



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado
Proyecto de investigación

Operar el cuerpo, narrar la vida:
una aproximación crítica a las prácticas
alimentarias postbariátricas

Estudiante: Paula Borba Leal
CI: 5.416.614-9
Tutor: Asist. Mag. Pablo Piquinela
Revisor: Prof. Agdo. Gonzalo Correa

Montevideo, Uruguay
2025

Índice

Resumen.....	3
1. Fundamentación.....	4
2. Antecedentes.....	5
2.1 Prácticas alimentarias.....	6
2.2 Dispositivos institucionales y regulación alimentaria.....	8
2.3 Subjetividad.....	9
3. Marco conceptual.....	9
3.1 Estudios críticos de la alimentación.....	9
3.2 Patologización de la gordura.....	11
3.3 Gordofobia.....	13
4. Problema de Investigación.....	15
5. Objetivos de investigación.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
6. Metodología.....	18
6.1 Técnicas.....	18
6.2 Recolección de datos.....	18
6.3 Análisis de datos.....	19
8. Consideraciones éticas.....	20
9. Resultados esperados y plan de difusión.....	21
Referencias.....	21

Resumen

Esta investigación propone analizar cómo las prácticas alimentarias operan como mecanismos de regulación corporal y subjetiva en personas que se sometieron a cirugía bariátrica, a partir de sus propias narrativas. Desde una perspectiva crítica, se parte del cuestionamiento al paradigma médico hegemónico que define la obesidad como enfermedad, lo cual produce discursos que no solo patologizan ciertos cuerpos, sino que también derivan en efectos de estigmatización y discriminación, como la gordofobia. A partir de ello, se entiende que dichas prácticas funcionan como mecanismos que disciplinan el cuerpo y configuran modos de subjetivación. Para abordar esta problemática, se profundizará en la configuración de las prácticas alimentarias de los sujetos, los sentidos y emociones que las atraviesan, así como las transformaciones corporales percibidas. Se busca comprender cómo estas prácticas se inscriben en un entramado de poder-saber que produce, regula y legitima ciertos cuerpos. La investigación adoptará una metodología cualitativa, basada en entrevistas en profundidad semiestructuradas y en análisis documental.

Palabras clave: *prácticas alimentarias, cirugía bariátrica, obesidad, gordofobia*

1. Fundamentación

En las últimas décadas, la prevalencia de la obesidad ha aumentado de forma sostenida a nivel mundial. A fines de los años noventa, la Organización Mundial de la Salud la declaró una epidemia y, en el año 2000, advirtió sobre sus costos físicos, mentales, económicos y su impacto en la salud global (OMS, 2000). Desde esa perspectiva, el sujeto obeso es concebido como enfermo, lo que habilita un despliegue de tecnologías de regulación corporal y subjetiva, que refuerzan procesos de discriminación y moldean la autopercepción, alentando la búsqueda de un cuerpo normativo (Molina y Molina, 2017).

Desde el campo médico, se vienen proponiendo diversos enfoques terapéuticos para abordar la obesidad, que van desde dietas y ejercicio, hasta el uso de fármacos e intervenciones quirúrgicas (López, 2023). En particular, los fármacos han ganado protagonismo con la introducción del Ozempic a nivel internacional, un fármaco que viene mostrando resultados favorables en la reducción del peso y la supresión del apetito (Simmons, 2025). En el contexto nacional, se destaca la investigación llevada a cabo por un equipo del instituto Pasteur, con el apoyo de la Universidad de la República (Udelar) sobre un compuesto denominado SANA. Este se encuentra en fase de desarrollo como tratamiento para la obesidad y la diabetes tipo 2; no obstante, los investigadores destacaron que los primeros resultados han sido alentadores, especialmente en lo que respecta al descenso de peso (Cal et al., 2025). A pesar del entusiasmo que muestran investigadores y consumidores por los resultados, existen pocas investigaciones que indaguen el funcionamiento y los efectos a largo plazo de estos fármacos.

Incluso con el creciente respaldo a estos fármacos, la cirugía bariátrica continúa considerándose el método más eficaz para la reducción de peso (Bermeo- Villacrés, 2022). Guevara y Mikler (2016) la definen como un conjunto de procedimientos quirúrgicos orientados a modificar el tracto digestivo, con el objetivo de favorecer la pérdida de peso y mejorar las enfermedades asociadas. Este tipo de intervención está indicada para personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 35 acompañado de comorbilidades, o mayor a 40.

Aunque los resultados a corto plazo parecen efectivos, algunas investigaciones (King et al., 2018; Athanasiadis et al., 2021, citados por Henao et al., 2023) advierten sobre una reganancia de peso en un 15% a 35% de los casos entre los dos y cinco años posteriores a la operación. Esto sugiere que el éxito a largo plazo depende de la adhesión sostenida a hábitos y conductas alimentarias, como el control sobre la ingesta dietética y la realización de ejercicio físico (Rodríguez, 2024). Estos cambios suponen una regulación en los modos de vida. A nivel de la alimentación, las personas aprenden, por ejemplo, cómo masticar, la velocidad al hacerlo y la cantidad (Gracia-Arnaiz, 2004). A nivel de la

experiencia subjetiva, como plantean Wolff y Maydell (2024), la transformación de la identidad a partir de un cuerpo intervenido interpela tanto la forma de habitarlo como el modo en que se percibe por los otros.

La cirugía bariátrica implica un cambio profundo en la existencia de quienes se someten a ella, afectando múltiples dimensiones de su vida. En este sentido, las clínicas bariátricas no sólo prescriben regímenes dietéticos, sino que operan como dispositivos que modelan y modulan la conducta, el cuerpo y la vida misma. Como sostiene López (2023), estos mecanismos buscan la adhesión del sujeto a pautas médicas, sin embargo, sus efectos no se limitan a controlar o restringir, sino que también inciden en la forma en que las personas se construyen como sujetos. En un sentido complementario, Rose (2012) propone que los individuos contemporáneos comienzan a entenderse a sí mismos a partir de su biología y asumen un rol activo en la gestión, optimización y mejora de sus cuerpos, convirtiéndose en responsables de su propio bienestar mediante prácticas médicas, tecnológicas y de autocuidado.

La concepción del cuerpo como un proyecto individual a ser mejorado dialoga con los modos en que se aborda la obesidad en el discurso médico. Al respecto, a nivel teórico, la obesidad ha sido mayoritariamente abordada desde enfoques biomédicos (Barrientos y Silva, 2020). La revisión bibliográfica realizada en el marco de este proyecto evidencia que, en Uruguay, los estudios existentes se concentran en aspectos biomédicos y clínicos, sin abordar en profundidad dimensiones subjetivas (Santiago et al., 2014; San Román et al., 2022; Catalá- Pezzatti et al., 2022). No obstante, desde hace décadas existen aproximaciones críticas que subrayan el papel de los factores estructurales y políticos en la construcción del problema (Navas et al., 2014). Por lo tanto, este trabajo propone ampliar el marco de análisis, investigando las prácticas alimentarias como mecanismos de regulación del cuerpo y la subjetividad, valorando los aspectos subjetivos que emergen en estos procesos.

