

**CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD EN LOS LLAMADOS *OBESOS*: UN
ANÁLISIS BIOPOLÍTICO EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.**

VERÓNICA LUCÍA MOLINA PERTUZ

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

SANTIAGO DE CALI

2014

VERÓNICA LUCÍA MOLINA PERTUZ

**CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDAD EN LOS LLAMADOS *OBESOS*:
UN ANÁLISIS BIOPOLÍTICO EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA.**

Tesis presentada a la Subdirección de
Posgrados del Instituto de Psicología de
la Universidad del Valle, para obtener
al título de Magister en Psicología

Línea de trabajo: Psicología social

Director: NELSON MOLINA VALENCIA.
Doctor en Psicología Social

SANTIAGO DE CALI

2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

Fecha_____

Primer Jurado_____

PHD. ALONSO TEJADA ZABALETA

Segundo Jurado_____

MG. INDRID CAROLINA GÓMEZ BARRIOS

Director_____

PhD NELSON MOLINA VALENCIA

TABLA DE CONTENIDO

o. Introducción	10
1. Objetivos.....	14
1.1 Objetivo General.....	14
1.2 Objetivos específicos.....	14
2. Marco conceptual.....	15
2.1 Biopolítica.....	15
2.2 Subjetividad.....	24
2.3 Biopolítica, subjetividad y cirugía bariátrica en un sujeto llamado obeso	30
3. Método.....	43
3.1 Tipo de Estudio.....	43
3.2 Fuentes de información.....	43
3.3 Técnicas de recolección de información.....	45
3.4 Procedimiento.....	49
4. Resultados y Análisis.....	52
4.1 Frecuencias obtenidas y Análisis de Contenido	52
4.2 Repertorios discursivos y análisis.....	60
4.3 Análisis de las relaciones entre Sub-categorías Biopolítica y Subjetividad.....	69
5. Discusión.....	74
6. REFERENCIAS	92

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Nomenclatura del Índice de Masa Corporal para diagnóstico de obesidad.....	36
Tabla 2. Fuentes de información.....	44
Tabla 2.1 Identificación de los participantes para el análisis de la Información.....	44
Tabla 3. Guía de preguntas y categorías de análisis.....	46
Tabla 4. Frecuencias y Subcategorías	53
Tabla 5. Relación entre Prácticas reguladoras del sujeto y Biopolítica.....	69
Tabla 6. Relación entre sub-categorías Prácticas Auto reguladoras del sujeto y Biopolítica.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fórmula para calcular IMC.....	35
Figura 2. Bypass Gástrico.....	40
Figura 3. Sleeve gástrico (Manga Gástrica).....	41

RESUMEN

Definir la obesidad como una enfermedad, alude a un acto administrativo de la vida, por tanto la Biopolítica es el eje central de la discusión. Dentro de ello, se destacó la responsabilidad que tiene la ciencia médica para hacer vivir a las personas a través de los diagnósticos y los tratamientos. Pero, la entidad específica sobre la que opera este mecanismo es el sujeto. Por ello se plantea la pregunta sobre la subjetividad del “obeso” en un contexto de diagnóstico y tratamiento (cirugía bariátrica). El discurso sobre la disfuncionalidad, la limitación y la enfermedad hacen referencia exclusivamente al sujeto. ¿Qué efectos tendría esto sobre la subjetividad? Responder a esta pregunta implicó interrogar la estructura política y económica que condiciona los medios en los que se define y se significa la vida y enfermedad. La presente investigación buscó indagar cómo las condiciones Biopolíticas en el contexto de la cirugía bariátrica, influyen en la construcción de subjetividad en los llamados *obesos*. Se pretendió evidenciar qué ocurre con la subjetividad y las formas de sujeto resultantes, y en qué sentido el producto de este proceso podría ser contradictorio con los ideales de bienestar. Se realizó una investigación cualitativa que incluyó personas llamadas *obesas* y expertos. Con entrevistas semi-estructuradas, se analizó el proceso de construcción de subjetividad a luz de las condiciones Biopolíticas identificadas en el escenario de práctica de cirugía bariátrica. Si bien no puede haber una única forma que explique cómo se ha configurado dicha categoría (sujeto *obeso*), los resultados alcanzan a evidenciar que la subjetividad está condicionada para el auto-vigilancia en pro de la prolongación vital. El sentido de ser sujeto está delimitado en ser normal y funcional.

Palabras claves: Biopolítica, Cirugía Bariátrica, Obesidad, Subjetividad, Sujeto Obeso

ABSTRACT

Define obesity as a disease, refers to an administrative act of life, therefore Bio-politics is the core of the discussion. Within this, the responsibility of medical science to the people living through the diagnosis and treatment is emphasized. But the specific entity that operates this mechanism is the subject. Therefore the question of the subjectivity of the "obese" in the context of diagnosis and treatment (bariatric surgery) is proposed. The discourse on the dysfunction, limitation and disease refer exclusively to the subject. What effect would this have on subjectivity? Answering this question involved questioning the political and economic structure that determines the means in which it is defined and means life and disease. The present research sought to investigate how the bio-politics conditions in the context of bariatric surgery, influence the construction of subjectivity in obese calls. It was intended to demonstrate what happens to the subjectivity and the resulting forms of the subject, and in what sense the product of this process could be inconsistent with the ideals of welfare. Qualitative research that included people called obese and experts was conducted. With semi-structured interviews, the process of construction of subjectivity birth of bio-politics conditions identified in the practical scenario of bariatric surgery was analyzed. While it may not be a single way to explain how to set that category (obese subject), the results achieved to evidence that subjectivity is conditioned to self-monitoring pro-life extension. The sense of being a subject is defined to be normal and functional.

Key words: Bariatric Surgery, Biopolitic, Obesity, Obese Subject, Subjectivity,

Con especial gratitud, dedico esta investigación a todas las personas que han sido definidas por su volumen corporal. A ellas entrego la posibilidad de re-significar lo que se entiende por obesidad y lo que entienden por ellas mismas.

Nelson Molina, quiero agradecerte públicamente tu paciencia, insistencia y exigencias.

A los cirujanos, enfermeras y demás expertos les agradezco por su vital participación.

Por la herencia pedagógica de mi padre, por el amor de mi madre y por las risas de mis hermanas y mi sobrina pude mantenerme hasta el final de este proyecto. Por su presencia en mi vida, mil gracias.

Darío Santos, mi Principito. Te agradezco tu cariño, tu compañía incondicional y por ser mi polo a tierra.

0. INTRODUCCIÓN

Las conceptualizaciones sobre la realidad se normalizan, se generaliza y se asumen como verdaderas. Se puede afirmar que lo que conocemos como realidad son meras interpretaciones: “*Los criterios de la verdad son obra nuestra y por lo tanto son tan contingentes y tan relativos a nuestras cambiantes prácticas, como cualquier otra cosa que resulte de nuestro que hacer*” (Ibáñez y Domenech, 1998, p. 17).

¿Qué verdades se han dicho sobre la obesidad? Han dicho que es un problema de salud pandémico en países desarrollados y en desarrollo, en la que el costo de su cuidado va creciendo en proporción a su prevalencia. Se nos ha dicho que es una condición mórbida que disminuye la expectativa de vida de los adultos jóvenes. (Musella, M. Milone, M: Gaudio, D: Bianco, P; Palumbo, R; Bellini, M; Milone, F; Galloro, G. (2014). Además que:

(...)Sigue teniendo un meteórico ascenso en todo el mundo. La tasa de obesidad en adolescentes ha aumentado de 16 a 18% dentro de los Estados Unidos solamente, donde ahora casi un tercio de los niños estadounidenses tienen sobrepeso. Y una preocupación adicional es que más del 80% de estos niños se convierten en obesos adultos. (Zwintsher, N; Azarow, K; Horton, J; Newton, C; Martin, M. 2013 p.2401)

Las estadísticas mundiales han hablado de la obesidad y los expertos en el tema han afirmado que es un trastorno metabólico y nutricional con serias consecuencias para la salud (Mikler y Guevara, 2014). Sin embargo, ¿es posible que esa sea la única forma de comprender el fenómeno de la obesidad? La respuesta es contundente: ¡NO!

Responder con un “no” obliga a buscar recursos teóricos para la reflexión y discusión sobre la obesidad. Nuevos marcos de pensamientos para analizar las *verdades* que se han dicho sobre ella. Para ello se seleccionó la Biopolítica como el principal recurso teórico. El concepto de Biopolítica al cual se hace referencia en esta investigación, se basa en lo que planteó Michel Foucault (2010). Su análisis explica las relaciones entre las formas de gobierno, el poder, la verdad, la regulación de la normalidad, entre otros aspectos relacionados con la administración y el funcionamiento poblacional.

Según el documento de programación general del IV Coloquio Latinoamericano de Biopolítica- II Coloquio Internacional de Biopolítica y Educación, realizado en Bogotá en

el 2013, se explica que a comienzos del siglo XX el sueco Rudolf Kjellén introdujo el concepto de biopolítica. Varias décadas más tarde, sin ninguna referencia a los trabajo de Kjellén, Michel Foucault se sirvió de este término para definir una de las dimensiones fundamentales de la política moderna: el gobierno de la vida biológica de la población. (Tomado de la programación general del IV Coloquio Latinoamericano de Biopolítica- II Coloquio Internacional de Biopolítica y Educación, realizado en Bogotá en el 2013).

La Biopolítica ofrece explicaciones a la relación directa que existe entre la función política desde la modernidad y la vida en sí misma. Estas conceptualizaciones direccionaron la investigación para pensar en cómo se significa la vida de los sujetos que presentan obesidad.

Desde la modernidad se han transformados los significados y las prácticas para su prolongación. Según Castro-Gómez (2013) la acción gubernamental debe *hacer vivir*. El valor de la vida está condicionado por la necesidad del crecimiento poblacional.

La acción de gobernar debe garantizar las condiciones para que la vida de los sujetos fuese prolongada. Esta responsabilidad le es asignada a la ciencia médica, por ello será ésta la ciencia encargada de plantear las verdades para asegurar la preservación de la vida. Deberá investigar y dictaminar los medios para optimizar la vitalidad.

La función política y policial de la medicina es llamada por Foucault en Castro (2011) medicalización, caracterizada por intervenir de forma indefinida y sin límites sobre el cuerpo de los sujetos, y así la medicina tiene desde entonces una función administrativa de la población. Los conocimientos científicos de la medicina (y áreas afines), operacionalizan su saber a través de la identificación de la enfermedad (diagnóstico) y la prescripción de un tratamiento. Siendo este mecanismo un medio para hacer vivir a los sujetos.

Estas condiciones sobre la revalorización de la vida para hacer crecer la población, requirió reglamentar la organización urbana. El rol policial se estipuló para dar legitimidad a los comportamientos “adecuados”. Los *expertos* asumen roles policiales para preservar la vida. Estas condiciones de administración vital incitaron a cuestionar y a investigar cómo se administra la vida de los llamados “obesos”.

La obesidad definida en términos de “*enfermedad metabólica más frecuente en occidente asociada a numerosas complicaciones*” (Vázquez, C; de Cos, A; Calvo, C;

Nomdedeu, C. 2011. p 35), tiene atributos propios de la Biopolítica ya que alude a un acto administrativo de la vida.

Las narrativas biomédicas explican la obesidad desde las normalizaciones arbitrarias que se han hecho sobre el cuerpo. El Índice de Masa Corporal (IMC), el peso ideal y se mencionan algunos factores de riesgo. Sin embargo, la estructura social no se involucra para tratar de cambiarla. (Rich y Evans 2005).

Los valores sobre la vida y los medios para su prolongación (diagnósticos y tratamientos) permitieron identificar que la entidad específica sobre la que aplica esta lógica, es el sujeto. Por tanto se plantea la pregunta sobre los procesos de construcción de subjetividad bajo estas circunstancias. En esta lógica se cuestiona el diagnóstico de la “obesidad” y sus tratamientos.

En esta investigación se estudia los efectos que tiene el diagnóstico que desde el rol de *experto* se le da a un sujeto respecto al volumen corporal. Sujeto que al ser catalogado como “obeso-obesa”, se le prescriben opciones propias del mercado para cambiar dicha condición. Augurando la necesidad del cambio en el riesgo de disminuir las probabilidades de vida funcional.

El discurso sobre la disfuncionalidad, la limitación y la enfermedad hacen referencia exclusivamente al sujeto. ¿Qué efectos tendría esto sobre la subjetividad? Responder a esta pregunta implica interrogar la estructura política y económica que condiciona los medios en los que se define y se significa la vida y enfermedad.

Los *obesos* que bajo este discurso se han convertido en una amenaza vital (Vigarello 2011), se les prescriben opciones de tratamiento. Según Vázquez, y Col. (2011), la opción más efectiva es la cirugía bariátrica. Por ello se escoge este escenario de actuación para proponer otras formas de conceptualizar la obesidad y por ende dar otros significados a lo que se ha dado denominar sujeto obeso.

La presente investigación buscó indagar cómo las condiciones Biopolíticas en el contexto de la cirugía bariátrica, influyen en la construcción de subjetividad en los llamados *obesos*. Se pretendió evidenciar qué ocurre con la subjetividad y las formas de sujeto resultantes, y en qué sentido el producto de este proceso podría ser contradictorio con los ideales de bienestar.

Se realizó una investigación cualitativa que incluyó personas llamadas obesas y expertos. Con entrevistas semi-estructuradas, se obtuvieron relatos sobre las formas de comprender el fenómeno de la obesidad, de significar la condición y su tratamiento. Por medio de análisis de contenido categorial, se dio paso a la interpretación de los repertorios discursivos de los participantes, para comprender el proceso de construcción de subjetividad a luz de las condiciones Biopolíticas que están presentes en el tratamiento a la obesidad con cirugía bariátrica.

Los resultados de la investigación otorgaron elementos para comprender la influencia que ejercen las formas biopolítica en las que se desarrolla la práctica de la cirugía bariátrica, en la construcción de la categoría Sujeto Obeso. Unido a las reflexiones sobre la subjetividad en la modernidad, quedaron reflejadas algunas de las formas en las que se construye la subjetividad del obeso.

En este orden de ideas, la presente investigación no pretende ser suficiente para explicar el complejo proceso de construcción de subjetividad; no podría existir una única forma que lo explique, ya que el sujeto está expuesto a múltiples formas de relación que lo determinan y lo moldean. Por tanto se considera esta investigación un aporte en la comprensión de los tipos de sujetos que sea crean en estos tiempos modernos.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Analizar la construcción de subjetividad en los sujetos llamados *obesos*, bajo una perspectiva Biopolítica en el contexto de la cirugía bariátrica.

1.2 Objetivos Específicos

- Comprender la influencia de las categorías que definen las condiciones Biopolíticas en la construcción subjetiva del llamado *obeso*.
- Relacionar las categorías que definen las condiciones Biopolíticas con los procesos de regulación/auto regulación, dentro de la constitución de la subjetividad del sujeto llamado *obeso*.
- Describir los efectos de la construcción subjetiva de “ser obeso” en los/las participantes.

2. MARCO CONCEPTUAL

Este apartado está distribuido en dos segmentos: el primero explica los dos referentes conceptuales que soportan la investigación: la Biopolítica y la Subjetividad. El segundo evidencia los referentes de la Biopolítica y la Subjetividad en la práctica de la cirugía bariátrica y su relación con el *sujeto obeso*.

2.1. BIOPOLÍTICA

La Biopolítica es un término que hace referencia a las formas de gobierno que se dieron a partir de la Modernidad¹. Antecedida por varios siglos de pensamiento teocéntrico, la modernidad impulsó el avance para posicionar nuevamente a la razón y al sujeto como objetivos centrales por sobre todos los dogmatismos religiosos. Al desplazar la estructura de pensamiento teocéntrica, el sujeto ocupa el lugar de Dios. Es decir que, en vez de dedicar su vida a alcanzar la salvación del alma, en la modernidad el objetivo está en lo que puede alcanzar el individuo en su vida.

Los cambios ocurridos en la modernidad obligaron a la estructura de gobierno vigente en épocas anteriores a transformarse. El Estado Moderno generó nuevos principios dentro de los cuales se destaca la prioridad por el crecimiento económico. *¿Qué es gobernar?: “gobernar es actuar de tal modo que el Estado pueda ser rico, pueda llegar a ser fuerte frente a todo lo que amenaza con destruirlo”* (Foucault, 2010. P. 19).

Para el cumplimiento de los objetivos de gobierno, el Estado debe enriquecerse mediante la acumulación monetaria. Esto hace que la razón gubernamental desde la modernidad se base en el mercantilismo y para que éste pueda operar debe garantizarse un incremento de la fuerza productiva. Esto será el principal movilizador de la urgencia por el crecimiento poblacional (Foucault, 2010).

¹ Desde la perspectiva Foucaultiana, la Modernidad es entendida como un periodo histórico que comienza a finales del siglo XVIII y se extiende hasta nuestros días. Desde el punto de vista político comienza con la revolución francesa; desde el punto de vista filosófico comienza con Kant y Descartes; desde las formas del ejercicio del poder se caracteriza por la normalización, es decir, un poder que se ejerce como disciplina sobre los individuos. (Castro, 2011, p. 274).

El crecimiento poblacional solo es posible en la medida que se preserva la vida individual. La especial sensibilidad sobre lo que puede alcanzar el individuo en su vida es una intención gubernamental para lograr la prolongación de la vida funcional y productiva. En su conjunto formarán una población apta para el enriquecimiento del Estado. La razón gubernamental para la prolongación de la vida se le denomina Biopolítica (relación entre Gobierno y vida), en función del crecimiento económico del Estado.

Alrededor del valor puesto sobre la vida individual y funcional del sujeto, la normalización vendría a ser el dispositivo principal de la razón gubernamental. Bajo esta razón de gobierno se dan las reglamentaciones para ordenar a los sujetos. Se crean sofisticados sistemas de prohibiciones para ejercer una función administrativa sobre la vida. Se estipulan los tipos de sujetos capaces de hacer funcionar la sociedad según la racionalidad de esta nueva época (Foucault 2010). Así, el valor por la vida se determina políticamente: es un derecho y una obligación vivir.

A continuación se presentan cinco categorías de análisis para definir el concepto de Biopolítica a partir de las cuales se ejerce la función administrativa de la vida desde la acción gubernamental. (Tomadas del curso impartido por Michel Foucault en el Collège de France, en los años 1978-79, titulado “El nacimiento de la Biopolítica”. Foucault, 2010).

La primera categoría desde la que se ejerce la Biopolítica es el *capital humano*.

El capital humano se considera una filosofía de la Modernidad que opera oficialmente en el orden político. Es una política prescrita para mantener la riqueza fundamental del Estado: la vida.

El modelo de sostenimiento de la sociedad regida por la lógica del mercado, exige que los individuos y sus cuerpos funcionen. De ellos dependen los sistemas productivos.

En este sentido, las políticas para la vida operan sobre el sujeto en dos formas. La primera es que el individuo se instituye como una empresa en sí mismo. La teoría del consumo propia del mercantilismo girará sobre éste. En términos foucaultianos se define como el *homo economicus*, (...) “él es su propio capital, su propio productor, la fuente de sus ingresos. Toda la teoría del consumo gira en torno a una actividad de empresa, producción para su propia satisfacción”. (Foucault, 2010. p 265).

