



AIBR
Revista de Antropología
Iberoamericana

www.aibr.org

Volumen 18

Número 3

Septiembre - Diciembre 2023

Pp. 611 - 633

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

Patitos feos y héroes modernos: La experiencia de transformación en las narrativas sobre cirugía de la obesidad

Patricia López Calderón

UNED. Investigadora en el Programa de Doctorado en Diversidad, Subjetividad y Socialización
plopez180@alumno.uned.es

Recibido: 14.06.2021

Aceptado: 17.06.2022

DOI: 10.111156/aibr.180308

RESUMEN

La cirugía de la obesidad es una tecnología médica que moldea anatómicamente el tubo digestivo para forzar el adelgazamiento. Este proceso de normalización provee una experiencia de transformación corporal, simbólica y sociopolítica. El objetivo de este artículo es analizar la experiencia de transformación de las personas que sufren una cirugía de la obesidad a través de las metáforas presentes en sus narrativas. Entre 2017 y 2020 se realizó una investigación etnográfica multisituada que comprendió observación participante en una consulta de cirugía bariátrica, entrevistas a personas que habían sufrido el proceso y análisis del discurso público. Los resultados de la investigación revelan que la cirugía de la obesidad se presenta como un mediador que permite abandonar el estado de gordura y los significados cristalizados en torno a ella, para establecer relaciones prácticas y simbólicas relacionadas con la subjetividades modernas e individualistas. En las narrativas, las metáforas del «patito feo» y del «héroe moderno» condensan las dimensiones corporales, sociales, políticas y morales de la transformación.

PALABRAS CLAVE

Obesidad, etnografía, metáforas, corporalidad.

UGLY DUCKLINGS AND MODERN HEROES: TRANSFORMATION EXPERIENCE IN OBESITY SURGERY NARRATIVES

ABSTRACT

Obesity surgery is a medical technique that modifies the digestive tract to enforce weight loss. This normalisation process provides an experience of bodily, symbolic and socio-political transformation. The aim of this article is to analyse the transformation experience of people who undergo an obesity surgery through the metaphors embedded in their narratives. A multi-sited ethnographic study was carried out between 2017 and 2020, involving participant observation in a bariatric surgery clinic, interviews with people who had undergone the process and an analysis of public discourse. The study results reveal how obesity surgery is presented as a mediator that enables individuals to leave behind their overweight condition and the meanings forged around it, in order to establish practical and symbolic relationships with modern and individualistic subjectivities. In the narratives, the metaphors of “ugly duckling” and “modern hero” encapsulate the corporal, social, political and moral dimensions of the transformation.

KEY WORDS

Obesity, ethnography, metaphors, corporality.

Agradecimientos

A los participantes de la investigación por brindarme su tiempo y sus relatos. A Fernando Monge, Margarita del Olmo y los revisores anónimos de la revista AIBR por enriquecer el texto con sus valiosos comentarios.

1. Introducción

El crecimiento exponencial¹ de la prevalencia de obesidad ha colocado la gordura en el punto de mira de las instituciones sanitarias y sociales. Estas la han convertido en un objetivo biopolítico en el que se despliega el poder sobre la vida, la regulación de los cuerpos y la gestión de las poblaciones (Foucault, 2002). En el control de la gordura se imponen los discursos belicistas que alientan a combatirla sin descanso. Se ha pasado de considerarla una enfermedad (AMA, 2013) o factor de riesgo (OMS, 2020), a denominarla epidemia (OMS, 2017), enemigo público número uno (Sassi, 2010) e, incluso, llegar a declararle la guerra; en 2016 la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad concluía: «*queda declarada la guerra a la Obesidad, ¡comienza la lucha!*» (Lecube, Monereo, Rubio, Martínez-de-Icaya, Martí, Salvador, Masmiquel, Goday, Bellido, Lurbe, García-Almeida, Tinahones, García-Luna, Palacio, Gargallo, Bretón, Morales-Conde, Caixàs, Menéndez, Puig-Domingo y Casanueva, 2016: 50).

La biomedicina reconoce que la obesidad es el resultado de una amalgama de variables genéticas, hormonales, ambientales, culturales, dependientes de la ingesta y el gasto calóricos, de la presencia de patologías y la prescripción de fármacos, del incremento generalizado de las raciones grandes de comida, de la desigualdad económica, etc. (Jensen, 2017), pero prevalece la óptica individualista y racionalista del modelo médico hegemónico (Martínez-Hernández, 2008) en su abordaje. Las intervenciones iniciales frente a la gordura se dirigen a modificar los estilos de vida, con prescripción de dietas, fármacos y programas de ejercicio. Sin embargo, cuando estas opciones no obtienen el resultado esperado, se plantea la cirugía de la obesidad o bariátrica como la única opción terapéutica y la última oportunidad para el paciente. Esta concede una solución puramente individual y fisiológica: un remodelado digestivo que consiste en cortar, grapar, puentear y coser el estómago y el intestino delgado para obstaculizar la ingesta de alimentos y/o disminuir su absorción.

1. El 13% de la población mundial adulta era obesa y el 39% tenía sobrepeso en el año 2016, una prevalencia que se había triplicado desde 1975 (OMS, 2017).

En 2001, un médico calificaba la cirugía bariátrica como la intervención quirúrgica más extraña en la que había participado, puesto que no trataba de reparar una enfermedad o lesión, sino de controlar la voluntad de una persona, manipulando sus órganos para evitar que comiese en exceso (Gawande, 2002: 162). Pasados veinte años de esa afirmación, la cirugía de la obesidad se ha convertido en una práctica quirúrgica habitual y se ha posicionado como el tratamiento de elección para pacientes con obesidad severa². Aunque existen diferentes técnicas quirúrgicas, estas se pueden resumir en restrictivas, que merman la capacidad del estómago hasta 15-30 ml y disminuyen la segregación de hormonas; malabsortivas, que reconstruyen el tránsito gastrointestinal para que los alimentos realicen un recorrido más corto y, así, no se asimilen todos los nutrientes; y mixtas, que combinan ambas (Rubio, Martínez, Vidal, Larrad, Salas-Salvadó, Pujol, Díez y Moreno, 2004). La investigación biomédica ha presentado la cirugía bariátrica como exitosa en la disminución de peso y de enfermedades (Colquitt, Pickett, Loveman y Frampton, 2014), así como en el incremento de la calidad de vida de los pacientes (Raaijmakers, Pouwels, Thomassen y Nienhuijs, 2017). No obstante, existe cierta controversia por la publicación de algunos estudios que la han relacionado con una mayor incidencia de intentos de suicidio, depresión y abuso de sustancias en el periodo postoperatorio (Backman, Stockeld, Rasmussen, Näslund y Marsk, 2016; Castaneda, Popov, Wander y Thompson, 2019).