La importancia de este abordaje también encuentra relevancia en el plano político. En un artículo publicado por La Diaria (*Especialistas y personas que padecen obesidad*, 2024) se menciona un proyecto de ley presentado en el 2022 que busca incluir la cirugía bariátrica en el Fondo Nacional de Recursos.

2. Antecedentes

Las investigaciones relevadas abordan, en diferentes grados, la cirugía bariátrica, las prácticas alimentarias, la subjetividad y el contexto institucional. Para su análisis, se organizaron en tres dimensiones según el eje que predomina en cada investigación. La primera dimensión se centra en las prácticas alimentarias, incluyendo hábitos, restricciones y rituales; la segunda enfatiza la relación entre dichas prácticas y las condiciones clínicas; y

la tercera aborda los significados subjetivos y emocionales del proceso, desde una mirada crítica.

2.1 Prácticas alimentarias

Las motivaciones que llevan a una persona a someterse a una cirugía bariátrica son múltiples y complejas, atravesadas tanto por experiencias personales como por presiones sociales. En el estudio de Lecaros et al. (2015), se identifican factores como la falta de reconocimiento laboral, la dificultad para conseguir empleo, la imposibilidad de encontrar ropa adecuada y la percepción de que el peso representa una barrera tanto para la autoaceptación, como para la validación y aprobación externas. En la misma línea, Hoyos y Salazar (2016) destacan los obstáculos en la vida familiar y social como detonante del deseo de operarse. Por su parte, Keyte et al. (2024) señalan como motivo experiencias de discriminación. Los participantes de su investigación recordaron haber sido objeto de burlas y abusos verbales, lo cual impactó negativamente en su autoestima y salud mental, e incluso afectaron sus comportamientos alimentarios.

A este contexto de presión social se suma un historial de intentos fallidos por controlar el peso. Según Paredes y Rivero (2015) y Ferrer y Cruz (2017), la mayoría de las personas operadas habían pasado años sometiéndose a dietas estrictas y regímenes de ejercicio sin obtener resultados sostenidos. El trabajo de Hoyos y Salazar (2016) agrega que también recurrieron a estrategias como consumir grandes cantidades de agua para evitar comer, acostarse temprano con el mismo fin, ingerir pastillas “milagrosas” o acudir a tratamientos como masajes y acupuntura. La frustración acumulada ante la falta de resultados llevó a muchas personas a considerar la cirugía como último recurso. En este sentido, Paredes y Rivero (2015) interpretan que para varios entrevistados la cirugía fue vista como un medio forzoso para alcanzar los cambios nutricionales y físicos que no habían logrado por otras vías.

Uno de los aspectos más significativos de este proceso es la resignificación del vínculo con la comida. En la investigación de Keyte et al. (2024), realizada con diecisiete personas en etapas pre y postoperatorias, los participantes expresaron que antes de la cirugía experimentaban un fuerte vínculo emocional con la comida asociándola al placer y el consuelo. El cambio posterior implicó un duelo por la pérdida de esa función afectiva. Esta dimensión también es desarrollada por Lecaros et al. (2015), quienes profundizan en cómo la comida funcionaba como regulador emocional antes de la operación, y cómo la cirugía alteró profundamente esa función. Los participantes de este último estudio describieron una fuerte limitación en sus deseos alimentarios y un esfuerzo constante por controlar qué y cómo comían, lo que generaba tensiones emocionales similares a las halladas por Keyte et al.

En la etapa posterior a la cirugía, la alimentación se convierte en un terreno de adaptación complejo. La investigación de Hoyos y Salazar (2016), con veintitrés participantes entre los seis meses y dos años postcirugía, reveló que reorganizar horarios, aprender a comer despacio y tolerar porciones reducidas fue fuente de frustración y ansiedad, especialmente al no poder disfrutar los alimentos en las cantidades acostumbradas. Para enfrentar esta ansiedad, las personas recurrieron al autocontrol, la fuerza de voluntad, la disciplina y el apoyo familiar y médico.

Una preocupación transversal en este período es el temor a recuperar el peso perdido. En el trabajo de Paredes y Rivero (2015), todos los participantes manifestaron esta preocupación, que en algunos casos llevó a adoptar medidas restrictivas. Si bien valoraban positivamente la cirugía, reconocían que el proceso implicó altos niveles de estrés. Por su parte, Keyte et al. (2024) observaron que ninguno de los participantes consideraba antes de operarse la posibilidad de no perder peso o de recuperarlo, lo que los autores identifican como una falta importante en la preparación prequirúrgica, ya que incide en el manejo emocional posterior.

Esta tensión entre el control y el temor a la recaída también se manifiesta en las estrategias de autorregulación alimentaria. Rodríguez (2024), quien entrevistó a seis personas operadas entre los dos y diez años atrás, identificó que el cumplimiento de las pautas médicas y el deseo de “verse saludables” funcionaban como mecanismos de control de peso. Sin embargo, también observó una priorización de la imagen corporal sobre la salud integral, ya que algunos participantes continuaban comiendo los mismos alimentos que antes de la operación, pero en menor cantidad. Esto les permitía mantener su peso, aunque no necesariamente mejorar la calidad nutricional de su dieta. La autora advierte que este tipo de estrategias podrían comprometer los resultados sostenibles a largo plazo.

Otro eje que atraviesa estas investigaciones es la transformación del cuerpo y sus efectos en la identidad y la salud mental. En el estudio de Hoyos y Salazar (2016), algunas personas manifestaron dificultades para reconocerse tras la pérdida de peso, lo que generó angustia y, en algunos casos, necesidad de atención psiquiátrica. En línea con esto, Lecaros et al. (2015) señalan que la vivencia del cambio corporal puede producir una sensación de descontrol, especialmente cuando no se logra resignificar el nuevo rol de la comida ni adaptarse al cuerpo transformado.

Estas investigaciones coinciden en que la cirugía bariátrica es el inicio de un proceso de transformación física y subjetiva. En él, la alimentación deja de ser solo un tema médico y se convierte en un espacio donde se negocia la identidad, las emociones y los sentidos del cuerpo.

2.2 Dispositivos institucionales y regulación alimentaria

Las experiencias relatadas en las investigaciones previas evidencian cómo las prácticas alimentarias en el contexto de la cirugía bariátrica están condicionadas no solo por las recomendaciones clínicas, sino también por las modalidades institucionales de preparación y seguimiento que varían considerablemente y repercuten en la experiencia y resultados de los pacientes. En Chile, por ejemplo, Ferrer y Cruz (2017) evidencian que el tipo de acompañamiento nutricional previo a la cirugía, que puede ir desde un seguimiento profesional sostenido hasta información puntual brindada exclusivamente por el cirujano, influye en la capacidad de las personas para mantener los patrones alimentarios recomendados. La heterogeneidad institucional se refleja en conductas restrictivas y ansiosas, que muchas veces terminan favoreciendo la reganancia de peso.

