntos». E2.

«...yo siempre sentí dolor, mucha presión porque la piel como que a la final es como muy dura». E2.

A pesar de que los pacientes les explicaron a los cirujanos cómo deseaban la reconstrucción, varios de ellos no estuvieron satisfechos, pues quedaron con cicatrices poco estéticas, muy visibles; sienten que no fueron escuchados, que no se cumplieron las expectativas; manifiestan insatisfacción y esto lo atribuyen a no tener facilidad de pago para hacerla con cirujano particular, porque sería más estética, con uso de mejor tecnología. No comunican su descontento por temor a perder el derecho a otras cirugías, a otros procesos médicos relacionados con la cirugía bariátrica y al miedo a que tomen represalias con las demás personas que requieran la reconstrucción. Ellos lo manifiestan:

«...no soy cirujana, yo me cojo el muslo y digo él había podido subir y cortar más. Pero supuestamente ellos son los que saben ellos son los que tienen la razón». E2.

«...por ejemplo de los senos, yo le dije doctor yo quiero que la areola me quede más pequeña y él me dijo que sí y no me hizo nada». E2.

«...la impresión que a mí me ha dado, no sé si será por EPS, o es que es así, me ha parecido un poquito choroto [poco estético], ...si es un cirujano que usted va y le paga yo creo que queda la paciente muy contenta al ver esa diferencia». E2.

Viendo los beneficios de la reconstrucción

Las dermatitis por contacto, los olores que se producen por el exceso de sudor, por la orina; la vestimenta no ajusta al cuerpo, las actividades que implican movimientos bruscos como correr, saltar; el sentarse en una silla, en la taza del sanitario, la piel es un vaivén, cuelga, incomoda. Situaciones sociales como compartir con los amigos, con los familiares en cualquier escenario donde se encuentren produce estrés, vergüenza y esto los deprime. Con la cirugía reconstructiva desaparece todo, llega el deleite, el confort, la seguridad y tranquilidad. Así lo comentan:

«...a mí me dolía por ejemplo cuando yo iba a correr a coger un bus, esa piel se sacudía y dolía, la piel duele, eso se acabó también». E3.

«...cada que tenía que ir al baño entonces como que yo tenía que correrme esa piel, abrirme así esa piel para poder entrar al baño como una persona normal, todo eso se acabó después de la cirugía». E3.

Los vestigios: vanidad y adicción a las cirugías estéticas

Algunos manifiestan que se vuelven adictos a las cirugías plásticas y desean reconstruirse todo: los ojos, la nariz, los cuadritos en el abdomen, partes anatómicas del cuerpo que no tienen nada que ver con los vestigios que deja la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica; desean un cuerpo cuasi perfecto. Es cuestión de vanidad dicen unos, nos volvemos compulsivos por las cirugías estéticas; el proceso fue tan satisfactorio que no hay temor al quirófano, la meta es estar esbeltos para ellos mismos y para los otros. Esto es lo que dicen:

«...uno se vuelve vanidoso después de gordo, entonces después de una empezar a rebajar, me hice la torsoplastia, me hice la rinoplastia, después me hice cirugía de ojos». E17.

«...o sea se vuelve uno como adicto a las cirugías, entonces ah... me faltó tal cosa, entonces hagámonos esto, pero ya llegué al punto». E17.

«... la doctora en la última cita me dijo, si quiere le coloco cadera, le hago los cuadritos en el pecho y le dije, no, ya uno se vuelve vanidoso con todo eso entonces no». E17.

Discusión

La búsqueda de la imagen corporal es uno de los motivos que lleva a los pacientes a recuperar su «normalidad»; los estudios en cirugía bariátrica muestran que los hombres están motivados principalmente por las preocupaciones sobre los problemas de salud y las mujeres por su insatisfacción con su apariencia física. Merleau-Ponty advierte que la percepción, la comprensión y las identidades se originan y se experimentan a través de nuestros cuerpos^{29,30}. La percepción de la apariencia física propia está estrechamente ligada al concepto de la imagen corporal, que está atado al autoconcepto del individuo y se relaciona con la autoestima³¹. La belleza femenina se asocia con la delgadez y el cuerpo bajo de peso es un atributo central del atractivo físico^{32,33}.

