Artículo Original / Original Article

Cirugía bariátrica en pacientes jóvenes: ¿Cómo evalúan el proceso?

Bariatric surgery in young patients: How do they appraise the process?

ABSTRACT

The rate of bariatric surgery has increased in younger populations, nonetheless data about the psychosocial evolution of young adults who undergo this intervention is scarce. Thus, there is a need to understand the differences and similarities of experiences compared with older adults. Aim: To explore pre- and post-operative experiences and needs of young adults who underwent bariatric surgery in health care centers in Chile. Method: Cross-sectional qualitative study with an exploratory/descriptive scope. We interviewed 27 young adults between 18 and 27 years old, who underwent bariatric surgery. Data were analyzed using open coding technique from grounded theory. Results: Four categories regarding the evolution of the operative process were identified. These included: obesity history, surgery motives, postoperative experiences, as well as environmental and personal facilitators of the process. Discussion: Participants, in general, showed similar experiences compared to the ones reported by adults. Nonetheless, we found specific elements of the developmental period and age-specific context, which are necessary to consider for the short- and long-term pre- and post-operative professional and family support.

Key Word: Bariatric surgery, Obesity, Adolescence, Young adulthood, Qualitative methods.

RESUMEN

La tasa de cirugía bariátrica en personas cada vez más jóvenes ha ido aumentando, sin embargo, son escasos los datos sobre la evolución del funcionamiento psicosocial de población joven sometida a esta intervención. Surge la necesidad de conocer diferencias y similitudes con población adulta. Objetivo: Explorar las experiencias y necesidades pre y postoperatorias de jóvenes sometidos a cirugía bariátrica en centros de salud de Chile. Método: Estudio cualitativo de alcance exploratorio/descriptivo y de corte transversal. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 27 jóvenes de entre 18 y 27 años sometidos a cirugía bariátrica. Los datos fueron analizados mediante la técnica de codificación abierta de la teoría fundamentada. Resultados: Se identifican cuatro categorías respecto a la evolución del proceso operatorio, incluyendo: historial de obesidad, motivos de

Claudia Cruzat-Mandich, Fernanda Díaz-Castrillón,
Andrea García T, Valentina Ulloa J.

Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA),
Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez.

Dirigir correspondencia: Claudia Cruzat-Mandich,
Av. Diagonal Las Torres 2640, Peñalolén.
Santiago, Chile.
Teléfono: 56-2-23311648
Email: claudia.cruzat@uai.cl

Este trabajo fue recibido el 25 de abril de 2017.
Aceptado con modificaciones: 11 de septiembre de 2017.
Aceptado para ser publicado: 06 de octubre de 2017.

consulta, vivencias postoperatorias, y factores ambientales y personales facilitadores del proceso. Discusión: Los participantes exhiben, en general, experiencias similares a las reportadas por adultos. No obstante, se evidencian elementos específicos al contexto y etapa evolutiva de la juventud, que son necesarios de considerar en el acompañamiento profesional y familiar pre y postoperatorio a corto y largo plazo.

Palabras clave: Cirugía bariátrica, Obesidad, Adolescencia, Adultez joven, Metodología cualitativa.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica (CB) ha sido calificada como la intervención más efectiva para el manejo de la obesidad y sus comorbilidades¹⁻³. A pesar de las aprehensiones, por parte de adolescentes y jóvenes con respecto a este tipo de tratamiento^{4,5}, la tasa de CBs ha ido aumentando dramáticamente en estas poblaciones^{6,7}. El presente estudio pretende centrarse en las vivencias de cirugía bariátrica en la adultez joven o emergente, etapa que presenta características únicas explicadas por la transición de la adolescencia tardía hacia la adultez⁸.

Si bien la literatura indica que la baja en el Índice de Masa Corporal (IMC) y que las tasas de mortalidad post-cirugía son similares entre adultos y adolescentes, se han evidenciado ciertas diferencias en relación a esta intervención, entre ambos grupos, relacionadas a la rapidez de recuperación postquirúrgica, las tasas de complicaciones, así como el mejoramiento de comorbilidades⁹. Asimismo, se han señalado medidas especiales a tomar, por parte del equipo de salud, al enfrentarse con candidatos a CB adolescentes^{9,10}. No obstante, son escasos los datos existentes sobre la evolución del funcionamiento psicosocial de población joven sometida a la intervención, y sus percepciones sobre el proceso operatorio. De esta forma, dadas las características y necesidades específicas de esta etapa evolutiva, tales como la definición de la identidad, la estructura y exigencias del entorno educacional, la transición desde la dependencia parental hacia la autonomía, la influencia que tiene la instauración de hábitos, actitudes y estado de salud en la etapa adulta^{8,11,12}, se hace necesario mantener actualizada la investigación sobre la CB en este grupo etario.

Asimismo, es sabido que los pacientes poseen preocupaciones y necesidades distintas en cada fase del proceso operatorio. Kalarchian y Marcus¹³, por ejemplo, indican que la fase preoperatoria es un período de toma de decisiones y preparación de los pacientes, que consiste en evaluaciones respecto de sus objetivos y motivaciones, así como historial de peso, cumplimiento de regímenes y psicopatología, y en psico-educación sobre los riesgos y beneficios de la cirugía. La fase postoperatoria se caracteriza por ser un período de adaptación a la rápida y drástica pérdida de peso, el cual requiere de un gran esfuerzo de ajuste físico y emocional, por lo que se busca involucrar al paciente con las recomendaciones médicas y comportamentales. Luego de aproximadamente dos años, se instala la fase de adaptación a largo plazo, que consiste en una etapa de estabilización de la pérdida de peso. La internalización del cambio en el estilo de vida (i.e. hábitos alimenticios, actividad física y ajuste psicosocial) es cruciales para la mejora o mantención de un estado de salud óptimo, independiente de la baja de peso. No obstante, es en esta etapa cuando un porcentaje de los pacientes, ya sea reganan peso o comienzan a percibir retrocesos en cuanto a los efectos positivos de la operación o un empeoramiento de sus hábitos y salud mental¹⁴⁻¹⁶.

Teniendo estos antecedentes en cuenta, este estudio tiene

como objetivo indagar en las experiencias y necesidades pre y postoperatorias de jóvenes sometidos a cirugía bariátrica en Centros de Salud privados y públicos de Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, para aprehender la complejidad de las experiencias de jóvenes en relación a la CB e identificar necesidades y preocupaciones respecto al proceso operatorio, desde su propia perspectiva¹⁷. Las metodologías cualitativas contienen procedimientos que, entre otras cosas, permiten investigar la vivencia del paciente desde su perspectiva subjetiva, incluyendo su propia valoración. Se adoptó un diseño exploratorio de corte transversal. Las vivencias fueron captadas de forma retrospectiva por medio de entrevistas semi-estructuradas, con preguntas abiertas en base a los objetivos del estudio, a jóvenes que cumplieran el requisito de haber sido sometidos a CB entre los 15 y los 25 años. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos, y todas fueron grabadas y transcritas. El muestreo tuvo carácter intencional, y para acceder a los entrevistados colaboraron informantes clave correspondiente a psicólogas de unidades de cirugía bariátrica de diferentes centros de salud, que refirieron a parte de los participantes; los jóvenes restantes fueron reclutados mediante el muestreo bola de nieve. La técnica consiste en identificar y entrevistar sujetos que luego designan otros sujetos con los mismos criterios de inclusión como próximos sujetos¹⁸. La muestra final está compuesta por 27 jóvenes de entre 18 y 27 años (Media $\pm$ DE: 23,0 $\pm$ 2,7), operados hace entre 6 y 42 meses (17,8 $\pm$ 10,5). Veintidós de ellos son mujeres y la mayor parte de la muestra se encuentra cursando estudios universitarios y vive con sus padres. La baja promedio de IMC fue de 12,9 $\pm$ 6,6kg/m² (Tabla 1).