Este fenómeno de recuperación de peso, asociado a dificultades para sostener las nuevas prácticas alimentarias, también es reportado por Billing-Bullen et al. (2022), quienes resaltan la percepción de los pacientes sobre la insuficiencia del acompañamiento por parte del equipo bariátrico y la necesidad de apoyo psicológico y educativo continuo. La valoración positiva hacia las sesiones educativas adicionales indica que un soporte sostenido puede brindar herramientas concretas y contención emocional necesarias para enfrentar estos desafíos.

El enfoque clínico imperante, como muestra Perez et al. (2020) en su artículo de revisión, suele orientarse hacia el control estricto de la ingesta y la corrección de desviaciones, proponiendo intervenciones motivacionales, conductuales, farmacológicas o incluso quirúrgicas para enfrentar la reganancia. Sin embargo, esta mirada centrada en el cumplimiento normativo puede pasar por alto aspectos fundamentales en la experiencia subjetiva de los pacientes, especialmente en lo que refiere a su bienestar psicológico.

En este sentido, Coulman et al. (2020) destacan que las secuelas físicas visibles, como el exceso de piel, impactan negativamente en la salud mental de los pacientes, quienes se sienten “anormales” y perciben que el equipo clínico no está preparado para abordar estas consecuencias a largo plazo. Esto evidencia una brecha en el apoyo integral postoperatorio.

Frente a estas limitaciones, protocolos como el desarrollado por Membrive et al. (2024) proponen un abordaje más integral y multidisciplinario, centrado en la prevención de la reganancia y la regulación emocional. La transición de un formato psicoeducativo hacia un espacio de expresión emocional compartida responde a la necesidad de atender no sólo las conductas sino también las emociones y vivencias que configuran la relación con la comida y el cuerpo. Los temas recurrentes de estas sesiones, como la ineficiencia de dietas rígidas y la función reguladora emocional de la alimentación, reflejan también las dificultades señaladas en trabajos previos que refuerzan la importancia de este enfoque.

Como se observa las condiciones institucionales de preparación y seguimiento no sólo estructuran el abordaje clínico de la cirugía, sino que también inciden profundamente en la construcción subjetiva de quienes transitan estos procesos.

2.3 Subjetividad

Wolff y Maydell (2024) señalan que, tras la operación, muchos pacientes logran una autoimagen más alineada con las normas sociales interiorizadas, lo que disminuye el odio hacia sí mismos y mejora la percepción de sí mismo como “normales”. A pesar de los cambios positivos, muchos no se reconocían plenamente y sentían cierta responsabilidad por ello, debido a la internalización de discursos sociales sobre la responsabilidad individual en la salud.

Esta interiorización de normas y control corporal es analizada desde una perspectiva biopolítica por Molina y Molina (2017), quienes interpretan la cirugía bariátrica como una tecnología que transforma la subjetividad al definir al sujeto “obeso” en relación con un ideal médico y social. La intervención se convierte así en un mecanismo tanto de legitimación como de sometimiento a un régimen de vigilancia y autocorrección que limita la subjetividad, al ajustar el cuerpo dentro de los parámetros normativos. Esta búsqueda de un cuerpo “mínimamente aceptado” refleja la tensión entre el beneficio para el sistema y las posibles limitaciones para la identidad del sujeto.

López (2023) complementa esta visión al describir cómo, en las narrativas de pacientes, la cirugía se experimenta como una transformación simbólica y sociopolítica donde el sujeto es llamado a convertirse en un “héroe moderno”. Este héroe debe regular estrictamente su cuerpo y estilo de vida, renunciando a formas previas de ser y actuar para cumplir con las expectativas biomédicas y culturales. Así, tanto la biomedicina como la cultura popular articulan tecnologías de control que moldean nuevas subjetividades en torno a la gordura y la salud.

3. Marco conceptual

3.1 Estudios críticos de la alimentación

La alimentación es un fenómeno relevante en la formación de los sujetos, tanto en su dimensión corporal como subjetiva, ya que es utilizada como un mecanismo para regular la vida social e individual. Tradicionalmente abordada desde un enfoque médico-nutricional, esta perspectiva la ha reducido a una práctica biológica centrada en los efectos fisiológicos de los alimentos sobre el cuerpo (Lupton, 1996). Sin embargo, en las últimas décadas, estudios críticos sobre la alimentación (Tenorio, 2023; Lupton, 1996) han cuestionado este reduccionismo, visibilizando las dimensiones sociales, económicas, culturales y políticas del acto alimentario y las prácticas que le rodean.

En sintonía con estos enfoques, este trabajo aborda las prácticas alimentarias considerando cómo lo material, lo simbólico y lo afectivo configuran las experiencias del comer. Boragnio (2021) define las prácticas alimentarias como un conjunto de acciones y significaciones asociadas a la obtención, preparación y consumo de alimentos. Estas prácticas no solo expresan modos de ingesta, elección de alimentos, métodos de cocción, porciones, frecuencia, sino que también configuran experiencias corporales, afectivas y sociales (Tejeda, 2023). Como sostiene Lupton (1996), la alimentación es clave en la construcción de la subjetividad y la vivencia del cuerpo.

Ahora bien, lo que se come, cómo y por qué, no puede pensarse al margen de los cambios estructurales que ha atravesado el sistema alimentario desde hace unas décadas. La Revolución Verde marcó un punto de inflexión al promover un modelo agrícola industrializado, orientado al rendimiento y al comercio global, que desplazó formas locales de producción (Blacha, 2019). Esto implicó una ruptura en la relación entre el agricultor, el entorno, el producto y el consumidor. Lo central dejó de ser quién produce el alimento y en qué condiciones, y pasó a ser su rendimiento y adecuación a los estándares del mercado (Pollan, 2007, como se citó en Cabrera et al., 2019). En este contexto proliferaron alimentos con alta densidad energética que tuvieron un impacto directo en la transformación de las dietas, modificando hábitos alimentarios y contribuyendo al desarrollo de la obesidad. (Cabrera et al., 2019).

Las transformaciones en el sistema alimentario no solo modificaron las formas de producción y consumo, sino que también abrieron paso a nuevas maneras de pensar y gobernar la salud y la alimentación. La creciente industrialización y el acceso masivo a productos ultraprocesados fueron parte de un contexto en el que la responsabilidad sobre la salud comenzó a trasladarse del Estado hacia el individuo. En este marco, se consolidó la figura del sujeto racional y autónomo, supuestamente capaz de tomar decisiones informadas para su propio bienestar (Lupton, 2012).

Esta autonomía individual se relaciona con un entramado de saberes y poderes institucionales. La institución médica, junto con la industria farmacéutica y organismos internacionales de salud, actúa como autoridad epistémica que define qué es salud y que no lo es (Pérez, 2019). Este poder se expresa en prácticas discursivas y no discursivas que regulan las conductas alimentarias.