La segunda forma en la que operan las políticas del capital humano sobre el sujeto se relaciona a la defensa del cuerpo. Las inversiones estatales para optimizar el funcionamiento de los sujetos como los mecanismos de higiene pública y personal, los entornos de estimulación, los suministros de medios de desplazamiento y movilización cada vez más óptimos basados en la innovación tecnológica, etc., son algunos ejemplos.

El aumento de la expectativa de vida ha sido uno de los objetivos prácticos en los que se operacionalizan las políticas para lograr la preservación y optimización del capital humano. De esta forma queda evidenciado que la vida ha entrado oficialmente en el orden político. El principio del capital humano llevó a que la vida fuese evaluada, supervisada y monitoreada.

La enfermedad o la disfunción corporal son focos de atención gubernamental a partir del principio del capital humano. En el mundo “pre-moderno”, la enfermedad no hacía referencia a una anomalía propia del cuerpo, sino a la justa presencia de un castigo ante un pecador, que generalmente era asociada a un castigo divino. Castrillón, y Pulido, (2003) afirman que:

“El objeto fundamental cuando se atendía un enfermo, no era comprender las causas orgánicas de la enfermedad, ya que éstas, conceptualmente no se podían explicar; sino, liberar el cuerpo del castigo, purificarlo en vida para que alcance la salvación del alma”. (2003. p. 187).

En reemplazo a estas concepciones pre-modernas, el pensamiento ilustrado muy cercano a la modernidad, viene a configurar nuevos valores sobre los individuos que ahora son capital. Los sujetos deben ser obedientes, productivos y sobre todo, sujetos sanos en función del principio de preservación (Alzate, 2007).

La segunda categoría de análisis de la Biopolítica hace referencia a la producción de *sujetos sanos*. La vida de los sujetos es la riqueza principal del Estado, de tal modo que mantener un estado de salud corporal será una de las formas privilegiadas para administrar la vida.

Procurar estados de salud ha implicado conceptualizar la enfermedad. Anteriormente la enfermedad y la pobreza eran un designo de Dios que debía ser aceptado con resignación. En

la Modernidad la enfermedad corporal es identificada, manejada y controlada. La enfermedad es un obstáculo para el crecimiento poblacional.

La resignación sobre la enfermedad deja de ser un valor moral. La prioridad es preservar la vida funcional. Esto ofrece las condiciones para que la enfermedad sea clasificada, prevenida y curada.

Los sujetos *expertos* operaran bajo la racionalidad del pensamiento científico para administrar la salud. Será la medicina la ciencia especializa de preservar los cuerpos de la enfermedad. Castrillón y Pulido, afirmaron que “*las enfermedades no existían en el cuerpo individual sino como conjunto de taxonomías. El médico conocía los síntomas característicos de expresión de la enfermedad, pero conceptualmente no podía explicarla*” (Castrillón y Pulido, 2003. p. 187). Y en esta tarea se han vivido transiciones para posicionarla en el cuerpo que la posee, hasta llegar a una visión institucional de la enfermedad, lo cual implicó la inversión estatal para crear la estructura del entorno hospitalario en el proceso de comprender y atender la presencia de la enfermedad.

Actualmente la enfermedad ha trascendido en su significado. El valor en el mercado de los tratamientos tiene relación directa con ello.

Para cumplir los ideales de producir sujetos sanos a través de una batalla contra la enfermedad, la medicina y la acción gubernamental toman el poder sobre el cuerpo de los sujetos. Según Castrillón y Pulido:

El cuerpo en la Modernidad comienza a existir como viviente medicalizado, inscrito en las reglas normativas de producción del saber del discurso biomédico, que comienza a construir su positividad en relación con la oposición del orden biológico-anomalía, orden normal-trastorno patológico. (Castrillón y Pulido, 2003. p, 190).

A partir de allí, la medicina se propone curar tomando como punto fijo la referencia de “normalidad” funcional del cuerpo. Desde la Biopolítica es preciso percatarse que la normalidad no solo aplica para las cuestiones de funcionamiento orgánico. Se han producido mecanismos para ordenar el comportamiento de los sujetos, desde los lineamientos políticos bajo el criterio de *sujetos normales y sujetos no normales*.

La biomedicina cuidadosamente administra el funcionamiento de los cuerpos para garantizar la vida. Las condiciones biopolíticas aseguran el crecimiento y mantenimiento poblacional. Así se obtiene un conjunto de prácticas que se han ido desarrollando y perfeccionando en dos sentidos: en la intervención sobre el cuerpo y en la preocupación social de los problemas de la salud pública. De esto ha surgido el fenómeno de la *medicalización*. Según lo presenta Castro (2011), este término es utilizado por Michel Foucault como una referencia a la función política de la medicina, incluyendo la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico.

La medicina será la ciencia de las enfermedades, administrará la curación y por tanto será uno de los más importantes mecanismos administrativos de gobierno para lograr el crecimiento poblacional.

La medicina se impone a los individuos como un acto de autoridad. Su dominio de intervención ya no concierne solo a las enfermedades, sino a la vida en general. Por otro lado, en el marco de esta intervención ampliada de la medicina, la salud se convierte en un bien de consumo. (Castro 2011. P. 172)

La perspectiva biomédica se instaura en los estándares científicos. Esto le permite ser la autoridad bajo la que se supeditan las decisiones políticas. Las jurisdicciones de los sistemas sanitarios se basan en ello. La acción gubernamental utiliza el conocimiento científico para controlar la enfermedad o disfunción corporal y desde allí se administra la vida.

La tercera categoría de análisis de la Biopolítica es la conjunción entre *Verdad y Poder* que poseen los *expertos*. Nace en el conocimiento científico, se operacionaliza en la práctica médica y desde allí normaliza el cuerpo y la vida.

El *experto* en la modernidad puede compararse con la función que tuvo *el Rey* en formas de gobierno anteriores. Según Castro-Gómez (2013) la función del Rey implicaba hacer morir y dejar vivir. El monarca decidía sobre la vida de las personas, dictaminaba la posibilidad o imposibilidad de prolongar la existencia puesto que era la representación terrenal de la *divinidad*.

El *experto* se convirtió en una nueva figura de autoridad que participa en las decisiones sobre la vida. Ya no es necesario la orden de Dios. El experto es el poseedor del conocimiento verdadero (objetivo). Será el encargado de disponer las formas de organización de la vida para lograr el objetivo de la nueva razón de gobierno: hacer vivir.

Los *expertos* se convierten en dispositivos de control para lograr que los sujetos y sus cuerpos se comporten en sentido funcional. Dictaminan la estética y la optimización de la funcionalidad a través del establecimiento de medidas, formas y destrezas corporales.

Las tecnologías de direccionamiento del sujeto se ejercen bajo la autoridad de saber científico puesto en el discurso. Las técnicas disciplinarias contemporáneas propias del saber médico, direccionan y vigilan a los sujetos y es aquí donde el juego de poder que otorga la *razón* para determinar qué es lo “normal” condiciona el rol de los *expertos* sobre los sujetos.

Los expertos son personas especialistas, adiestrados para un escenario de intervención con autoridad sobre los otros sujetos. Están dotados de elementos propios de la razón científica que toma propiedades de verdad lo que le otorga el poder de acción.

Si bien el *Rey* hacía cumplir sus designios por medio de la fuerza y control directo sobre el cuerpo de las personas, los *expertos* operan en un sentido menos drástico y muy efectivo. Se aprovechan de la nueva cultura del auto-direccionamiento del Yo. Tienen poder sobre los sujetos porque poseen la verdad sobre la vida. Verdad que se inscribe en los sujetos como un principio.

En este sentido, será responsabilidad del sujeto cumplir las normas dadas para mantener la normalidad. Desde que la figura de los *expertos* se posiciona en el campo de lo verdadero, los sujetos se dividen es: “normales” y “no-normales”.

Bajo la verdad que han poseído los *expertos*, los *otros* (no normales) deben ser analizados, intervenidos y curados.

Esta verdad sobre la normalidad se ha consolidado a través de los discursos que oponen lo “normal” y lo “patológico”. El papel que juega este discurso en la concepción del cuerpo y de la vida ha determinado las prácticas con relación a la *salud* en el mundo occidental, especialmente en la construcción del sentido de la enfermedad.

El discurso científico rige una verdad, y es precisamente en el juego de lo “verdadero” donde el poder toma partido; La voluntad de verdad enmascara la verdad que quiere, sobre todo cuando pretende ser universal. (Foucault, 2010. P. 24).

El problema no es el poder que se enmascara en una verdad. En este caso no se cuestiona en sí la verdad dicha sobre la salud y la enfermedad. Cabe cuestionarse conceptualmente por los efectos de poder que hay en una verdad y los efectos de exclusión que acarrearán.

A través del uso y las intenciones de las palabras se instauran sistemas de prohibiciones para las prácticas sociales, morales y jurídicas (Foucault, 2010). Los discursos se soportan en las instituciones científicas, las cuales otorgan poderes individuales a las figuras de los “expertos” con el fin de vigilar y controlar el funcionamiento corporal. Para ello diagnostican, clasifican para apartar lo normal de lo “no normal”, y exploran alternativas para llegar a lo que desde el mismo discurso se espera.

El discurso que utilizan los *expertos* se basa en procedimientos de control. La labor que ejercen las disciplinas desde referentes teóricos específicos, constituyen ese reino de lo verdadero. Además que poseen un principio de control de la producción de lo que se dice, con un sistema interno de reactualización. (Foucault, 2010). El discurso que poseen los expertos sobre la salud y la enfermedad no es transparente o neutral. Es un medio que con las palabras luchan por aquello de lo que se quiere sea constituido como realidad (Foucault, 2010).

Los expertos poseen una verdad lo cual les permite una relación de poder. Esta verdad la imponen a través de sofisticados sistemas clasificatorios de las formas patológicas determinadas científicamente. Es por ello que se considera que la *racionalidad y control*, resulta en la conjunción de la *verdad y poder* que está bajo la autoridad de los *expertos*.

La cuarta categoría de análisis de la biopolítica hace referencia a los procesos que operan internamente a la construcción de una verdad: ***Veridicción***.

La veridicción “(...) *no es una ley determinada de la verdad, sino el conjunto de reglas que permiten respecto a un discurso dado, establecer cuáles son los enunciados que se podrán caracterizar en él como verdaderos o falsos*”. (Foucault. 2010 p. 53). La veridicción

corresponde al orden de la inteligibilidad, en donde se permite que algo sea posible con relación a una verdad.

La verdad siempre será una construcción tal como lo indican Ibáñez y Domenech al afirmar que *“los criterios de la verdad son obra nuestra y por lo tanto son tan contingentes y tan relativos a nuestras cambiantes prácticas, como cualquier otra cosa que resulte de nuestro que hacer”* (Ibáñez y Domenech, 1998. p. 17). Los discursos que se construyen como verdaderos o falsos dependerán de la disciplina de donde provenga.

El poder de la razón científica tendrá un papel predominante. El discurso de la verdad o la falsedad no es lo que debe interesar, sino las condiciones y los efectos que puede ejercer una veridicción.

La veridicción moviliza los dispositivos de interacción cotidiana respecto a lo que está “bien” y lo que está “mal”, por tanto son la base del funcionamiento social y más aun de los comportamientos humanos. La forma de ser de las personas o la forma de juzgar lo que deberían ser o tener, está determinados por veridicciones construidas en un tiempo histórico.

Las evaluaciones cotidianas que se han hecho sobre la orientación sexual, sobre el volumen corporal y las formas de belleza, sobre las destrezas y funcionalidades de la persona, son construidas bajo un juego de encadenamiento de verdades. La veridicción es entonces el despliegue de reglas que dan la posibilidad de realidad y por ende de verdad cuyo dispositivo principal será el discurso científico, el cual tiene importantes implicaciones políticas que se ven reflejadas en el funcionamiento económico y social.

Lo más importantes no será identificar cuales veridicciones fueron equívocas en el pasado. *“Creo que lo que tiene una importancia política actual es determinar con claridad cuál es el régimen de veridicción que se instauró en un momento dado.* (Foucault, 2010. p. 55).

La quinta categoría de análisis de la biopolítica es la ***economía política***. Es en sí misma una condición esencial en la razón gubernamental y se considera un principio dentro de ésta. La economía política es donde se reorganiza el gobierno basado en la jurisdicción al servicio de los sistemas económicos.

Los planteamientos biopolíticos explican que, para cumplir los objetivos de gobierno en función del crecimiento estatal se construye una racionalidad gubernamental basada principalmente en el mercantilismo. El Estado debe enriquecerse mediante la acumulación monetaria. La economía política es el instrumento intelectual que se aplica como forma de gobierno (...)”*La economía política entendida como método de gobierno en condiciones de asegurar la prosperidad de una nación*” (Foucault, 2010. P.30).

El enriquecimiento del Estado a través de la economía política es en sí misma una práctica de autolimitación de gobierno. Se traslada de la legitimidad a la efectividad. Una decisión gubernamental no se determinará por ser justa, sino por la efectividad que pueda tener con relación a los objetivos de crecimiento y fortalecimiento del Estado desde el mercado.

La teoría económica a partir del siglo XVIII se basa en el criterio de efectividad y utilidad. El crecimiento económico estará influenciado por las relaciones de saber/poder que van determinando lo que es cierto, válido e importante para dicho crecimiento. Este lugar de *verdad* le pertenecerá al *mercado*; se empieza a configurar mecanismos “naturales” de mercado y de ello dependerá el buen gobierno (Foucault, 2010).

La política liberal de mercado, (dentro de la economía política) es uno de los grandes determinantes de las complejas formas de estructuración social. El mercado y la competencia de mercados, será el mecanismo de crecimiento estatal y lo posiciona a su vez como principio regulador de la acción gubernamental.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII el mercado se posiciona como principio de buen gobierno. De allí se crean jurisdicciones para organizar el mercado tales como la competencia mercantil; es un principio soportado desde la jurisdicción. Tal como lo explica Foucault:

“(…) el Estado [ofrece] transacciones incesantes, que modifican, desplazan, transforman, hacen deslizar de manera insidiosa, las fuentes de financiamiento, las modalidades de inversiones, los centros de decisión, los tipo de control, las relaciones entre los poderes locales, autoridad central, etc.; es el objeto móvil de gubernamentalidad múltiple”. (Foucault, 2010, p. 96).

Mientras la jurisdicción está al servicio de los sistemas económicos, la economía está sometida al arbitraje espontaneo de los consumidores. El Estado asegura la libertad, lealtad

y eficiencia del mercado. Es lo que Foucault (2010) denominaría *un capitalismo producto de una economía institucional*.

La economía política es en sí misma una condición para la veridicción del mercado, que vuelve inteligible la jurisdicción que se desencadena sobre el mercado; convirtiendo al mercado en un mecanismo natural bajo el que deben operar todas las transacciones sociales. Una de estas transacciones son las que se desencadenan sobre el cuerpo con relación a la presencia de la enfermedad y los ideales de salud. Se observa una estrecha relación con la economía y por ende con el *mercado*, principalmente en la oferta de bienes y servicios para garantizar a la población un control sobre la enfermedad.

Las prácticas biomédicas llamadas *tratamientos*, están supeditadas a la producción y comercialización de insumos, por lo cual se podría decir que la salud se ha convertido en un bien de consumo producto de la condición de economía política.

Hasta aquí se ha hecho una definición conceptual sobre la biopolítica para administrar la vida de los sujetos. Esto amerita explicar quién es el sujeto y que es la subjetividad.

2.2. SUBJETIVIDAD

La subjetividad parte de la posibilidad de un sujeto consciente:

“Si la mente llega a ser consciente es preciso que en el cerebro se genera un sujeto que conoce, cualquiera que sea el nombre que se le quiera dar (Sí mismo, Yo etc.). Cuando el cerebro consigue insertar un sujeto que conoce en la mente, surge la subjetividad” (Damasio, 2010. P. 30)

La subjetividad es la expresión dinámica de un sujeto consciente en permanente transformación. Depende de las relaciones con las condiciones históricas y culturales a las que se esté expuesto. Es el resultado es la procesualidad reflexiva en la que intervienen

infinidad de elementos constituyentes del sí mismo (González, 2002). Todas las experiencias en las que participa el sujeto tendrán un efecto sobre la subjetividad.

Toda la información que se tiene sobre el sí mismo son datos parciales. Se tienen interpretaciones sobre nuestra existencia y del mundo, debido a la permanente evolución en el plano biológico y cultural (Damasio, 2010). De allí surge el lenguaje, los conocimientos y las técnicas que utiliza para juzgarse y manejarse a sí mismo como elementos constituyentes de la subjetividad. (Rose en Molina, Martínez y Molina 2014)

Las neurociencias protagonizan las explicaciones de la estructura biológica y la posibilidad de un sujeto consciente. Sin embargo, los elementos de carácter cultural son recursos inacabados para comprender la construcción de subjetividad.

La configuración de sujetos no es un proceso único y acabado. No hay posibilidad de tener una sola teoría del sujeto: “*No existe una teoría universal del sujeto [por lo tanto], debe empezarse por una analítica de las formas de reflexividad, ya que éstas constituyen al sujeto como tal*”. (Foucault, 2002, p. 440).

En la Hermenéutica del Sujeto (Foucault, 2002), se describe que en el pensamiento occidental se distinguen tres tiempo históricos que permiten evidenciar diversas formas de reflexividad sobre el sujeto: Antigüedad (época Helenística y romana), el Cristianismo y la Modernidad.

Desde la Antigüedad hasta nuestros días se han conocido famosas expresiones que hacían referencia al sujeto. Una de las más trascendentales en el pensamiento occidental es “conócete a ti mismo”, la cual es una especie de subordinación a la inquietud de sí mismo, tal como lo plantea Foucault (2002):

“En el pensamiento helenístico y romano la incitación a ocuparse de sí mismo, alcanzó una extensión tan grande que se convirtió en un verdadero fenómeno cultural de conjunto, [lo cual ha sido un acontecimiento histórico del pensamiento] (...). La apuesta es captar el momento en que un fenómeno cultural de una amplitud determinada, pueda constituir un momento decisivo en el cual se compromete, incluso nuestro modo de ser de sujetos modernos”. (Foucault, 2002, p. 26).

En el pensamiento antiguo la reflexividad sobre el sí mismo buscaba acceder a la verdad sobre el mismo sujeto. Eso solo era posible si se hacía modificaciones sobre “sí mismo” (conversiones). El sujeto debe inquietarse por sí, conocerse a sí, y partir de allí podría llegar a la *verdad de sí*.

En la Antigüedad encontrar la verdad sobre sí mismo y la salvación del alma, estaría basada en: “*el movimiento del alma, el autoconocimiento de la verdad, la inquietud de sí y el retorno al ser*”. (Foucault, 2002, p. 249).

Posteriormente en el Cristianismo se da un cambio importante. La verdad no reside en el sujeto, ni en las exploraciones o modificaciones que el sujeto haga sobre sí mismo. El sujeto solo podría encontrar la verdad sobre sí mismo a través de la fe, en lo que está escrito en el Texto sagrado y a través de la revelación de Cristo en el sujeto.

Este modelo que configura al sujeto en la época del cristianismo, de igual forma busca la verdad sobre sí. Para ello, el “corazón humano” (del sujeto) debe estar purificado y de esta manera comprender la Palabra que contiene la Verdad. El objeto último del sujeto es, al igual que en la Antigüedad, la salvación.

En la Modernidad aparece un tipo de pensamiento que opera bajo los principios de la razón. Esta orientación es denominada pensamiento cartesiano. Junto a una serie de transformaciones complejas, modificó radicalmente la noción de acceso a la verdad, reemplazando este interés por el *conocimiento del objeto*. (Foucault, 2002. p. 189).