Cumpliendo los requisitos. Es necesario esperar un tiempo prudencial para lograr estabilizarse en el peso. Por lo general esto ocurre 12 meses después de la cirugía bariátrica³⁴, tiempo apenas prudencial para la recuperación y para pensar en la cirugía reconstructiva: recorte de la piel sobrante para lograr la imagen corporal anhelada. El ritmo de la pérdida de peso es variable: algunos pacientes pierden el mayor porcentaje en los primeros 6 meses, y solamente un excedente menor en el lapso siguiente; mientras que otros lo pierden en forma más lenta pero constante, distribuida en los 12 o más meses posteriores a la cirugía³⁵; similar comportamiento lo presentaron nuestros participantes, con una estabilización del peso aproximadamente al año y medio de operados.

Algunos participantes tardaron más tiempo para cumplir el requisito y esto se debió a problemas como la anemia y la desnutrición, entre otros. Como expresan Herman et al.³⁴, el paciente sometido a cirugía bariátrica tiene necesidades nutricionales únicas, diferentes a las de otros pacientes, debido a secuelas por la obesidad, por los hábitos

alimentarios poco saludables, lo que puede conducir a deficiencias de proteínas, minerales y vitaminas. Además, debido a la alteración de la anatomía y fisiología del tracto gastrointestinal, la cirugía bariátrica puede disminuir la capacidad del paciente para absorber nutrientes y electrolitos, y presentar deficiencias en hierro, ácido fólico, vitamina B12, vitamina A, cinc y selenio. Igualmente, deficiencias de proteínas y anemia³⁴.

Aunque todo se cae, no siempre se quiere la cirugía reconstructiva. Aunque la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica confiere beneficios significativos para la salud³⁶, sin embargo, los pacientes aquejan problemas en su cuerpo, en su mayoría relacionados con el exceso de piel colgante, que aviva dos problemas funcionales principales: dificultad para la higiene corporal y dificultad para hacer ejercicio. Los pacientes pueden presentar dermatitis e infecciones de la piel, entre otras³⁷. Las consecuencias funcionales y cosméticas de la laxitud de la piel y su exceso pueden ser más desconcertantes que su estado obeso anterior³⁴; verse así les genera insatisfacción y problemas de calidad de vida, como lo reportan diferentes estudios: Warholm et al.³⁷, manifiestan que, a pesar de estar más familiarizados con la nueva apariencia de su cuerpo, los participantes reconocen lo mal que se sienten por la piel; pero este sentimiento cambia cuando su cirujano les informa que las cirugías plásticas reconstructivas están a su alcance.

Posteriormente, ven el final del proceso y ansían la «normalidad»; así mismo, por el exceso de piel, los hombres perciben la imagen corporal masculina como «poco atractiva»³⁸. Otro estudio reporta que los pacientes manifestaron dolor y la interferencia con su capacidad de encontrar la ropa adecuada, mantener la higiene personal y participar en actividades físicas o de comportamiento sexual³⁶.

De acuerdo al tipo de obesidad previa, la edad y la calidad de la piel, son esperables secuelas y efectos indeseados que, en algunos casos, son puramente estéticos, pero que en otros pueden tener implicaciones mayores para su calidad de vida³⁹. En nuestro estudio, varios de los participantes recurrieron a la reconstrucción, lo que produjo mejora en la autoestima, apariencia más atractiva y satisfacción con su imagen corporal.

- Temor a vivir otra experiencia similar: como informan Edwards-Hampton et al.⁴⁰, la depresión y la ansiedad entre los candidatos de cirugía para la pérdida de peso es común y se debe a la superposición de los síntomas fisiológicos de ansiedad y obesidad. Los enfoques psicoterapéuticos han de utilizarse para hacer frente a los pensamientos de mala adaptación, ansiedad y mejorar potencialmente los resultados en estas personas.

La mayoría de las veces, lo que lleva al paciente al acto quirúrgico son los diferentes malestares que produce su padecimiento. Hay una necesidad física, espiritual, e incluso psicosocial, y un deseo interior de recuperarse del estado en que se encuentra, y el paciente está «deseando la normalidad». También pueden experimentar ambivalencia entre el temor y la tranquilidad, pues cualquier cirugía despierta emociones

completamente opuestas: por un lado, la tranquilidad y la alegría de que el padecimiento va a mejorar; por otro, temen a los procedimientos quirúrgico y anestésico pues estos producen cambios en las rutinas de la vida que, asociados a las características individuales, son estímulos desencadenantes de alteraciones emocionales como la ansiedad, el temor o el miedo. Hay preocupaciones acerca del tiempo de la cirugía, del tiempo que estará inconsciente y la mayor preocupación es la muerte⁴¹. Además, cuando la experiencia vivida poscirugía bariátrica no fue gratificante, el saber que su cuerpo va a necesitar de varias intervenciones para llegar a esa imagen corporal deseada les genera temor e incertidumbre.