Las entrevistas realizadas abarcaron temas tales como la historia de los pacientes respecto a su obesidad, las motivaciones para someterse a una CB, las vivencias relacionadas al tratamiento y la importancia del entorno en el proceso. Éstas fueron transcritas desde archivos de audio, y analizadas descriptivamente mediante la técnica de codificación abierta de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss. Al aplicar este procedimiento se realiza una labor inductiva, disponiendo de un diseño metodológico flexible que permite integrar la información inesperada, trabajando con categorías emergentes que permitan maximizar las posibilidades de descubrir algo nuevo sobre el objeto de estudio. El producto final de este proceso inductivo consiste en un conjunto de conceptos interrelacionados, dando cuenta de las cualidades del fenómeno estudiado¹⁹. Más específicamente, en primer lugar, el material analizado (información transcrita) es fragmentado, con el fin de examinarlo párrafo por párrafo. Cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, es decir, se le adscribe una etiqueta verbal que interprete el significado de la información recogida. Los conceptos obtenidos luego se agrupan en categorías, las que se organizan jerárquicamente.

Para asegurar la rigurosidad de los resultados, el

Tabla 1
Caracterización de la muestra

ID	Sexo	Meses desde cirugía	Edad Cirugía	Edad Actual	Altura (cm)	Peso Cirugía (kg)	Peso Actual (kg)	IMC Cirugía	IMC Actual	Pérdida IMC
I	M	10	24	25	1,58	92	68	36,9	27,2	9,7
II	H	12	25	26	1,78	175	106	55,2	33,5	21,8
III	M	6	18	18	1,71	96	NS	32,8	NS	NS
IV	H	18	24	25	1,75	135	97	44,1	31,7	12,4
V	M	16	19	20	1,65	110	61	40,4	22,4	18,0
VI	M	6	22	23	1,58	78	57	31,2	22,8	8,4
VII	M	32	18	21	1,66	90	60	32,7	21,8	10,9
VIII	M	10	18	19	1,63	90	60	33,9	22,6	11,3
IX	M	13	18	19	1,71	96	63	32,8	21,6	11,3
X	M	12	18	20	1,68	98	76	34,7	26,9	7,8
XI	H	17	23	24	1,75	156	72	50,9	23,5	27,4
XII	H	18	25	27	1,75	127	87	41,5	28,4	13,1
XIII	M	8	23	24	1,64	93	62	34,6	23,1	11,5
XIV	M	33	22	25	1,70	94	75	32,5	25,9	6,8
XV	M	12	18	19	1,60	85	58	33,2	22,7	10,6
XVI	M	36	21	24	1,66	140	90	50,8	32,7	18,1
XVII	M	19	21	23	1,65	110	68	40,4	24,9	15,4
XVIII	M	27	24	27	1,57	77	57	31,2	23,1	8,1
XIX	M	13	22	23	1,54	93	62	39,2	26,1	13,1
XX	M	35	20	23	1,52	89	62	38,5	26,8	11,7
XXI	M	6	20	20	1,50	85	70	37,8	31,1	6,7
XXII	M	6	25	25	1,54	103	76	43,4	32,1	11,4
XXIII	M	9	22	23	1,54	76	58	32,1	24,5	7,6
XXIV	M	42	17	21	1,67	89	67	31,9	24,0	7,9
XV	M	13	25	26	1,62	95	68	36,2	25,9	10,3
XVI	H	26	22	24	1,75	176	76	57,5	24,8	32,7
XVII	M	26	25	27	1,61	116	79	44,8	30,5	14,3

análisis de los datos fue realizado por tres investigadoras distintas expertas en metodologías cualitativas; asimismo se proporcionan citas para contribuir con el criterio de credibilidad²⁰.

En cuanto a criterios éticos, los participantes firmaron una carta de consentimiento informado, en donde se comunicó la finalidad y procedimiento del estudio, se les explicó el carácter voluntario y anónimo de su participación, y donde autorizaron la grabación y publicación de los resultados. Además, este estudio fue aprobado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), y el comité de ética de la Universidad Adolfo Ibáñez.

RESULTADOS

Los resultados se exponen en cuatro secciones en base a las respuestas que emergieron acerca de las experiencias y opiniones de los participantes de su proceso operatorio (ver tabla 2): 1) historial de obesidad, 2) motivo de consulta y objetivos operatorios, 3) vivencias postoperatorias, y 4) factores ambientales y personales facilitadores del proceso.

1. ¿Cuál es la trayectoria de obesidad previa a la cirugía? “Toda mi vida tuve problemas con el peso”

La gran mayoría de los jóvenes revela haber presentado sobrepeso durante toda su infancia, agregando que llegada la adolescencia o debido a algún evento crítico y estresante durante esta etapa (duelo, estrés universitario, lesión física o conflicto familiar/amoroso), sus pesos incrementan repentinamente, sin ellos lograr tomar conciencia del proceso de aumento. Lo anterior da cuenta de que la adolescencia y juventud es el momento en que se instala la obesidad en los participantes, los cuales anteriormente presentaban o percibían solamente un sobrepeso.

Yo siempre fui rellenita, y al entrar en la universidad, eh, me puse muy ansiosa por la presión y todo, y el segundo año de universidad se disparó mi peso a full (M, VII, 160)

Una baja proporción reconoce al sedentarismo como factor contribuyente de su obesidad. Aunque gran parte de los entrevistados manifiesta haber practicado algún tipo de deporte o ejercicio físico anterior a la operación o durante

(M: Mujer; H: Hombre; Número Romano: identificación entrevistado; Número Árabe: identificación párrafo entrevista).

su infancia, en muchos casos, la obesidad o alguna lesión se convirtió en una limitante para la persistencia del ejercicio físico durante la adolescencia, debido a la vergüenza experimentada ante exponer sus figuras físicas, al temor a cansarse, y a la frustración por no obtener resultados.

Como estoy gorda, me da vergüenza ir al gimnasio, porque me da vergüenza que me van a decir gorda, ¡cuando hay unos gordos más gordos que yo!, cachai, pero yo me auto-imponía que no podía ir al gimnasio porque me iba a cansar, onda la gente me iba a mirar... (M, VI, 36).

Se aprecia que a pesar de que una baja proporción reconoce al sedentarismo como factor contribuyente de su obesidad, es en la adolescencia y juventud cuando el sedentarismo incide más fuertemente, comenzando a retroalimentar la condición de sobrepeso acarreada de antes. Otro factor mencionado como contribuyente a su condición de obesidad, es la existencia de hábitos alimenticios no saludables al interior de sus familias y el sobrepeso familiar. Un par de casos atribuye su exceso de peso a alteraciones hormonales o físicas. Retrospectivamente ningún participante atribuye completamente la responsabilidad de su obesidad a factores externos. Manifiestan que sus hábitos alimentarios se caracterizaban, ya sea por una ingesta de porciones excesivas y/o no saludables, o por una falta de distribución de la alimentación, que conllevaban la concentración de la ingesta en una sola comida, generalmente nocturna debido a las actividades diarias como el colegio, la universidad, o actividades extra-programáticas, y/o por una tendencia al picoteo. Esto implicaba la posibilidad de auto engañarse en cuanto a la real ingesta alimentaria, así como de minimizar su condición de obesidad.