Los sujetos de la Antigüedad y del Cristianismo se caracterizaban por una incesante necesidad de acceder a la verdad. El sujeto de la Modernidad prioriza el conocimiento de los objetos que rodean su realidad. La forma Moderna de acceder a la verdad restringió la experiencia del sujeto como forma para lograrlo. En el conocimiento objetivo, racional y científico está en la verdad sobre el mundo y no sobre el sujeto. La forma de operacionalizar el conocimiento del objeto será por medio del método científico.

La subjetividad depende de los medios en los que el sujeto se define a sí mismo. El sujeto tiene un concepto de sí a partir de las formas de acceso a la verdad propias del tiempo histórico en el que se encuentre.

Los sujetos de la actualidad dependemos de las formas de reflexividad propias de la modernidad. El sujeto es a partir de allí un objeto de conocimiento. La experiencia de sí es utilizada para que el sujeto se regule y vigile.

En este nuevo tiempo histórico caracterizado por las condiciones biopolíticas que buscan la administración de la vida para el crecimiento poblacional, se crean *tecnologías de sí*. Éstas pueden entenderse como aquellas formas que buscan orientar la acción de los sujetos por determinados dispositivos del funcionamiento social, (Foucault, 2002). La subjetividad se constituye a partir de ellas.

La modernidad vino a generar dispositivos de subjetividad muy diferentes a los que estaban planteados en la Antigüedad y en el Cristianismo. Hubo una objetivación del campo de conocimiento basado en la científicidad. De esta manera, lo real deja de ser la experiencia del sujeto, lo real estará determinado por el conocimiento, la medición y la dominación de los objetos por medio de técnicas específicas.

A partir de la Modernidad han existido estrategias especiales para configurar los diferentes tipos de sujetos, capaces de cumplir los objetivos gubernamentales que describe la biopolítica.

“Los mecanismos para generar tipos de sujetos son complejos y sofisticados. La noción de tecnología de la subjetividad hace referencia a un juego más amplio de las prácticas reguladoras del sí mismo: tecnologías de subjetividad multi-variables que envuelven a la persona a través de una variedad de esquemas de auto-inspección. Dichas tecnologías del sí mismo, proveen un camino útil para pensar el intercambio entre la influencia de aparatos estructurales y la micro-política del sí mismo, entre las formas de totalización e individualización del poder”. (Hook, D. 2007).

Además de ello aparece un elemento fundamental que ha condicionado nuestra forma de ser sujeto hasta nuestros días: el sujeto es sometido al orden de la ley. Así se dio la politización de la vida. Las disposiciones legales del gobierno determinan el funcionamiento social y en definitiva el funcionamiento individual. (Foucault, 2002 p. 305).

Desde la modernidad se vienen determinando lineamientos en los que debe constituirse el sujeto. Se ha configurado un *sí mismo* cuyo objetivo no está relacionado a la salvación del alma (como lo fue en la Antigüedad o en el Cristianismo), sino que toma como principio los ideales de la racionalidad científica para la salvación de la vida. En este sentido

el sujeto está direccionado a pensar, sentir y actuar con base en los ideas de la Modernidad: ser un sujeto “normal” que debe prolongar la vida.

Las tecnologías de sí se han convertido en los reguladores principales de la vida. Las interacciones cotidianas, las formas jurídicas y los dispositivos de movilización económica dependen de ellas.

La administración de la subjetividad posee una relación directa con los principios biopolíticos para cumplir la razón de ser del gobierno, para lo cual es indispensable crear sujetos capaces de preservar sus propias vidas. Por tanto, se ha de gobernar la subjetividad en la que se debe lograr que el objetivo de la existencia no sea la salvación del alma, sino la preservación de la vida biológica a toda costa.

Los procesos de normalización (tecnologías de subjetividad) solo son posibles en la medida que existen procesos de disciplinamiento. El castigo físico ya no es una forma para hacerlo, sino “*la vigilancia, maniobras, calificaciones, exámenes, son una nueva manera de someter a los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas*” (Foucault, 2002. p 5)

En este sentido se han ido construyendo tecnologías de subjetividad para lograr la interiorización de estos principios. Tecnologías de disciplinamiento que implican el auto-direccionamiento. Tal como lo indica Ibáñez, en Cabruja (1998):

“[Se debe] gobernar la subjetividad constitutiva de los sujetos libres, trasladando de la vigilancia externa a la obligación interna de la propia responsabilidad. Es decir, regulando la intersubjetividad, produciendo el conocimiento y el vocabulario que permite dirigir las relaciones sociales de manera no coercitiva, haciendo creer al sujeto que posee su dominio”. (Cabruja, 1998 p. 52).

La normalidad estará dictaminada como forma de ser para los sujetos. Debe interiorizar el auto-direccionamiento del sujeto a preservar la vida, la salud y evitar peligros. Las tecnologías de subjetividad se basan en sistemas de significados dominantes que otorgan formas específicas de entender la enfermedad, la salud y de significar el peligro en nuestra época actual.

Según lo que plantea Rose (2007) lo que caracteriza parte de la subjetividad de los siglos XX-XXI, está relacionado con la biomedicina. Una tecnología para la prolongación de la vida, que a la vez es una forma de poder. El Estado Moderno ha vivido un proceso de politización de la medicina, de la vida humana y de la biotecnología. Dentro de esto aparece el poder que tienen los discursos institucionalizados del saber científico y el poder con el que dispone las prescripciones comportamentales adecuada para la consecución de la normalidad.

Los saberes científicos, especialmente los de la biomedicina, hacen parte de las tecnologías para el disciplinamiento y vigilancia los cuerpos. Examinan, califican y se manobra sobre la vida. Desde allí son orientadas las formas de ser.

De lo anterior se puede inferir que las tecnologías de la subjetividad son formas de operacionalización Biopolítica. Son dispositivos de funcionamiento social que determinan al sujeto y su participación en la dinámica social.

Las tecnologías de subjetividad son entonces uno de los recursos más potentes en los que el sujeto se basa para significar la vida, la salud y cuerpo físico.

El significado dado al cuerpo físico está asociado a la funcionalidad de la vida. Por ello gran parte de las tecnologías de subjetividad se asocian a prácticas restrictivas en la alimentación, las prescripciones de rutinas de ejercicio físico programado, y prácticas más directas sobre la corporalidad como las cirugías.

La subjetividad a partir de la modernidad se forja en la concepción que la vida se resume en el funcionamiento corporal. Por tanto las condiciones están dadas para que el sujeto viva auto-direccionado para mantener dicha funcionalidad.

La optimización de la vida basado en los artefactos tecnológicos, especialmente la biotecnología (Rose 2007) cambia lo que es o lo que significa ser humano, incluso, como ente biológico. Es por ello que la subjetividad resultante en condiciones Biopolíticas es un sujeto que preserva la vida y el funcionamiento corporal.

Las tecnologías de subjetividad que son parte de procesos de disciplinamiento, “*forman vínculos con el sujeto que en el mismo mecanismo, lo hacen obediente y útil*” (Foucault, 2002. P 125). En este sentido los sujetos se hacen obedientes a las políticas de la vida, basada en las tecnologías de optimización, las cuales llegan a instaurarse en el sujeto hasta el punto

que se ha convertido en una justificación dentro del sistema de valores que utiliza el sujeto en su vida cotidiana. Preservar la funcionalidad del cuerpo se convierte en un valor ético de las sociedades occidentales (Rose, 2007 p. 22): “*es una ética en la cual la maximización del estilo de vida, el potencial, la salud y la calidad de vida empiezan a ser obligatorios*” (Rose, 2007 p. 25).

La política de la vida se inmiscuye en la ética. Las creencias y valores determinan lo que es el sujeto y es un medio por el cual se empieza a promover el gobierno de sí mismo. Así resulta un individuo autónomo que está conectado a los imperativos del crecimiento poblacional. El sujeto debe aumentar su capacidad, bajo la creencia de la vitalidad como fin supremo.

Esta tecnología de subjetividad opera a través de los *expertos*. Sujetos que direccionan a otros sujetos sobre la vida, la salud, la prolongación y la optimización. Son figuras que indican cómo vivir mejor. En términos de Rose (2007), es un nuevo poder pastoral sobre el cuerpo. “*La tecnología médica y la experticia pastoral generan una nueva pragmática de la vitalidad*”. (Rose, 2007 p. 29).

En conclusión, la subjetividad es entendida como una forma de sujeto resultante de condiciones estructurales de la dinámica social, histórica, política y económica. El producto es un sujeto direccionado y auto-direccionado para preservar la vida. El significado de la existencia se resume en la urgencia de preservar y optimizar la funcionalidad operativa de la vitalidad. El sujeto ya no recurre a la experiencia interior de sí mismo para definirse. Se basa en la objetividad construida sobre la vida a través de los saberes científicos.

2.3. BIOPOLÍTICA, SUBJETIVIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN SUJETO LLAMADO *OBESO*

La revisión que se presenta a continuación establece relaciones entre las condiciones biopolíticas y las tecnologías de subjetividad, para configurar un tipo de sujeto llamado “obeso”.

La Modernidad ha forjado nuevos ideales sobre la experiencia de vida. Ideales que han dispuesto diversas formas para movilizar la colectividad humana sobre la “normalidad”, la salud y la esbeltez. Esto ha llevado a que el significado dado a la *obesidad* se haya transformado históricamente, por tanto lo que significa ser un sujeto “obeso” también ha cambiado. Vigarello (2011) ha llamado a la historia de la obesidad, “metamorfosis de la grasa”.

En la época antigua donde la pobreza y la precariedad era una constante generalizada, tener un cuerpo voluminoso era símbolo de prestigio. La gordura significaba plenitud: “(...) *el gordo resulta imponente, encarna la abundancia, simboliza santidad, signos decisivos donde reina el hambre y la precariedad*”. (Vigarello, 2011, p.23).

¿En qué momento el gordo se convierte, en términos del autor en una amenaza estética y vital?; al parecer en la Modernidad con el advenimiento del Yo, de la mirada centrada en el individuo y la radicalización de los procesos de auto-observación.

El autor explica que en el Renacimiento surgen nuevos valores respecto a la actividad diaria que debía realizar el sujeto; la movilidad se convierte en regla fundamental para el nuevo orden social. En este sentido, el volumen corporal ya no encarna abundancia, sino que se asocia con la torpeza.

Este cuestionamiento de la inactividad era aplicado única y exclusivamente para personas con extrema gordura, cuya inactividad impedía la actividad autónoma de la persona. En el siglo XVI empezó a constituirse en el lenguaje cotidiano la palabra *pesado*, y se asocia con incapacidad. Esa gordura excesiva es la que inspira las primeras manifestaciones verbales e incluso iconográficas de la época. (Vigarello, 2011).

Con la llegada de la Ilustración, una cultura mucho más sensible a lo individual, el cuerpo humano adquiere nuevos valores. Las medidas corporales se convierten en dato que definen el estado del cuerpo. La balanza, que solo era utilizada para pesar animales en transacciones comerciales, pasa a ser utilizada para llevar un control sobre el peso corporal humano. Inició siendo un artefacto de diversión en ferias y festivales para el atractivo del pueblo, para convertirse en una práctica rutinaria de medición. Desde esta época se inician las anotaciones regularizadas para ver los cambios numéricos del cuerpo a partir de las medidas que otorgaba la balanza. (Vigarello, 2011).

A finales del siglo XVIII la palabra *obesidad* es de uso cotidiano. Asociada con la inutilidad, pero con un sentido mucho más acentuado sobre el sujeto, el cual es catalogado como impotente y es una muestra de la decadencia.

Vale aclarar que en esta época algunas “gorduras” tenían prestigios. Por ejemplo, aquellos comerciantes cuyo volumen abdominal fuera protuberante, generaba mayor confianza sobre su solidez económica, por tanto el volumen corporal masculino gozaba de cierta libertad. En cuestiones femeninas, la reducción de la talla se acentúa como una exigencia estética que afirmaba la condición de feminidad. (Vigarello 2011).

En el siglo XIX la observación de sí mismo es cada vez más enfática. Las medidas corporales se popularizaron con rapidez. Utilizar la balanza para obtener una medida numérica del cuerpo se instaure como un acto público. Tener control sobre el peso y evitar la obesidad ya es en esta época un deseo en las personas.

A principios del siglo XX surgen formulaciones mucho más precisas sobre lo que *es* la obesidad. Se define según sus formas de manifestación en la corporalidad. Se habla de estadios progresivos en los que puede presentarse, tipos, causas, etc.

Curar la *obesidad* se convirtió en objeto científico, unido a la presencia de los anuncios publicitarios que expandió las prácticas de adelgazamiento que el mercado ofrece. (Vigarello, 2011).

En la actualidad y a través de los medios de comunicación, en el mundo occidental se ha generalizado un discurso respecto a la “crisis de la obesidad”, discurso que ha sido socialmente construido y públicamente representado. Rich y Evans (2005) afirman que los discursos públicos acerca de la obesidad están frecuentemente basados en la evidencia científica alrededor de la causalidad y las directrices de la prevención. La “crisis de la obesidad”, explicada desde la evidencia científica, basada en narrativas del riesgo y la mortalidad.

Estas condiciones que significan la obesidad han llevado a que la persona que presenta obesidad, sea considerada como “*alguien con imposibilidad de transformarse (...) una identidad fracasada en una época donde la elaboración y la adaptabilidad del yo se convierten en criterios de obligatorio cumplimiento*”. (Vigarello, 2011. p. 263).

El sujeto catalogado como *obeso* no ha cumplido con la adaptabilidad del Yo. Por no ser parte de la “normalidad” enfrenta el problema de una exigencia inevitable de delgadez. Está frente a una norma social desde la perspectiva cultural, unida a la denuncia pública sobre la obesidad como una amenaza a la salud.

El sujeto *obeso* se ha convertido en un *enfermo* por la supuesta disfuncionalidad asociada a su condición, al igual que vive una enfermedad interior: “*determinada por las humillaciones, en especial por el injusto sentimiento de ostracismo que conduce al individuo a sentirse como un auténtico paria social*”. (Vigarello, 2011, p.211).

El sujeto *obeso* se ha convertido en un cuerpo cuya diferencia rechazan aquellos que supuestamente han logrado la adaptabilidad del Yo. Parte de las tecnologías de subjetividad ha sido instaurar un ideal estético y unos ideales de funcionamiento corporal.

El sujeto *obeso* debe velar por su salud, por prolongar la vida, debe hacer uso de las tecnologías para la vida, y debe utilizar los insumos del mercado para salir de la situación estigmatizante donde se encuentra inmerso. Todo esto se convierte en una obligación interna.

Los conocimientos científicos sobre el funcionamiento de cuerpo (fisiología, anatomía, microbiología, neurobiología, etc.,) están al servicio de la preservación del capital humano y se usan como tecnologías de subjetividad.

Dentro de dichos estudios se hace especial énfasis en aquellos relacionado con la comprensión fisiológica de la corporalidad. Los descubrimientos sobre la combustión del oxígeno que datan desde 1778 según los reportes de Vigarello, (2011), permitieron descubrir y comprender que el cuerpo humano como una máquina energética.

Desde el siglo XX las explicaciones fisiológicas han sido mucho más explícitas. Hermann y Cier han planteado desde 1967 que el ser vivo es un transformador de energía, en donde la actividad funcional lleva en sí misma un gasto de materia y energía química potencial y que el cubrimiento de estos gastos debe proveerse desde el exterior. Afirman los autores que: “*la ración alimentaria representa la energía química potencial que deben aportar diariamente los alimentos para cubrir la totalidad de los gastos y asegurar el equilibrio nutritivo*”. (Hermann, H y Cier, 1967).

La obesidad no podría haberse conceptualizado sino se hubiese comprendido el sistema de obtención de energía del cuerpo. La obesidad se define como “*una enfermedad causada por el desequilibrio entre el ingreso de energía y su gasto lo que resulta en un balance positivo y en la acumulación de grasa con el consecuente aumento de peso* (Mikler y Guevara 2014 p. 1). “*Una enfermedad en la que existe un aumento de los depósitos corporales de energía en forma de grasa, lo que condiciona un incremento del tejido adiposo (...)*” (Vásquez, C y Col. 2011. p 35).

En este sentido la *obesidad* se radica como una anormalidad fisiológica. Según Crespo y Ruiz (2006), existe una asociación entre el aumento excesivo del tejido adiposo y a la aparición de otras disfunciones orgánicas tales como el aumento de la presión sanguínea arterial “normal”, alteración en la regulación “normal” de la insulina, entre otras manifestaciones de alteración en la función cardíaca, respiratoria y ósea.

Todas estas condiciones corporales obstaculizan el objetivo gubernamental del crecimiento poblacional. Es por ello que la condición de disfunción corporal debe ser curada. Basada en la racionalidad científica, la biomedicina da las pautas para que la anormalidad sea ordenada.

En la medida que se presenta la alarma por la obesidad, no se hace visible el hecho que las condiciones sociales determinadas políticas y económicamente, son las que predisponen las condiciones que causan *el desequilibrio entre el ingreso de energía y su gasto*.

En nombre de la obesidad como enfermedad se establecerán batallas sanitarias para erradicarla como forma patológica que pone en riesgo la vitalidad y la fuerza productiva de la población en su conjunto.

Para ejercer control sobre la normalidad corporal será cuantificada la prevalencia. La implicación que tiene sobre la salud, el funcionamiento corporal y la expectativa de vida motiva a que sea una condición monitoreada. Se han creado autoridades sanitarias que cuantifican la situación respecto a la condición de Obesidad. Por citar algunos ejemplos, la IASO (International Association for the Study of Obesity, reporte 2009-2010), estima que en el mundo hay 525 millones de adultos *obesos*, y la cifra para el sobrepeso es el doble de ésta. Además que, según el informe de la OMS sobre estadísticas sanitarias de 2012, cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la *obesidad*. La

prevalencia mundial de la obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/mt²) casi se duplicó entre 1980 y 2008, año en el que el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres del mundo eran *obesos*, frente al 5% de los hombres y el 8% de las mujeres en 1980. Se calcula que en 2008 la *obesidad* afectaba a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de 20 años.

En Colombia la Encuesta Nacional de Situación Nutricional-ENSIN de 2005 indicó que existen 5.7 millones de colombianos *Obesos* y 15.4 millones con sobrepeso. Este estudio fue replicado en el año 2010 y se encontró que la *obesidad* aumentó en un 5,3% en las cifras resultantes en el año 2005.

Se considera que las proporciones poblacionales de dicha condición, ha impactado la capacidad de tratamiento de los servicios de salud, incluso en los continentes más ricos. Se estima que a nivel mundial existen más adultos *obesos* (525 millones de personas) que en estado de *desnutrición*. (IASO reporte 2009-2010).

La normalización también opera a través de los *expertos*. Tienen la Verdad y por ende del Poder para direccionar y vigilar a los sujetos para la consecución de la normalidad. Son ellos los encargados de utilizar las técnicas diagnósticas que hacen parte del conjunto de reglas para determinar lo verdadero y lo falso con relación a la enfermedad.

La práctica del diagnóstico hace parte de las reglas de juegos para construir veridicciones al respecto. Los consensos clínicos para el esclarecimiento de lo que se entenderá por *obesidad*, se basan en el diagnóstico biomédico. Son medidas generalizadas y ritualizadas en su aplicación sin distinguir las condiciones culturales del sujeto.