Pensándolo desde una perspectiva foucaultiana, la construcción discursiva que se hace sobre la alimentación, no solo define lo que se considera saludable, sino que también produce objetos, como “el cuerpo obeso” y sujetos, “como el individuo responsable”, configurando así marcos normativos que orientan el comportamiento (Foucault, 2002). Un ejemplo en este contexto es el discurso de “alimentación saludable” el cual opera como una

forma de responsabilización alimentaria donde prima el cuidado de sí mismo promoviendo comportamientos normativos (Rodríguez, 2017).

La idea de una autonomía en las elecciones alimentarias deja al descubierto barreras materiales para una libre elección como desigualdades económicas que restringen el acceso a alimentos de menor contenido calórico, condiciones laborales que imponen ritmos de vida acelerados y un mercado saturado de productos ultraprocesados que confunden y sobrecargan al consumidor (Pollan, 2017). Al respecto de esto último, Gracia-Arnaiz (2003) señala que el sujeto contemporáneo convive con una amplia gama de oferta de productos alimentarios y, al mismo tiempo, con numerosos mensajes que lo instan a evitarlo. Esto genera un aumento en los conflictos identitarios vinculados al cuerpo, lo que lleva a los sujetos a recurrir a distintas estrategias para controlar su peso.

3.2 Patologización de la gordura

La obesidad es un fenómeno que se ha construido predominantemente desde la mirada médica, bajo el binomio salud-enfermedad. Sin embargo, en las últimas décadas, (Lupton 2012, Contrera y Cuello 2016, Moreno 2018, Tenorio, 2023) han señalado que su definición, diagnóstico y tratamiento están atravesados por discursos sociales, económicos, culturales y políticos, con efectos no solo físicos, sino también subjetivos y emocionales. En este entramado, el cuerpo obeso se ha constituido en un objeto de intervención, orientado a su regulación y corrección (Lupton, 2012).

Desde un paradigma biomédico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la obesidad como una “enfermedad crónica que se define por una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.” Atribuye su causa principal a un desequilibrio entre ingesta y gasto calórico. También la considera una enfermedad multifactorial vinculada al entorno, a factores psicosociales y variantes genéticas (OMS, 2025). No obstante, como se verá más adelante, estos factores no son considerados a la hora de trazar políticas para “combatirla”.

Para Lupton (2012) algunos saberes médicos no son neutrales, sino que producen sentidos sobre la salud y la enfermedad moldeando la manera en que las personas se perciben y experimentan su corporalidad.

Desde la perspectiva foucaultiana, el poder, el saber y la subjetividad se encuentran entrelazados en una producción mutua. En este sentido, el cuerpo está inmerso en un campo político, donde las relaciones entre saber y poder se inscriben y constituyen a los sujetos, en función de normas que definen lo sano, lo correcto o lo deseable (Foucault, 2008).

En este marco, la medicina ha desempeñado un papel central en la construcción de la llamada “epidemia de la obesidad” categorizando al cuerpo obeso como enfermo y

posicionando la gordura como un problema individual que debe ser tratado. Una herramienta que facilitó este proceso fue el Índice de Masa Corporal (IMC), una medida estandarizada que clasifica a las personas en categorías como normopeso, sobrepeso u obesidad. Aunque el instrumento es ampliamente utilizado, ha sido objeto de críticas por su carácter reduccionista, debido a que ignora factores como la masa muscular, la complexión corporal o el entorno socioeconómico. A pesar de no medir directamente la salud, el IMC actúa como un indicador de patología que jerarquiza cuerpos (Lupton, 2012).

Desde esta lógica, Vigarello (2011) sostiene que al nominar a una persona obesa como enferma se intensifica la vigilancia y el juicio sobre su cuerpo. En esta misma línea, Moreno (2018) advierte que esta patologización refuerza actitudes colectivas de rechazo hacia aquellas corporalidades que se desvían de una norma acríticamente aceptada por la sociedad.

Como menciona Vigarello (2011) la obesidad no puede entenderse por fuera del contexto sociopolítico del capitalismo, donde los cuerpos son gestionados en función de su productividad. Siguiendo a Sibilia (2005), en las últimas décadas se han promovido prácticas orientadas a optimizar el rendimiento físico y reducir los costos del sistema de salud. En este marco, los cuerpos obesos, asociados a la improductividad, se convierten en objeto de intervención estatal y vigilancia médica. Esta lógica de optimización del cuerpo y reducción de costos en salud, propios de una racionalidad económica, no actúa de forma aislada, sino que se articula con intereses políticos e industriales que inciden en la definición del problema. Un ejemplo de ello puede encontrarse en Tenorio (2023), quien presenta la obesidad como un fenómeno estructural atravesado por lógicas de mercado. En su investigación en México, muestra cómo las corporaciones se posicionan como actores centrales en la formulación de políticas dirigidas a “combatir” la obesidad, promoviendo discursos como el de “equilibrio energético”. En este marco, la obesidad es presentada como resultado de un desbalance entre consumo y gasto calórico, y las políticas se orientan a “educar” a la población para que realice elecciones alimentarias más saludables. Sin embargo, Tenorio señala que no se trata solo de desconocimiento nutricional, sino de condiciones como la falta de tiempo y dinero, que no son contempladas. Retomando a Gard y Wright observa que el modelo de entrada y salida de energía es reduccionista, al concebir al cuerpo como una máquina predecible, y que desatender factores sociales, culturales y económicos lleva a interpretaciones erróneas del fenómeno.

Dado el avance de la lógica neoliberal se ha producido un cambio en la forma de gestionar la salud: los individuos son ahora interpelados como responsables de su propio bienestar, actuando como administradores de sí mismos (Costa, 2017). Esta idea se ve reflejada en múltiples documentos y programas de salud, medios de comunicación y

revistas médicas que presentan el peso corporal como una cuestión de elección individual y autorregulación (Lupton, 2012).

Detrás de la idea de regular el peso corporal, se puede vislumbrar una concepción donde el cuerpo puede ser transformado. Tomando los aportes de Costa (2017), para pensar en la obesidad, se entiende al cuerpo como pasible de ser modificado a través de dietas, entrenamiento y disciplina. Esta concepción implica que el cuerpo no es algo fijo, sino que se presenta como un objeto de trabajo constante. Vigarello (2011) agrega que esta creencia del trabajo sobre sí mismo se vuelve una forma de estigmatizar el cuerpo obeso, en tanto la sociedad sostiene que carece de la voluntad necesaria para ello, reforzando la convicción de una falta de esfuerzo personal.

Si bien la patologización de la gordura ha operado como forma de control y regulación, en los márgenes emergen resistencias que desafían estos discursos. A partir de experiencias y saberes colectivos, el activismo gordo cuestiona la autoridad de las voces dominantes sobre la salud y el cuerpo, e interpela las tecnologías de normalización que invisibilizan otras maneras de habitar el cuerpo. Estas prácticas no solo interrumpen la estabilidad de los sentidos hegemónicos, sino que también impulsan formas políticas alternativas desde los cuerpos que históricamente han sido silenciados (Contrera y Cuello, 2016).