Nos engañamos mucho, y lo hemos conversado con mis amigos, que es como, “ya hoy día me comí un queque”, ponte tú, “no ya, si un queque no va a pasar nada”, y al otro día va y te comí otro queque... sabí que te hace mal, pero “no, no si yo no como nunca”, cachai (...) y así es como uno de a poquito va engordando, engordando, hasta que llegai a un punto en que no te diste cuenta y erí como una bolita, cachai. Entonces, yo siento que el gordito se engaña mucho a sí mismo (M, XXII, 32).

Se destaca que los jóvenes viven sus cuerpos como ajenos a su ser, les incomoda y lo vivencian como un vehículo para transportarse en la vida. Asimismo, varios de ellos reconocen una relación entre alimentación y afectividad, traducida en la ingesta como regulador de la tristeza, enojo, ansiedad, soledad, estrés, depresión, baja autoestima e incluso de alegría.

En verdad, yo estoy feliz, como; estoy triste, como; me duele algo, como... porque, me decían algo y me daba mucha pena y yo lo tomaba como “¡comida!” y ahí me estabilizaba el ánimo, ¡supuestamente! (ríe)... ¡eso era lo que sentía yo! (M, XVI, 132).

“Intenté todo lo habido y por haber”

En cuanto a las soluciones intentadas, los jóvenes, en su mayoría, relatan haber realizado dietas con y sin

nutricionista, y/o ejercicio físico, previamente a decidir operarse. Algunos relatan que, desde su infancia, sus madres o padres les inculcaban la realización de dietas o los derivaban a profesionales de la salud y salud mental para el manejo del peso. El control por parte de familiares, muchas veces les provocaba enojo, lo que convierte la convivencia con la familia de origen en un arma de doble filo al constituirse en agentes persuasores del cambio, pero también fuentes de estrés psicológico. Otros tipos de solución intentada incluían el uso de medicamentos o las terapias alternativas. El mayor motivo por el cual los intentos no resultaban está relacionado a la percepción de un desbalance entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos. Los participantes percibían estar llevando a cabo dietas excesivamente estrictas, o exceso de ejercicio físico. El no ver resultados inmediatos o el percibir un estancamiento en la baja de peso luego de un lapso de tiempo, les provocaba desmotivación, resignación a su condición de obesidad, y detención del intento con consecuente renegancia.

“Bajaba de peso, pero lo que pasa es que cuando uno hace dieta el primer mes es en el que uno más baja, y uno se entusiasma, pero después el otro mes uno baja menos, y así sucesivamente, cada vez voy bajando menos, y a mí eso me desmotivaba porque yo aun así seguía con sobrepeso, entonces decía pucha tanto esfuerzo para nada y dejaba todo de lado. Entonces, yo eso decía como que me daba como impotencia, porque me recalaban mucho el tema de que bajar de peso, bajar de peso y yo sentía que ya era imposible, porque mi mente decía “llevo tanto tiempo haciendo dieta, tanto tiempo intentándolo y no he podido, ¿por qué ahora voy a poder hacerlo?”, entonces como que por eso no lo hacía (M, XIII, 60).

2. ¿Qué los llevó a consultar?

“Así no voy a llegar ni a los 30”

Casi la totalidad de los participantes pondera como primer motivo para optar por la cirugía bariátrica, su peligrosa condición de salud y estado físico a tan corta edad. El tomar conciencia de sus perjudiciales perfiles bioquímicos, de la existencia de enfermedades como resistencia a la insulina, hipertensión, hígado graso, entre otros, y de su deficiente rendimiento físico, traducido en presencia de dolores y cansancio al realizar cualquier tipo de actividad o ejercicio físico, les genera preocupación y temor, sobre todo al reflexionar sobre los riesgos vitales futuros. Algunos toman la decisión por motivación propia, percibiendo la cirugía como única o última opción luego de todas las soluciones intentadas. Para la mayoría de ellos, la idea fue incentivada por algún tercero, sean padres o profesionales de salud, lo que es seguido por una toma de decisión “express” o inmediata y/o impulsiva de someterse a la cirugía, y favorecido por el hecho de que son los padres los que financian la cirugía.

Entonces ahí fue como que ¡me asusté! Mucho, porque ya me sentía pesada, todo... y ahí fuimos a ver al doctor y recurrimos a la operación, porque ya igual me estaba dando

resistencia a la insulina. Y ya dije “ya, algo tengo que hacer” y la única solución como rápida era la operación (M, X, 45).

Un segundo lugar lo ocupa la preocupación estética, incluyendo la insatisfacción con su imagen corporal, incomodidad en cuanto a su apariencia, dificultad para vestirse, así como las limitaciones sociales que estas experiencias conllevaban.

No sé si fue algo como tan específico pero como que, durante el último tiempo, como que ya estaba más gorda y todo y lo pasaba mal, me tocaba salir con mis amigas, que en verdad era algo que hacía siempre, pero pasaba como 3 horas intentando ponerme algo y mal, porque sentía que ya nada me quedaba bien, así como las típicas cuestiones y como que de repente era como que, en verdad ya no quiero ir porque me queda todo tan mal... y que cómo puede ser posible que un espacio que me encanta tanto, al estar con mis amigos sea de repente como un problema (M, III, 117).

Al mencionar sus expectativas respecto a la operación, no obstante, la salud, estado físico y apariencia adquieren una importancia similar como motivos para disminuir de peso.

3. ¿Cuáles son sus vivencias después de la operación?

En la clínica, los primeros meses y la meseta

Si bien la valoración de la experiencia postoperatoria varía entre los participantes, se puede apreciar cierta homogeneidad en cuanto a las fases del proceso. En primera instancia, los jóvenes recuerdan los primeros días después de la cirugía como terribles debido al extremo malestar y dolor que sentían. Algunos incluso expresan haber sentido arrepentimiento sobre la operación en aquella fase. Luego comienza una segunda fase, en donde deben alimentarse en base a papillas y, posteriormente picados durante unos meses, la cual también, la mayoría califica como muy compleja debido al drástico cambio de hábitos alimenticios. Les fastidia y aburre la ingesta de alimentos no sólidos, y además, la escasa alimentación que se les permite, conlleva que los participantes se sientan cansados, sin fuerzas o energías, sensibles e irritables.

Lloraba a veces de hambre porque no podía comer, pero porque yo estaba acostumbrado a comer, andaba irritable... hubo un tiempo que no permitía que nadie comiera en mi casa, o sea cosas que yo no pudiera comer... me enojaba... (H, XI, 224).

Durante estos primeros meses, los participantes refieren que tienen una baja de peso muy brusca que no logran asimilar, ni siquiera al mirarse al espejo, hasta los 6 a 9 meses, aproximadamente (algunos más tarde), cuando elementos externos tales como comentarios de terceros, la vestimenta, la pesa, la aparición de huesos, les hacen tomar conciencia del cambio. Algunos describen aquel momento como chocante.