Una forma generalizada e institucionalizada de hacer seguimiento y control al cuerpo es calcular el Índice de Masa Corporal (en adelante IMC). Según Vázquez y col (2011) el IMC corresponde al peso en kilogramos dividido en los metros al cuadrado (Ver Figura No. 1)

Figura 1: Fórmula para calcular IMC

$$\frac{\text{kg}}{\text{mtr}^2} = \text{IMC}$$

El IMC es una forma actual de normalización de los cuerpos, en la que se calcula la cantidad de kilogramos que posee el cuerpo de una persona, con relación a los metros cuadrados que determinan su “medida” corporal. El punto de corte para el diagnóstico de la obesidad será un IMC igual o mayor a 30 Kilogramos por metro cuadrado del cuerpo². La nomenclatura para precisar la “normalidad” del peso corporal con relación a la estatura, se presenta en la Tabla No. 1.

La normalización consiste en vigilar a las personas. Si alguien llegase a pesar corporalmente 80 kg, y al medir la longitud del cuerpo se obtiene un dato de 1.60 metros ($1.60 \times 1.60 = 2.56 \text{ m}^2$). Llevado a la fórmula, $80/2.56 = 31$. Su IMC es 31. Esto quiere decir que por cada metro cuadrado de su cuerpo tiene 31 kg, y lo “normal” indica que no debe sobrepasar los 25 kg por metro cuadrado. Por tanto esta persona cumple el criterio diagnóstico de la Obesidad. El IMC mayor a 25 no es conveniente según este consenso clínico, debido a que cuando se sobrepasa, aumenta el riesgo de presentar otras disfunciones orgánicas capaces de alterar los sistemas corporales.

Tabla 1 Nomenclatura del Índice de Masa Corporal para diagnóstico de obesidad

Descripción	IMC
Peso insuficiente	< 18,5 kg/ m ²
Normopeso (peso “normal”)	18.5-24,9 kg/ m ²
Sobrepeso grado I	25-26,9 kg/ m ²
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,-29,9 kg/ m ²
Obesidad tipo I	30-34.9 kg/ m ²
Obesidad tipo II	35- 39.9 kg/ m ²
Obesidad tipo III (mórbida)	40- 49,9 kg/ m ²
Obesidad tipo VI (Extrema)	>50 kg/ m ²

(Fuente: Vázquez y Col, 2011)

² Una forma de determinar la medida del cuerpo en metros cuadrados, es tomar la medida en metros y multiplicarla por ese mismo valor; si una persona mide 1.60 metros, deberá multiplicarse 1.60 x 1.60.

Otra estrategia de normalización del cuerpo es medir la circunferencia o el perímetro de la cintura. “*La distribución de la grasa es un dato crucial para evaluar el riesgo de comorbilidades para un grado de corpulencia dado*” (Vázquez y Col.: 2011). Esta estrategia consiste en hacer una medición de la grasa abdominal: Índice Cintura- Cadera- ICC. Se considera que hay riesgo cardiovascular si el ICC en hombres es mayor a 95 cm y en mujeres si es mayor a 82 cm.

Desafortunadamente ninguna de las estrategias diagnósticas puede incluir en sus fórmulas predeterminadas, las condiciones externas al sujeto que propician el aumento de las reservas energéticas. Al no tener en cuenta las relaciones que existe entre las características de la industria alimentaria, tecnológica y laboral a la que está expuesto el sujeto en este momento histórico, será una cuestión práctica llegar al diagnóstico por medio de una fórmula estandarizada que normaliza a los sujetos.

La función de los expertos es realizar una administración del cuerpo respecto a las lógicas del capital humano. En el caso de la *obesidad* se controla el Índice de Masa Corporal de las personas, las enfermedades que puedan presentarse, se indican los factores de riesgo que hay cuando se ha salido de la “norma” del peso indicado para su estatura.

Se tejen discursos sobre la peligrosidad de la obesidad, incluso cuando aún no existen enfermedades asociadas, proliferan alarmas respecto al riesgo de presentarlas. Si la *obesidad* se caracteriza por el exceso de células grasas, de la cual se dice hay un despliegue de disfunciones corporales (Diabetes Tipo II, Hipertensión Arterial, Apnea obstructiva del sueño, entre otras), entonces la *obesidad* debe ser “quitada” del cuerpo.

Al colocar el fenómeno de la *obesidad* en perspectiva Biopolítica, se identifica la connotación de enfermedad, dato cuantitativo que indica un aproximado poblacional que la padece y la capacidad de acción gubernamental desde los servicios de salud. Todas estas acepciones tienen relación con el principio de razón de Estado: el mercado.

El mercado es ahora (y desde la Modernidad) un mecanismo bajo el que operan todas las transacciones sociales, y una de éstas es la relación entre salud-enfermedad, socavada en la opción de los tratamientos. Una economía de mercado que ha convertido a la salud en lo que ya ha sido mencionado: un bien de consumo. Tal como lo expresa Gómez (2008 p. 30):

“hay un mercado alrededor de las necesidades sanitarias. El interés en las utilidades económicas es el factor que ha impulsado y definido los cambios en la política sanitaria.”

La *obesidad* como condición corporal asociada a la disfuncionalidad debe ser intervenida y solo puede ser intervenida sobre quien la presenta: el sujeto *obeso*.

Las estrategias de intervención son producidas por el mercado. Los regímenes nutricionales, sistemas de modificación comportamental, programas de acondicionamiento físico, variedad de fármacos reguladores del sistema metabólico. Estas prácticas son ofrecidas para los cuerpos de los sujetos llamados *obesos*. (No necesariamente para las personas).

La intervención opera bajo la política del peligro. “Patologizar” para hacer fluir el mercado con relación a los tratamientos. Si se afirma que es peligroso para la salud estar obeso, debe hacerse uso obligatorio de los insumos que ofrece el mercado para cambiar la condición³.

La apreciación de Arnáiz, Comelles y Bernal resuena entre los datos presentados anteriormente, al afirmar que:

“Atravesamos una cruzada higiénico sanitaria contra la mala alimentación, la gordura y el peso corporal, en la que se le ha declarado la guerra a las personas gordas, al índice de masa corporal (...) Existe una “cacofonía discursiva” sobre todo lo que se dice respecto al peso y la alimentación”. (2007. p. 24).

El rechazo hacia la obesidad como un valor cultural se nutre por la urgencia sanitaria por combatirla. Se han ideado y perfeccionado las medidas para cambiar esta condición sobre el sujeto. Ya no solo se pretende cambiar la forma corporal sino del funcionamiento metabólico a través de medios quirúrgicos.

La población y los sujetos en su individualidad pueden acceder a estos servicios, ya que existen jurisdicciones al servicio de los sistemas económicos que así lo permiten. En el caso de la llamada obesidad, existe una estrategia terapéutica para disminuir de forma

³ Para poder desarrollar la cirugía Bariátrica, empresas multinacionales son las proveedoras de los insumos requeridos. Mussela y Col (2014. P. 2) reportan las empresas que las comercializan: “Echolon Flex60, Ethicon Endo-Surgery, Johnson & Johnson, Somerville NJ USA”.

acelerada y efectiva el exceso de tejido adiposo. Este procedimiento se conoce como Cirugía Bariátrica (Bariatric Surgery) o cirugía de obesidad (Obesity Surgery)⁴.

La cirugía bariátrica es una práctica de intervención corporal, inmersa dentro del mercado de los sistemas sanitarios y que la biomedicina presenta como la forma más efectiva para corregir el curso biológico de la enfermedad, que supuestamente es causada por el exceso de células grasas.

La palabra *bariátrica* procede del griego *baros* que significa “peso” y de *iatic* que significa “tratamiento”. La *cirugía bariátrica* se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados con la intención de perder peso y mejorar las enfermedades asociadas. Dichos procedimientos quirúrgicos se han enfocado en modificar anatómicamente el tracto digestivo con el objetivo de producir restricción a nivel del estómago y disminución de la absorción a nivel de intestino delgado. (Mikler y Guevara 2014 p. 7)

Existe una gran variedad de tratamientos quirúrgicos como opción terapéutica para la llamada obesidad. Tienen la función de alterar el mecanismo natural de absorción de nutrientes, a través del corte y reorganización de algunos segmentos del sistema digestivo humano según lo indican Smith, Schauer y Nguyen (2008). La historia de cirugía para la obesidad data desde 1950, pero de acuerdo al incremento de la llamada obesidad, los más rápidos avances han ocurrido en la última década. (Powell, M Fernandez, A 2011).

En la actualidad se describen una gran variedad de procedimientos tales como el Balón Intragástrico (Intragastric balloon), Banda Gástrica (*Laparoscopic adjustable gastric banding*), Sleeve Gástrico por Laparoscopia (*Laparoscopic sleeve gastrectomy*), Derivación Bileopancreática con swith duodenal por Laparoscopia (*laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch*), Bypass Gástrico en Y- de Roux (*laparoscopic Roux-enY*

⁴ En Colombia existe un margen para la prestación de los servicios en salud a través del Plan Obligatorio de Salud (POS). (La Ley 100 de 1993 de la República de Colombia). La cirugía Bariátrica que no está contemplado en el POS. Por tanto los usuarios por medio del médico tratante, presenta ante el Comité Técnico Científico (CTC) de la Empresa Promotora de Salud (EPS), una justificación médica sobre la necesidad de la cirugía bariátrica. Si esta medida no es favorable para el usuario, pueden acceder por medio de la acción de tutela. Aquellas personas cuya capacidad adquisitiva en términos económicos se lo permitan, y deseen evitar los trámites administrativos para acceder a los servicios de salud, pueden autofinanciar su tratamiento. La legislación no presenta ninguna restricción al respecto.

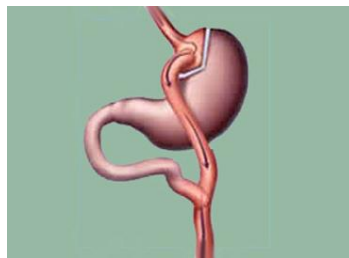
gastric bypass), y Minibypass Gástrico por laparoscopia (*laparoscopic mini-gastric bypass*), Mussela y Col (2014).

De todos los procedimientos quirúrgicos indicados para la condición de obesidad, a continuación se presenta una descripción de las dos principales técnicas utilizadas en el Grupo de Obesidad de la Clínica de los Remedios Cali-Colombia, según lo reporta en conversación personal el Dr. Juan Carlos del Castillo Pérez, MD Cirujano Bariátrico⁵.

El Bypass Gástrico según Powell, M Fernández, A (2011) ha evolucionado como técnica quirúrgica (especialmente la técnica en Y de Roux). Un Bypass gástrico busca generar un estado de malabsorción evitando que la comida transite por un tramo del intestino, lo cual se considera acertado para la pérdida de peso. (Figura. 2).

Según las explicaciones que en conversación personal otorga el Dr. Juan Carlos del Castillo (2013), consiste en una segmentación gástrica, a través de la construcción de una anastomosis que hará las veces de un reservorio (estómago reducido) e inmediatamente se establece un “puente intestinal”, por medio del cual se logra una restricción en la absorción de nutrientes y en la ingesta alimentaria. Este mecanismo permite una pérdida acelerada de la grasa corporal, lo que se traduce en adelgazamiento.

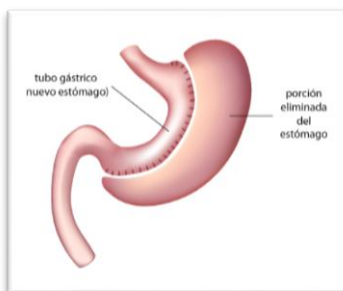
Figura 2. Bypass Gástrico.



⁵ El Dr. Juan Carlos del Castillo Pérez es *experto*, Médico de la Universidad del Cauca. Posee Un postgrado en Cirugía General de la Universidad Nacional de Colombia. Ha participado en diplomados sobre Laparoscopia Avanzada en la Universidad Pontificia Católica de Chile. Es certificado por el Centro de Excelencia Para cirugía de Obesidad- Las Vegas. Cuanta con certificación del Hospital ABC de México para el manejo integral del paciente Obeso-TPC. Página Web del Dr. Juan Carlos del Castillo www.sinobesidad.net

La segunda técnica quirúrgica a describir es el Sleeve Gástrico (Figura 3), también conocida como Gastroplastia vertical por Laparocopia, (En términos comerciales se denomina “manga gástrica”). Cathelinea, J; Fysekidisb, M; Bachnera, I Bihanc, H; Kassem, A; Dbouka, R; Bdeouia, N, Boschetto, A; Cohend, R (2013), explican que fue un procedimiento propuesto inicialmente para pacientes “super-obesos” como primer momento de tratamiento, y contribuir a la pérdida significativa de peso, para luego dar paso a una cirugía Bariátrica definitiva como un Bypass Gástrico. Recientemente se considera como una cirugía que puede ser efectiva sin necesidad de pasar a un segundo acto quirúrgico. Según los autores, la técnica consiste en la liberación de la curvatura mayor del estómago. Se hace una división gástrica a 6 cm del Píloro y se prosigue el corte desde la parte inferior, siguiendo el espacio que marca una bujía desde la curvatura menor del estómago hasta llegar al ángulo del His. (Cathelinea, y Col, 2013).

Figura No. 3. Sleeve ó Manga Gástrica.



Los efectos del tratamiento con cirugía bariátrica se evidencian en una acelerada y efectiva pérdida de peso y en una transformación de la funcionalidad corporal, denominada afanosamente como una mejora en la salud.

La disfuncionalidad corporal asociada al exceso de células grasas se transforma. La disminución de la presencia de enfermedades tales como la diabetes y enfermedad cardiovascular son algunos ejemplos (Smith y Col, 2008).

Dentro de los parámetros de “normalidad” corporal, se espera que con la cirugía bariátrica haya una pérdida del peso corporal entre el 50-70% del exceso de peso que presente la persona. Esto debe lograrse no solo bajo el procedimiento quirúrgico, sino

bajo el seguimiento y supervisión del grupo de expertos, que en la literatura se denomina acompañamiento multidisciplinar. Según Campa, Sosa, Baum, Himburg, Johnson, y Petasne (2012), es imprescindible el control *experto* sobre el sujeto, aunque desde la perspectiva Biopolítica, es válido preguntarse lo siguiente: *¿(...)Quién ha de proporcionar la medida moral, política y económica de los comportamientos alimentarios?, ¿los expertos?, ¿qué expertos?*. (Arnáiz, Comelles, Bernal, 2007, p28).

La cirugía bariátrica es una práctica capaz de transformar la corporalidad del individuo, pero vista desde la estructura Biopolítica no es una práctica neutral en su quehacer. Los intereses económicos que subyacen a los objetivos de normalización de los sujetos hacia un ideal de funcionamiento corporal juegan un rol en el significado y popularidad de la misma.

La construcción de subjetividad parece estar permeada por la amenaza vital y estética que representa ser *obeso*. Lo cual evidencia un vacío en la comprensión en cómo se configura la subjetividad en estas personas bajo estas nuevas prácticas de tratamiento médico-quirúrgico, a partir de la comprensión del valor dado a la vitalidad a partir de la modernidad.

3. MÉTODO

A partir del vacío conceptual hallado, se estructura un diseño metodológico que permite explorar la práctica de la cirugía bariátrica a la luz de los repertorios discursivos de los principales implicados en dichas relaciones (los “obesos” y los “expertos”), para obtener respuesta a la pregunta por la subjetividad de los llamados *obesos*, bajo la interpretación de los efectos que tienen las condiciones biopolíticas bajo las que funciona la cirugía bariátrica. El desarrollo metodológico se describe en el siguiente apartado.

3.1. Tipo de Estudio

Esta es una investigación cualitativa y exploratoria en la que se analizaron repertorios discursivos en los relatos de las personas llamadas “obesas” y los llamados “expertos” a través de Análisis de Contenido categorial. Se pretendió responder a la pregunta sobre la construcción de subjetividad de personas llamadas “obesas”, en la estructura Biopolítica que sustenta la práctica de la cirugía bariátrica.

3.2. Fuentes de Información

Se realizó un muestreo intencionado y razonado a partir del nivel de representatividad en los discursos que ofrecían las fuentes de información (Delgado y Col, 2011), y se escogieron dos tipos de fuentes (Tabla No. 2): las personas llamadas “obesas”, las personas llamadas “expertos”. Además de incluyeron observaciones provenientes de las experiencias de participación de la investigadora en el contexto de recolección de datos en el servicio de Cirugía Bariátrica de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios en la ciudad de Santiago de Cali – Colombia.

La primera fuente la constituyeron personas que habían sido diagnosticados con obesidad y a quienes se les había prescrito la cirugía bariátrica como tratamiento. Además de ello tenían en común haber sido alertadas con los riesgos de presentar enfermedades asociadas a la condición de obesidad, y/o porque estas mismas personas consideraban que estaban “enfermas” o podían tener una enfermedad al estar “obesos”. Este grupo se

denominó “personas llamadas obesas”. (Al momento de recolección de información aún no se le había practicado la cirugía bariátrica).

La segunda fuente de información la constituyen personas que estaban habilitadas para intervenir en alguna medida a las “personas llamadas obesas” en el campo de la práctica de la cirugía Bariátrica. Estos informantes fueron agrupados bajo el nombre de “Expertos”. La Tabla N. 2.1 muestra la identificación de los participantes para el análisis de la información.

Las observaciones realizadas a través de la participación directa en el escenario de tratamiento a la obesidad con cirugía Bariátrica constituyeron elementos que fueron utilizadas para la creación de las categorías de análisis.

Tabla 2. Fuentes de información

FUENTE	CONTENIDO	CANTIDAD
Personas llamadas obesas	Personas diagnosticadas como “obesas”, con prescripción médica de cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad, sin que la cirugía se les haya practicado.	16
Expertos	Personas habilitados para intervenir en alguna medida sobre el grupo de “personas llamadas obesas”.	5
Observaciones	Identificación de discursos y prácticas susceptibles de análisis	

Tabla 2.1 Identificación de los participantes para el análisis de la información

Participantes “sujeto llamado Obeso”		EDAD EN AÑOS	SEXO
	Código		
1	P1	28	Femenino
2	P2	31	Femenino
3	P3	42	Femenino

4	P4	38	Femenino
5	P5	23	Femenino
6	P6	52	Femenino
7	P7	35	Femenino
8	P8	54	Femenino
9	P9	64	Femenino
10	P10	25	Femenino
11	P11	52	Femenino
12	P12	18	Femenino
13	P13	47	Femenino
14	P14	35	Femenino
15	P15	38	Femenino
16	P16	32	Femenino
Participantes “Expertos”			
1 (Cirujano)	P17	46	Masculino
2 (Cirujano)	P19	52	Masculino
3 (Enfermera)	P20	28	Femenino
4 (Médica)	P21	34	Femenino
5 (Nutricionista)	P22	29	Femenino

3.3. Técnicas e instrumentos

Se utilizó la técnica de entrevistas individual semi-estructurada a las personas llamadas “obesas” y “expertos” y que de forma voluntaria accedieran a ser parte de la investigación.

La técnica de observación no estructurada fue utilizada para describir el escenario y relaciones que se dan en la práctica de la cirugía bariátrica. La información se sistematizó de forma escrita y se muestran en el Anexo 1.