Por otro lado, no se pueden realizar varios procedimientos plásticos reconstructivos en una sola intervención, deben ser programados en tiempos diferentes. Igual ocurre con las horas del transoperatorio, no deben ser demasiadas por los riesgos de la anestesia; además, no se deben realizar grandes resecciones de tejidos de diferentes zonas del cuerpo, pues esto implica una pérdida sanguínea y posible necesidad de trasfusiones. Todo esto lleva a que sea necesario programar varios momentos para la reconstrucción, por lo que aumentan los riesgos para el paciente e incluso puede ocurrir la muerte.

- Miedo a perder la identidad. Algunos de nuestros participantes se negaron a las cirugías plásticas reconstructivas debido al temor a perder su identidad. Después de la cirugía, cada participante progresivamente debe asimilar y aceptar, aunque a veces con tropiezos, su nueva apariencia: una figura más delgada, sin piel colgante, pero que no necesariamente coincide con la imagen fantaseada. La percepción, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, como el conjunto de rasgos propios que lo caracterizan frente a los demás⁴².

El temor a la pérdida de la identidad es lo que Gilmartin et al.⁴³ llama «retraso de identidad» o sea, los cambios en el cuerpo son más rápidos que su interiorización y la percepción social de la imagen corporal y la apariencia, lo cual da por resultado desorientación o sentimientos de incertidumbre. La confusión y el conflicto en cuanto a la relación entre el yo y el cuerpo reflejan una experiencia turbulenta que desestabiliza a la persona. Es difícil para los participantes aceptar sus cuerpos cambiantes y, por tanto, posteriormente hay angustia psicológica. Así, para los participantes, la falta de aceptación de sí mismos y la percepción del cuerpo transformado como propio se convierten en un desafío⁴³.

La cirugía bariátrica y las cirugías plásticas reconstructivas mejoran la autoestima, la confianza en sí mismo y la expresividad⁴⁴. Estos cambios parecen estar correlacionados con mejorías de la imagen corporal y la satisfacción de pérdida de peso después de la cirugía⁴⁴. Sin embargo, en el estudio de Kinzl et al.⁴⁵, la insatisfacción con la imagen corporal residual ha sido reportada después de la cirugía bariátrica, aunque estaban satisfechos con su apariencia general, los pacientes que informaron mayor satisfacción después de la cirugía perdieron menos peso que sus contrapartes insatisfechos, probablemente debido a que sus «problemas de la piel» fueron menos pronunciados. Por tanto, es

fundamental comunicar a los pacientes antes de la cirugía los cambios postoperatorios en la piel, y los beneficios y las limitaciones de la cirugía plástica reconstructiva con el fin de mitigar la angustia psicológica que esta produce ⁴⁶.

Complicándose con la reconstrucción. Nadie está libre de una complicación después de la cirugía reconstructiva posbariátrica; la literatura reporta tasas de complicaciones para estos procedimientos más altas entre los posbariátricos en comparación con otros pacientes de cirugía plástica. En general, parece que variables como el índice de masa corporal son los mayores predictores de las tasas de complicaciones entre los que han experimentado una pérdida masiva de peso ³⁶. Los riesgos de complicaciones de cicatrización de heridas, como la infección y dehiscencia, son los más reportados; otros son la pérdida significativa de sangre, seromas, hematomas, la necrosis de tejido y la reintervención, entre otros ⁴⁷⁻⁴⁹.

La mayoría de los participantes en nuestro estudio se sintieron contentos con su nueva apariencia después de la cirugía reconstructiva; otros, en cambio, sintieron una expectativa insatisfecha. Poulsen et al. ¹⁸, en su investigación, afirman que muchos quedaron gratamente sorprendidos al encontrar que había una nueva forma del cuerpo y de tamaño.

Otro hallazgo importante con relación a las expectativas fue que la mayoría de los participantes no esperaban que las cicatrices de la cirugía de contorno corporal fueran tan extensas, y a pesar de que algunos expresaron que estaban dispuestos a intercambiar la piel por las cicatrices, la mayoría señalaron que se sintieron decepcionados cuando las vieron. Poulsen et al. ¹⁸, en su estudio, afirman que además de esta preocupación, existe otra relacionada con la apariencia del ombligo y las estrías.