Por ejemplo, me voy a poner la ropa que tenía antes, por ejemplo, un pantalón y es como que siento que me va a quedar bien porque como yo me veo todos los días siento que el cambio visual no es tanto, cachai y cuando me pruebo la ropa es como “ay, en verdad me queda gigante”, como

que no lo notai tanto el cambio porque te veis tanto y no sé po veo que gente que no había visto hace tiempo y me dice, onda “qué te pasa, estai demasiado flaca”, entonces es como “¿en verdad?, yo no me había dado cuenta”, como que te dai cuenta y no te dai cuenta, es muy extraño (M, III, 65).

En estas primeras etapas sus ingestas son controladas externamente, es decir, la sensación de saciedad inmediata y molestia estomacal les advierten que deben evitar ingerir porciones grandes de alimento. La fase que describen posterior a ésta, se caracteriza por un aumento en la normalización de su ingesta alimentaria. Un aspecto positivo rescatado es la mayor libertad que sienten para comer y hacer lo que deseen; un aspecto negativo es que el control y orden de la alimentación aquí se tornan más difíciles, porque aumenta el apetito y la autonomía en cuanto a la ingesta, por lo que deben comenzar a controlarla voluntariamente. Asimismo, algunos manifiestan decepción relacionada a una ralentización en el proceso de pérdida de peso.

Y después ya, cuando me empezó a costar bajar de peso, yo como... esto es ¡una estafa! Jaja literalmente... cómo puede ser que haga el tremendo sacrificio... pa’ que no se note (M, I, 307).

No obstante, cerca de los 12 meses muchos comienzan a sentir que los cambios en cuanto a sus hábitos alimenticios, imagen corporal y personalidad se empiezan a estabilizar, aunque varios reportan que el control alimentario aún está guiado en esta etapa por la sensación de “estiramiento” estomacal o saciedad. Los participantes revelan, en distintos niveles, no cumplir el tratamiento nutricional indicado, lo cual es compensado muchas veces con mayor ejercicio físico o restricción alimentaria. Así, se aprecian casos que refieren ingerir esporádicamente alimentos calóricos, pero con la tranquilidad de haber internalizado hábitos alimentarios saludables a largo plazo, y otros, que manifiestan sentir dificultad en adaptarse a los nuevos hábitos.

La mente de gorda está siempre, me sirvo platos grandes... (M, XVIII, 234).

“Después de la cirugía fue como borrón y cuenta nueva”

La experiencia después de la cirugía es percibida como potenciadora de un cambio radical en sus vivencias, debido a que la operación conlleva transformaciones en todos los ámbitos de la vida de los pacientes. Los cambios en su estilo de vida incluyen tener que o aprender a alimentarse saludable y ordenadamente, ingerir porciones más pequeñas, evitar alimentos calóricos, conocer sus límites corporales al alimentarse, y realizar o retomar el ejercicio físico. Estos cambios son acompañados de un mejoramiento en sus estados de salud (i.e. niveles bioquímicos y enfermedades) y rendimiento físico, lo cual se asocia a un menor cansancio, remisión de dolores corporales, mayor energía y motivación para hacer cualquier tipo de actividad física. Asimismo, la disminución de sus pesos y volúmenes corporales conllevan un aumento generalizado en cuanto a la satisfacción con su imagen corporal y comodidad con sus cuerpos. Un elemento ampliamente destacado es el poder utilizar un vestuario de su

gusto y el aumento del deseo de arreglarse para lucir mejor.

¡Los cambios más importantes fueron el closet! que lo tuve que cambiar entero, antes estaba acostumbrado a comprar talla 56 (...) así que tenía que ir al centro, tenía que buscar tallas especiales pa' guatones gigantes y, igual me sentía mal cuando iba a comprar ropa pero una de las cosas que más me gustó fue como... ocupar la ropa de mi viejo que tenía como hace 20 años atrás (H, XI, 136).

Además, los jóvenes refieren sentirse más livianos y activos, más conscientes de sus cuerpos y se aprecia un aumento en cuanto a la preocupación por su salud y nutrición, lo que da cuenta de un incremento en la integración mente-cuerpo. En todos los discursos predomina la presencia de “un antes y un después” relacionado a los cambios psico-emocionales y relacionales que implicó la baja de peso. Entre ellos se encuentran: un aumento en su autoestima, su autoconfianza, además de su capacidad y motivación por socializar, salir y atreverse a hacer cosas. Además, manifiestan advertir mayor sensación de tranquilidad y capacidad de regular emociones, así como mejoras en sus estados de ánimo. Todo lo anterior repercute positivamente en el rendimiento académico y social de los jóvenes, incluyendo la relación con pares, parejas o potenciales parejas y otros, las cuales anteriormente muchas veces se caracterizaba por el ostracismo, la vergüenza, y la búsqueda de aceptación consciente o inconsciente.

Pa' mí es un comienzo, totalmente, esto es casi como el ave fénix... como que renacer de tus cenizas en el fondo... como... pa' mí, la XX (nombre de mujer) gorda siempre va a ser una constante...una constante marca en mi vida, cachai, y lo tengo clarísimo (...) yo creo que todo cambio corporal viene ligado a un cambio también en personalidad, por lo mismo que te venía diciendo antes, claro la regulación de mis emociones, ahora he estado bastante más regulada, bastante más estable, el sentirme bien conmigo misma, me da las herramientas para hacer sentir bien a los demás, cachai (M, VI, 95, 123).

A pesar de que algunos niegan o minimizan la importancia de la evaluación de otros actores sociales después de su cirugía, todos los discursos sobre las consecuencias positivas de la operación se focalizan altamente en la importancia de la percepción de los pares y la mejora de su autoconfianza por verse mejor ante ellos. La mayor parte de los participantes refiere sentir satisfacción en cuanto a la decisión de haberse operado y al cumplimiento de expectativas. Algunos expresan que el proceso superó sus expectativas en cuanto a la baja de peso o a los cambios psicológicos asociados. Los casos en que las expectativas no han sido cumplidas tienen que ver con que: aún no ha pasado el tiempo suficiente para llegar al peso ideal; hay una mantención de la autopercepción de sobrepeso o flacidez; las expectativas previas respecto al físico o a los cambios psicológicos (mejorar autoestima o disminuir ansiedad o el “comer ansioso”) eran excesivamente altas.

“El cambio es duro, no se borra de un día pa' otro”

Algunas de las dificultades e insatisfacciones que manifiestan los jóvenes están relacionadas a la flacidez de sus estómagos u otras partes del cuerpo, la presencia de estrías, no haber cumplido aún la meta del peso ideal, miedo a volver a subir de peso, preocupación constante por su peso, a la no remisión de sentimientos de ansiedad o de malestar psicológico, y al no haber asimilado visualmente la baja de peso o no lograr adaptarse a su nueva imagen corporal.

Me ha costado acostumbrarme a mi cuerpo nuevo, porque yo de repente me miro y digo “no todavía estoy gorda”, pero es porque el cambio psicológico es el que más demora... es el más lento (M, I, 90).