A partir de la revisión teórica, se construyeron las categorías de análisis a priori, sobre las cuales se elaboró el instrumento de recolección de información. Este consistió en un

protocolo de preguntar orientadoras que hacían referencia a cada una de las categorías planteada. La tabla No. 3 especifica estas relaciones. El consentimiento informado se solicitó de forma verbal, por tanto la aprobación de los participantes está presente en los registro de audio, los cuales reposan en el archivo de historias clínicas del Grupo de Obesidad de la Clínica de los Remedios en la ciudad de Santiago de Cali.

Para el procesamiento de los datos, que corresponde a la categorización de la información textual proveniente de los relatos, se utilizó la técnica de sistematización de la información a través del sistema informático para el análisis cualitativo de datos textuales ATLAS.TI versión 6.2.

Tabla 3. Guía de preguntas y Categorías de Análisis.

CATEGORÍA (INDICADOR)	DESCRIPCIÓN	TEMAS Y PREGUNTAS ORIENTADORAS	
		“PERSONAS LLAMADAS OBESAS”	“EXPERTOS”
BIOPOLÍTICA			
<p style="color: red; margin: 0;">GOBIERNO Y SALUD</p> <p style="color: red; margin: 0;">•</p>	Necesidad de crecimiento	Contamos con la aprobación previa de las participantes para registrar la información con fines investigativos	Contamos con la aprobación previa de las participantes para registrar la información con fines investigativos

	<p>poblacional, prolongación de la vida, evitar la enfermedad, evitar la mortalidad o disfuncionalidad orgánica de la población.</p>	<p><i>Indagar sobre la experiencia de los malestares</i></p> <p><i>Motivos por los cuales deben cambiarse la condición de "obesidad"</i></p>	<p><i>Desde la disciplina de cada experto, como se relaciona con el fenómeno de la llamada obesidad</i></p> <p><i>Preguntar los motivos por los cuales la condición de obesidad debe ser cambiada y hacia qué debe ser cambiada</i></p> <p><i>¿Cuál es la importancia de que el cuerpo sea funcional/productivo?</i></p> <p><i>¿Cómo definen la salud?, Relacionado al diagnóstico y al tratamiento (indagar sobre los elementos de tipo legislativo y aquellos de tipo económico/ la salud es un negocio)</i></p>
<p>• VERDAD Y PODER (VERDYPOD)</p>	<p>obesidad es enfermedad y la cirugía bariátrica es el tratamiento; roles que promulgan este discurso</p>	<p><i>Utilizar el nombre que la personas de su condición ("obesidad", "gordura", "exceso de peso") y con base en la nominación desarrollar la entrevista.</i></p> <p><i>Indagar la participación de los diferentes agentes externo en esta clasificación de obesidad.</i></p> <p><i>Que le hace estar tan convencido, que esta práctica de cirugía bariátrica es efectiva</i></p> <p><i>Indagar el interés en la cirugía bariátrica y sobre las ideas que hay en esta práctica para la condición de "obesidad,</i></p>	<p><i>Formas de conceptualizar el fenómeno llamado "obesidad"</i></p>

<p>CAPITAL HUMANO (CAPHUM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Detectar la enfermedad y ejecutar su tratamiento como mecanismo para conservar la capacidad productiva de las personas, incluyendo el soporte legislativo.</p>	<p><i>Motivos por los cuales deben cambiarse la condición de “obesidad</i></p>	<p><i>Preguntar los motivos por los cuales la condición de obesidad debe ser cambiada y hacia qué debe ser cambiada</i></p> <p><i>Qué justificaciones encuentra para prolongar la vida</i></p>
<p>ECONOMÍA POLÍTICA (ECOPOL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>intercambio de bienes y servicios para combatir enfermedades</p>	<p><i>Cómo explica la persona que se haya desarrollado la condición de obesidad. Indagar por las causas contextuales no medicalizables</i></p>	<p><i>Cómo define la salud?, Relacionado al diagnóstico y al tratamiento (indagar sobre los elementos de tipo legislativo y aquellos de tipo económico/ la salud es un negocio)</i></p>
<p>VERIFICACIÓN: (VERID)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Construcción del discurso de la obesidad y de la cirugía bariátrica como legítimo</p>	<p><i>La persona considera que entra en la clasificación de obesidad?</i></p> <p><i>¿Cómo llegó a esa conclusión de considerarse una persona obesa?</i></p>	<p><i>Preguntar los motivos por los cuales la condición de obesidad debe ser cambiada y hacia qué debe ser cambiada</i></p>
<p>SUBJETIVIDAD</p>			
<p>PRACTICAS REGULADORAS DEL SUJETO (PRACREGUSUJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Determinar la normalidad del cuerpo, de bienestar y especifican como las condiciones en las que el cuerpo debe ser intervenido para lograrlo</p>	<p><i>¿Cómo llegó a esa conclusión de considerarse una persona obesa?</i></p> <p><i>Indagar la participación de los diferentes agentes externo en esta clasificación de obesidad</i></p>	<p><i>Formas de conceptualizar el fenómeno llamado “obesidad”</i></p> <p><i>Desde la disciplina de cada experto, como se relaciona con el fenómeno de la llamada obesidad</i></p> <p><i>Indagar relación entre lo estético y la cirugía Bariátrica</i></p>

<p style="text-align: center;">PRÁCTICAS REGULADORAS DEL SUJETO (PRACAUTO)</p>	<p>obligación interna de cumplir con las prácticas reguladoras del sujeto</p>	<p><i>Indagar sobre el estado “ideal” contrario a la condición (obesidad, gordura, etc.), y obtener información sobre las motivaciones para llegar a ese estado contrario. *existe relación entre la condición de ---- la nominación que use cada persona a la condición----- y algún tipo de implicación emocional</i></p> <p><i>La persona considera que entra en la clasificación de obesidad?</i></p>	<p><i>Explorar las percepciones, sentimientos respecto a la persona “obesa”</i></p>
<p style="text-align: center;">MECANISMO PARA SALIR DE LA PERTENENCIA CATEGORIAL (SALISTIGESTIGMATIZANTE *emergente)</p>	<p>intención de salir de la categoría estigmatizante al <i>sujeto obeso</i>, utilizando como mediación la fachada del <i>sujeto enfermo</i> para acceder a la cirugía Bariátrica</p>	<p>*categoría emergente.</p>	<p>No aplicó para el grupo de Expertos</p>

3.4. Procedimiento

En la observación de las diferentes acciones que rodean la práctica de la cirugía Bariátrica, se identificaron las relaciones entre las condiciones Biopolíticas en las que opera dicha práctica y el efecto en la subjetividad de las personas diagnosticadas como “obesas”. Aquí inició la investigación. Esta primera fase consistió en la construcción de las categorías de análisis a partir de la unificación entre la revisión teórica realizada para definir Biopolítica

y Subjetividad, y la experiencia de participación dentro del Grupo de Obesidad de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios⁶.

La segunda fase de la investigación consistió en la realización de entrevistas semi-estructuradas. Las personas participantes cumplían el criterio de selección y el protocolo de entrevista fue aplicado a personas que asistían a consulta por psicología. La información fue recogida entre el 28 de febrero y el 22 de marzo de 2013. Las participantes accedían libremente de acuerdo a la disponibilidad e interés en la misma. El mismo procedimiento fue realizado con el grupo de Expertos.

Acto seguido se homogenizaron los datos a través de la transcripción de los registros de grabación en audio obtenidos de las entrevistas, en las que se utilizó el programa Microsoft Word para su posterior análisis. El Anexo 2 contiene los datos textuales obtenidos.

La tercera fase de la investigación consistió en la categorización. En esta fase se identificaron las categorías de análisis (creadas en la Fase uno de la investigación y reportadas en la Tabla 3), que estuvieran presentes en los datos textuales dados por los participantes. Para el desarrollo de esta fase que corresponde al procesamiento de la información, se hizo uso del sistema informático para el análisis cualitativo de datos textuales ATLAS.TI versión 6.2. La agrupación de las citas textuales pertenecientes a cada sub-categoría dio como resultado un tabulado de frecuencias sobre el cual se basó el Análisis de Contenido. Las citas textuales exportadas y su respectiva clasificación en cada una de las sub-categorías se presentan en el Anexo 3.

En un segundo momento dentro de la tercera fase de la investigación, se propuso identificar si existían relaciones entre las sub-categorías. A través de la herramienta *Query (query Tool)*, y utilizando el operador booleano “And”, operación que es posible en el sistema informático ATLAS.TI, permitió combinar los operadores dentro los datos textuales ya categorizados. Se le pidió al programa que identificara aquellas citas que pertenecieran a los dos tipos de categorías. El programa arrojó las citas relacionadas entre cada una de las Sub-categorías de Subjetividad con cada una de las sub-categorías de Biopolítica.

⁶ Se informa al coordinador del Grupo de Obesidad, Dr. Juan Carlos del Castillo Pérez sobre la intención investigativa. Se le pide autorización para continuar con la investigación, quien da vía libre al proceso de forma verbal

La cuarta fase de la investigación consistió en el análisis de los resultados. Para ello se realizó un proceso de interpretación a partir de la significación de las frecuencias de citas en cada una de las sub-categorías. Luego se realizó un análisis interpretativo de los repertorios textuales de los participantes. Al integrar los dos tipos de análisis, se pudo dar respuesta a la pregunta de investigación la cual está plasmada en la discusión.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Frecuencias obtenidas y Análisis de Contenido.

En análisis de contenido se desarrolla a partir del principio explicado por Vázquez-Sixto (1996). Es una técnica de investigación que permite a partir de ciertos datos, hacer inferencias dentro de un contexto determinado.

En primera instancia se utilizó la técnica de análisis de contenido categorial desde una perspectiva cuantitativa, en la que se interpretaron las frecuencias en la que estuvieron las categorías de análisis dentro de los relatos analizados.

Las frecuencias en número de citas obtenidas del proceso de categorización de la información textual se presentan en la Tabla 4. El Anexo 4 se presenta la tabla original exportada de ATLAS.TI. Como se puede apreciar en la tabla 4, todas las frecuencias fueron significativa, sin embargo, se analiza la relevancia que adquiere el orden de las frecuencias.

Tabla. 4 Frecuencias y Subcategorías: La frecuencia corresponde al número de citas halladas en grupos de participantes.

SUB-CATEGORÍAS BIOPOLÍTICA			
FRECUENCIAS	“Obesos”	“Expertos”	FRECUENCIAS
149 citas	ECONOMIA POLÍTICA	ECONOMÍA POLÍTICA	40 citas
113 citas	CAPITAL HUMANO	VERIDICCIÓN	35 citas
112 citas	GOBIERNO Y SALUD	GOBIERNO Y SALUD	32 citas
102 citas	VERIDICCIÓN	VERDAD Y PODER	25 citas
81 citas	VERDAD Y PODER	CAPITAL HUMANO	23 citas
	TOTAL PARTICIPANTES: 16	TOTAL PARTICIPANTES: 5	
SUB-CATEGORÍAS SUBJETIVIDAD			
FRECUENCIAS	“Obesos”		
215 citas	PRAC. AUTOREGULADORAS DEL SUJETO		
182 citas	PRACT. REGULADORAS DEL SUJETO		
40 citas(Emergente)	MECANISMO PARA SALIR DEL ESTIGMA		
	TOTAL PARTICIPANTES: 16		

En los *Sujetos Llamados Obesos* se encontró que:

El mayor número de frecuencias dentro de la categoría Biopolítica estuvo representada en Economía Política. Ésta identificaba las relaciones entre las transacciones del mercado y el ideal de la salud.

Esto demuestra que en la forma de significar la enfermedad, solo se da en la medida que esté mediatizada por bienes y servicios. Se valida una relación entre la enfermedad y un producto específico y este será el camino estandarizado para lograr la salud. Al haber una condición de enfermedad la cual obliga al uso del producto dentro de las lógicas del mercado para su resolución, la prioridad no es la enfermedad si no el uso del insumo.

A partir de la importante cantidad de citas que hacía alusión a este aspecto, se infiere que al priorizar la relación entre la enfermedad-tratamiento-flujo de capital, no hay cabida para el reconocimiento de las causas de la enfermedad que son contextuales y no

medicalizables. De esta manera quedan invisibilizadas y pasan a un primer plano la enfermedad en sí y su respectivo tratamiento.

Estos resultados son muy significativos ya que desde la definición conceptual de la Biopolítica, el mercado es un principio de acción de gobierno. El hecho que sea el intercambio económico lo que marcó la mayoría de reportes en los relatos de los participantes, muestra cómo en la cotidianidad los deseos están relacionados al acceso de productos del mercado. Este resultado lleva a pensar en las implicaciones que tiene sobre la significación de la vida y la salud y sobre las prácticas asociadas a dicho significados. Solo se puede estar sano si puede acceder al producto que aparentemente la provee.

Los relatos que se presentan a continuación, ejemplifican esta relación:

(P12) *“le reduce el estómago a uno, se lo reducen o se lo quitan, eso depende y se lo reducen a uno para mejorar la calidad de vida...”*

(P13) *“He oído que el bypass achiquitan el estómago, es lo que yo he odio decir, entonces uno ya come mas poquito y ya”.*

Con este tipo de relatos que tuvieron las frecuencias más alta, se confirma que en la inmediatez después de aplicarse sobre el cuerpo el insumo quirúrgico la compleja condición problemática de la obesidad está resuelta. Por lo cual se alude a que es la representación que construyen los sujetos sobre lo que va a cambiar su condición de vida.

Las sub-categorías Biopolítica llamadas Capital Humano, Gobierno y Salud, y Veridicción presentaron frecuencias muy similares.

Con relación al Capital Humano, se identifica que el deseo por la cirugía bariátrica, como forma de utilizar los tratamientos para combatir la enfermedad, estuvo supeditada a las motivaciones para conservar la capacidad productiva de las personas. De esta manera se confirma que la preservación del capital humano es una forma de operacionalización de la Biopolítica presente en los sujetos.

(P14) *“se me va el aire, me mareo demasiado, el dolor de cabeza es más constante y los pies, ya no aguato el peso”*, estas son descripciones que hace la participante con el ánimo

de graficar su condición de limitación, la cual se válida en la medida que debe preservarse como capital humano.

(P11) “*que mi organismo no se deteriore*”.

Estas expresiones dan cuenta de la denuncia de la enfermedad como una condición que debe ser evitada o cambiada. Sin embargo, es significativo que la manifestación de los sujetos para preservarse como capital humano está posicionado por debajo de la Economía política. Esto se interpreta como la subordinación de la preservación asociada a la utilización de los insumos para el tratamiento de la enfermedad. De esto se infiere que la manera en como los sujetos buscan mantenerse como capital está en el orden de utilización de tratamiento específicos que intenten quitar los estados de enfermedad.

Con relación a Gobierno y Salud, su número significativo de frecuencias explica que la intención de propiciar las condiciones para el crecimiento poblacional, prolongar la vida y evitar la enfermedad está implícita en los relatos. Los participantes dejaron en evidencia que deben evitar la mortalidad o disfuncionalidad orgánica como una obligatoriedad. De igual forma está subordinado a la Economía Política. Las intenciones de prolongación vital que manifestaban los participantes en el contexto su “obesidad”, hacía alusión a la urgencia por cambiar la condición puntual. Expresiones como las que se presentan a continuación ejemplifican la forma como opera en los relatos la sub-categoría Gobierno y Salud:

(P6) “*Yo pienso que es la solución al problema, a la hipertensión y a todo lo que uno puede llegar a sufrir*”

(P8) “*Yo... enferma!*”

Con relación a la Veridicción , la frecuencia de citas permite confirmar que en los relatos de los participantes se identifican aspectos que hacen parte del proceso de construcción del discurso de la obesidad y de la cirugía Bariátrica como legítimo. La cirugía Bariátrica podría ser explicado como un “personaje” que está mediatizado en los discurso. Es lo que se desea adquirir para lograr el cambio. En los relatos no es reconocido explícitamente como insumo del mercado. Esta es una inferencia que se hace a partir de las recurrencias discursivas en la que la cirugía Bariátrica podría “curar” la obesidad. Además

de ello se interpreta que las veridicciones se construyen a partir del contexto donde se emiten los discursos que la legitiman.

El contexto se caracterizaba por ser personas con deseo de erradicar la condición corporal de obesidad, mientras presentaba la necesidad al experto. En otros momentos de relación entre el experto y sujeto, es el primero quien induce a crear un significado dominante sobre la cirugía Bariátrica como el camino indicado.

(P15) *”Entonces uno como que oye que todo el mundo se hace una cirugía”.*

(P14) *”Un día estaba hablando con una señora y me decía que eso de la ansiedad se quita con la cirugía [y] ... y usted, solamente con la hipertensión necesita la operación” (en relato indica que fue el médico quien se lo dice)”*

(P13) *“Además el internista que vio la semana pasada y me preguntó todos los medicamentos que tomaba me dijo “usted es un hospital ambulante, si por mi fuera la operaba mañana mismo.”*

Como se puede apreciar, esta sub-categoría también está subordinada al uso del insumo que ofrece el sistema de mercado para cambiar como si fuese una condición puntual la llamada “obesidad”.

La su sub-categoría Biopolítica Verdad y Poder, estuvo presente con un número de frecuencias muy significativo que permite afirmar que la figura de los expertos si tiene un rol significativo en lo que las personas definen y entienden por la condición de obesidad.

Debe tenerse en cuenta que el momento y el contexto donde se realiza la recolección de los datos estuvo caracterizada porque fueron sujetos que estaban presentando sus quejas a los expertos para que apoyaran en su rol de autoridad, una cirugía Bariátrica para apaciguar su experiencia de malestar. En este sentido el experto significa para el sujeto, la figura que dictamina la verdad y es el responsable de organizar el camino de cambio para que el sujeto pueda salir de la situación que lo aqueja. Por tanto el sujeto está supeditado a la autoridad del experto para indicar y justificar la cirugía bariátrica⁷ tal como lo demuestran las siguientes expresiones:

(P11) *”yo de la mano con el internista y el dermatólogo, tomando la droga, le comenté*

⁷ EL contexto de recolección de datos implicaba el concepto del experto para justificar ante el Comité Técnico Científico de la EPS la cirugía bariátrica como tratamiento indicado para la Obesidad.

lo cirugía y me dijo que era muy bueno”

(P6) *”luego me mandó donde el internista y me dijo que era excelente (...)El médico de la hipertensión fue el primero que me la recomendó”*

Todas las subcategorías identificadas en los relatos son formas en las que opera la Biopolítica. Si se analiza el orden dispuesto en las sub-categorías a partir de las frecuencias se puede sacar una conclusión en cuanto al encadenamiento de las condiciones biopolíticas en las prácticas discursivas:

Las motivaciones están encabezadas por los insumos del mercado que disponen los tratamientos (Economía Política). El tratamiento debe hacerse porque debe preservarse el capital humano y se deben dar las condiciones gubernamentales para garantizar lo que se cree que es la salud. Para ello se han construido veridicciones desde las relaciones experto-sujeto para definir la enfermedad y asumir dicha definición como veraz. Estas definiciones se reafirman ya que los sujetos vienen de un proceso histórico de asumir como verdad lo que los expertos afirman que es.

En los *expertos* se encontró que:

Al igual que en el grupo de sujeto llamados obesos, el mayor número de frecuencias le correspondieron a la sub-categoría Biopolítica: Economía Política.

La relación entre enfermedad-tratamiento- flujo de capital está presente de forma recurrente en los relatos. Con estos datos se puede llegar a las mismas conclusiones respecto al papel que juega el mediador del producto que ofrece el mercado como determinante de la acción médica para orientar los significados respecto a la enfermedad.