La compleja recuperación fue otra sorpresa negativa para muchos de los participantes inmediatamente después de la cirugía, pues no esperaban el nivel de dolor y malestar experimentado y el impacto sobre su movilidad.

Poulsen et al. ¹⁸, señalan que, aunque algunos de los participantes informaron que sabían acerca de las complicaciones que podían producirse, no esperaban experimentarlas, ni mucho menos que fueran tan graves. Unos pocos participantes no comprendieron plenamente que el contorno del cuerpo es una cirugía mayor que potencialmente puede ser mortal. Además, no se sintieron lo suficientemente informados acerca de la duración de la recuperación del proceso y lo difícil que podría ser, y que sus expectativas no se cumplieran con el contorno del cuerpo y, por tanto, la insatisfacción postoperatoria ¹⁸.

Los vestigios: vanidad y adicción a las cirugías estéticas. La imagen corporal ideal se va plasmando por los valores, las creencias y los cánones estéticos que promueve cada sociedad, y las últimas décadas se han caracterizado por un culto al cuerpo ⁵⁰. Asimismo, el patrón de belleza occidental contemporáneo promueve un contorno corporal delgado y atractivo, el cual enfatizan el modelaje, los medios de comunicación, la publicidad. En la construcción cultural del cuerpo hay

factores individuales que contribuyen, como las diferencias genéricas, el estereotipo de rol de género femenino, la raza blanca, la influencia de la familia y las amistades sobre el peso, silueta y alimentos, las críticas o burlas de los otros significativos, el reforzamiento social respecto a los cambios biológicos y emocionales de la adolescencia, los rasgos perfeccionistas ⁵¹.

También, la sociedad occidental y la nuestra en particular han convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio; así, la preocupación por la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria mercantilista, por tanto, la atención está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica. En nuestro estudio, cuando se empiezan a ver los cambios físicos hay una gran satisfacción, a tal punto que se quiere tener la figura corporal perfecta y recurren a otras cirugías plásticas que nada tienen que ver con las secuelas de la cirugía bariátrica; entonces se percibe que la vanidad lleva a la adicción por las cirugías estéticas, todo esto conlleva que se lucren de este mercado no solo los especialistas en el ramo, sino también las empresas o instituciones de salud cuyo único interés es el económico.

Phillips ⁵² enfatiza que en las personas con trastornos de la imagen corporal emerge la necesidad de perfección, de agradar para ser aceptado por los otros, de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones.

Cuando se tiene la imagen corporal deseada después de tantas cirugías estéticas, hay satisfacción, felicidad, desaparecen los complejos, se sube la autoestima, ya son aceptados en la sociedad que en algún momento de sus vidas se tornó adversa.

Al analizar los hallazgos a la luz del autoconcepto del Modelo de Adaptación de Roy ⁵³, se encuentra que está compuesto por el yo físico, el cual se manifiesta por las sensaciones corporales y la imagen propia; el yo personal, que incluye la autoconsistencia; el yo ideal; y el yo moral, ético y espiritual.

El yo físico es la imagen corporal, el conocimiento y la representación simbólica global de cómo los participantes se ven y se imaginan a sí mismos. Se crea a partir del registro visual del propio cuerpo, siempre situado en un contexto y en una cultura que lo definen a lo largo de su proceso. El componente perceptivo se refiere a la precisión con la que se perciben el tamaño, el peso y las formas. Los aspectos cognitivo-afectivos son los sentimientos, las actitudes y los pensamientos que despierta el propio cuerpo, y los aspectos conductuales son las conductas que se pueden derivar de factores como la evitación de la exhibición del cuerpo o el uso de rituales, entre otros ⁵⁴. Todos estos aspectos cambian durante el proceso postoperatorio, al verse demacrados por la pérdida de tejido adiposo y el inicio del proceso de reconstrucción que genera al mismo tiempo satisfacciones e insatisfacciones. Uno de los asuntos que más les impactan es la cicatrización de las cirugías plásticas que les realizan, pues en la cirugía bariátrica las incisiones son muy pequeñas porque se realizan por laparoscopia, mientras que la reconstrucción plástica requiere incisiones muy amplias para resecar la piel sobrante. Además, como

cualquier cirugía, la reconstrucción tiene efectos secundarios como el dolor, la incomodidad, la retención urinaria, entre muchos otros que se pueden presentar, incluidos los riesgos de una complicación.