Como advierte el antropólogo Martínez-Hernández, la visión reduccionista, atomizadora y biologicista del enfoque biomédico ignora la construcción y producción social de los padecimientos (2008). La aplicación de este tipo de representaciones elude que el cuerpo es también agente (Csordas, 1990) y el sustrato donde emergen la subjetividad, la experiencia y la relación con el mundo (Good, 2003). Además, la medicalización de la gordura enmascara las relaciones sociales y las cuestiones morales, traduciéndolas a meros signos biopsicológicos. La gordura se convierte en un objeto reificado (Taussig, 1980), cuyo abordaje, por parte de instituciones y sistemas expertos, oculta su vínculo con la desigualdad socioeconómica e invisibiliza la experiencia de estigma y sufrimiento social (Kleinman, Das y Lock, 1997).

Sin embargo, la gordura no solo se representa como un problema de salud, sino como un fracaso moral y social. La moralización de los cuerpos y las maneras de vivir, la desaprobación del «exceso», la mercantilización de los cuerpos delgados y la medicalización de la gordura (Gracia-Arnáiz,

2. La cirugía bariátrica está indicada en personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) > 40 kg/m² o con IMC > 35 kg/m² y comorbilidades asociadas. El Índice de Masa Corporal se calcula dividiendo el peso de la persona en kg por su talla en metros al cuadrado (IMC= kg/m²).

2011) han reforzado su estigmatización. Mientras que la delgadez se asocia con distinción social, éxito, esfuerzo, autocontrol, disciplina o moderación, la gordura se vincula con la pereza, la gula y la falta de voluntad. Así pues, la cirugía de la obesidad utiliza ingeniería anatómica para alcanzar metas en salud y, a la vez, produce subjetividades acordes con los valores de la sociedad moderna e involucra al paciente en la producción de un nuevo yo disciplinado, auténtico y legitimado socialmente (Throsby, 2008).

Desde una postura hermenéutica crítica que atiende a la articulación de la experiencia, las narrativas y los significados en los mundos locales con su base social, material y desigual (Martínez-Hernández, 2008: 172), planteé una investigación etnográfica para comprender cómo se relacionan el cuerpo y las autocomprensiones de las personas que viven una cirugía bariátrica, qué subjetividades se aspira a producir y cómo se configura culturalmente el proceso.

El objetivo del presente artículo es analizar la experiencia de transformación de las personas que sufren una cirugía de la obesidad a través de las metáforas presentes en las narrativas. Esta experiencia de transformación está mediada por una tecnología médica que, a la vez que disciplina y medicaliza, puede liberar y constituir nuevas posiciones y sociabilidades (Hardon y Moyer, 2014). La capacidad de las metáforas para unificar lo social, corporal y personal las convierte en una potente herramienta de acción en situaciones de crisis y ruptura del ser-en-el-mundo, en las que el individuo se debate entre dos alternativas o caminos (Jackson, 1983: 138) y, por tanto, su análisis puede resultar útil para incluir las dimensiones sociales, materiales y simbólicas en los procesos asistenciales de personas con obesidad. Además, las metáforas se configuran como entidades vivas (Lakoff y Johnson, 2015) que median en la interacción cotidiana, pero que se hallan incrustadas en procesos biopolíticos y de subjetivación móviles y transnacionales (Rabinow y Rose, 2006). Su lectura desvela la experiencia moral del estigma y el sufrimiento, como «*mensajes ocultos en la botella*» (Scheper-Hughes y Lock, 1986: 138), así como las estrategias sociales en las relaciones de dominación y resistencia (Herzfeld, 2005).

2. Aspectos metodológicos: seguir la metáfora en una etnografía multisituada

La cirugía de la obesidad es un fenómeno sociocultural construido desde múltiples puntos del espacio social a partir de los discursos y prácticas médicas, negocios de salud y belleza, instituciones transnacionales, empresas de moda, programas televisivos de entretenimiento o campañas

publicitarias. Sus elementos se construyen en contextos espaciotemporales lejanos y adoptan diferentes texturas en cada uno de ellos, pero están enlazados por nudos de sentido que iluminan el colapso de la tradicional dicotomía mundo de vida y sistema (Marcus, 1995). Esto me empujó a analizar los hilos que conectaban las formas del fenómeno en cada espacio en una investigación etnográfica multilocal entre 2016 y 2020.

La etnografía es una práctica ecléctica, emergente y reflexiva en la que el investigador, principal instrumento de investigación, conjuga diversas posiciones metodológicas y técnicas, y se desplaza continuamente entre categorías teóricas y prácticas, entre diseños de investigación y contextos sociales (Ferrándiz, 2011: 13). En esta investigación conjugué la observación en una consulta de cirugía bariátrica en un hospital ubicado en el Norte de España y en conferencias sobre el fenómeno, las entrevistas informales a profesionales y pacientes, las entrevistas en profundidad a personas que se habían sometido a dicha intervención quirúrgica o que estaban en lista de espera, y el análisis del discurso de documentos técnicos, cuentos infantiles, noticias en prensa y anuncios publicitarios relacionados con la gordura.

El principal desafío fue la entrada en el campo para realizar observación participante en la consulta hospitalaria. La consulta de cirugía bariátrica constituye un espacio donde se enfrentan el saber experto y el saber lego (Velasco y Díaz de Rada, 2004), la racionalidad instrumental institucional y la experiencia cotidiana del paciente; un encuentro significativo para la persona con obesidad puesto que se negocia si es o no es apta para la cirugía, qué tipo de técnica es idónea para su forma de vida o si la cifra arrojada por la báscula verifica el cumplimiento de las normas. Además, la relación clínica no pivota solo sobre cuestiones técnicas, sino que es una interacción social en la que se despliegan aspectos centrales de la cultura (Taussig, 1980), como las nociones normativas del cuerpo, los procesos de subjetivación y las prácticas de disciplinamiento (Foucault, 2008).

A pesar de las dificultades para acceder al campo sanitario debido a la desconfianza que despierta el método etnográfico bajo el prisma de la lógica de la investigación médica, realicé observación en las visitas médicas de 45 pacientes. Además, la observación en las conferencias sobre obesidad y los encuentros de cirugía bariátrica se complementó con entrevistas informales en el campo, relatos solicitados y no solicitados que iluminaban y dialogaban con los hechos observados (Hammersley y Atkinson, 1994).

Los participantes de las entrevistas se eligieron de manera oportunista utilizando redes personales e informantes clave —técnica de bola de nieve—, así como en la consulta de cirugía bariátrica. El proceso de selección de los participantes trató de incorporar distintos puntos de vista y

experiencias, a partir de criterios de heterogeneidad de la muestra. El abanico de posiciones sociales según sus características sociodemográficas fue diverso: los participantes, con una edad comprendida entre los 20 y los 65 años, contaban con estudios primarios, secundarios o universitarios, y estaban desempleados, trabajaban como amas de casa, en oficios manuales, en profesiones por cuenta ajena o gestionando empresas. Todas habían nacido en España a excepción de una persona. En total realicé entrevistas en profundidad a diez personas ya operadas y a tres personas antes y después³ de la cirugía, del total de las cuales siete eran hombres.