Un ejemplo de ello son las siguientes expresiones:

(P20) *”luego intervenir de forma práctica haciendo una cirugía en la cual se le facilita biológicamente al paciente la disminución abrupta de la ingesta de alimento, esto es lo que hacemos con la cirugía bariátrica”.*

(P21) *“El cirujano debe mandar una justificación a la EPS donde indique que presenta obesidad y que el tratamiento indicado es la cirugía bariátrica”*

Las frecuencias que presentaron las sub-categorías biopolíticas Veridicción y Gobierno y Salud, permite afirmar que los expertos participan de forma contundente en el proceso de divulgación de verdades construidas, por parte aportan desde su rol a la construcción de los significados sobre la obesidad, la enfermedad y la vida. El ser poseedores del conocimiento científico tiene una relación importante en ello. Las citas que hacía referencia a la sub-categoría Gobierno y Salud muestra que los expertos participan a través de sus discursos para nutrir las veridicciones sobre la obesidad y a la vez son mediadores en su rol de autoridad para que los tratamientos prescritos sean puestos sobre los cuerpos como una acción gubernamental.

(P17) *“Trabajar en cirugía de obesidad lleva a que hay un gran impacto en enfermedades con un alto costo en el país como es diabetes, hipertensión y dislipidemias ...la sociedad tiene claro que invertir en salud hace parte del bienestar de esa sociedad”*

Las frecuencias correspondientes a las sub-categorías biopolítica Verdad y Poder y Capital Humano, explica el hecho que los expertos si tienen efectos a través del discurso que utilizan sobre la llamada obesidad, por medio del cual conceptualizan y la explican con autoridad.

Con relación al Capital Humano se puede inferir que no hubo suficiente relatos por parte de los expertos en los que justificaran las necesidades de prolongación vital. Estas carencias podrían explicarse a partir que es una es una condición tal natural que no ameritaría mayores discusiones dentro de los relatos.

Hasta el momento se ha explicado el nivel de significancia de las sub-categorías Biopolíticas en ambos grupos de participantes. A continuación se presenta el nivel de significancia en las sub-categorías de Subjetividad que fue analizada en el grupo de sujetos llamados obesos.

La sub-categoría con mayor número de frecuencias fue *Prácticas Auto-reguladoras del sujeto*. Con un alto número de citas textuales que eran relatos discursivos relacionados con la obligación interna. Esto demuestra que la auto-dirección para conseguir un estado de normalidad y bienestar que le ha sido indicado es una constante.

Esto es muy significativo para explicar el proceso de construcción de subjetividad en condiciones biopolíticas. Demuestra lo que se había planteado conceptualmente respecto a la obligación interna, al propio gobierno para prolongar la vida pero sobre todo la aspiración a la normalidad corporal.

(P10) *“y llegue a esta conclusión por las amigas, y los médicos me dieron esta opción, entonces... aquí estoy.”* .

Para que una persona llegue “libremente” a solicitar un tratamiento específico dentro de las facultades de su autogobierno, es porque está internamiento direccionado hacia lo que debería ser. Al igual que si una persona indica en términos problemáticos su condición corporal, por ejemplo: (P8) *“mi problema del sobrepeso”*, esto se incluye dentro de las prácticas auto-reguladoras del sí mismo.

La segunda sub-categoría de subjetividad lo cual se considera una frecuencia Alta fue la sub-categoría *Prácticas Reguladoras del Sujeto*. Esto demuestra que aunque el sujeto históricamente ya ha aprendido a autogobernarse, el proceso de normalización asignado externamente es una constante que le deviene en su diario vivir:

(P8) *“los médicos siempre le han dicho y uno... claro, se siente, el peso y todo eso”*

(P9) *“me sacaron una lista de una dieta y nada, todo era “no,no,no,no,no,no” todo era no por el azúcar, por la presión... hay que vivir una vida, en una línea para que tu no subas mas de peso”*

Al comparar los resultados en las dos sub-categorías de subjetividad queda explícito que en el fenómeno de la obesidad y en el proceso de construcción de subjetividad de los llamados *obesos*, no es bajo ninguna media natural, por tanto pensar en el “sujeto obeso” como un enfermo y una entidad estéticamente inapropiada, se retroalimenta y reactualiza en la experiencia cotidiana del mismo, lo cual toma propiedades de verdad que el sujeto utiliza para definirse a sí mismo desde los elementos que toma externamente para hacerlo.

4.2 Repertorios discursivos y Análisis:

El contexto de aparición de estos relatos es el escenario clínico. Los sujetos en frente del experto explican sus argumentos por los cuales necesitan y (desean) una cirugía bariátrica. En estas condiciones se plantea el análisis de los repertorios discursivos

En los “sujeto llamado obesos” respecto a la sub-categoría Biopolítica Economía Política, se identificaron expresiones como:

P2 *“Después que a uno le hagan la cirugía ya es otro cambio de vida que uno tiene”.*

P4: *Yo me imagino que después de esa cirugía mi vida va a cambiar”.*

En ambos relatos está explícito que es el insumo quirúrgico el que proporcionará un cambio para su vida.

P3 expresa que: *“Pues el último que me vio (médico) que fue el de la fibromialgia pues me dice que como los medicamentos que me mandaron no me sirvieron, entonces dijo que me iba a mandar con cirugía Bariátrica”.*

P5 *“A mí nunca se me había ocurrido que podía solucionar el problema (de la obesidad) con una cirugía.*

En todos estos relatos se hizo explícita la mediación de artefactos que produce el mercado como los dadores del bienestar buscado. La mediación del artefacto tecnológico se impone en los relatos como el liberador del estado patológico. El insumo que en este caso es la cirugía Bariátrica se significa como un ente materializado y concreto, asociada a una relación de inmediatez para el cambio en la corporalidad. Esto demuestra que en los imaginarios de las personas solo existe la posibilidad de una condición corporal diferente si se accede a un producto.

Las expresiones que se presentan a continuación ejemplifican la comprensión que hace el sujeto sobre el Capital Humano. Las personas solicitan los servicios e insumos del mercado a luz del reconocimiento de la politización de la vida: es un Derecho y una obligación vivir.

Se encontró que existe validación en la queja sobre el malestar físico y el riesgo a la enfermedad como la gran justificación con la que se apela al Derecho de preservación del capital humano. La persona es conocedora de la obligatoriedad del sistema de salud para

tratar la enfermedad, que bajo la *política del riesgo* deberá ser subsanada por medios médicos. Los sujetos reconocen que al presentar el malestar y la incapacidad como una queja, valida todos sus requerimientos ante el personal médico.

En los repertorios discursivos está explícito la forma como las personas tienen conciencia que hay que preservarse como capital en sí, pero solo asociado a la ausencia de la enfermedad y para recuperar la funcionalidad laboral.

P1 justifica su situación de urgencia en los siguientes términos:

“Si yo sigo subiendo de peso puede ser más adelante que me dé algo”. “porque empieza uno a sufrir del corazón, de la presión, del colesterol, pero yo no sufro nada de eso gracias a Dios”.

Otra expresión que ejemplifica la presencia de la sub-categoría Biopolítica en los relatos, fue lo que afirmó la participante **P2**:

“Uno así gordo... no!. Por lo menos yo, camino una cuadra y ya voy agitada mientras que a un persona delgada no”.

Al igual que **P4** cuando afirma que:

“Hay que dejar de ser obeso para quitarse uno muchas enfermedades”.

Estas participantes expresan claramente ante el profesional de la salud que ella como capital humano debe preservarse en la medida que menciona los tipos de disfunciones corporales de los cuales debe librarse. Se evidencia un discurso internalizado de obligatoriedad ante “el experto en salud” para salir de la situación de riesgo.

La sub-categoría Gobierno y Salud en el grupo de sujeto llamados obesos, muestra que existe interiorización de la alarma por presentar la condición y una preocupación por las condiciones de su propia vida.

En los relatos alusivos a la prolongación de la vida (evitar la enfermedad, evitar la mortalidad, mejorar la funcionalidad del sujeto), se evidenció que las personas están atentas a la “alarma” por la enfermedad o riesgo de presentarla y de esto se evidenciaron tres formas en las que se respalda.

El sujeto se ve respaldado en la “alarma” del experto, en la “alarma” de otros no expertos (personas “del común”) y en la “alarma” que ya tiene interiorizada. Expresiones

como estas fueron halladas con una frecuencia significativa, lo cual es un indicador de la forma como operan las categorías Biopolíticas en el sujeto y se hace explícito que el sujeto direcciona su vida hacia lo que cree que significa la vida: la urgencia por la prolongación biológica de la misma.

La participante **P7** afirma:

“El doctor en una ocasión me dijo que yo tenía que bajar de peso”.

Con esta frase queda explícito como el control sobre el cuerpo hace parte de la procura por la funcionalidad con relación a la salud.

La participante **P9** indica una contundente expresión sobre lo que genera la sensación de ser poseedora de la condición de la cual ha sido catalogada:

“Nadie que es un gordo es feliz...Porque... es gordo! tiene sobrepeso, enfermedades!”.

En las referencias a la sub-categoría de Biopolítica *Veridicción* se identificó que, una de las condiciones para que el discurso de la obesidad como enfermedad y la cirugía Bariátrica como tratamiento sea considerado como verdadero, es que exista una relación entre los roles y posiciones donde se ejercen dichos roles para defender esa verdad. Quién lo dice y quién debe asumirlo, en que rol y desde que posición. Este intercambio hace parte de las reglas que permiten construir una veridicción.

Expresiones como las que a continuación se presentan, dan cuenta de las reglas que han operado en el sujeto. Al analizar la expresión hallada en los relatos de la participante **P6** cuando afirma:

“Ya lo médicos le dicen a uno que obesidad y que obesidad mórbida entonces uno aprende”. El “médico” en su posición de mediador de verdades sobre el cuerpo ofrece saberes científicos. La participante en posición de paciente está en la obligación de escuchar y asumir como cierto lo que se le ha dicho sobre sí mismo a partir del diagnóstico. Los roles y posiciones se pueden asumir como reglas de juego para la construcción de la veridicción sobre la obesidad. Además de ello, la asistencia frecuente donde el médico como un acto ritualizado que se asocia con la búsqueda de la salud, reitera el uso de términos y expresiones bajo el mismo juego de relaciones descrito.

Así, la obesidad como enfermedad parece irrefutable. Por citar un ejemplo, se toma lo expresado por la participante **P12**:

“Y ya me han hecho radiografías y me han dicho que no tengo nada, entonces es el mismo peso que tienen las rodillas, me duelen los tobillos y ya van dos radiografías y no hay fracturas, ni golpes, entonces el dolor se atribuye al sobrepeso que tengo”.

En este caso, el médico analiza condiciones puntuales de la corporalidad del sujeto y dictamina una causa puntual. La persona asume dicha sin refutar ni profundizar. De esta manera la veridicción se asocia únicamente al efecto del “peso” sobre el cuerpo. El peso se convierte en una metáfora explicativa que no obliga a ningún tipo de reflexión o profundización. Esto hace parte del juego de las veridicciones: no buscar más allá de las definiciones dadas.

La sub-categorías Verdad y Poder estuvo presente en todos los participantes. Reiterativamente se manifestó la justificación de la condición de obesidad a partir de la indicación por parte del experto. Con los reportorios discursivos que se presentan a continuación se pudo inferir que sí existe un “poder pastoral” sobre la salud de los sujetos. Este poder se encarna en la figura del hospital, del médico, especialistas, nutricionistas, como aquellos que dictaminan los medios y/o formas en que debe conseguirse un estado corporal ideal.

La palabra del experto puesta en los roles y posiciones que tiene frente al paciente (sujeto llamado obeso), le permite promover una verdad. Esto hace que su influencia sea determinante en lo que el sujeto elabora internamente sobre lo que es la obesidad.

Como se puede apreciar en las siguientes expresiones, es constante la referencia a la representación del experto y su poder pastoral para que el sujeto se defina y que la participación del sujeto en este mecanismo se limite a asumir la verdad. Se puede inferir que hablar a través de la voz del experto es lo que legitima la transformación en el cuerpo y de la vida.

P1: *“A mí los médicos me dijeron que yo tengo que bajar de peso porque yo tengo una obesidad (...)”* *“Los médicos me dicen que estoy muy joven para tener este peso”.*

P2: *“Los médicos me han dicho que debo buscar una manera de adelgazarme por decirlo así, a la fuerza, me dicen que por las buenas yo no voy a adelgazar”.*

P8: *“Los médicos dicen que tiene mucho riesgo”.*

A continuación se analizan los repertorios discursivos de los Experto.

A partir de una relación de autoridad que ejercen los expertos sobre los sujetos llamados obesos, es que pueden ser sus discursos efectivos.

Si un experto afirma:

(P18) *“El único método que es realmente eficiente para bajar los pacientes de peso y que conserven ese peso a largo plazo, es la cirugía Bariátrica”.* Esta información es la que llega a los sujetos y por ello contribuye a establecer la asociación entre el producto (artefacto del mercado) para cambiar una condición corporal que alerta la vitalidad del sujeto.

Esa asociación es la que queda impregnada como explicación para el sujeto y por ello ante situaciones de enfermedad el sujeto siempre espera ser sanado por medio del artefacto. La experiencia de sí y el significado de la enfermedad y la limitación no tienen cabida en este mecanismo y la relación del sujeto consigo mismo está anulada.

Esta es una de las formas en que las condiciones Biopolíticas direccionan los tipos de sujeto que necesita para el funcionamiento social.

Las citas textuales que hacían alusión de la sub-categoría de Gobierno y Salud evidencia que es otra herramienta usada en el de poder que posee el experto sobre el sujeto.

P17 afirma: *“trabajar en cirugía de obesidad lleva a que hay un gran impacto en enfermedades con un alto costo en el país como es diabetes, hipertensión y dislipidemias”.*

El discurso del experto es recurrente en su obligación de vigilancia sobre las disfunciones corporales que ponen de condición de “riesgo” la vida. El problema radica en que pareciera que ese fuera el único sentido que puede darse a la vida. Que en calidad de sujetos la única tarea sea la prolongación y optimización de la vitalidad orgánica.

Con relación a la sub-categoría Veridicción, se evidenció en los relatos que el núcleo de condiciones para ejercer su rol como expertos parte del proceso en el que se construye un discurso como verdadero. Se evidenció que hablan sobre la obesidad asegurando y certificándola como una enfermedad. En su tarea pastoral, los expertos declaran el problema de la patología en defensa del sujeto. Porque lo afecta, lo limita o le produce infelicidad

(felicidad asociada a la ausencia de la enfermedad?). En este sentido la veridicción desde el discurso del experto alimenta la marginación del sujeto llamado obeso. El apoyo que dentro del discurso se le da al método científico para defender la perspectiva biomédica, es un condicionador de la veridicción. El participante P17 afirma: “*cuando apareció la vacuna de la viruela, desapareció la enfermedad y dejaron de morir personas, eso hace parte de la estructura de la preservación de la especie*”.

Otra de las formas en las que opera el discurso del experto, son las creencias interiorizadas (que son de alguna manera subjetivas). Es decir que ellos también han construido sus propias veridicciones:

P19 “*siento lástima por ella (se refiere a la persona llamada obesa)... me da mucha tristeza, porque no es una persona que tiene una adecuada calidad de vida*”.

La necesidad de prolongar la vida, el señalamiento de la obesidad como condición puntual que la acorta, y la urgencia por prevenir mortalidad, fueron alusiones frecuentes. Los riesgos en la expectativa de vida que la “obesidad” conlleva son formas de operar la administración de la vida.

La sub-categoría Verdad y Poder se muestra en los relatos de los participantes: “*Se tomó el índice de masa corporal como muy útil y fidedigno*”.(P17)

Los expertos utilizan el parámetro de diagnóstico que normaliza a todos los sujetos bajo el Índice de Masa corporal. Este discurso al ser incluido en la práctica cotidiana, descontextualiza las diferentes fisonomías, tendencias culturales y raciales e impone un estándar de normalidad. Esto se relaciona con los recursos que el sujeto desde las definiciones del experto para definirse a sí mismo. Se infiere que estas medidas estandarizadas para normalizar los cuerpos relega otras formas de valorar la corporalidad del sujeto.

Las citas identificas que reflejaron la sub-categoría Capital Humano, están relacionadas a la política del riesgo. Riesgo a la incapacidad o la disfuncionalidad. También se encontraron que las estrategias diagnósticas son formas de controlar el riesgo. Uno de los participantes de este grupo afirmó:

“*Casi el 8% de la población colombiana padece obesidad*” (P18),

Se puede inferir que basa su criterio de preocupación en los controles estadísticos que miden las probabilidades del riesgo del capital humano a nivel poblacional. Si el experto

lo asume de esta manera, el sujeto se interioriza y determina que su vida está siendo administrada en términos de cantidad. La preocupación inicia en el experto y la alarma está direccionada al sujeto.

Otro ejemplo son los argumentos que ofrece en su relato la participante **P20**: “*afectando de manera directa la calidad de vida del paciente, así como la expectativa de vida de éste*”.

Con relación a las sub-categorías de subjetividad en los participantes llamados obesos, se observa en las *Prácticas Auto-reguladoras del sujeto*, expresiones con un énfasis importante respecto a la aspiración de delgadez, de cirugía Bariátrica, o cambios asociados al adelgazamiento. Los repertorios discursivos indican la urgencia por salir del incluirse en los estándares. Algunos ejemplos de este auto-direccionamiento son:

“*(...) es una decisión, yo quiero que me hagan eso*” (...), “*delgada! no quedar flaquitica pero si más delgada*” (...), “*yo me quiero ver delgada*”. (**P 1**).

“*Yo me siento muy acomplejada así gorda porque no encuentro ropa a la moda*” (...), “*yo quiero bajar de peso, quiero cambiar mi vida*”. (...), “*bajando de peso ya no voy a hacer la misma, voy a ser otra persona*”. (**P2**);

“*Yo estoy muy concientizada, si no me cuido me muero*”. (**P14**);

“*quiero ser flaca*” (**P5**);

“*Anteriormente comía mucho, ahora me cuido*”. (**P6**);

“*me molesta el sobrepeso, me molesta el sobrepeso!*”(…) “*yo no me siento bien conmigo misma*”. (**P7**);

“*Quiero llegar a uno 60s kg si quiera, que adelgace*”. (**P8**).

A partir de estos relatos se infiere que la persona asume el estigma de la obesidad. Manifiesta frustración, “estar mal”, sentirse “acomplejada” y en riesgo de “inutilidad”. Estos relatos son indicadores de los marcos de pensamiento desde donde el sujeto alimenta una idea de sí mismo.

Con relación a la sub-categoría *Prácticas Regulatoras del sujeto* en los llamados obesos, los relatos son explícito respecto a cómo se opera a través del discurso la regulación externa del sujeto desde una lógica administrativa de la vida.

Se evidenciaron algunas formas en las que las personas pueden ser reguladas a través de expresiones, referencias o acciones de las que aprenden el estado de normalidad y bienestar que deben lograr. En los hallazgos se evidenció que se adjudica al sujeto la responsabilidad del cambio. Permanentemente se le recuerda que debe ejercer control sobre el cuerpo.