El self o yo personal es la manera en que los participantes tratan de mantener la coherencia, la organización, a fin de evitar el desequilibrio; se observa cuando una persona responde a determinadas situaciones ⁵³. Se describen como seres humanos que buscan un equilibrio a través de mantenerse activos, al buscar ayuda si la requieren y al manejar los mitos urbanos y las opiniones de la población en general al referirse a los tratamientos de estos pacientes.

Por otro lado, el self o yo ideal ⁵³, se relaciona con lo que cada participante quisiera ser, en este caso mantener el peso después de la reconstrucción, que a su vez se ve reflejado en la mejoría de la calidad de vida.

El self o yo moral, espiritual, ético, incluye el sistema de creencias y la evaluación de cada uno en relación con el universo. Las personas buscan a toda costa creer en ellas mismas, apoyarse en otros y mantener el autocontrol para lograr mantenerse y mejorar la relación social con el universo y con los otros, y aumentar su autoestima.

Así pues, muestran unos comportamientos de adaptación positiva al estar satisfechos con su imagen corporal, al mantener el peso y al afrontar los avatares propios de una cirugía posbariátrica y reconstructiva. Infortunadamente, hay comportamientos que muestran problemas en la adaptación cuando hay disturbios en la autoimagen.

Por tanto, enfermería ha de utilizar estrategias de cuidado como el tacto, la escucha, la comunicación, la presencia, la ayuda; abstenerse de hacer juicios; brindar privacidad; promover en la persona que hable sobre sus sentimientos; brindar contacto con personas significativas; satisfacer las necesidades y recordarles la realidad.

El autoconcepto del Modelo de Adaptación de Roy propuesto por Callista Roy facilita la comprensión de los comportamientos de los participantes durante la trayectoria de su periodo postoperatorio y brinda luces acerca de cómo apoyar a estas personas durante el proceso de adaptación a sus nuevas condiciones, en todas las dimensiones del ser humano.

Conclusiones

La cirugía bariátrica no garantiza tener una imagen corporal esbelta, son necesarias nuevas intervenciones para alcanzarla y así poder ser aceptados en sociedad.

En la reconstrucción de la imagen corporal después de la cirugía bariátrica no todos quedan satisfechos, persisten vestigios que afectan las dimensiones física, social y emocional, por lo que se requiere de un acompañamiento permanente de todo el equipo de salud, no solo en los momentos previos a ella, sino a través de todo el postoperatorio y más allá de él.

No todas las personas posbariátricas requieren y desean someterse a otros procedimientos quirúrgicos reconstructivos, se sienten bien así, no lo estiman necesario, a la vez que algunas de ellas sienten temor por los riesgos que esto trae.

Por estas razones, es fundamental el papel del profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes sometidos a cirugía bariátrica tanto en los momentos previos a la cirugía como posteriores a ella, por lo que se debe estar muy bien preparado para atender estas situaciones posteriores al proceso de perder peso poscirugía bariátrica, de manera que se logre promover la adaptación a su nueva imagen corporal, la integridad psíquica y la compensación de los cambios corporales.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por algunos de los participantes fomentan y mejoran el modo de autoconcepto, aunque durante el postoperatorio presentan una variación constante de sensaciones corporales negativas que alteran la adaptación a su situación de salud, pero que en la mayoría de los casos son consideradas molestias menores. Su imagen corporal varía durante la trayectoria postoperatoria; si bien algunos no requieren reconstrucción por lo que ellos llaman «tener un cuerpo agradecido», otros la requieren y quedan o no satisfechos con los resultados de la misma.

El yo personal, compuesto por la consistencia entre el yo ideal y el yo moral y ético, permitió comprender cómo manifiestan su autoconcepto al lograr perseverar y relacionarse de una manera adecuada o no con su contexto y, de igual forma, cumplir o mantener sus metas de adaptación.

Entre las recomendaciones están: diseñar y operar un Observatorio con base en una Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso y la Obesidad, que a su vez permita el monitoreo del comportamiento epidemiológico, social y económico de estas y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con estos factores, bajo el enfoque de los determinantes sociales. Esto es de suma importancia para contribuir hacia la transición de un país con una población con mejores estilos de vida saludables y con menos comorbilidades resultado de la obesidad.