En un primer contacto telefónico, les expliqué en qué consistía la investigación, cómo se desarrollarían las entrevistas y les solicité su participación. Las entrevistas se realizaron en el momento y lugar que los participantes prefirieron, que, en muchos casos, fue su entorno cotidiano —su casa o su lugar de trabajo—. A partir de la pregunta de apertura («¿cómo ha sido su experiencia con la cirugía bariátrica?») facilité una narración en forma de relato de vida, sobre la que fui introduciendo los temas de la investigación como asuntos para conversar (Valles, 2002). En los encuentros antes y después de la intervención, la entrevista previa se centró en la experiencia de vivir con obesidad y la posterior en la experiencia de la cirugía y de la transformación. Todas fueron grabadas en audio (con una duración entre 60 y 100 minutos), transcritas literalmente y analizadas con ayuda del *software* Atlas.ti.

Por último, elegí varios productos culturales del ámbito biomédico (documentos técnicos, protocolos, guías clínicas) y de los medios de comunicación masivos (anuncios publicitarios, sucesos de periódicos). Estos objetos condensaban aspectos simbólicos de la gordura y el adelgazamiento, cuyo análisis podía iluminar cómo los discursos globales interactúan con las realidades locales.

Desde las fases más tempranas de la producción de material empírico, me sorprendió que los discursos acerca del fenómeno estuvieran plagados de metáforas que daban forma a la vida social. Esta explosión de tropos estaba presente en productos muy diferentes entre sí, desde las narrativas más íntimas de la vivencia de la cirugía hasta los informes más técnicos de instituciones como la OCDE. Este hallazgo me empujó a utilizar analíticamente las metáforas para esclarecer los procesos de incorporación del mundo social, así como las prácticas que conformaban el mundo y las autocompresiones de los agentes. Por tanto, los tropos ocupan una posición privilegiada en este texto, ya que constituyen una herramienta clave

3. La entrevista previa se realizó cuando los participantes estaban inmersos en el proceso preoperatorio para conocer si eran subsidiarios de cirugía de la obesidad, y la posterior en un periodo entre tres y ocho meses después de la intervención.

para aprehender las experiencias vividas, las corporalidades y las relaciones de poder insertas en la cirugía de obesidad.

3. Las metáforas en las narrativas de la cirugía de la obesidad

Al comienzo de las entrevistas, los participantes utilizaban un discurso hegemónico y medicalizado sobre la gordura interpretando su experiencia corporal a partir de categorías naturalizadas de enfermedad y racionalidades técnicas. Este hallazgo coincidía con otras investigaciones (Navas López, 2010; Ogden, Clementi y Aylwin, 2006) en cuyos resultados aparecía la salud como principal motivación para operarse de obesidad, mientras que el cuerpo «normalizado» era una circunstancia sobrevenida. Sin embargo, según avanzaban las entrevistas, se ponía de manifiesto que habitar un cuerpo «normalizado» implicaba una percepción de cambio y un medio para encajar en el mundo. Las narrativas sobre la vivencia de transformación permitían alejarse del discurso individualista y medicalizado para adentrarse en el espacio de los significados sociales, simbólicos, corporales y morales.

En esta idea de transformación, las metáforas del «patito feo» y del «héroe moderno» emergían de manera recurrente en el campo; unas figuras retóricas independientes, cada una con sus matices, que se presentaban entrelazadas en las narrativas y los discursos. En primer lugar, la metáfora del «patito feo» explicaba la vivencia de transformación en la participación y relación con el mundo; en el periodo inmediatamente posterior a la cirugía, el cuerpo se normalizaba rápida y bruscamente, perdiendo peso sin necesidad aparente de esfuerzo. En segundo lugar, el «héroe moderno» representaba la transformación moralmente correcta del individuo que renunciaba a sí mismo, a sus maneras de ser y de vivir; un modelo prototípico que reunía las expectativas sociales sobre el itinerario correcto para las personas con obesidad y que incluía la necesaria evolución en el interior del individuo. Estas metáforas enmarcaban la imagen de devenir otro, una transformación vinculada al proceso de adelgazamiento, experimentada por las personas que se sometían a una intervención quirúrgica, utilizada por empresas y proyectada por los procedimientos médicos.

3.1. El patito feo: el cuerpo normalizado como condición de posibilidad

«Estás en una burbuja. De pronto, pasas de ser patito feo a un cisne» (entrevista a Rosa, siete años después de la cirugía, 12 de diciembre de 2017).

El símil del cuento tradicional del patito feo sustenta la construcción de significados en torno a la vivencia de ser-en-el-mundo después de la cirugía de obesidad. Recordemos que el patito feo era una figura infantil y torpe que sufría por el aislamiento y las burlas del resto. Desde su nacimiento, su aspecto y volumen corporal provocaban el rechazo del resto de los animales. El protagonista era expulsado de todos los lugares y grupos, a pesar de sus esfuerzos por integrarse. Después de mucho tiempo buscando un lugar donde sentirse aceptado se tumbó abatido a la orilla de un río. Cuando estaba a punto de rendirse, se miró en el agua y se dio cuenta de que su reflejo le enviaba una imagen muy distinta de sí mismo. Algo había cambiado de repente: se había convertido en un precioso cisne de cuerpo estilizado, bello, elegante y noble. El reflejo de su belleza le deslumbró, pero no era un cambio estético sin más; el patito feo se percató de que su conversión en cisne le ofrecía la posibilidad de ser otro, de pertenecer a un grupo más valorado, de establecer relaciones con otros individuos y de llevar a cabo actos tan valiosos como volar. Al final del cuento, percibió que no solo él había cambiado, sino que el mundo se había transformado, conformando un espacio de felicidad.

Para Rosa, una mujer de 60 años intervenida hacía siete años de un baipás gástrico, la cirugía de obesidad había desencadenado la percepción de vivir en una burbuja, dentro de un sueño en el que habitar un cuerpo normalizado permitía nuevas prácticas y formas de relacionarse con otras personas. La condensación en el «patito feo» estructuraba la experiencia vivida en el espacio físico y social, dotándola de sentido y coherencia, así como extendía la narrativa hacia la relación del sujeto con el mundo, la posición sociopolítica con respecto a otros grupos y la apertura hacia un campo de posibilidades. Por tanto, la metáfora del «patito feo» no era una entidad lingüística abstracta, sino una categoría encarnada que estaba vinculada a experiencias corporales y compromisos prácticos en el mundo.

Este tropo condensa la vivencia de transformación en la multiplicidad las dimensiones de su cuerpo: material, social, moral y política. En la dimensión material, el cuerpo es conceptualizado como una máquina que, a mayor carga, mayor esfuerzo precisa para funcionar. Esta visión mecanicista se presenta tanto en el discurso biomédico como en el lego, al utilizar metáforas como llevar «una mochila» o «un saco» (diario de campo, 1 de febrero de 2018) o equiparar el cuerpo de los obesos con «camión con motor de coche» (diario de campo, 18 de junio de 2019). Un cuerpo cargado de kilos es disfuncional y patológico porque somete al individuo a síntomas como cansancio extremo, dolor de extremidades o respiración sofocante, al padecimiento de otras enfermedades (diabetes, cáncer, hipertensión, etc.) e, incluso, a la muerte. Por el contrario, un cuerpo delgado se represen-

ta como garantía de salud, bienestar y funcionalidad; un cuerpo sano es útil, silencioso, ligero y rápido.