En los relatos de los participantes llamados obesos, hubo dos fuentes reguladoras. Por un lado está claramente la figura del Experto. Médicos, nutricionistas indican dietas y la obligación en la pérdida de peso. Por otro lado, las figuras de No-expertos como los familiares, amigos, la televisión, en la web, reconoce la categoría de obesos, por tanto incitan a la “pérdida de peso” o exaltan la condición de delgadez como una necesidad urgente. Ambas fuentes incitan al retorno de la “normalidad”.

“La gente le dice a uno que está obesa”; “Pues la gente me dice muchas razones para que me haga la operación”. (P2);

“A mí me ve el psiquiatra, entonces él fue el que me recomendó que me hicieran el manejo con cirugía bariátrica”. (P3);

“Entonces en mi casa me dijeron que con 47 años, que yo todavía estoy a tiempo de adelgazar” ... “Lo sé por internet, por la gente que se lo ha hecho, he visto a gente que se lo ha hecho y ha quedado bien”... , “y siquiera que usted se va a adelgazar, por fin! (P4);

“He hablado con varias personas que se lo han hecho y de hecho ellos fueron los que me aconsejaron a hacérmela”. (P6);

“En mi casa todo el tiempo mis hermanos eran diciendo: “no te puedes engordar” ... “Y de verdad que se lo estaba como pasando a mi hija eso: “no comas... no te van a querer”. (P9).

“la gente dice “esta gorda porque no se va en otro bus para ella sola”... “Tuve una cita médica y él me dijo que estaba muy pesada” (P10).

Sub-categoría emergente: *Mecanismo para salir de la Situación Social Estigmatizante*

Esta sub-categoría fue planteada ya que por las observaciones realizadas en campo se consideró que en los relatos del sujeto llamado obeso existía de forma subyacente el sentirse perteneciente a una categoría estigmatizante “ser obeso”, y que en sus relatos existía la intención de buscar una salida a dicho estigma, utilizando la “fachada” del *sujeto enfermo* para acceder a la cirugía bariátrica y así lograr escapar del estigma a través del adelgazamiento.

La “fachada” entendida ésta desde la perspectiva de Goffman, (2009), como una condición que se asume con fines instrumentales. El *sujeto enfermo* es una condición que debe asumirse para acceder a la cirugía Bariátrica. Esta combinación estuvo presente en las manifestaciones verbales del grupo de los llamados obesos. Se evidencia que el sujeto desea salir de una condición corporal estigmatizante y el camino de acción es tomar del discurso medicalizado de la salud, como una excusa para acceder a un tratamiento que también tiene efectos estéticos.

En los relatos se combina la presentación de la condición de enfermedad como fachada, pero subyace el deseo de lograr la normalidad en la estética corporal a través del adelgazamiento. Explicaban que su sobrepeso limita su capacidad laboral como parte de las justificaciones para acceder a la cirugía bariátrica, pero combina la necesidad de mejorar su autoestima por los efectos del adelgazamiento:

“yo mantengo parada en el trabajo y por la noche cuando llego me duelen mucho los pies y las rodillas y porque a uno la autoestima le cambia mucho”. (P1)

“Entonces pues para mi seria cheverísimo porque se me acabarían tantas dolencias, y para estar bien con la ropa, los zapatos, la manera como a uno se le ve la cara”. (P4).

Estos resultados indican que la subjetividad también está siendo determinada por lo que “debe ser”, con tal de acceder a los medios que le podrían llevar a la consecución del ideal corporal. La persona se asume y se define como enferma. Esto implica en la construcción de la subjetividad una distorsión significativa que amerita prestar atención cómo operan estas formas de regulación de la normalidad corporal.

4.2 Análisis de las relaciones entre sub-categorías de Biopolítica y Subjetividad

A continuación se presentan las relaciones entre las categorías que definen la Biopolítica con los procesos de regulación/auto regulación, dentro de la constitución de la subjetividad del sujeto llamado *obeso*.

La Tabla 5 muestra que sí hubo relaciones entre *Prácticas reguladoras del sujeto*, con cada una de las sub-categorías de Biopolítica, lo cual complementa el tejido de respuestas respecto a la forma de constitución de subjetividad.

El mayor número de relaciones se presenta entre Prácticas Reguladoras del Sujeto (Sub-categoría de Subjetividad), con Verdad y Poder (Sub-categoría Biopolítica). Con esto se puede interpretar y a la vez reafirmar que la regulación de los sujetos es más efectiva si está relacionada con la autoridad que refleja el ser poseedor de una verdad. En el caso del objeto de estudio, a los sujetos llamados obesos se les regula el concepto sobre la vida y su preservación a partir de las concepciones promulgadas por los expertos.

Las condiciones Biopolíticas permiten que el sujeto sea regulado externamente. La Verdad del experto sobre el sujeto es al parecer la forma más efectiva de administrar la vida. Esto incluye la disposición de los valores y significados. El sujeto administrado externamente condiciona su participación en la construcción de significados sobre su propia existencia. Estas relaciones confirman el poder pastoral (Rose, 2007) que ejerce el experto, con los conocimientos sobre la ciencia de la preservación vital, el experto le da pautas de regulación que en términos administrativos dispone lo que debe hacer con la vida: mantener la funcionalidad del cuerpo y con ello asegurar la prolongación de la vida.

Tabla 5. Relaciones entre prácticas reguladoras del sujeto y Biopolítica

PRÁCTICAS REGULADORAS DEL SUJETO	Sub-categorías Biopolíticas	
		Cantidad de citas que relacionan ambas sub-categorías
	Verdad y Poder	49
	Economía Política	29
Gobierno y Salud	25	

	Veridicción	24
	Capital Humano	16

Se indica el número de citas textuales que pertenecieran a ambas categorías (Biopolítica y subjetividad).

Algunos ejemplos de ello son:

“Cada vez que voy al médico todos dicen: “hay que bajar de peso, hay que bajar de peso” (P 7).

“Me dijo (el médico): “a ti ya te toca al cardiovascular y el cardiovascular ya dijo que me tocaba la cirugía bariátrica, no hay más peros”. (P 8);

“Llegué a esta conclusión por las amigas, y los médicos me dieron esta opción, entonces... aquí estoy”. (P10).

Si se analizan las relaciones halladas entre Economía Política y las prácticas reguladoras del sujeto, se detecta que si se analiza en estas relaciones, la economía política que implica el uso de insumos para curar la enfermedad, está subordinada a la verdad que han dictaminado los expertos con relación a cómo preservar la salud.

Algunas expresiones que relacionan estas categorías son:

(P13) *“Estuve yendo como un año a una terapia de apoyo, donde lo meten a uno dentro de una bolsa, que lo ponen a uno a sudar cantidades”*

(P 9) *“me dicen que es aconsejable esto (se refiere a la CB) para una mejor calidad de vida”*

(P11) *“hace poco me remitieron con la nutricionista bariátrica, estuve cuatro meses, bajé los dos primeros meses y no volví a bajar”*. En este relato, aunque no se alude específicamente a la cirugía Bariátrica, si se hace referencia a la mediación de la tecnología aplicada en las reglamentaciones nutricionales hacen las veces de opciones específicas que deben llevar a cambio puntual y contrato como lo es la pérdida de peso.

Las formas en las que se regula a los sujetos implica el conjunto de prácticas y discursos para que desde la acción de Gobierno se logre el estado de la salud. Un ejemplo de estas

prácticas está representado en lo que afirmó la participante (P13): “*un médico que me estaba tratando me mandó a Salud Mental, para ese problema de obesidad*”. Es un problema y deben disponérsele al sujeto los profesionales que se consideren necesarios para poder cambiarlo.

Si los participantes presentaron expresiones como: (P8) “*Lo que yo he escuchado es que la obesidad trae muchos problemas*” o (P9) “*no te puedes engordar.. no te van a querer!*” y (P12) “*si uno mide tanto entonces debe pesar tanto, entonces estar en ese peso para estar bien*”, se puede inferir a partir de allí, que estas son veridicciones las cuales operan como formas de regular al sujeto.

En este sentido, y al tener en cuenta las relaciones que tiene existe entre las prácticas reguladoras del sujeto con relación a la preservación del capital humano, aparecen expresiones como: (P14): “*yo estoy muy concientizada, si no me cuido me muero*”, y (P15) “*la meta mía es sacar mi hija adelante, yo soy mamá y papá para mi hija y pues para poder hacer eso por mi hija tengo que estar bien de salud*”, evidencian que dentro de las formas de regular al sujeto externamente, tienen que ver con hacerle consciente de la obligación por preservar estados mínimos de funcionalidad los cuales han aprendido a llamar “salud”.

En segundo lugar se identifican las citas que relacionan la sub-categoría de Subjetividad *Prácticas Autoreguladoras del sujeto* (Sub-categoría subjetividad) con cada una de las sub-categorías de Biopolítica. Estas relaciones se presentan en la Tabla 6

Tabla 6. Relaciones entre prácticas Auto reguladoras del sujeto y Biopolítica

PRÁCTICAS AUTO REGULADORAS DEL SUJETO	Sub-categorías Biopolíticas	Cantidad de citas que relacionan ambas sub-categorías
	Gobierno y Salud	34
	Economía Política	26
	Capital Humano	21

	Veridicción	21
--	-------------	----

Se indica el número de citas textuales que pertenecieran a ambas categorías (Biopolítica y subjetividad).

Como se puede observar en la Tabla 6., el mayor número de relaciones se estableció entre Prácticas auto-reguladoras de sujeto (Sub-categoría de subjetividad) y Gobierno y Salud (sub-categoría Biopolítica). Estas relaciones vienen a explicar cómo el auto-gobierno de los sujetos se direcciona a la prolongación de la vida, el prevenir la enfermedad y el evitar la mortalidad o disfuncionalidad orgánica de la población, pero solicitando esto ante las instancias gubernamentales que lo dispone. Es decir, su manera de encontrar salud no está en ellos mismo; está en lo que disponga el médico o el sistema de salud en general.

Estas relaciones muestran porque los sujetos llamados obesos acuden al servicio de salud del Estado bajo el discurso de la enfermedad. Por citar algunos ejemplos:

“Porque yo tengo apenas 23 años y porque tengo mucho sobrepeso”. (P7)

Al referirse a su edad muestra claramente los significados atribuidos a la expectativa de vida. Es una intención desde el mismo sujeto, y esto es un ejemplo de auto-direccionamiento que se le presenta al sistema de salud administrado gubernamentalmente demostrando que la preocupación del sujeto por la funcionalidad es otro movilizador internalizado:

“Para mí la obesidad es una enfermedad completa” (P 7)

“Lo que me preocupa es estar enferma y no poder trabajar normal”. (P 8)

“Quiero hacerme esa cirugía, quiero que me operen quiero vivir más”. (P10)

La sub-categoría Economía Política, de igual forma ocupa un papel preponderante en las auto-regulaciones que el sujeto ha instaurado en el sí mismo sobre las formas de significar la vida:

La siguiente cita expresada por P10 permite demostrar las asociaciones de inmediatez que se presentan entre el problema puntual que es la obesidad y la solución puntual que es la cirugía, y que esto es lo que contribuye a que el sujeto se auto-regule en dicha dirección. :

“el médico general me dijo: “usted ya no baja ni con dieta ni con nada! usted ya necesita es una cirugía” y eso fue lo que me motivó”

Por las relaciones establecidas entre las prácticas auto-reguladoras del sujeto y las veridicciones, el sujeto está expuesto a las veridicciones que vienen de las relaciones con el experto, por ello participa de estas y se regula desde allí. Se infiere que son estas últimas a las que el sujeto ha estado expuesto permanentemente y que concluyen en el auto-gobierno del sujeto. Por ejemplo, **P13** explica que *“El médico general allá donde yo voy en la Nueva EPS, entonces ellos son los que me tiene acá. Si estas exposiciones son reiteradas, entonces es fácil explicar porque el sujeto participa tan activamente en estas veridicciones.*

También se puede afirmar que la auto-regulación del sujeto está determinada por los significados asociados a sí mismo como capital humano. En este sentido, cuando **P14** afirma: *”la cita con el médico que tuve en diciembre, al médico general que me ve la hipertensión, yo le dije: “es que yo quiero la cirugía”, es una muestra de participación en el sistema de relación donde preservar la vida, implica luchar por conseguir un insumo específico del mercado.*

5. DISCUSIÓN

El sujeto está expuesto a múltiples formas de relación con su contexto, por tanto las posibilidades para tener un concepto de sí deberían ser infinitas. Sin embargo, los tipos de sujetos resultantes tienen características muy definidas (finitas). Un ejemplo es el caso de los llamados “obesos”.

Si bien no puede haber una única forma que explique cómo se ha configurado dicha categoría (sujeto obeso), se ha elegido apreciar ésta desde un contexto histórico específico, asociado a las condiciones administrativas de la vida propias de la modernidad, en la que *vivir* más que un derecho, es una obligación.

El presente estudio indagó una de las posibles formas en las que el sujeto se categoriza como obeso, enmarcado en la perspectiva biopolítica para responder a la pregunta por la subjetividad.

El escenario de investigación se caracterizó por ejercer prácticas patrocinadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, donde los sujetos enfrentan la obligación sobre la funcionalidad de sus cuerpos. Deben preservarse sanos a partir de la ciencia que tiene la autoridad para direccionar el cuerpo y la vida: medicina. El sujeto está sometido a esta ciencia que gubernamentalmente ha sido encargada para ello.

En este escenario, los expertos son ahora los *reyes* de la vida, a través del poder que tiene para clasificar lo normal y lo patológico. Y la vida de los sujetos “obesos” es administrada desde aquí.

El escenario de “tratamiento” a la “obesidad” con cirugía bariátrica, se mostró como un escenario de prácticas biopolíticas. El cuerpo del “obeso” no es funcional, por tanto el sujeto siente la obligación de cambiarlo. El “obeso” acude al médico como una acción obligada. Está sometido a las indicaciones de los expertos sobre cómo debe administrarlo y ellos le indican qué debe hacer con su vida, en cuanto a la enfermedad que les han dicho que tienen: “Obesidad”.

Se asume a manera de veridicción que la “obesidad” como condición puntual debe ser erradicada del cuerpo. Esto moviliza un sofisticado sistema de mercado en donde la cirugía Bariátrica tiene su reino.

A partir de la lectura biopolítica, se identifica que el sujeto adopta lenguajes y conocimiento para crear un concepto de sí mismo. Sobre ello se centra la respuesta a la pregunta por la subjetividad.

La experiencia del sujeto es tomada en cuenta para que reporte a los expertos sobre la presencia de la enfermedad, es decir, para que regule y vigile su cuerpo. Esto es lo que hacen los participantes de la investigación: reportar las dolencias. Con ello se evidencia que la experiencia de sí queda supeditada a ser un instrumento para la administración de la vida.

Los sujetos de la investigación han sido capaces de cumplir los objetivos de gobierno que se han descrito en Biopolítica: informan que sus cuerpos están fallando. Es decir que las tecnologías aplicadas son tan poderosas, que logran regular a la persona para que procure vigilar su nivel de disfuncionalidad.

Han aprendido a definir sus propias vidas para la preservación de la vida biológica, son sujetos que reclaman un método para salir de la obesidad, puesto que ser “obeso” les impide cumplir dicho objetivo. En este orden de ideas, el análisis sobre la construcción de subjetividad está en relación con las condiciones que asume el sujeto, sobre las cuales debe direccionar su vida.

Los resultados de la investigación evidenciaron cómo las categorías que definen las condiciones Biopolíticas, influyen la forma como se define el “obeso”.

En el contexto de indagación, la normalización es uno de los dispositivos que moviliza el tratamiento a la obesidad como una urgencia sanitaria. Sin embargo lo que caracteriza dicha urgencia son prácticas y discursos que asocian la enfermedad y un producto específico. Es decir, la obesidad (enfermedad) y cirugía Bariátrica (producto específico).

Las personas que han sido diagnosticadas como “obesas”, llegan al contexto biomédico estudiado, y encuentran un panorama caracterizado por la relación de inmediatez de enfermedad-producto específico. Esto se soporta en la mayoría de los relatos textuales que hacían referencia los indicadores de la categoría **Economía Política**.

Lo que se infiere es que el camino estandarizado para lograr la salud, asociada al “normal” funcionamiento del cuerpo, se da en la relación entre la enfermedad-tratamiento-flujo de capital. Más allá de declarar que la salud es un bien de consumo, lo que entra en

discusión es la implicación en términos de construcción de subjetividad, cuando la enfermedad se convierte en un asunto puntual y el tratamiento es un insumo del mercado de igual forma puntual y específico.

En primera instancia se identifica que es el insumo del mercado el que genera y soporta el imaginario de normalización. En el caso de los llamados “obesos”, quienes han asumido presunción disfuncionalidad, el mercado encuentra las circunstancias adecuada para ofrecer productos específicos.

El mercado es el recaudador de los intentos de normalización corporal. Ante el deseo interiorizado y auto-direccionado de aspiración a la normalidad (**Prácticas auto-reguladora del sujeto**), unido al direccionamiento pastoral proveniente de los expertos (**Verdad y Poder**), se reafirma la urgencia por conseguir dicho estado.

El sistema económico ofrece un amplio abanico de posibilidades para lograr de forma rápida y fácil el nivel de funcionalidad apropiado. El mercado no podría operar si no existiera el gobierno (auto-gobierno) de la normalidad

El mercado puede operar bajo la política de libre mercado, la cual no se pretende discutir. El cuestionamiento se plantea con relación a la autoridad que adquiere el mercado en la disposición de las condiciones y recursos para significar la enfermedad. Es decir que, el sistema de mercado ha creado una convicción en la que las condiciones de anormalidad, solo puede ser cambiada en la medida que esté mediatizada por bienes y servicios y se estandariza como el camino para lograr el estado de salud (normalidad funcional del cuerpo).

En el caso de los participantes investigados, los sujetos se consideran “obesos” y reclaman la “cirugía bariátrica” como producto específico. De esto se puede inferir que al priorizar la relación entre la enfermedad-tratamiento-flujo de capital, la prioridad no es la enfermedad si no el uso del insumo.

Si la prioridad es el uso del insumo, y el problema es una condición específica aparentemente tratable, no hay cabida para el reconocimiento de las causas de la enfermedad que son contextuales y no medicalizables. El objetivo es que el sujeto disminuya su estado de disfuncionalidad, es decir que se normalice a partir del producto. En este orden de ideas, si el mercado ofrece insumos para salir de la diferencia, será determinante en la definición que hace el sujeto de sí.

La primera relación con la subjetividad es que a partir de dichos lineamientos, el sujeto se define y se juzga a sí mismo si está o no en el cumplimiento de niveles de estándares requerido a partir de la utilización de los insumos. Logrando así que la subjetividad (todo lo que el sujeto es y puede llegar a ser) quede limitada a la vigilancia y control propio sobre sus adecuaciones a la normalidad del cuerpo.

Se hace ya bastante complejo identificar que autoridad del mercado sobre la adecuación a la normalidad como un elementos constituyente de la subjetividad. Sin embargo, a este mecanismo de acción del mercado se le adhiere otro poder que complejiza este mecanismo de configuración de subjetividad.

La forma como opera el mercado tiene la posibilidad de invisibilizar el entramado de relaciones y condiciones sociales y políticas que han llevado a que el cuerpo tenga mayor volumen, característica que lo hace “diferente”. Para que sea posible invisibilizar algo, es necesario colocar el primer plano lo que se quiere sea visibilizado y para ello, el mercado depende del diagnóstico.