En cuanto a la reganancia, si bien no es posible extraer conclusiones generalizables, debido a que varios casos no han superado los 8 meses, es posible apreciar algunas condiciones que se repiten dentro de los jóvenes que reganan, las cuales pueden ser considerados como indicadores de riesgo para la reganancia. Entre ellos, que la mayor parte de estos pacientes fueron motivados por terceros para someterse a un tratamiento, y algunos no tenían expectativas claras respecto a la operación. Se repite, asimismo, la continuación de síntomas ansiosos o depresivos y de malestar psicológico existentes desde mucho antes de la operación, y relacionados a problemas de autoestima, a conflictos intrapsíquicos o interpersonales, y a la insatisfacción respecto a sus imágenes corporales.

O sea, yo siempre he sido súper estresada, así que en ese sentido yo creo que no ha cambiado mucho. Yo diría que esa parte no sé si... O sea, lo que te decía de que, claro estoy de mejor ánimo, eso sí pero yo diría que en general no he cambiado mucho. O sea, la ansiedad sigue, el estrés sigue (XXIII, 118).

A esto se pueden sumar eventos estresantes y la mantención del deseo agudo por alimentos calóricos. Los jóvenes revelan aún sentirse incómodos con sus cuerpos y no acostumbrarse o percibir cambios físicos sustanciales, lo que en algunos casos, junto al estancamiento en la baja de peso o a la reganancia, redundan en una desmotivación respecto al tratamiento, y desesperanza en cuanto a su capacidad para cambiar sus estilos de vida. También se aprecia la presencia de elementos externos como controladores previos y actuales en la baja de peso. Otros elementos que se repiten son la presencia de hábitos alimentarios no saludables y obesidad dentro de las familias, junto con el sentimiento de falta de apoyo por parte de ellos, además del abandono de la terapia psicológica. Nuevamente, la presencia y convivencia con la familia de origen puede transformarse en un arma de doble filo, cuando el/la joven depende emocionalmente y alimentariamente de ellos.

Igual me siento un poco incómoda, pero no me siento tan mal, porque yo sé que en algún momento voy a volver a retomar todas las actividades de antes, pero todo a su paso, lo que pasa es que ahora estoy cursando como, según yo, es como una depresión, según los síntomas y

eso... pero yo tampoco pido ayuda...ese es el problema (M, XVI, 142).

Por último, estos manifiestan explícitamente intenciones de continuar con sus dietas o ejercicio físico, pero prospectivamente.

4. ¿Qué necesitan para afrontar el proceso postoperatorio?

“Sola, yo diría que no hubiera podido”

Sin excepciones, el apoyo familiar, sobre todo de los padres, es percibido como fundamental para enfrentar la práctica e internalización de cambios en sus estilos de vida, imagen corporal, estado de ánimo, y personalidad. Lo más destacado es el soporte que estos entregan en cuanto a los hábitos alimentarios; agradecen que sus familias los acompañen en el abandono de alimentos no saludables y en la adopción de un estilo de alimentación sana, que les preparen comidas saludables, y que les proporcionen control y estructura. Asimismo, aprecian que estos se hagan presentes en el proceso, los animen, motiven y les tengan paciencia.

El apoyo de mi familia sobre todo, lejos, y de mis amigos también, lejos fue lo más importante. Como que en los momentos en que... lo que te decía, porque lloraba porque no quería comer más papillas, cachai, que llegara mi papá, mi mamá, mi hermana, o... mi mejor amigo, o mi mejor amiga o alguien que me dijera onda “¡dale, tu podí!”, en verdad fue lo más importante, lejos el factor más importante (M, IX, 171).

Otra fuente de apoyo para el proceso es la que entregan las amistades, percibidas como relevantes, pero secundarias al apoyo de las familias, o como fundamentales en el caso de falta de soporte familiar. Por último, las parejas también son vistas como un importante sustento emocional y fuente de control en la adaptación a los nuevos hábitos alimentarios. Cabe destacar que el presenciar momentos o eventos en que familiares, amistades o parejas ingieren alimentos calóricos se les hace difícil, e incluso puede convertirse en un obstáculo para su proceso, cuando es una situación frecuente dentro de las familias.

Yo diría que no ayuda mucho [la familia], no ayuda mucho en el sentido de que somos una familia ansiosa en general, los postres siguen estando, las cosas ricas que siempre me han gustado, siguen estando, entonces obviamente (...) yo diría que sí, me ha costado. Ahora último, más ahora que he estado más estresada y todo como que me cuesta más controlarme y el hecho de que esté ahí obviamente no ayuda (M, XXIII, 194).

“Es importante tener confianza en la gente con la que te estai tratando”

También existe una percepción generalizada sobre la importancia del equipo de salud antes, durante y posterior al proceso. Algunas de las condiciones mencionadas como facilitadoras incluyen el sentir apoyo, buen trato, cercanía, reforzamiento positivo, y que estén pendientes, así como que actúen como guías en cuanto a la alimentación y ejercitación física, que expliquen y adviertan sobre cambios y consecuencias

o efectos secundarios, que calmen, que sean flexibles, y que las explicaciones que entreguen sobre sus instrucciones estén lógicas y claramente fundamentadas.

Yo creo que igual es súper importante, porque por ejemplo, no sé, yo estaba muerta de miedo, porque yo no sabía cómo me iban a quedar los tajos o por ejemplo cosas así, por ejemplo sacarme los puntos o cosas por ese estilo, entonces el cirujano me decía así como “oye, pero tranquila”, y además que el cirujano y el nutriólogo son de la misma parte... entonces ellos, por ejemplo, me advirtieron de todo lo que me iba a pasar, entonces me dijeron “si se te cae el pelo es normal, tú tranquila no te asustes (...) yo creo que si te explican las cosas, uno las va a entender mucho mejor, entonces, eso yo valoro un montón de mi doctor (M, XXI, 134).

Se plantea, asimismo, como valioso el trabajo interdisciplinario y en sintonía entre los profesionales, ya sea del centro médico, como los externos, evitando instrucciones contradictorias entre expertos. Sobre los nutricionistas, se menciona como relevante que presten una atención personalizada, entregando pautas alimentarias paulatinas y adaptadas a los gustos personales. Por otro lado, el apoyo psicoterapéutico es visto también como sustancial para el proceso. Algunos participantes contaron con este apoyo desde antes de la cirugía; otros lo encontraron en el o la psicólogo/a del equipo del centro médico, mientras que otros percibieron a esta figura como poco útil para el proceso, debido a que las intervenciones eran escasas o solamente centradas en el ámbito nutricional.

Ella es muy amorosa, todo, pero si me preguntas, profesionalmente no me ayudó en nada, gasté X en no sé cuántas sesiones para que me dijera lo mismo que un nutricionista (M, XXV, 196).

Más allá de esto, la mayoría recalca la importancia del acompañamiento psicológico desde antes de la operación hasta después de ella. Destacan la importancia de: el trabajo sobre el manejo de la ansiedad, estrés y comer-emocional; la prevención, explicación y apoyo en el afrontamiento de cambios y sus consecuencias; el trabajo de la autoestima, identidad, y la relación con su cuerpo, incluyendo el aprender a reconocerlo y aceptarlo; el entendimiento de las causas de su obesidad y el trabajo de conflictos intrapsíquicos e interpersonales; el manejo de expectativas; la preparación, motivación, reforzamiento positivo y educación en nuevos hábitos de vida, y el acompañamiento relacionado a los miedos y eventos estresantes.