3.3 Gordofobia

Como se observa en el apartado anterior, el enfoque médico aborda los cuerpos gordos bajo la categoría de “obesidad”. En este apartado, en cambio, se utilizará el término “persona gorda”, entendiendo que la noción médica está cargada de asociaciones negativas y patologizantes. El uso del término médico se mantendrá únicamente cuando sea necesario para facilitar la comprensión del texto. El cambio en el lenguaje responde a una postura política que busca dar cuenta de las violencias estructurales que enfrentan estos cuerpos.

Desde esta perspectiva, el concepto de gordofobia surge en espacios activistas y encuentros gordos como una herramienta para nombrar la exclusión sistemática que sufren las corporalidades no normativas. Como plantea Álvarez (2014) desde un enfoque social y militante, se trata de un conflicto cultural, social y político, por ello se recurre a activistas y autoras de literatura gorda para abordarlo.

Piñeyro (2016), apoyándose en la filósofa Iris Marion Young, conceptualiza la gordofobia como una forma de opresión. Esta se describe como desventaja, injusticia o exclusión hacia ciertos grupos a través de prácticas sociales cotidianas que rara vez se cuestionan. La autora sostiene que, con la colaboración de los medios de comunicación y el mercado, la gordofobia opera como una opresión estructural que naturaliza y legitima el

odio, la discriminación y el rechazo hacia los cuerpos gordos, trascendiendo lo individual y organizando la vida social en torno a criterios corporales normativos.

La conceptualización de la gordofobia como una opresión estructural puede enriquecerse a partir de la noción foucaultiana de poder, entendida como una forma de control que no se concentra en un solo lugar, sino que circula y se infiltra en las relaciones sociales cotidianas (Foucault, 2008). Así, la gordofobia interviene de forma difusa e invisible, atravesando distintos niveles de la vida diaria, lo que hace que sus efectos, aunque profundos y generalizados, no siempre sean reconocidos como parte de una estructura de poder.

Cuello (2016) profundiza esta perspectiva al sostener que:

“La gordofobia es... una compleja matriz de opresión que involucra una multiplicidad de aparatos de control biopolíticos que tienen por objetivo la eliminación material de las corporalidades gordas, ya que son entendidas como una enfermedad de escala global que pone en riesgo o empeora la calidad de vida de la población” (p. 17).

A su vez, Cabral (2016) señala que, desde una mirada normativa, el cuerpo gordo encarna los mandatos y amenazas sociales que condicionan la posibilidad de una vida plena y digna. En este sentido, las personas gordas se encuentran expuestas a una serie de exclusiones que regulan el acceso a lo que se considera una vida vivible según las normas sociales.

Piñeyro (2016) propone pensar la gordofobia desde lo que denominó el *“tripartito gordofóbico”* una estructura compuesta por tres dimensiones interrelacionadas: la estética, la salud y la moral. Estos pilares no actúan de forma independiente, sino que se refuerzan mutuamente, organizando un sistema de exclusión que materializa la opresión hacia los cuerpos gordos. El primer pilar se sostiene en la reproducción mediática de un ideal corporal alineado con los valores del sistema económico actual. A través de publicidades y representaciones visuales, los medios consolidan la figura del cuerpo delgado y atlético como sinónimo de éxito, salud y felicidad. Las corporalidades gordas, cuando aparecen, suelen hacerlo en clave de transformación o mejora, como cuerpos que deben ser corregidos. Esta narrativa no sólo legitima el rechazo estético de ciertos cuerpos, sino que también moviliza un mercado de productos diseñados para acercarse al ideal normativo como fármacos, gimnasios, intervenciones quirúrgicas, entre otros. En esta línea, Moreno (2018) señala que las personas gordas son representadas con frecuencia en situaciones donde dejan de ser sujetos para convertirse en objetos desprovistos de identidad. Un ejemplo de esto puede observarse en el tratamiento mediático de la obesidad como problema de salud pública, donde es común acompañar las noticias con imágenes de

cuerpos gordos recortados, sin mostrar el rostro. A este recurso visual, Cooper (2007) lo denominó “gordo sin cabeza”, aludiendo a la supuesta intención de anonimato que, en realidad, refuerza la deshumanización de estas corporalidades.

Teniendo en cuenta que los medios de comunicación actúan como instrumentos de opresión junto con otros mecanismos discriminatorios, el segundo pilar que sostiene la gordofobia se articula en torno a construcciones vinculadas con la salud.

En este eje, se destaca la insistencia de la medicina en la reducción de peso corporal a las personas gordas al considerarlo un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades (Piñeyro, 2016). Una visión que resulta problemática, dado que puede derivar en violencia médica al imponer prácticas innecesarias y, a menudo, perjudiciales. Además contribuye a legitimar prácticas de discriminación corporal (Pérez, 2018). Esto, lejos de producir efectos positivos, como sugiere el discurso social que concibe la discriminación como incentivo para el cambio, constituye en sí misma un factor de riesgo, impactando en la salud mental de las personas gordas a través de cuadros de ansiedad y depresión (Piñeyro, 2016).

Por último, el pilar de la moral si bien se ha ido transformando y su valor y significado dependen del contexto social en el que se esté inserto, aún está estrechamente asociada con un pasado religioso y relacionada a la culpabilidad y el castigo. Piñeyro (2016) retoma de la moral la concepción del disciplinamiento de los cuerpos en base al control de los impulsos y deseos. A todas luces, el cuerpo gordo, es un cuerpo indisciplinado y es la representación de la desobediencia a la norma, esto puede derivar en un castigo ante la desviación del mandato.

De esta forma, el castigo se materializa en una serie de prácticas y conductas sociales hacia el cuerpo gordo. Por ejemplo, comentarios sobre la apariencia corporal de la persona, sugerencias sobre dietas y cuestionamientos sobre la comida. Bajo la lógica de la moral, “la gordofobia apela a la culpa, a la responsabilidad, a la fuerza de voluntad y a la libertad” (Piñeyro, 2016, p. 65).

4. Problema de Investigación

La obesidad es considerada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y el Caribe el 67,5% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad. En Uruguay, la cifra ronda el 65 % según datos del Ministerio de Salud Pública (2020).

Los discursos y prácticas médicas han contribuido de manera predominante a establecer una visión que responsabiliza a las personas con obesidad por el peso de su cuerpo, en tanto entienden que son causantes de su estado y, por lo mismo, responsables de salir de él. Los datos sobre obesidad suelen ser presentados como alarmantes, lo que

construye una narrativa que asocia obesidad con enfermedad, riesgo y muerte. Pensar el fenómeno bajo esta perspectiva no solo omite factores sociales, económicos y estructurales, sino que además reproduce lógicas gordofóbicas al patologizar cuerpos que se alejan de la norma socialmente aceptada, la delgadez, y promover su corrección en nombre del cuidado. Estos discursos se sostienen en la idea de que estar delgado equivale a estar sano, reforzando la vigilancia externa sobre los cuerpos que no se ajustan a ese ideal.