En cuanto a las dimensiones sociales del cuerpo, estas surgen en su conceptualización como agente en la constitución del sujeto y en la participación en el mundo. La transformación se revela en distintos compromisos prácticos: modos de vestir y «preparar» el cuerpo, formas de comer, relaciones sociales en la vida cotidiana, relación con su propia imagen en el espejo, prácticas de objetivación del cuerpo y su modificación a partir de prendas de ropa, fotografías y básculas, prácticas (re)productivas o actividades de ocio. Por ejemplo, la gordura puede obstaculizar el uso del cuerpo en actividades laborales que implican algún esfuerzo físico o en tareas de crianza de niños pequeños. El dispositivo bariátrico contribuye a construir cuerpos útiles y eficientes que cumplan con los roles socialmente asignados. Esta concepción funcional del cuerpo se alinea con objetivos biopolíticos (Foucault, 2002) de maximización de la vida, de aumentar los años de vida, la capacidad funcional y la productividad de los cuerpos de modo que beneficien al tejido social en su conjunto.

En una entrevista previa a la intervención, Linda narra cómo vivía dentro de un «cuerpo que no la representaba» (entrevista previa a cirugía, 3 de septiembre de 2018) puesto que percibía un desfase entre los deseos de su yo y las posibilidades de su corporalidad. Para ella, el proceso de cambio del yo se había iniciado años atrás con la terapia psicológica, pero notaba que su cuerpo le lastraba y no le permitía progresar hacia la mejor versión de sí misma. En la entrevista desarrollada siete meses después de la operación, Linda relataba cómo empezaba a percibir esa sintonía tras haber adelgazado 25 kg: *«Ahora me empiezo a ver representada, porque ahora es cuando mi cuerpo me lleva a todo lo que yo quiero. Duermo 7-8 h, voy a estudiar, voy al gimnasio, ando, voy para acá, para allá y no me canso [...]». Empiezo a notar que realmente mi actividad mental se corresponde con la física* (entrevista a Linda, siete meses después de la cirugía, 13 de enero de 2020).

Siguiendo con las dimensiones políticas y morales, aproximarse al modelo de corporalidad «normal» es clave en el espacio intersubjetivo y en la relación con otros. Los aspectos morales del cuerpo emergen en el miedo a vivir situaciones cotidianas potencialmente humillantes, como ocupar una silla de plástico en una terraza que no soporte el peso o el volumen, verse obligado a solicitar una extensión del cinturón de seguridad en un avión o montar en un ascensor y que suene la alarma de sobrecarga. Para ellos son «tonterías» que no revisten gravedad de no ser por la continuidad que conlleva su repetición cotidiana a lo largo de los años. Esa vivencia diaria de los estereotipos refuerza la sensación de continuidad, de una situación fija e inamovible y de anclaje en el tiempo.

La percepción de desajuste con respecto al mundo surge en situaciones sociales en las que son objeto de burlas, miradas, correcciones y desacreditaciones por parte de familiares, amigos, sanitarios y desconocidos. En estas ocasiones se activa la experiencia moral del estigma (Yang, Kleinman, Link, Phelan, Lee y Good, 2007), es decir, se compromete aquello que está en juego, se ve amenazado aquello que se puede ganar o perder, como establecer relaciones, desarrollar proyectos, obtener empleos o simplemente pasar desapercibido. Estas interrelaciones son contestadas y desafiadas, o normalizadas y soportadas con estoicismo, aceptando e interiorizando el estigma (Goffman, 2015).

La cirugía representa una liberación frente a la vivencia del estigma, una vía para escapar del dolor y sufrimiento. Unos meses antes de su cirugía, Blanca explicaba en una entrevista las motivaciones que le llevaban a someterse a una intervención quirúrgica para perder peso. Para ella, esta opción sería capaz de proveer un cuerpo normativo que fuera aceptado socialmente y, a partir de esa aprobación, podría reconstruir la valoración que hacía de sí misma y encontrar un lugar en el mundo.

«Ese sufrimiento que llevo dentro no es bueno tampoco. Entonces por eso decidí también hacerlo. Porque pienso que, si cambio mi cuerpo, puede que la sociedad me pueda querer, y yo me empiece a querer» (entrevista a Blanca, previa a cirugía, 29 de agosto de 2018).

Después de la cirugía, los significados que se construyen alrededor del cuerpo son negociados y renegociados continuamente en la interacción cotidiana. La transformación sujeto-cuerpo se muestra explícitamente en los encuentros sociales inopinados, donde la corporalidad participa en la presentación de la persona y donde son frecuentes las referencias a que «no parecen ellos», a que se han convertido en individuos más bellos, ágiles y jóvenes. Así se constata que el patito feo, por fin, se ha convertido en cisne.

Vicente.— Y vamos, a lo mejor la gente de fuera, y más de una persona me lo ha dicho, es que no soy el mismo. Me lo ha dicho muchísima gente ya. Que conforme a cómo estaba, a *cómo* estoy, no me reconocen.

Entrevistadora.— Pero, sigues siendo el mismo.

Vicente.— *Sí, incluso*, mejor todavía, por lo que te he explicado antes, [...] lo de no hablar con la gente, lo de retraerme yo mismo, no tener ganas de salir, todo eso ha cambiado [...]. Ganas de vivir.

(Entrevista a Vicente, dos años después de la cirugía, 22 de febrero de 2018).

En esta entrevista, Vicente conceptualizaba la cirugía como un punto de inflexión en su vida, puesto que había desencadenado nuevas formas de percibir el mundo y de relacionarse con los demás. Tras el adelgazamiento, él vivía con satisfacción que varias personas no le reconociesen por la calle, que le contemplasen como una persona distinta. El éxito no se fundamentaba solo en «parecer otro», sino en devenir una versión mejorada de sí mismo; el adelgazamiento había liberado a un individuo más activo en las relaciones sociales y en las actividades físicas, así como un emprendedor en su trayectoria educativa y profesional.

El reconocimiento positivo de los cuerpos adelgazados también se extendía al contexto clínico. En la consulta médica, los cuerpos que habían adelgazado después de la cirugía entraban en escena en cuanto el paciente rebasaba el quicio de la puerta de color berenjena y se presentaba ante las miradas de los profesionales sentados al otro lado de la mesa.

Quando Olena, una mujer de 50 años ya intervenida, entra en la consulta, el médico y la enfermera se muestran sorprendidos, se miran extrañados, escudriñan el pasillo hacia un lado y el otro, ríen y bromean: «¿Dónde está Olena? Esta mujer no es Olena.» Olena se queda de pie frente a la mesa, mostrando con los brazos abiertos un cuerpo delgado y riendo a carcajadas. Confirma que «no es la misma» y que, incluso, tiene problemas en los aeropuertos porque no la reconocen en la fotografía del documento de identidad. Extrae la cartera del bolso y, uno a uno, nos enseña la fotografía de dicho documento en la que se hace evidente la importante pérdida de peso. La enfermera reafirma que «está muy guapa», pero corrige inmediatamente: «*eras guapa también antes; más gordita, pero guapa*» (diario de campo, 10 de julio de 2018).