Yo creo que sí pero también acompañado por una terapia o con conversarlo o con hacer un proceso personal (...) tiene que ser también el trabajo desde antes, cachai, porque finalmente no es que después de la operación tú desarrollí una relación con tu cuerpo; tú de antes estay relacionándote con tu cuerpo de alguna manera. Entonces, primero es reconocer de qué manera te hay venido relacionando con ese cuerpo, darte cuenta de cómo es tu cuerpo físicamente y sin vergüenza, de poder realmente si estay gorda pararte frente al espejo y mirarte sin ganas de juzgar pero mirarte, no tengai miedo a mirarte si erí tú no hay nadie más en la pieza, cachai (M, XIV, 106).

Finalmente, un elemento que también agregan como importante para su proceso es escuchar experiencias de otros individuos que han experimentado cirugía bariátrica, ya sea en contexto de amistad, testimonios online o en grupos de ayuda.

“Al final, la única persona que puede hacer las cosas bien por uno mismo, eres tú”

Por último, los jóvenes recalcan como extremadamente relevante para el éxito del proceso, la concientización sobre la responsabilidad propia en el proceso, esto es, la importancia del autocontrol, de asumir un rol activo y de hacer una adaptación psicológica hacia un nuevo estilo de vida.

La operación es la punta del iceberg, porque después vienen millones de cambios que tení que hacer, y es un cambio para toda la vida, cachai, que yo siempre sé que voy a tener que estar tomando vitamínicos por ejemplo cachai, o que me voy a tener que estar viendo el tema de

la B12, lo tengo más que claro. Eso tení que tenerlo claro antes de operarte pa que no sea una sorpresa después, si es que te viene algo, cachai. Entonces, empezar a adquirir hábitos saludables, empezar a adquirir una relación distinta con la comida... por ejemplo el tema que yo te decía de cocinar, de cocinar tú tu comida, saber lo que le pones a la comida, saber lo que estay comiendo (...) Entonces, si tú sabí que te operaste y tení cierta restricción alimenticia no esperes que los demás se adecuen a ti, cachai eso yo creo que es un error (M, XIV, 184).

Otros elementos que pueden facilitar el proceso, comprenden el prepararse previamente para la operación realizando, desde antes, cambios en sus estilos de vida y un trabajo psicológico o psiquiátrico, informándose adecuadamente sobre ésta, creando conciencia de enfermedad, manejando sus expectativas, y siendo honestos con el equipo médico. Además se mencionan como facilitadores el acceder a otro tipo de terapias como reiki o meditación.

Tabla 2.
Categorías emergentes de análisis descriptivo y sus características.

Categorías	Fenómeno	Características
1. Historial de obesidad	<i>“Toda mi vida tuve problemas con el peso”</i> <i>“Intenté todo lo habido y por haber”</i>	• Sobrepeso en infancia, peak en adolescencia y juventud • Influencia de factores personales y familiares • Dietas breves reiteradas • Expectativas de resultados inmediatos • Control familiar insistente y/o fastidiosos
2. Motivo de consulta y objetivos operatorios	<i>“Así no voy a llegar ni a los 30”</i>	• Riesgos vitales al mediano plazo • Preocupación por estética • Incentivo de terceros
3. Vivencias postoperatorias	<i>“En la clínica, los primeros meses y la meseta”</i> <i>“Después de la cirugía fue como borrón y cuenta nueva”</i> <i>“El cambio es duro, no se borra de un día pa’otro”</i>	• En clínica extremo malestar y dolor • Primeros meses de cansancio e irritabilidad por disminución de porciones • Luego normalización y complejo control voluntario de ingesta • Cambio radical en todos los ámbitos de vida • Cambios físicos retroalimentan cambios psicológicos y viceversa • Insatisfacción con algunos resultados • Falta de asimilación de cambios • Reganancia asociada a problemas psicológicos
4. Factores ambientales y personales facilitadores del proceso	<i>“Sola, yo diría que no hubiera podido”</i> <i>“Es importante tener confianza en la gente con la que te estai tratando”</i> <i>“Al final, la única persona que puede hacer las cosas bien por uno mismo, eres tú”</i>	• Soporte familiar fundamental, luego el de amistades y/o pareja • Alta importancia de equipo de salud • Relevancia de trabajo interdisciplinario • Acompañamiento psicológico primordial • Importancia de conciencia sobre responsabilidad propia en el cambio

DISCUSIÓN

El artículo presenta hallazgos cualitativos sobre las vivencias pre y postoperatorias de jóvenes entre 18 y 27 años sometidos a cirugía bariátrica, así como sus percepciones sobre los factores que han facilitado su tratamiento. Los participantes presentan, en general, experiencias similares a las reportadas por adultos en otros estudios, no obstante, se evidencian elementos más específicos de la adultez joven, que si bien no corresponden ineludiblemente solo a esta etapa, sí están influenciados por el contexto y algunas características psicológicas o evolutivas propias de la juventud.

Respecto a las similitudes, tanto en nuestra muestra, como en adultos estudiados en investigaciones anteriores, se observa que previo a la operación predominan hábitos alimenticios no saludables, junto con una minimización de la importancia de la condición de obesidad, así como de estos hábitos alimentarios y de actividad física²¹⁻²³. A esto se suman los intentos fallidos reiterados para bajar de peso o lo que se denomina "dieta del yo-yo"¹³. Una particularidad de esta muestra de jóvenes, es la exigencia reiterada de restricciones alimenticias por parte de los padres. Al respecto, se encontró que las personas obesas tienden a percibirse como perdedores o faltos de fuerza de voluntad para controlarse a sí mismos y a la obesidad²⁴, lo que disminuye la probabilidad de perseverar en las dietas realizadas. Por su parte, tanto los participantes de este estudio, como mujeres adultas evaluadas previamente, posicionan sus estados físicos y de salud como motivo principal para operarse, subordinando a un segundo lugar la imagen corporal, lo que llama la atención dada la alta relevancia que le otorgan a la apariencia en cuanto a las expectativas de cirugía y a los cambios experimentados posterior a ella²⁵.

Por otro lado, al igual que en otros estudios con adultos¹³, se observó que la fase postoperatoria en jóvenes requiere también de un alto nivel de adaptación a las consecuencias de la rápida pérdida de peso y a los cambios en sus prácticas alimenticias, debido a la larga data de su historia de obesidad y de malos hábitos alimentarios. A pesar de esto durante esta fase, la mayor parte de los jóvenes logra aprender e internalizar el nuevo estilo de vida saludable, así como manejar la ingesta emocional (conducta alimentaria influida por estados afectivos), gracias a un trabajo psicológico personal y/o acompañado, lo cual también conlleva una percepción de mayor facilidad para la fase de estabilización. En distintos niveles, la mayoría refiere estar satisfecho con el proceso y haber cumplido sus expectativas después de la operación. Sin embargo, para algunos, tal como fue observado por Wildham²⁶, el control alimentario continúa siendo externo, lo que, junto con la percepción de incapacidad para manejar la ansiedad, y la continua insatisfacción con sus figuras y su autoestima, les dificulta el proceso de adaptación a largo plazo y de adherencia al tratamiento. Se aprecia, así, que estas características aumentan las posibilidades de reganancia,

lo cual enfatiza la importancia del trabajo interdisciplinario y el acompañamiento psicológico y nutricional continuo para maximizar el manejo del peso a largo plazo, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida.