La difusión de estas construcciones discursivas favoreció la consolidación de la cirugía bariátrica en el ámbito de la salud. En Uruguay, esta intervención se ha posicionado como una de las respuestas implementadas por los sistemas de salud público y privado para abordar lo que se define como el “problema” de la obesidad, y su realización ha experimentado un aumento sostenido desde el año 2000. Esta expansión se refleja también en la aparición de clínicas bariátricas, que se han convertido en escenarios centrales para su práctica.

En estos espacios especializados, aunque las intervenciones suelen presentarse como orientadas a contribuir al bienestar y la salud de las personas, tienden a reforzar ideas sobre la normatividad del cuerpo, al buscar el control sobre el peso corporal del sujeto. Esta intervención corporal se acompaña además de una intervención a nivel subjetivo que procura modificar los “estilos de vida”, sostenida en saberes disciplinares como los de la nutrición y la psicología. Bajo esta perspectiva, las prácticas alimentarias adquieren un rol central, ya que a través de ellas se puede moldear el vínculo del sujeto con su cuerpo y la comida, en un proceso que implica tanto un cambio corporal como una transformación en las formas cotidianas de alimentarse.

Considerando lo anterior, la interrogante que surge en esta investigación no radica en si las normas y reglas en torno a las prácticas alimentarias implementadas en las instituciones bariátricas son “correctas” o no, sino en comprender por qué se implementan dichas prácticas, cuál es el cometido que las sostiene y, especialmente, qué efectos recaen sobre qué características corporales. Los mandatos discursivos asociados a la salud, encarnados en el molde de un cuerpo específico, muestran que estas intervenciones no se dirigen de forma igualitaria sobre todos los cuerpos, sino que se imponen con mayor fuerza sobre quienes se desvían de la norma corporal, en este caso, personas diagnosticadas con obesidad. Por ello, resulta necesario analizar cómo estas prácticas alimentarias funcionan como mecanismos de regulación que no solo buscan moldear el cuerpo sino que también producen formas de existencia orientadas a alinearse con el modelo de salud dominante. Para ello, se vuelve clave abordarlas desde las narrativas de quienes transitan estos procesos.

En consecuencia, este proyecto de investigación busca analizar críticamente las prácticas alimentarias postoperatorias, no solo como regulaciones físicas, sino como dispositivos que modelan la conducta, las emociones y la subjetividad en función de un ideal corporal hegemónico. En particular, se busca conocer los significados que las personas diagnosticadas con obesidad atribuyen a estas prácticas a partir de sus propias narrativas, así como indagar qué efectos producen en su subjetividad. De este modo, se busca contribuir a una reflexión crítica sobre la salud, la normatividad y la corporalidad.

De acuerdo con el problema de investigación planteado, se desprende la siguiente pregunta:

¿Cómo configuran y experimentan las personas que asisten a una clínica bariátrica sus prácticas alimentarias y la percepción de su cuerpo, en interacción con las estrategias de regulación, las orientaciones profesionales y las modulaciones subjetivas que emergen tras la cirugía?

5. Objetivos de investigación

Objetivo general

Analizar cómo las prácticas alimentarias operan como mecanismos de regulación corporal y subjetiva, a partir de las narrativas de los pacientes que se sometieron a la cirugía bariátrica en Uruguay

Objetivos específicos

Comprender cómo configuran sus prácticas alimentarias las personas que asisten a una clínica bariátrica.

Explorar las modulaciones subjetivas con foco en los sentidos, emociones y conflictos relativos a las prácticas alimentarias, que experimentan las personas tras la cirugía bariátrica.

Analizar las transformaciones en la percepción corporal y los significados atribuidos a los cambios físicos, de las personas luego de la cirugía bariátrica.

6. Metodología

Se llevará a cabo una investigación con un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio y descriptivo. La investigación cualitativa, según Vasilachis (2006), se orienta a

comprender los fenómenos a partir de cómo son vividos, sentidos y conocidos por los propios sujetos. Esta perspectiva se complementa con lo planteado por Sisto (2008), quien señala que el conocimiento en este tipo de investigaciones emerge del vínculo dialógico entre investigador y participantes, en un proceso de construcción conjunta. Por su carácter flexible, este enfoque resulta pertinente para los objetivos del presente estudio. En cuanto al alcance y, siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2014), los estudios exploratorios se centran en fenómenos poco investigados o que requieren ser abordados desde nuevas perspectivas. En este caso, si bien existe literatura sobre la cirugía bariátrica, gran parte de ella responde a un enfoque médico hegemónico y son escasos los trabajos que la abordan desde un enfoque crítico, particularmente en lo que refiere a las prácticas alimentarias posteriores a la intervención. La falta de antecedentes refuerza la necesidad del estudio. Asimismo, el enfoque es descriptivo, ya que busca identificar y caracterizar dimensiones específicas del fenómeno abordado (Batthyány y Cabrera, 2011).

6.1 Técnicas

Como técnica, se utilizarán entrevistas en profundidad de tipo semiestructurado. Según Hernández Sampieri et al. (2014), las entrevistas cualitativas se definen como un encuentro comunicativo entre dos o más personas, en el cual entrevistador y entrevistado construyen conjuntamente significados en torno a un tema específico. Su carácter semiestructurado brinda al investigador una guía flexible que orienta el relato sin condicionarlo. En este sentido, las entrevistas permiten abordar temas relacionados con los objetivos del estudio como las prácticas alimentarias, las percepciones corporales y los elementos vinculados a la subjetividad emergente de dichas prácticas.

A su vez, se utilizará la técnica de revisión documental con el fin de complementar la información recogida a través del relato de los participantes. En este estudio se considerarán aquellos documentos a los que los participantes tuvieran acceso directo, ya que nos darán cuenta de cómo se quiere medicalizar la práctica alimentaria. Los documentos son una fuente de datos valiosa ya que ayudan a el fenómeno de estudio (Hernández Sampieri et al., 2014).

6.2 Recolección de datos

Para la recolección de datos que se detallan a continuación, se prevé identificar una clínica bariátrica en la ciudad de Montevideo y generar espacios de colaboración que faciliten el contacto con posibles participantes. La muestra será de tipo intencional. Los participantes deben ser mayores de edad y haber cumplido un mínimo de seis meses desde su cirugía bariátrica al momento de la entrevista. La razón de este intervalo de tiempo se establece considerando que durante los primeros meses posteriores a la cirugía, las

personas atraviesan una etapa de ajuste a su nueva situación. Se estima realizar ocho entrevistas. No obstante, el número final se ajustará en función del criterio de saturación teórica, entendida no como el agotamiento total de datos, sino como el punto en que los conceptos están suficientemente desarrollados y articulados (Low, 2019). Este punto se determinará durante el trabajo de campo.