Esta situación revela cómo la encarnación de la transformación se pone en juego y el cuerpo resultante es exhibido, alabado y celebrado por todos. La encarnación del cisne dispone al cuerpo en primer plano, como agente protagonista de la escena, y cuestiona la identificación de la propia persona, quien recurre a una fotografía antigua de patito feo para constatar el cambio.

Además, la idea de transformación después del adelgazamiento también está apuntalada por el mercado de la moda, los negocios de belleza y la industria farmacéutica. La imagen del patito feo está ligada al tropo antes-después tan habitual en los anuncios de productos dietéticos y terapias adelgazantes en los que se utilizan imágenes del individuo antes y después de haber recibido el tratamiento para demostrar los efectos del producto. Por ejemplo, en la publicidad de XL-S Medical (2018), se reproduce la imagen de transformación cuando se asegura que dicho producto «te acerca a tu nuevo yo». Para ilustrarlo se muestra el vídeo de una

mujer exultante, sonriente y segura, con un vestido entallado y elegante. La nominación como «nueva» Patri refuerza la promesa utópica del anuncio en la que adelgazar no es solo perder kilos, sino devenir otro.

En definitiva, la cirugía de obesidad es una técnica corporal que cambia el tamaño y recorrido del estómago e intestino, a la vez que desata una experiencia de transformación simbólica y política del sujeto: de quién es, qué lugar ocupa y cuáles son sus posibilidades. La transformación en las formas de pensarse y de mirarse a sí mismos, en los modos de sentir y de actuar en el mundo puede contemplarse como un cambio en las autocomprensiones⁴ (Brubaker y Cooper, 2000), que es expresado a través de las metáforas y las narrativas de las personas que sufren ese proceso.

3.2. El héroe moderno: el camino correcto no es el más fácil

«*Come como la persona que quieres ser*» (anuncio publicitario Edeka, 2017: 2: 29).

La cirugía era conceptualizada como el «camino fácil» para resolver la obesidad, una solución mediada por la tecnología médica que no exigía una intervención del individuo, ya que el adelgazamiento se producía de manera más o menos «milagrosa», sin que el individuo hubiera transitado ese camino exhibiendo voluntad y disciplina. La vía quirúrgica era minusvalorada al enfrentarla a otro tipo de acciones para adelgazar, como las dietas y el ejercicio, que se aproximaban más a la noción del camino difícil, pero correcto, basado en el esfuerzo, el autocontrol y el sufrimiento. Los estereotipos perseguían a las personas con obesidad, incluso después de haber adelgazado.

Por ejemplo, en las consultas de cirugía bariátrica, algunos familiares de los pacientes mostraban su desacuerdo con la opción quirúrgica porque entrañaba más riesgos que las alternativas dietéticas; según estos, era mejor adelgazar «por uno mismo» (diario de campo, 10 de julio de 2018) y, para ilustrarlo, enfrentaban su propia experiencia exitosa con dietas y programas de ejercicio frente al fracaso y al carácter incorregible del paciente. Esta idea era compartida también por algunos pacientes, quienes advertían que la cirugía era el «parche fácil» en contraposición a algunos «héroes» que lograban adelgazar por sí mismos (entrevista a Rubén, tres años después de la cirugía, 26 de enero de 2018).

4. El concepto de *autocomprensiones* señala las nuevas disposiciones y posiciones sociales del sujeto, resultando especialmente útil para revelar la experiencia de metamorfosis del sujeto sin caer en visiones unitarias y rígidas del yo (Brubaker y Cooper, 2000).

Estas figuras heroicas encarnan los valores modernos y de progreso por medio de un cuerpo delgado, de la regulación de los actos de alimentación y de la práctica disciplinada de ejercicio corporal. Atravesando el camino difícil, esas figuras modélicas no solo consiguen adelgazar, sino demostrar que son individuos que actúan moralmente y son capaces de alcanzar aquello que se proponen, independientemente de la dificultad de la hazaña. La representación del camino difícil que culmina con la transformación del individuo se muestra, por ejemplo, en un anuncio publicitario de la cadena de supermercados de alimentación saludable Edeka (2017).

Este anuncio con forma de fábula se desarrolla en un mundo en el que todos los personajes son gordos, incluso los perros. Todos ingieren una masa grisácea en recipientes de comida rápida; como autómatas la comen ávidamente para desayunar, comer y cenar, en casa, en el trabajo o en la calle. Todos se mueven muy lentamente, con mucho esfuerzo, arrastrando sus cuerpos pesados por la ciudad. El protagonista es un niño que sueña con volar como un pájaro y trata de inventar algún artilugio que le permita elevarse del suelo. Todos los intentos finalizan con una caída y un grito de dolor. Sin embargo, no se rinde y decide cambiar de estrategia. Tomando el ejemplo de un pájaro que se acerca siempre a su ventana, deja de comer con su familia, se encierra en su habitación y empieza a trabajar en su proyecto. Mientras lo hace, se alimenta únicamente de bayas y frutos del bosque, como el pájaro. Cuando llega la primavera, el niño, que se ha desprendido de muchos kilos y muestra un cuerpo delgado, prueba su nueva invención y se aleja volando de aquel mundo gris.

Aunque la historia del niño comparte elementos con el cuento del patito feo en cuanto al vínculo entre adelgazamiento y la transformación del individuo, los distintos matices entre ellos arrojan luz a la comprensión de la experiencia vivida y las conceptualizaciones de la cirugía de obesidad. En el «patito feo», el cambio casi mágico en la corporalidad desata una cascada de experiencias en la participación en el mundo y en las relaciones con los agentes sociales. El paralelismo con la vivencia de los primeros meses después de la cirugía es evidente; un periodo temporal especialmente dulce, de «subidón». Por ejemplo, Marta describía como extremadamente agradable y placentera la etapa posterior a la cirugía debido a las nuevas posibilidades de hacer y sentir, a la percepción de normalidad en el espacio público, a la disminución del estigma y de actitudes discriminatorias.

Las personas nos engañamos. Te operas, te viene un subidón [...] Te sientes: ¡Jo! ¡Qué guay! Te vas a comprar ropa, te pones a hacer deporte, te relacionas mucho más, no te importa, o sea, no te importa relacionarte, que es casi como

una cosa que antes escaseaba. Pero te confías demasiado con el tema de la comida [...] El cuerpo te va pidiendo más. Y el estómago se te hace más grande (entrevista a Marta, 16 años después de la cirugía, 26 de marzo de 2018).