Respecto al equipo de salud, los participantes destacan la importancia de que el trato de médicos, nutricionistas y psicólogos sea personalizado y cercano, y que estos proporcionen tranquilidad y psico-educación detallada y fundamentada, sobre los beneficios, riesgos y futuros cambios físicos y psicosociales. Según otros estudios estos elementos aumentan el involucramiento y compromiso de los pacientes con el proceso^{5,27}. Por otra parte, además de la importancia de la guía que entrega el/la nutricionista para la adaptación alimentaria, el trabajo psicológico pre y postoperatorio es percibido como imprescindible para la comprensión de sus conflictos intra e interpersonales y su historia de obesidad, así como para la adaptación y asimilación de cambios, destacando la necesidad de que el/la psicoterapeuta trabaje sobre temas no nutricionales. Esto es relevante especialmente porque el tipo de cuidado que es necesario otorgar, tanto por parte de psicólogos como de nutricionistas en el período post-operatorio, no está uniformemente establecido en los modelos de atención/cuidado clínico; además los pacientes tienden a minimizar los efectos negativos de la operación, por lo que el soporte del equipo de salud es especialmente útil para ayudar a los pacientes a identificar sus necesidades y remediarlas²⁸. Otros estudios también relevan la importancia de la alianza terapéutica o *rapport*, la psico-educación y preparación para los cambios, el trabajo psicológico previo en identificar y trabajar barreras para el éxito terapéutico, y que el acompañamiento profesional sea a largo plazo, aunque sea por teléfono^{5,27,29}.

Ahora bien, los hallazgos del presente estudio también permiten identificar ciertas características que cabe destacar para la atención a pacientes con obesidad en etapa de juventud. La primera y más destacada de ellas es la relevancia de la unidad familiar en el proceso. La convivencia con los padres antes y después de la CB, conlleva un impacto de las pautas de alimentación del hogar y de los conflictos intrafamiliares, tanto en el desarrollo de la obesidad, como en los hábitos alimentarios postoperatorios. Por una parte, el apoyo familiar, ya sea emocional como comportamental e incluso financiero, es uno de los factores más relevantes para el éxito del tratamiento. La contribución parental en la preparación de las comidas especiales es apreciada como altamente positiva. Esto es coincidente con lo que ocurre en población joven normal, en que tanto los hábitos alimentarios como pautas alimentarias están influidas por los hábitos de la familia, y pautas más saludables en ellas previenen el sobrepeso/obesidad en estas edades³⁰. No obstante, la perpetuación de pautas alimenticias familiares poco saludables y la percepción de falta de apoyo, pueden convertirse en un obstáculo para el proceso de adaptación. De hecho, los mismos conflictos con los padres por el control alimentario se convierten en un elemento que aumenta la

ansiedad en los jóvenes obesos. De esta forma, se aprecia cómo la familia puede tornarse, ya sea en un factor protector y facilitador, como uno de riesgo para el éxito de la cirugía, haciendo imprescindible tomar en cuenta la unidad familiar en la preparación de pacientes jóvenes que convivan con ellos, al igual como es señalado dentro las recomendaciones para CB en pacientes adolescentes¹⁰. Si bien, para adultos también es importante el apoyo de sus parejas e hijos, la diferencia de jóvenes que conviven aún con sus familias de origen, es que los primeros tienen mayor chance de “imponer” hábitos saludables o disuadir a sus familias de los malos hábitos, mientras que los primeros, en parte, dependen de las prácticas familiares³⁰. De hecho, un estudio encontró que los adultos operados se encontraban más motivados que el resto de sus familias para hacer cambios en sus estilos de vida, lo que también los llevaba a inducir a los miembros de ésta a adquirir hábitos más saludables³¹. Así, es imprescindible que durante este período vital los jóvenes aprendan a alimentarse de manera autónoma y saludable, dada la importancia que esta etapa tiene para fijar trayectorias a largo plazo¹². Asimismo, los presentes hallazgos sobre la presión parental para disminuir el peso, así como su influencia en la toma de decisión de operarse son elementos necesarios de evaluar, especialmente, debido la evidencia de que los jóvenes centrados solo en la baja de peso o que tienen motivaciones poco claras o externas ante la operación, sufren de mayor dificultad en cuanto al tratamiento que los que se encuentran centrados en su salud y en hacer cambios globales en sus vidas^{5,32}. Cabe destacar que este hallazgo fue parcialmente observado en este estudio en participantes con reganancia.

Otra característica que distingue a la muestra de una de adultos medios o tardíos, es que los jóvenes llevan un menor tiempo en condición de obesos (i.e. en la adolescencia pasan de sobrepeso a obesidad), no han asimilado aún esta condición y se sienten ajenos a ella y a sus cuerpos; a esto se agrega la alta presencia de ejercicio físico previo a la cirugía o a su adolescencia, que implica un menor lapso de sedentarismo. Esto releva la necesidad de aprovechar esta etapa de transición para una intervención que funcione como una instancia para prevenir la profundización de la condición de obesidad y sedentarismo físico y psicológico, y para aprovechar la motivación para realizar ejercicio físico que detentaban en la adolescencia. Por otro lado, un posible factor de riesgo observado, es la estructura y horario del contexto universitario, que dificultan la mantención de la planificación y organización de los hábitos alimenticios. Asimismo, las exigencias académicas y sociales de este ámbito se pueden convertir en elementos estresantes que influyen en el desarrollo y mantención de ingestas alimentarias compensatorias o de ingesta emocional. Así, se destaca la importancia de que el acompañamiento nutricional y psicológico sea contextualizado a las pautas alimentarias y a los estresores del entorno educacional, y que contemple la preparación para el contexto laboral de los pacientes, el cual puede ser igual o mayormente estresante, si no hay

una debida preparación psicológica.

Un factor igualmente importante es la alta significancia de los cambios percibidos a nivel de imagen corporal, características de personalidad y/o formas de relacionarse interpersonalmente, lo cual en general, es calificado como positivo, pero a la vez difícil de asimilar. La manifestación de un cambio radical en sus vidas se encuentra altamente orientada a lo social, especialmente a la mayor autoconfianza para relacionarse con pares junto con la percepción que tienen los demás de ellos y su apariencia (e.g. en la universidad, en fiestas). Llama la atención cómo los jóvenes perciben que han descubierto su “verdadero yo” más sociable y menos dependiente de la aceptación de otros, y experimentan una sensación de maduración después de la operación que va unida a la percepción de una integración de sus mentes y cuerpos, lo que retroalimenta la mantención de las subsecuentes modificaciones de hábitos y estilo de vida. No obstante, los cambios son vivenciados como abrumadores cuando existen problemas psico-emocionales graves que son arrastrados desde la infancia o adolescencia. En cualquier caso, tal como mencionan los participantes, se vuelve altamente relevante el seguimiento y acompañamiento psicológico del paciente en cuanto a los cambios relacionados a su identidad, y a la percepción y relación con su cuerpo, de modo de tratar o prevenir cualquier malestar psicológico o un trastorno de la alimentación. Lo anterior toma especial relevancia en una etapa vital de transición, y cimentación de la identidad y los roles sociales⁸, de diferenciación de la familia de origen³³, y en la cual las comorbilidades psicológicas son altamente probables, debido a la baja frecuencia con la que el adulto joven consulta o recibe asistencia médica preventiva³. De hecho, un estudio encontró que adolescentes operados que habían mejorado su calidad de vida y disminuido la sintomatología mental, al llegar su juventud aumentaban su vulnerabilidad psicológica, lo que releva la importancia de monitorear conductas contraindicadas como el abuso de alcohol y drogas, riesgo de suicidio, entre otros³⁴.