1. Para abordar el objetivo específico 1, se propone efectuar un análisis de la documentación disponible y las entrevistas con las personas que se sometieron a la cirugía bariátrica. Se revisarán los documentos entregados directamente a los pacientes por parte de la clínica, tales como folletos, guías de alimentación, materiales impresos u otros recursos que obtuvieron como parte del proceso de orientación anterior y posterior a la cirugía. El enfoque propuesto permitirá una aproximación a comprender cómo configuran sus prácticas alimentarias quienes se someten a una cirugía bariátrica y las características de las orientaciones que reciben por el equipo de profesionales responsables de su seguimiento.
2. Para el abordaje del objetivo específico 2, se realizarán entrevistas en profundidad semiestructuradas con una duración estimada de sesenta minutos y se utilizará un dispositivo de grabación para contar con un registro de las mismas. La grabación se llevará a cabo únicamente con el consentimiento de los entrevistados. A través de la entrevista, se buscará explorar acerca de las sensaciones, emociones y posibles conflictos que experimentan las personas sobre la transformación de sus hábitos alimentarios.
3. Para el abordaje del objetivo específico 3, se indagará durante las entrevistas mencionadas acerca de la percepción corporal y los significados que le atribuyen a los cambios físicos.

6.3 Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleará la herramienta de análisis de contenido, aplicada tanto a los documentos como a las entrevistas una vez transcritas. Según Cáceres (2008), la técnica permite identificar temas recurrentes y categorías conceptuales que favorecen la comprensión de fenómenos sociales complejos. El procedimiento analítico se divide en la selección del material, la segmentación del texto en unidades de significado, la codificación de los fragmentos y, por último, la organización de los códigos en categorías que favorecen una interpretación más profunda del fenómeno de estudio.

En el marco de esta investigación, el enfoque adoptado facilitará la identificación y sistematización de prácticas, sentidos y experiencias presentes en las narrativas de quienes se sometieron a cirugía bariátrica. Asimismo permitirá evidenciar las estructuras latentes en los discursos, tales como los modos de subjetivación que atraviesan dichas experiencias,

así como las normas sociales, prescripciones alimentarias y expectativas sobre el cuerpo que operan como marcos de regulación en el periodo anterior y posterior a la intervención.

7. Cronograma de ejecución

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Revisión bibliográfica												
Contacto institucional y muestra												
Diseño de entrevistas												
Entrevistas y recolección de documentos												
Sistematización, codificación y categorización de datos												
Análisis de datos												
Elaboración de informe												
Presentación de resultados												

8. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se solicitará la evaluación y aprobación del mismo por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología (Udelar). En cuanto a la investigación con seres humanos, el proyecto se realizará acorde al Decreto Nro. 158/019 del Ministerio de Salud Pública (MSP) y en cumplimiento con la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de “habeas data” Uruguay (2008).

En relación con la realización de la entrevista, se solicitará la firma previa del consentimiento informado por parte de los participantes y se entregará una hoja de información que incluirá datos generales sobre el proyecto como el tema, objetivos, la modalidad de registro, entre otros. Se garantizará la confidencialidad de la información compartida durante los encuentros, y se asegurará el anonimato de quienes participen mediante la modificación de los datos personales, sin alterar los elementos relevantes de la muestra, con el fin de resguardar su identidad. La participación será voluntaria, y cada persona podrá desistir en cualquier momento del proceso, sin que esto le implique ningún tipo de perjuicio.

9. Resultados esperados y plan de difusión

Este proyecto busca analizar las prácticas alimentarias de personas que se sometieron a cirugía bariátrica, con el objetivo de comprender cómo operan como mecanismos de regulación corporal y subjetiva. Al tratarse de un problema complejo y poco explorado desde una perspectiva crítica en nuestro país, se espera generar conocimiento que permita problematizar los enfoques centrados exclusivamente en el control del peso y en intervenciones que dejan en segundo plano la complejidad de los vínculos entre alimentación, cuerpo y subjetividad.

En relación con los saberes psicológicos, se aspira a aportar nuevas dimensiones analíticas sobre las transformaciones subjetivas que atraviesan estas personas. El foco estará puesto en los mecanismos discursivos e institucionales que intervienen en la configuración de esas experiencias, moldeando modos de percepción, acción y regulación sobre el cuerpo. En este sentido, se buscará promover intervenciones que superen enfoques centrados en la normalización del cuerpo y que, en cambio, reconozcan la complejidad de los procesos subjetivos como producto de entramados más amplios de poder-saber.

A su vez, se considera que las formas en que las personas perciben y habitan su cuerpo están atravesadas por discursos normativos sobre la salud, por lo que se espera que los resultados sean un insumo para el diseño de campañas más inclusivas, que reconozcan la diversidad de corporalidades y eviten estigmatizaciones.

En lo que refiere al plan de difusión, se contempla la presentación de los datos en jornadas o encuentros relacionados con la psicología, la salud y los estudios sobre el cuerpo. También se considera elaborar un artículo y un informe de investigación para su difusión en medios académicos y entre equipos de atención vinculados a la temática.

Referencias

Álvarez Castillo, C. (2014). *La cerda punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lésbiko, antikapitalista y antiespecista*. Trío Editorial

Barrientos Salinas, J. A., y Silva Arratia, M. A. (2020). Estado de la investigación sobre obesidad y sobrepeso: una revisión crítica y socioantropológica. *Temas Sociales: Revista de la Carrera de Sociología*, (46), 130–159.

Batthayány, K. y Cabrera, M. (Coords). (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. CSE-Udelar.

- Bermeo-Villacrés A. D., Jara-Orna, M. J., Jara-Jaramillo, M. J., Quincha-Muñoz, K. M. (2022). La obesidad como problemática de salud. Enfoque hacia su prevención y tratamiento quirúrgico. *Polo del Conocimiento*, 7(5), 1562–1577.
- Billing-Bullen, G., Nielsen, D., Wham, C., & Kruger, R. (2022). Enablers and barriers to prevent weight-regain post bariatric surgery - A qualitative enquiry. *Eating behaviors*, 47, 101677. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101677>
- Blacha, L. E. (2019). La retroalimentación del modelo de agronegocios. Dieta, poder, cambio climático en el agro pampeano (1960-2008). *Estudios Digital*, (41), 109-128.
- Boragnio, A. (2021) “Compro”, “llevo”, “elijo no comer” y emociones de mujeres trabajadoras de oficinas públicas: prácticas alimentarias. En L. Gómez (Ed.). El comer del siglo XXI: sensibilidades y prácticas alimentarias. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. 81—94.
- Cabral, N. (2016). Prólogo. En N. Cuello & L. Contrera (Comps.) *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. (pp. 9-14). Madreselva.
- Cabrera Rebollo, A. N., Hernández Lara, O. G., Zizumbo Villareal, L., Arriaga Álvarez, E. G. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: problematizando las dietas. *Revista Mexicana de Sociología*, 81(2), 417–441.
- Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1), 53-82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>
- Cal, K., Leyva, A., Rodríguez-Duarte, J., Ruiz, S., Santos, L., Garat, M. P., Collela, L., Ingold, M., Benitez-Rosendo, A., Pérez-Torrado, V., Vilaseca, C., Galliussi, G., Ziegler, L., Peclat, T., Bresque, M., Handy, R. M., King, R., Menezes dos Reis, L., Alves, M. J., ... Escande, C. (2025). Un derivado nitroalquénico del salicilato, SANA, induce la termogénesis dependiente de creatina y promueve la pérdida de peso. *Nature Metabolism*, 7(8), 1550–1569. <https://doi.org/10.1038/s42255-025-01311-z>
- Cooper, C. (2007). Headless Fatties. <https://charlottecooper.net/fat/headlessfatties/>