No obstante, Marta advertía que esta sensación era ilusoria, puesto que, con el paso del tiempo, las modificaciones digestivas podían no ser tan eficaces en la limitación de la comida y empujar al individuo al estado de partida. Por eso, esta participante pedía a las personas que iban a someterse a una cirugía que «no se confiaran» en la etapa del «subidón» porque «después de un tiempo, volvían a caer». Las características que debe reunir el individuo para no caer en la tentación y retornar a la misma situación, aparecen recogidas en el camino difícil que recorre el niño del anuncio.

La fábula publicitaria incorpora la representación social del «héroe moderno». A diferencia del cuento del patito feo que se transforma en un cisne porque estaba inscrito en su naturaleza, el niño sufre una metamorfosis como sujeto y se convierte en una persona distinta. Él lo consigue sin ayuda de nadie, con disciplina y constancia, solo tomando como modelo a un pájaro que sirve de guía. El proceso ascético comprende la reclusión en su dormitorio, el trabajo duro, las comidas frugales y, así, las necesidades corporales se ven subordinadas a la consecución de metas más importantes. Este héroe encarna los valores del sujeto moderno, porque es capaz de dirigirse a sí mismo y perseguir su meta apartándose incluso de su grupo social.

El «héroe moderno» se corresponde con el modelo de sujeto en el que debe convertirse el paciente bariátrico. De él se espera que coma cantidades moderadas, minimizando la cantidad de azúcares, grasas y calorías, que no consuma alcohol, que realice regularmente ejercicio físico, que monitorice su peso y vigile su recuperación, que maneje el estrés y los problemas de sueño, que evite los «atracones» diurnos o nocturnos, que acuda a todas las citas con sus terapeutas y que tome los suplementos alimenticios y vitamínicos necesarios; un individuo que actúe de manera racional y reflexiva en casi todos los ámbitos de su existencia. Así, la mirada médica anuda el adelgazamiento del cuerpo con la producción de subjetividades.

Este salto en las formas del ser y las maneras de vivir está mediado por la tecnología bariátrica, el saber experto y el propio individuo. El dispositivo bariátrico opera el cuerpo, actúa sobre la materia, pero también proyecta su intervención sobre el alma del sujeto. En este caso, las técnicas de poder/del yo no van dirigidas únicamente a lo que hacen los individuos, a las prácticas y conductas, sino que son dispositivos que ponen el foco en su devenir como sujeto. La modificación corporal es el primer paso, pero el éxito de la intervención recae sobre la capacidad del

sujeto para renunciar a sí mismo, a sus formas de ser y de hacer. Esta ruptura en torno al yo supone un cambio de mirada y de actitud hacia uno mismo, así como una relación distinta con el mundo; las prácticas de cuidado del sí le puede conducir finalmente a la salvación prometida (Foucault, 1994).

4. Rupturas y continuidades: el equilibrio inestable de la transformación

«*Obeso mórbido seré toda la vida porque puedo volver*» (entrevista a Rubén, tres años después de la cirugía, 26 de enero de 2018).

A pesar de la apertura que ofrece la cirugía, la permanencia en el nuevo estado no es segura ni fija, sino que la estabilidad y consistencia de la nueva posición está siempre en cuestión. El éxito de la intervención en la pérdida de peso y de la transformación del sujeto depende del mantenimiento de los resultados en el tiempo.

Aunque la cirugía de obesidad ha demostrado ser eficaz en la pérdida de peso en comparación con otro tipo de intervenciones, una de las preocupaciones para la biomedicina es la eficacia a largo plazo, es decir, que el paciente no recupere peso después de cinco años. Este objetivo es clave a la hora de elegir qué tipo de intervención quirúrgica se practica, pues no todas las técnicas obtienen los mismos resultados a medio plazo (Martín García-Almenta, Ruiz-Tovar Polo y Sánchez Santos, 2017; Rubio *et al.*, 2004).

Para seleccionar el tipo de modificación digestiva adecuada a cada paciente, se valoran aspectos como la edad, el IMC, los hábitos tóxicos, la presencia de otras enfermedades o la ausencia de patologías psiquiátricas graves, pero también la motivación del paciente y la «*capacidad para comprender y seguir las medidas higiénico-dietéticas que se le recomiendan*» (Martín García-Almenta, Ruiz-Tovar Polo y Sánchez Santos, 2017: 14). Según este modelo, la modificación corporal produce un adelgazamiento postoperatorio, pero, para que este se mantenga en el tiempo, es necesario seguir un proceso de «reeducación» que encarrile los hábitos de vida. Esta «reeducación» de la persona remite a las políticas de la vida (Foucault, 2002) en la medida en que pretende una racionalización de las maneras de vivir, el control de las apetencias corporales o el entrenamiento físico regular. Se trata de mecanismos que operan sobre el cuerpo-sujeto para lograr una adhesión a las prescripciones, pero cuyos resultados trascienden los efectos negativos del poder en la restricción y sujeción del cuerpo. Los efec-

tos positivos de los procesos de reeducación se esfuerzan por conformar y moldear una prototípica subjetividad individualista.

En ese itinerario hacia una nueva subjetividad es indispensable conocer el lugar desde el que se parte. Por eso, en las guías y entrevistas clínicas, cómo es y cómo se comporta el paciente antes de la intervención quirúrgica son asuntos importantes para elegir la técnica adecuada. Durante el trabajo de campo en la consulta de cirugía bariátrica, observé que siempre se exploraban las formas de comer y si el paciente se consideraba a sí mismo (o era considerado por otros) como «picoteador», «goloso», «gran comedor», «comedor nocturno» o «de atracones»⁵ (diario de campo, 17 de julio de 2018). Así, por ejemplo, si el paciente se conceptualizaba como «picoteador», podría seguir haciéndolo tras una intervención de gastroplastia vertical y, por tanto, no adelgazar el peso suficiente. El uso de esas categorías metafóricas para etiquetar a los pacientes obesos reproduce la imagen estereotipada del obeso que come sin control y, por tanto, los esencializa destacando un único y censurable rasgo de su conducta.

Asimismo, en el «Documento de consenso sobre cirugía bariátrica» (Rubio *et al.*, 2004: 229) se comprueba cómo las cuestiones morales se inscriben bajo categorías técnico-rationales. Dentro del epígrafe de las complicaciones de una técnica quirúrgica como la gastroplastia vertical anillada conviven la «fístula del reservorio gastro-gástrica» y la caracterización de la técnica como «fácil de sabotear»; en otras palabras, la comunicación entre espacios del estómago por la ruptura de la sutura, por ejemplo, con la posibilidad del paciente para entorpecer el éxito de la intervención. De este modo, las dificultades más carnales de cortar y pegar los tejidos se entrelazan con la hipotética, a la vez que esperada, conducta inadecuada del paciente, que es enmarcado como un enemigo capaz de boicotear el proceso bariátrico planificado por las expertas autoridades médicas.