Una de las limitaciones del estudio es que al tener un carácter retrospectivo, la evaluación del proceso podría estar teñida por las vivencias actuales y el olvido, por lo que para futuros estudios sería relevante contemplar un diseño longitudinal haciendo un seguimiento de las experiencias de los pacientes, así como profundizar en los jóvenes que han experimentado dificultades en la adaptación al tratamiento, para continuar comprendiendo los factores de riesgo de reganancia. Por otra parte, es importante considerar el tipo de muestreo, ya que al no tener un carácter aleatorio, permite solo caracterizar a un grupo particular de personas, y por tanto, se debe ser cuidadoso al momento de generalizar los resultados.

Finalmente, para futuras investigaciones sería interesante observar si existen diferencias según pérdida de peso/IMC en esta población joven.

Agradecimientos

Este estudio fue posible gracias al financiamiento de la

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), por medio del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT-Regular N° 1140085): Cambios en la imagen corporal en adolescentes sometidos a cirugía bariátrica.

A la psicóloga Paula Díaz, de la Clínica Santa María; psicólogas Luciana Marín y Susana Cortés del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; psicóloga Gabriela Vargas del Hospital Dipreca; psicóloga Siomara Chahuán de la Clínica Tabancura, Chile.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchwald H. Consensus Conference Panel. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *SOARD* 2005; 1: 371-381.
2. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes* 2013; 1-5.
3. Gloy EL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, Bucher HC, Nordmann AJ. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013; 347: 1-16.
4. Rosnov DL, Roberts MC, Kessler ED, Pendley JS, Datto G, Hassink S. Acceptability of weight-loss interventions among adolescents who are overweight and their caregivers. *Child Health Care* 2011; 40(3): 179-196.
5. Morinder G, Biguet G, Mattsson E, Marcus C, Larsson UE. Adolescents' perceptions of obesity treatment—an interview study. *Disabil Rehabil* 2011; 33(12): 999-1009.
6. Zwintscher NP, Azarow KS, Horton JD, Newton CR, Martin MJ. The increasing incidence of adolescent bariatric surgery. *J Pediatr Surg* 2013; 48(12): 2401-2407.
7. Tsai WS, Inge TH, Burd RS. Bariatric surgery in adolescents: Recent national trends in use and in-hospital outcome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(3): 217-221.
8. Scales PC, Benson PL, Oesterle S, Hill, KG, David J, Hawkins J.D. Pashak T J. The dimensions of successful young adult development: A conceptual and measurement framework. *Appl Dev Sci* 2016; 20(3): 150-174.
9. Luca P, Dettmer E, Langer J, Hamilton JK. Adolescent bariatric surgery: Current status in an evolving field. *Pediatr Adolesc Med. Basel, Karger* 2015; 19: 179-186.
10. Inge TH, Krebs NF, Garcia VF, Skelton JA, et al. Bariatric surgery for severely overweight adolescents: Concerns and recommendations. *Pediatrics* 2004; 114: 217-223.
11. Mihalopoulos NL, Auinger P, Klein J. The Freshman 15: Is it real? *J Am Coll Health* 2008; 56(5): 531-533.
12. Steinbeck K, Baur L, Cowell C, Pietrobelli A. Clinical research in adolescents: Challenges and opportunities using obesity as a model. *Int J Obes* 2009; 33(1): 2-7.
13. Kalarchian MA, Marcus MD. Management of the bariatric surgery patient: Is there a role for the cognitive behavior therapist? *Cog Behav Pract* 2003; 10(2): 112-119.
14. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13(4): 639-648.
15. Koffman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity* 2010; 18: 1938-1943.
16. Olguin P, Carvajal D, Fuentes M. Psychiatric pathology and bariatric surgery. *Rev Chil Cir* 2014; 67: 441-447.
17. Flick, U. An introduction to qualitative research. SAGE Publications, London, 2002.
18. Teddlie Ch, Yu F. Methods sampling. Typology with examples. *J Mix Methods Res* 2007; 1(1): 77-100.
19. Corbin, J. Strauss, A. Basic qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA, 2015.
20. Castillo E, Vásquez M. Methodological rigor in qualitative research. *Colombia Med* 2003; 34: 164-167.
21. Lecaros J, Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Moore C. Bariatric surgery in adults: facilitators and obstacles of weight loss from patients' perspectives. *Nutr. Hosp* 2015; 3(4): 1504-1512.
22. Jensen JF, Petersen M, Larsen T, Jorsengen D, Gronbaek H, Midtgaard J. Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: A descriptive phenomenological study. *J Adv Nurs* 2014; 70(5): 1138-1149.
23. Schwarz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004; 1: 43-56.
24. Faccio E, Belloni E, Cipolletta S, Ludici A, Castiglioni M, Mannarini, S. The power of weight and the weight of power in adolescence: A comparison between young and adult women. *J Fam Stud* 2016: 1-15.
25. Cortés S, Cruzat C, Díaz F, Pandolfio, C. Body image of women with diagnosis of morbid obesity after two years of bariatric surgery. *Prensa Med Argent* 2013; 99(7): 471-478.
26. Widhalm K, Dietrich S, Prager G, Silberhammer G, Orth D, Kispal ZF. Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: A 4-year follow-up of ten patients. *Int J Pediatr Obes* 2008; 3(Suppl 1): 78-82.
27. Sogg S, Friedman KE. Getting off on the right foot: the many roles of the psychosocial evaluation in the bariatric surgery practice. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23(6): 451-456.
28. Sharman M, Cert G, Hensher M, Wilkinson S, Williams D, Palmer A, Venn A, Ezzy D. What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery? *Health Expectat* 2015; 20: 35-46.
29. Cassin SE, Sockalingam S, Whuk S, Strimas R, Royal S, Hawa R, Parikh SV. Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability, and effectiveness. *Cog Behav Pract* 2013; 20(4): 529-543.
30. Schnettler B, Höger Y, Orellana L, Sepúlveda J, Salinas-Oñate N, Lobos G, Grunert GK. Family eating habits, family support and subjective well-being in university students in Chile. *Nutr Hosp* 2016; 33: 451-458.
31. Lent M, Bailey-Davis L, Irving B, Wood GC, Cook AM, Hirsch AG, Still Ch, Benotti PN, Franceschelli-Hosterman J. Bariatric Surgery Patients and Their families: health, physical activity, and social support. *Obes Sur* 2016; 26: 2981-2988.
32. Park J. Self-determination and motivation for bariatric surgery: A qualitative study. *Psychol Health Med* 2015: 1-6.
33. Bowen M. From the family to the individual: Differentiation of the self in the family system. Paidós Ediciones, Barcelona, 1991.
34. Zeller M, Pendery E, Reiter-Purtill J, Hunsaker S, Jenkins TM, Helmrich M, Inge T. From adolescence to young adulthood: trajectories of psychosocial health following Roux-en-Y-gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2017: 1-24.