- Costa, F. (2017). Vida saludable, *fitness* y capital humano. En F. Costa & P. Rodríguez (Comps.), *La salud inalcanzable: Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana* (pp. 113–139). Eudeba.
- Coulman, K. D., Mackichan, F., Blazeby, J. M., Donovan, J. L., Owen-Smith, A. (2020). Patients' experiences of life after bariatric surgery and follow-up care: a qualitative study. *BMJ Open*, 10(2), e035013. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035013>
- Cuello, N. (2016). ¿Podemos lxs gordxs hablar? Activismo, imaginación y resistencia desde las geografías desmesuradas de la carne. En N. Cuello & L. Contrera (Comps.), *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. (pp. 37-54). Madreselva.
- Ferrer, C., & Cruz, C. (2017). La vida cambia después de la cirugía bariátrica: un estudio cualitativo en pacientes chilenos. *Psiquiatría y Salud Mental*, 34(3/4), 179-191.
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI.
- Gracia-Arnaiz, M. (2003). Alimentación y cultura ¿hacia un nuevo orden alimentario? En J. Navas López., C. Gaona Pisonero (Coords.), *Los modelos alimentarios a debate: la interdisciplinariedad de la alimentación* (pp. 205-230). Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Gracia-Arnaiz, M. (2004). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49(3), 236–242.
- Guevara, C., y Mikler, R. (2016). *Guías de manejo en cirugía bariátrica y metabólica: actualización 2018*. Distribuna.
- Henao Carrillo, D. C., Gómez, A. M., Muñoz, O. M., Rubio, C., Rodríguez, N., Ursida, V., Forero, A. M., Pinzón, F., Mikler, R. (2023). Factores asociados a la reganancia de peso clínicamente significativa en pacientes tratados con cirugía bariátrica. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 10(1), 22–31.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Hoyos Duque, T. N. y Salazar Maya, A. M. (2016). La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria. *Enfermería Global*, 15(43), 212–227.
- Keyte, R., Mantzios, M., Hussain, M. Tahrani, A. A., Abbott, S., Strachan, R., Singhal, R., Egal, H. (2024). ‘Surgery is my only hope’: A qualitative study exploring perceptions of living with obesity and the prospect of having bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 14(3), E12643. <https://doi.org/10.1111/cob.12643>
- La Diaria (2023. 29 de febrero) *Especialistas y personas que padecen obesidad solicitan que la cirugía bariátrica se incluya en el Plan Integral de Atención de Salud*.
- Lecaros Bravo, J., Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., & Moore Infante, C. (2015). Cirugía bariátrica en adultos: facilitadores y obstaculizadores de la pérdida de peso desde la perspectiva de los pacientes. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1504-1512.
- Low, J. (2019). A pragmatic definition of the Concept of Theoretical Saturation. *Sociological Focus*, 52(2), 131-139.
- Lupton, D. (1996). *Food, the body, and the self*. Sage Publications.
- Lupton, D. (2012). *Fat*. Routledge.
- Membrive, J. A., Expósito Cuenca, N., Navarro Hernández, C., Alzacar Beltrán, J., Hidalgo López, L. (2024). Grupo para pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Norte de Salud Mental*, 19(70), 56–66.
- Molina Pertuz, L. V., y Molina Valencia, N. (2017). Subjetividad en las personas llamadas obesas: Análisis biopolítico en la cirugía bariátrica. En Á. Díaz Gómez, M. I. González, G. M. Arias Rodríguez. (Eds.), *Subjetividades. Abordajes teóricos y metodológicos* (pp. 65–78). Universidad del Rosario. doi.org/10.12804/tm9789587388626
- Moreno, L. (2018). *Gorda vanidosa: sobre la gordura en la era del espectáculo*. Ariel.

- Navas López, J., Palacios Ramírez, J., Muñoz Sánchez, P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(06), 1721–1729. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01892013>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*. [WHO, Technical report series, No. 894]. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 7 de mayo). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Paredes Despradel, M. E., y Rivero Vergne, A. (2015). Un reto constante: La vida luego de la cirugía bariátrica. *Revista Griot*, 8(1), 60–72.
- Pérez, M. (2018) Prólogo. En L. Moreno. *Gorda vanidosa: sobre la gordura en la era del espectáculo* (pp. 11–27). Ariel
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En S. Balaña, A. Finielli, C. Giuliano, A. Paz y C. Ramirez Salud *Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón.
- Pérez Hornero, J., Gastañaduy Tilve, M. J., & Basanta Matos, R. (2020). Evaluación psicológica postcirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 43-53.
- Piñeyro, M. (2016). *Stop gordofobia y las panzas subversas*. Baladre; Zambra.
- Pollan, M. (2017). *El dilema del omnívoro: en busca de la comida perfecta*. R. Nagore (Trad.) Titivilus. (Obra original publicada en 2006).
- Rodríguez García, B., (2024). *Autorregulación de la conducta alimentaria en pacientes sometidos a cirugía bariátrica*. [Artículo de Investigación derivado del Trabajo Especial de Grado. Universidad Rafael Urdaneta] Biblioteca URU.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe.

- Santiago, P., Beraldo, G., Taroco, L., Rappa, J., Rodriguez Iglesias, J. L. (2014). *Mediagraph*, 4(2), 78-82
- San Román, S., Bruno, G., Ottati, G., Luna, D., Bidegain, E., Voucher, A., Garino, P., Portas, P., Lorenzo, M. J., Thomas, E., Rath, G., Smilansky, N., Garau, M., Valsangiacomo, P., Rodriguez, G., Huarte, Á., Noboa, O. (2022). Factores de riesgo litogénicos en obesos mórbidos en el preoperatorio de cirugía bariátrica. *Revista Uruguay Medicina Interna*, 17-26.
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. FCE-Fondo de Cultura Económica.
- Simmons, D. (2025). *On hunger: Violence and craving in America, from starvation to Ozempic*. University of California Press. <https://doi.org/10.1525/luminos.232>
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 7(1), 114–136.
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol7-Issue1-fulltext-54>
- Tejeda, Y. N. (2023). Las prácticas alimentarias: una mirada reflexiva a partir del culto al cuerpo. [Artículo de investigación, Universidad Autónoma de Santiago Domingo] UASD.
- Tenorio, J. (2023). *School Food Politics in Mexico. The Corporatization of Obesity and Healthy Eating Policies*. Routledge.
- Vasilachis, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa
- Vigarello, G. (2011). *Las metamorfosis de la gordura. Historia de la obesidad desde la Edad Media hasta el siglo XX*. Nueva Visión.
- Wolff, S. y Maydell, E. (2024) 'Who am i now?' the lived experiences and identity construction of individuals following bariatric surgery. *Communication Research and Practice*, 10(4), 462–474. doi.org/10.1080/22041451.2024.2401270