El profesional de enfermería es un miembro imprescindible en la conformación de los equipos interdisciplinarios que intervienen a estos pacientes, de ahí la importancia de realizar una valoración completa, que permita establecer, con la mayor precisión posible, la situación actual y determinar si el comportamiento de la persona es adaptativo o inefectivo, para planear unos cuidados de enfermería que favorezcan la adaptación a su nueva imagen corporal.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

Esta investigación se realizó con la financiación del grupo de investigación «La práctica de la enfermería en el contexto social», de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, de la propia Universidad y las investigadoras.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Rivera J.A, González-de Cossío T, Pedraza L.S, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2:321-32, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
- Obesidad y sobrepeso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Nota descriptiva N. 311
- La Jornada México el país con mayor nivel de obesidad destaca FAO, México: La Jornada, Sección Sociedad, 5 de junio de 2013.
- Mönckeberg F, Muzzo S. La desconcertante epidemia de obesidad. *Rev Chil Nutr.* 2015; 42:96-102, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>
- Arango-Arango M. Entidades regionales se unen contra la obesidad. Colombia: El Tiempo; 2015.
- Ministerio de Salud, Problemas en el sistema de salud Minsalud reveló preocupante panorama por obesidad y sobrepeso en Colombia, Colombia: El Espectador, sección Política, 7 de septiembre de 2015.
- Thomson L, Sheehan K, Meaney C, et al. Prospective study of psychiatric illness as a predictor of weight loss and health related quality of life one year after bariatric surgery. *J. Psychosom. Res.* 2016; 86:7-12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.008>
- Lee S.K, Heo Y, Park J.M, et al. Roux-en-Y gastric bypass vs. sleeve gastrectomy vs. gastric banding: the first multicenter retrospective comparative cohort study in obese korean patients. *Yonsei Med J.* 2016; 57:956-62

- Kulkarni K, Karssiens T, Kumar V, et al. Obesity and osteoarthritis. *Maturitas*. 2016; 89:22-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.006>
- Riordan J.K. Preconception counseling after bariatric surgery. *Nurse Pract*. 2016; 41:1-6, <http://dx.doi.org/10.1097/01.NPR.0000483076.70837.85>
- Wee C, Davis B, Jones B, et al. Sex, race, and the quality of life factors most important to patients' well-being among those seeking bariatric surgery. *Obes Surg*. 2016; 26:1308-16, <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-015-1956-4>
- Omran J, Firwana B, Koerber S, et al. Effect of obesity and weight loss on ventricular repolarization: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2016; 17:520-30, <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12390>
- Obeidat F, Shanti H. Early weight loss as a predictor of 2-year weight loss and resolution of comorbidities after sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2016; 26:1173-7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-015-1903-4>
- Papapietro K. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev Chil Cir*. 2012; 64:83-7, <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000100015>
- Arriagada-Solar M.I. Evaluación psicopatológica en obesidad y poscirugía bariátrica. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina; 2015. Tesis
- Courcoulas P, Yanovski Z, Bonds D, et al. Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium. *JAMA Surg*. 2014; 149:1323-9, <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2440>
- Bae J, Shade J, Abraham A, et al. Effect of mandatory centers of excellence designation on demographic characteristics of patients who undergo bariatric surgery. *JAMA Surg*. 2015; 150:644-8, <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2015.74>
- Poulsen L, Klassen A, Jhanwar S, et al. Patient expectations of bariatric and body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016; 4:e694, <http://dx.doi.org/10.1097/GOX.0000000000000677>
- Song P, Patel B, Gunther S, et al. Body image & quality of life: changes with gastric bypass and body contouring. *Ann Plast Surg*. 2016; 76:S216-21, <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0000000000000788>
- Taiario M.T. La imagen corporal del obeso antes y después de la cirugía bariátrica interpretada a través del test proyectivo Dibujo de la Figura Humana (DFH). *BMI Bariátr. Metab. Iberoam*. 2012; 2:107-15
- Blumer H. Symbolic interaction: Perspective and method. New Jersey: Prentice-Hall; 1969.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 4. ed.. California: SAGE; 2015.
- Taylor S.J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Barcelona: Paidós Ibérica; 1984.
- Glaser B, Strauss A, Strutzel E. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. *Nurs Res*. 1968; 17:364
- Noreña A.L, Alcaraz-Moreno N, Rojas J.G, et al. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12:263-74
- Jensen J, Petersen M, Larsen T, et al. Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *J Adv Nur*. 2014; 70:1138-49, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12275>