Este documento forma parte de un régimen de verdad que contiene saber médico-científico, técnicas y normas de vida. Como en las formas de penalidad modernas analizadas por Foucault, las instituciones sanitarias realizan «*un conjunto de juicios apreciativos, diagnósticos, pronósticos, normativos referentes al individuo*» y se interroga sobre lo que los sujetos «*son, serán o pueden ser*» (2002: 14) para comprender las posibilidades de normalización de estos. Al categorizar al paciente como «pico-

5. Las etiquetas clasificaban a los pacientes en función de sus maneras de comer: el «picoteador» hacía pequeñas y frecuentes ingestas entre las comidas principales, el «goloso» tomaba un exceso de dulces, el «gran comedor» consumía grandes cantidades en las comidas principales, el «comedor nocturno» se excedía durante la noche, después de la cena, y el «de atracones» hacía ingestas compulsivas.

teador», «gran comedor» o capaz de hacer sabotaje, los veredictos morales sobre las conductas de los individuos se disfrazan de cuestiones biológicas y técnicas. En otras palabras, la dimensión sociomoral colapsa con la dimensión anatomotécnica en la mirada médica sobre el proceso bariátrico.

Desde la perspectiva biomédica, el adelgazamiento a corto plazo depende de la técnica quirúrgica, pero el mantenimiento de la pérdida de peso pivota exclusivamente sobre el paciente, en sus posibilidades de transformación de la conducta y de sujeción del cuerpo. Por lo tanto, una vez realizada la cirugía, las nuevas posiciones y disposiciones adquiridas por el sujeto están permanentemente en riesgo. La inestabilidad de ese estado se impone en el proceso de cambio entre las disposiciones pasadas y las emergencias posibles, entre la pérdida ponderal y la recuperación del peso.

Así pues, convertirse en un nuevo sujeto no es un camino seguro y ser capaz de mantener el adelgazamiento conseguido está siempre en cuestión. Durante el trabajo de campo, este era un asunto discutido con frecuencia en las conversaciones con pacientes, sus allegados, o los sanitarios. La sombra de la sospecha recaía siempre sobre las personas obesas. ¿Serían estas capaces de cambiar las conductas o volverían a actuar como dictaba su esencia? ¿Se podía confiar en su promesa de reconducir sus formas de comer? La construcción como pacientes incorregibles se elaboraba en la consulta médica cuando una madre que acompañaba a su hija desacreditaba, con gestos o palabras, su relato de esfuerzo y disciplina o cuando la báscula marcaba una pérdida insuficiente de peso poniendo en tela de juicio la narrativa de esfuerzo del paciente (18 de septiembre de 2018). No obstante, esa visión esencialista estaba tan interiorizada por los propios pacientes que emergía con frecuencia en la narración de su experiencia. Muchos afirmaban «no fiarse de ellos mismos» y solicitaban modificaciones digestivas más intensivas que no dependiesen de sus formas de comer; una participante a la que se había incluido en la lista de espera quirúrgica, pedía: «*a mí, hazme la lenteja*», refiriéndose a una técnica que mermase al máximo el volumen del estómago, porque no confiaba en sí misma, ya que «era muy fácil de engañar» (Blanca, entrevista previa a cirugía, 29 de agosto de 2018).

Como se aprecia en el siguiente extracto de una entrevista, la posible recuperación de peso se vive con angustia y temor, puesto que amenaza las nuevas disposiciones y posiciones sociales como una afilada espada de Damocles:

Hay momentos en que cuesta, hay momentos en que dices: este no era yo. De que incluso piensas que te gustaba más tu anterior yo, porque llevabas muchos años familiarizado con ese yo [...]. O por miedo. Porque, a ver, a mí me asusta volver otra vez a coger kilos [...]. Yo tengo mucho miedo a volver. A esa sensación. A mí me da pánico volver a esa situación, de volverme a (no ser capaz de) atar los cordones. Eso me da pánico, me da pánico porque fue el punto de inflexión, de decir: bueno, hasta aquí (entrevista a Rubén, cirugía tres años antes, 26 de enero de 2018).

Por tanto, las personas que se operan de obesidad pueden experimentar una eterna fase intermedia. En contraste con la consistencia y solidez del estado de gordura, la última etapa se percibe líquida, inestable y frágil. Aunque han abandonado el estado de gordura anterior no viven la consolidación del tránsito al estado final o la completa agregación social, sino que el proceso pervive en la lucha con uno mismo y con sus anteriores disposiciones. Para experimentar esa integración en el estado final, es necesario un proceso de disciplina y ascetismo durante el resto de su vida, es decir, que el patito feo convertido en cisne se convierta por sí mismo en un héroe moderno.

5. Conclusiones

La mirada antropológica sobre el fenómeno de la cirugía de obesidad desvela cómo la biomedicina y la cultura popular construyen los modos de transitar hacia las subjetividades deseadas. Este dispositivo biomédico presenta elementos compartidos con otras tecnologías de control de la gordura como las prácticas discursivas sobre el cuerpo, la belleza y la enfermedad, la normativización de las prácticas cotidianas o la institucionalización sanitaria de la vigilancia e intervención sobre la obesidad. Sin embargo, la cirugía añade la práctica anatómica de modelado corporal que fuerza un adelgazamiento muy acentuado que, a su vez, modifica bruscamente la imagen corporal y abre un espacio de posibilidades en las relaciones prácticas y simbólicas del agente social. En esta investigación, la intervención quirúrgica se presenta narrativamente como una ruptura con el «estado» cristalizado de obesidad, una mediación en el desplazamiento entre configuraciones simbólicas y posiciones sociales de los sujetos con obesidad, un impulso hacia una subjetividad mejorada y la emergencia de nuevos modos de pensar, percibir, sentir y hacer del individuo. El proceso de normalización «*impone una exigencia a la existencia*» (Canguilhem, 1971: 187), ajustando cuerpos y sujetos a modelos reglados, pero la reapropiación de esa normalidad abre un repertorio de posibilidades y de experiencias liberadoras.

A diferencia de la investigación de Vogel (2018), que utilizaba la teoría del actor-red para analizar cómo se configuraba la agencia de los pacientes de un programa médico-quirúrgico en Países Bajos, esta etnografía utiliza el análisis de las metáforas para profundizar en la trayectoria de transformación, la agencia del cuerpo, las fricciones entre el modelo del patito feo y del héroe moderno, y su construcción narrativa desde lugares distantes. Seguir los hilos de las metáforas permite desenredar las conexiones, tensiones, rupturas y continuidades entre el antes y el después; entre la transformación corporal del patito feo, propiciada por una agencia externa quirúrgica, y el modelo correcto de conducta del héroe moderno, a partir del trabajo activo y reflexivo del individuo; entre la libertad y la sujeción experimentada por los cuerpos en sus relaciones; entre las expectativas de la consolidación de un estado de delgadez y la experiencia de una eterna fase intermedia.