- Galeano M.E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: EAFIT; 2004.
- República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 De la Investigación en Seres Humanos. Colombia: Ministerio de Salud; 1993.
- Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. London: Routledge; 1945.
- Crocker S. Penetrating the dark silence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2009; 32:295-306, <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181bd693d>
- Taylor S.E. Management of Chronic Illness. *Medical & Health Psychology*. 4. ed.. Copenhagen: McGraw-Hill; 2009. 683-711
- McCabe M.P, Ricciardelli L.A, Holt K. Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls?. *Eat Behav*. 2010; 11:156-63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.005>
- Lawler M, Nixon E. Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *J Youth Adolesc*. 2011; 40:59-71, <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>
- Herman C.K, Hoschander A.S, Wong A. Post-bariatric body contouring. *Aesthet Surg J*. 2015; 35:672-87, <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjv008>
- Jiménez-Suárez S. Control de la obesidad: vida después de la cirugía bariátrica. *Carta de la Salud: Fundación Valle del Lili*. Colombia: Fundación Valle del Lili; 2007. (129):4 páginas
- Ellison J.M, Steffen K.J, Sarwer D.B. Body contouring after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*. 2015; 23:479-87
- Warholm C, Øien A.M, Råheim M. The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. 2014; 9:2-20, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22876>
- Edward K.L, Hii M.W, Giandinoto J.A, et al. Personal descriptions of life before and after bariatric surgery from overweight or obese men. *Am J Mens Health*. 2016; 10:1-9, <http://dx.doi.org/10.1177/1557988316630770>
- Song P, Patel N.B, Gunther S, et al. Body image & quality of life. Changes with gastric bypass and body contouring. *Ann Plast Surg*. 2016; 76:216-21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2007.08.006>
- Edwards-Hampton S.A, Madan A, Wedin A, et al. A closer look at the nature of anxiety in weight loss surgery candidates. *Int J Psychiatry Med*. 2014; 47:105-13, <http://dx.doi.org/10.2190/PM.47.2.b>
- Salazar-Maya A.M. Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. Tesis doctoral
- Diccionario de la lengua española. Identidad. Madrid: Real Academia Española; 2016.
- Gilmartin J, Long A, Soldin M. Identity transformation and a changed lifestyle following dramatic weight loss and body contouring surgery: an exploratory study. *J Health Psychol*. 2015; 20:1318-27, <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313511838>
- Bocchieri L.E, Meana M, Fisher B.L. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*. 2002; 52:155-65

- Kinzl J.F, Traweger C, Trefalt E, et al. Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg*. 2003; 13:105-10, <http://dx.doi.org/10.1381/096089203321136683>
- Kubik J, Richdeep G, Laffin M, et al. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes*. 2013; 5, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>
- Abela T, Stevens T, Reddy M, et al. A multidisciplinary approach to post-bariatric plastic surgery. *Int J Surg*. 2011; 9:29-35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.10.002>
- Chong T, Coon D, Toy J, et al. Body contouring in the male weight loss population: Assessing gender as a factor in outcomes. *J Plast Reconstr Surg*. 2012; 130:325e-30e, <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182589adb>
- Kitzinger H.B, Cakl T, Wenger R, et al. Prospective study on complications following a lower body lift after massive weight loss. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013; 66:231-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2012.09.006>
- Esteban M. Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Bellaterra; 2004.
- Behar R. La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2010; 48:319-34, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Common, severe and in need of treatment research. *Psychother Psychosom*. 2014; 83(6):325-9. [http://Doi:10.1159/000366035](http://dx.doi.org/10.1159/000366035).
- Roy C. The roy adaptation model. 3. ed.. Saddle River: Pearson; 2009.
- Baile-Ayensa JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades: Cuadernos del Marqués de San Adrián*. 2003; (2):53-70.

Notas

- 1 El Área Metropolitana del Valle de Aburrá es la entidad político-administrativa que reúne a diez municipios de la subregión del Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia, Colombia. Su núcleo es Medellín (capital del departamento) y los otros miembros son (de sur a norte): Caldas, La Estrella, Sabaneta, Itagüí, Envigado, Bello, Copacabana, Girardota y Barbosa. La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2 Empresa Promotora de Salud (EPS), entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados. Ley 100/93.

Notas de autor

Autor para correspondencia. angela.salazar@udea.edu.co