En definitiva, esta investigación enfatiza el uso de las metáforas como recurso analítico en el estudio de la experiencia de transformación de las personas que sufren una cirugía de la obesidad. Por un lado, las metáforas sirven de herramientas expresivas a los participantes para desviarse de los relatos lineales de la salud y la enfermedad, tornar aprehensible la complejidad de la experiencia (Fernández, 2011) e incorporar la vivencia de fusión del sujeto, el cuerpo y el mundo (Jackson, 1983) a las narrativas. Cuando la gordura se experimenta como una condición que invade la existencia, asfixia y aplasta a la persona, la voz de los sufrientes queda anudada por la vergüenza y la culpa al hablar sobre las desviaciones de sus formas de comer y de sus cuerpos, al relatar situaciones traumáticas, vivencias del estigma e historias enterradas; sin embargo, las metáforas logran descorchar la voz contenida, convertir el sufrimiento en una entidad corporal legible, matizarlo en su diversidad y encuadrarlo en el espacio social. Por otro lado, esos tropos fluyen de punto a punto del espacio social y coagulan en anuncios publicitarios, documentos técnicos de la biomedicina o la *performance* de la consulta bariátrica, lugares donde los modelos individualistas se repiten como aspectos capitales en la configuración de individuos que deben transitar el camino en soledad, con sacrificio y disciplina. La instrumentalización de la metáfora por los distintos agentes sociales conduce a caminos de doble dirección en los que la predicación de la metáfora sobre los sujetos provoca una vivencia de cambio, mientras que estos, a su vez, encarnan, reproducen y consolidan la metáfora en su vida social reforzando la imagen social de transformación. Aunque se acepta que el problema de la obesidad está incrustado en la sociedad y afecta a la totalidad de la población, se señala que la verdadera solución se encuentra en el interior del individuo.

Referencias

- American Medical Association (AMA) (2013). *Is obesity a disease? (resolution 115-A-12). A report of the council on science and public health*. (No. 3-A-13). doi: <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/public/about-ama/councils/Council%20Reports/council-on-science-public-health/a13csaph3.pdf>.
- Backman, O.; Stockeld, D.; Rasmussen, F.; Näslund, E y Marsk, R. (2016). Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after roux-en-Y gastric bypass surgery. *British Journal of Surgery*, 103(10): 1336-42.
- Brubaker, R. y Cooper, F. (2000). Beyond “identity”. *Theory and Society*, 29(1): 1-47.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castaneda, D.; Popov, V.B.; Wander, P. y Thompson, C.C. (2019). Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery—a systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*, 29(1): 322-333.
- Colquitt, J.; Pickett, K.; Loveman, E. y Frampton, G. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014*, 8(CD003641): 1-201.
- Csordas, T.J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos (Berkeley, Calif.)*, 18(1), 5-47.
- EDEKA (2017). *EATKARUS-EDEKA Werbung*. [Video]. 15 de febrero. Youtube. En <https://www.youtube.com/watch?v=To9COZq3KSo&list=RDFAfWZzEjJHI&index=20>. Accedido el 3 de mayo de 2021.
- Fernández, J.W. (2011). En *En el dominio del tropo: Imaginación figurativa y vida social en España*. H.M. Velasco Maíllo, Ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ferrándiz, F. (2011). *Etnografías contemporáneas : Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Barcelona : Anthropos.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1994). En *Hermenéutica del sujeto*. F. Álvarez-Uría, Ed. Madrid: Ediciones Endymión.
- Gawande, A. (2002). *Complications: A surgeon's notes of an imperfect science*. New York: Metropolitan Books.
- Goffman, E. (2015). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Gracia-Arnáiz, M. (2011). La medicalización de la obesidad. concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con «exceso» de peso. *Zainak*, 34: 225-241.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hardon, A. y Moyer, E. (2014). Medical technologies: Flows, frictions and new socialities. *Anthropology and Medicine*, 21(2): 107-112.

- Herzfeld, M. (2005). *Cultural intimacy: Social poetics in the nation-state*. New York: Routledge.
- Jackson, M. (1983). Thinking through the body: An essay on understanding metaphor. *Social Analysis*, 0(14): 127.
- Jensen, M.D. (2017). Obesidad. En *Tratado de medicina interna*. L. Goldman y A.I. Schafer, Eds.: 1458-1466. Barcelona: Elsevier.
- Kleinman, A.; Das, V. y Lock, M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (2015). En *Metáforas de la vida cotidiana*. J.A. Millán y S. Narotzky, Eds. Madrid: Cátedra.
- Lecube, A.; Monereo, S.; Rubio, M.; Martínez-de-Icaya, P.; Martí, A.; Salvador, J.; Masmiquel, L.; Goday, A.; Bellido, D.; Lurbe, E.; García-Almeida, J.M.; Tinahones, F.J.; García-Luna, P.P.; Palacio, E.; Gargallo, M.; Breton, I.; Morales-Conde, S.; Caixàs, A.; Menéndez, E.; Puig-Domingo, M. y Casanueva, F.D. (2016). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. posicionamiento de la sociedad española para el estudio de la obesidad en 2016*.
- Marcus, G.E. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1): 95-117.
- Martín García-Almenta, E.; Ruiz-Tovar Polo, J. y Sánchez Santos, R. (2017). *Vía clínica de cirugía bariátrica 2017*.
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial.
- Navas López, J. (2010). Socio-anthropological analysis of bariatric surgery patients: A preliminary study. *Social Medicine*, 4(4): 209-217.
- Ogden, J.; Clementi, C. y Aylwin, S. (2006). The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology & Health*, 21(2): 273-293.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Obesidad y sobrepeso. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado el 17 de abril de 2020.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). 10 datos sobre la obesidad. En <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>. Consultado el 5 de mayo de 2021.
- Raaijmakers, L.C.H.; Pouwels, S.; Thomassen, S.E.M. y Nienhuijs, S.W. (2017). Quality of life and bariatric surgery: A systematic review of short- and long-term results and comparison with community norms. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71: 441-449.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). Biopower today. *Biosocieties*, 1(2): 195-217.
- Rubio, M.A.; Martínez, C.; Vidal, O.; Larrad, Á.; Salas-Salvadó, J.; Pujol, J.; Díez, I. y Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes*, 4: 223-249.
- Sassi, F. (2010). Obesity and the economics of prevention: Fit not fat Org. for Economic Cooperation & Development. En <https://www.oecd.org/els/health-systems/46068529.pdf>. Consultado 7 de febrero de 2021.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M.M. (1986). Speaking "truth" to illness: Metaphors, reification, and a pedagogy for patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(5): 137-140.

- Taussig, M.T. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Soc Sci Med Anthropol*, 14B(1): 3-13.
- Throsby, K. (2008). Happy rebirthday: Weight loss surgery and the “new me”. *Body & Society*, 14(1): 117-133.
- Valles, M.S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Velasco Maíllo, H. M. y Díaz de Rada, Á. (2004). *La lógica de la investigación etnográfica: Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Editorial Trotta.
- Vogel, E. (2018). Operating (on) the self: Transforming agency through obesity surgery and treatment. *Sociology of Health & Illness*, 40(3): 508-522.
- Yang, L.H.; Kleinman, A.; Link, B.G.; Phelan, J.C.; Lee, S. y Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7): 1524-1535.
- XL-S Medical (2018, 5 de abril). *Descubre a la nueva Patri [Video]*. Youtube. <https://youtu.be/09ijEst-vYA>. Accedido el 17 de marzo de 2021.