El sistema clasificatorio del diagnóstico no identifica lo que está estructuralmente fuera del sujeto. El “obeso” como condición específica se materializa en el uso de términos como “la grasa”, “el peso”, “las enfermedades”, “el Índice de Masa Corporal” etc. Cuando se utilizan para definir a la persona y luego ofrecerle productos, no se hace alusión a las industrias alimentarias que bajo la política de libre mercado ofrecen la cultura de la abundancia que invita al consumo permanente.

Tampoco se identifican los niveles de presión social que aumenta la respuesta adaptativa del sujeto asociada a la sobre-ingesta (en los participantes se describe como “la ansiedad por comer”), o al impacto del desarrollo tecnológico inmerso en la cotidianidad que disminuye las exigencias de movilidad física por tanto hay menores exigencias de gasto energético, tampoco se permite ver que el cumplimiento de un *estándar de vida* está basado en el consumo, la estructura de las actuales formas laborales que afectan el funcionamiento del cuerpo.

Indiscutiblemente lo anteriormente descrito son causas principales del aumento del volumen corporal por el exceso de tejido adiposo, pero todas ellas son invisibles. Así, el cuerpo se vuelve el gran nicho de mercado. El alto número de citas demuestra que estas

causas no contextualizadas están invisibilizadas y que la relación es automática: si se tiene obesidad debe practicarse cirugía Bariátrica, lo demás parece poco relevante.

En este sentido, el cuerpo es el gran nicho de mercado y toda la problemática recae sobre el sujeto. En el caso del objeto de estudio, la “obesidad” es posicionada en el sujeto para que pueda ser intervenible. El problema es que las formas de intervención que se ofrecen están enfocadas en cambiar las consecuencias ocurridas en el cuerpo. Las ofertas de tratamiento pretenden afectar el nivel de “grasa” o el “peso” del cuerpo. Las condiciones generadoras del problema que están fuera del sujeto, no tienen cabida en el mercado por tanto interfieren la relación que facilita el flujo de capital. Es decir que incluirla no es rentable en términos económicos.

Antes de explicar el efecto que esto tiene en la construcción de subjetividad, se incluye la participación del poder pastoral de los expertos (Rose 2007), representado en los indicadores de **Verdad y Poder**, para que el sistema descrito anteriormente pueda operar.

En la práctica ritualizada del diagnóstico se visibiliza el problema. Aquí se combinan dos aspectos: el acto de diagnosticar como una **práctica reguladora del sujeto**, propiciada desde la *verdad y poder* que poseen los expertos.

La práctica del diagnóstico se mantiene como un mecanismo de control y de regulación por excelencia. El sujeto está en la obligación de adoptarlo para definirse a sí mismo. Es una práctica que ejercen los expertos y la asumen como verdad los sujetos en su posición de sometidos a las verdades construidas socialmente sobre la funcionalidad del cuerpo.

El sujeto asume el diagnóstico y aprende a definirse a partir del éste. El diagnóstico le indica a la persona su adecuación o no a la normalidad. Si la persona tiene “enfermedades”, o si su “Índice de Masa Corporal” es mayor del esperado, son formas de condicionar los procesos de construcción de subjetividad. Puesto que el sujeto no tiene mucha claridad de “quién es el mundo”, solo tiene información parcial sobre unas medidas arbitrarias sobre su cuerpo y parece que cree que su gran función en el mundo es lograr la normalización. Esto le impone lineamientos restringidos sobre lo que él o ella podría consolidar en términos de subjetividad.

Los resultados sobre las *prácticas auto-reguladoras del sujeto* dan cuenta de ello. Los sujetos participantes están altamente preocupados por lograr la normalidad. Con estos resultados se infiere una dependencia generalizada a los sistemas de normalización. Se han apropiado de los sistemas clasificatorios que miden el grado de adecuación a ella, en sentido funcional y estético.

Según los resultados, los participantes tienen internalizado y se disponen desde el auto-gobierno para procurar los principios de normalidad a los que debe llegar. En la condición de sujetos modernos se está familiarizado con la idea de la libertad y el auto-gobierno tiene implicación en ello, ya que la libertad debe ser empleada en la consecución o por lo menos en la aspiración de los estándares de normalidad. Esto quiere decir que la persona debe emplear el dominio que tiene sobre sí mismo en una inacabable búsqueda de productos, de objetivos, de valores, de ideas y fantasías que lo mantengan lo suficientemente cerca de un cuerpo funcional y estéticamente correcto.

La prácticas que vienen del auto-gobierno (Autoreguladas) son el producto de las *prácticas reguladoras*, que direccionan al sujeto externamente. Es decir, lo que direcciona el uso de la libertad se asocia principalmente con el ya mencionado poder pastoral de los expertos. La regulación de los sujetos es más efectiva si está relacionada con la autoridad que refleja el ser poseedor de una verdad, que en el caso del objeto de estudio, la poseen los expertos.

El proceso de normalización es constante en el diario vivir. Ser “obeso” implica en términos de definición ser “enfermo” y estéticamente inapropiado, son verdades que se reactualizan en la experiencia cotidiana del sujeto. A partir de allí arrastra hacia sí elementos para definirse.

Regular al sujeto para la normalidad, se aplica en la permanente indicación “no debe ser obeso”, de lo cual se infiere que se adjudica al sujeto la responsabilidad del cambio. Permanentemente se le recuerda que debe ejercer control sobre el cuerpo (vigilar la funcionalidad).

En los resultados se hallaron dos fuentes reguladoras: expertos que ya han sido mencionados y el no-experto. Es decir, otros que han aprendido a regular, a normalizar, a decirles a otros cómo deben ser.

Los expertos estuvieron representados en los médicos de diversas especialidades y otro personal del servicio de salud, desde el cual se impone una fuerte presión que condiciona la idea de necesidad del adelgazamiento como estrategia para recuperar la funcionalidad. Esto contribuye en la construcción de la **veridicción** y por ende mantiene los efectos sobre la subjetividad que rechazan la obesidad y alimentan el deseo de la delgadez.

El juego de construcción de la verdad sobre la obesidad como enfermedad impuesta desde el rol del experto, y el sujeto que está en la obligación de asumirlo en su posición de receptor de instrucciones, es también una forma de tecnología de subjetividad que el sujeto unifica en sus herramientas para definirse.

El relato del no-experto estuvo representado en los familiares, amigos y/o vecinos que le incitan al adelgazamiento como una veridicción ya instaurada en estos otros, convirtiéndose en reguladores de la normalidad. En estas circunstancias la veridicción no necesita explicación para el sujeto. El sujeto sigue estas pautas sin cuestionarlas.

En esta dinámica de adecuación a la normalidad se resalta en el poder que ejerce internamente en los llamados “obesos”, la percepción de ser discriminados con cierto grado de inferioridad respecto a otros “no obesos”. La creencia de no gozar de los beneficios de otros. Esto confirma la idea de Vigarello en la que la persona con obesidad vive “*el injusto sentimiento de ostracismo que conduce al individuo a sentirse como un auténtico paria social*” (Vigarello, 2011. P. 211). La discusión gira en torno a cómo llega el sujeto a esa determinación “natural” sobre sí, la cual podría tener una respuesta en la veridicción construida basada en las relaciones de autoridad y sumisión que se dan entre experto-sujeto.

Se observó que los participantes durante su historia de vida han escuchado de forma reiterada la aspiración a la delgadez sustentada recientemente en el “problema de salud”. Son discursos combinados donde belleza y salud hacen parte de un difuso objetivo vital, y que el concepto de sí mismos se determina de acuerdo a la adecuación o distanciamiento de dicho objetivo. Esto se explica a través de las expresiones verbales de los participantes en las que se evidenciaban las veridicciones construidas en ese sentido.

Otra dimensión desde la que se consolidan estas bases en la subjetividad, está relacionada con la urgencia declarada en los participantes, para preservarse como capital. Alegaban el riesgo de deteriorar su capacidad de movilidad, y productividad. Sin embargo,

la forma de declarar el riesgo por la vida a partir de las patologías asociadas que describían con ahínco, que les hacía ver como si el gran capital humano que ellos representan, estaba en inminente riesgo. Sin embargo, según los resultados expuestos esta preocupación estuvo subordinada al uso de los insumos de mercados en *Economía Política*. Ellos creen que solo pueden mantenerse como capital, en la medida que utilicen los tratamientos. Además que lo hacen porque es un derecho y una obligación vivir. Los participantes se rigen a partir de la obligación en preservar la vida.

Cuando la presencia de la enfermedad es evidente, e inminente el deterioro de la capacidad productiva de la persona, cabría preguntarse, qué es lo que está entendiendo por la preservación de la “vida”.

Estas prescripciones sobre la administración de la vida y del cuerpo quedan sujetas a los recursos de auto-inspección para la preservación aunque el sentido de ello no esté claramente definido en la experiencia vital.

En los participantes hay una preocupación combinada entre los ideales funcionales y estéticos del cuerpo. La preocupación por la fealdad caracterizada por la asimetría, falta de armonía y la deformidad (Eco, U. 2011) es recurrente en los sujetos, la cual nace en la regulación externa y se mantiene en el auto-gobierno.

Se evidenció que ellos están “auto-gobernados” para buscar su salud, pero esa salud no está en ellos mismo, está por fuera de ellos y una de los lugares donde se busca son los escenarios que se disponen gubernamentalmente para ello: es decir, los centros de salud, donde están concentrados los expertos y cuyos servicios están supeditados a las lógicas del mercado. Las personas “obesas” solo pueden encontrar su salud con los expertos, a través de la cirugía bariátrica.

Ahora bien, aunque en el contexto del tratamiento a la obesidad con cirugía Bariátrica, pareciera que la prioridad fuera lograr la funcionalidad corporal deteriorada por la “obesidad”, hubo una categoría de análisis emergente que dio cuenta de las formas en las que la dimensión estética estuvo altamente relacionada con la llamada “salud” del cuerpo, con una implicación significativa en los procesos de construcción de subjetividad: **Mecanismos para salir de la situación estigmatizante**, en la que se infiere que las personas necesitaban “ser obesos”, pues les significaba “ser enfermos”. Esto los posiciona en una

condición de beneficio por parte de los servicios de salud (que les sea autorizada la cirugía bariátrica), y ello supliría la urgencia del adelgazamiento como un criterio estético de obligatorio cumplimiento para alcanzar el ideal de belleza y de normalidad.

De esta manera, se podría salir del estigma de la obesidad. Esto se interpreta en término de “fachada” del *sujeto enfermo* para acceder a la cirugía Bariátrica. Entonces la subjetividad se construye alrededor de la enfermedad. La “fachada” entendida desde la perspectiva de Goffman, (2009), como una condición que se asume con fines instrumentales. Ser, sentirse, verse y mostrarse como un sujeto enfermo, adoptando retóricas propias de los discursos de estar en riesgo el capital humano, siendo el camino más práctico para acceder a una condición corporal aceptable.

Todas las interpretaciones realizadas sobre las formas como influyen las condiciones Biopolíticas en la subjetividad, especialmente en las formas como se regula al sujeto y se auto-regula para cumplir unos objetivos de ser sujeto en una época moderna, traen como consecuencia efectos de la construcción subjetiva. Concretamente los efectos fueron observados en los y las participantes, cuando hacen parte de la categoría “ser obeso”.

El “obeso” es una persona cuyo volumen corporal ha “aumentado” por diversas situaciones que suelen propiciarse estructuralmente fueran de éste, pero no pueden verse, y el sujeto se convierte en un ente que ha aprendido a auto-regularse desde el exterior, desde las verdades que el rol de expertos le indican su disfuncionalidad y le presionan por la preservación de la corporalidad, y en todo este entramado, los productos que ofrece el mercado tienen vía libre de acción para mostrar el camino que volverá la normalidad al cuerpo.

El “obeso” tiene que existir como sujeto construido para esta lógica, donde el mercado, la normalización, la funcionalidad y demás verdades indicadas sobre el ideal corporal, son las fuentes para construir la subjetividad.

Si bien el “obeso” que ha asumido esa categoría para definirse a sí mismo, y todos los participantes así lo mostraron, son personas que se percibieron excluidos de alguna manera, lo cual lleva a una negación del propio cuerpo.

El sujeto tiene una urgente preocupación por percibirse estéticamente inapropiado y en los relatos hacían referencia a sus limitaciones en la participación del ordenamiento social puesto que sus cuerpos no encajan en las tallas de prendas de vestir, de zapatos, o restringe su participación en escenarios sociales porque según estas lógicas no han logrado la adaptabilidad del Yo.

Esta negación al cuerpo predispone la búsqueda desordenada de medios para alcanzar la normalidad, encontrando medios que atenten contra sí mismo. En los relatos se identificó la evitación al contacto social (no salir de casa, no participar en eventos sociales o de recreación), asumir el desprestigio social y por ende asumir una posición de inferioridad son alguna de las consecuencias. Otros actos más drásticos son el sometimiento del cuerpo a prolongados estados de inanición, el consumo de fármacos cuyo efecto fisiológico es desconocido, o las intervenciones quirúrgicas con fines estéticos, bajo la creencia que en cualquiera de estas prácticas pueden ser sujetos normales.

La búsqueda permanente de insumos para lograr aproximar el cuerpo a uno mínimos de aceptación por el sujeto, es un mecanismo altamente efectivo para el sistema económico, pero es altamente injusto que sea el sujeto quien asuma la carga negativa del mecanismo en la construcción de su *si mismo*.

La existencia de un principio regulador de la normalidad no es problemático, se considera necesario en alguna medida. Tampoco lo es el hecho que los expertos direccionen eso y que en el auto-gobierno de los sujetos se vea reflejada las direcciones impuestas. Lo que se discute es la implicación de ello en la construcción de subjetividad, y la inquietud sobre los efectos de la construcción subjetiva de “ser obeso”.

En primera instancia porque se otorgan poco recursos para definirse, relegando el proceso de ser sujeto “autónomos” a la vigilancia de ser sujetos normales: sanos y bellos.

Además de ello, resulta muy problemática la carencia de acuerdos sobre cómo debe indicarse a los otros la “norma”. Los medios de transmisión están caracterizados por el relato despectivo de la “no pertenencia”. Esto tiene consecuencias en los señalados por la micropenalidad caracterizada por sofisticados y sutiles sistemas de exclusión (Foucault 2002).

La ausencia de pertenencia al grupo de sujetos normales, deja expuesta a la persona para aceptar los calificativos peyorativos sobre sí mismos, que usualmente viene de los otros que han sido “entrenados” para las burlas, las críticas, los adjetivos despectivos.

Esto sucede porque la persona se define a partir del índice de masa corporal inadecuado, por su inapropiado volumen corporal. Por tanto lo que digan otros sobre sí, reafirma la veridicción instaurada sobre el significa de ser “obeso”, asociado a ser anormal y disfuncional.

Se ha identificado que estos mecanismos clasificatorios de la enfermedad, no discriminan al configurar al *sujeto obeso*: es decir, que solo existe una única forma de sujeto obeso el cual deberá clasificarse a sí mismo y procurando en su propio gobierno, aspirar al cambio. El fin es la delgadez, la funcionalidad y la prolongación de la vida.

En este sentido, la subjetividad se construye a partir de órdenes interiorizadas de la obligación en prolongar la vida. Viven para evitar la enfermedad utilizando los insumos del mercado para ello. Esto se consolida como una tecnología que determina el sentido de la existencia del sujeto. Acceder a cualquier estrategia que aliente el imaginario de lograr un cuerpo “normal” será una prioridad que condiciona su función y su sentido de ser sujetos.

Esto abre la reflexión sobre el tipo de sujetos resultantes auto-definidos en sentido negativo, urgido de la prolongación vital y el mejoramiento estético. En dicha autoconfiguración negativa se genera un malestar. La negación del cuerpo repercute en una negación del sí mismo. Este cruza con la imposibilidad de un cambio, ya que el cambio solo sería posible en el uso de insumos del mercado. Este mecanismo contradice el concepto actual de salud, el cual se supondría que debe alcanzarse mediante la práctica biomédica.

El concepto actual de salud, el cual también es un hecho histórico, según lo reporta Rodríguez (2001) cuando afirma que: “*en 1948 en el congreso de constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definía a la salud, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de la enfermedad*”. (Rodríguez, 2001, pág. 16). La relación que tendría esta definición con los mecanismos diagnósticos y tratamiento para liberar al sujeto de la enfermedad (“salud”), se encuentra limitada, porque asumir el diagnóstico lleva implícito la experiencia de malestar.

El diagnóstico es limitado en su función de ser el camino de alarma para señalar problemas de salud, porque funciona a partir de la interiorización que el sujeto hace de éste. Si el sujeto asume la clasificación diagnóstica de *obeso* bajo una connotación negativa como única condición de ser eso, implica *ser* “grasa”, “enfermedad”, “fealdad”, etc. Así se construye su subjetividad y esto es contradictorio con los supuestos ideales de bienestar.

Hasta el momento se puede apreciar el juego de relaciones específicas entre el sistema de salud, los expertos, el concepto de vida en la modernidad y las formas de significar el cuerpo, y como todo ello confluye en la construcción de subjetividad de los “obesos”: Un tipo de sujeto que ha aprehendido a definirse a partir de las condiciones administrativas de la vida. Sin embargo, qué utilidad se puede dar estos hallazgos?

Lo primero es la convicción absoluta que existe más de una forma para significar la experiencia de ser sujeto “obeso”. Los resultados del presente estudio están al servicio de las posibilidades de re-significación presente en todas aquellas condiciones que son producto de la construcción social.

A título personal me he permitido como sujeto dentro de estas condiciones Biopolíticas, cuestionarme sobre las normalizaciones que me han sido impuestas, con lo cual recupero en alguna medida la autoridad de mis libertades difusas. Doy permiso a ciertas normalizaciones y me resisto a otras. Pero lo más importante ha sido la resistencia planteada a la obligación de vivir, donde la prolongación vital sea un sinsentido impuesto. Procuo cuestionar cuidadosamente para qué prolongo mi vida y esto me ha llevado a sentir menos miedo a la idea de la muerte.

Al pensar en la intención altruista de evitar que los resultados de esta investigación se queden en los anaqueles de algún instituto de psicología, procuro visibilizar como pueden ser puestos en los otros, a lo más íntimo de las relaciones con las personas que erróneamente han creado un concepto de sí mismas negativo. Y en la búsqueda de una respuesta a dicha intención, sale a relucir un pequeño detalle: soy una partícipe directa en las relaciones descritas como “experta”.

Es por ello que la respuesta tendría que involucrar un serio cuestionamiento sobre el rol social y político se está jugando al ser poseedora de una “verdad” sobre el cuerpo y al

tener la autoridad para medir el IMC de las personas. Ser agente normalizador con argumentos suficientes para contribuir en la creación de los sujetos dispuestos a preservar sus vidas con fin último. Por ello el rumbo de los cuestionamientos se orientó respecto a la proposición de nuevas formas de relaciones entre *experto* y *sujeto*.

Lo primero es reconocer que sería más justo con los procesos de construcción de subjetividad, que la obesidad fuera comprendida más allá de una condición puntual que posee el sujeto. La obesidad se propone conceptualmente como la expresión corporal de las relaciones a las que está expuesto el sujeto con el mundo actual, relaciones que si bien han sido invisibilizadas por el discurso biopolítico, no puede ser negadas en la relación sujeto-experto.

Si estos cambios conceptuales sobre lo que llamamos “obesidad” no se llevan a cabo, el sujeto llevará la carga de la anormalidad por tanto le implica el señalamiento social. Deberá sentirse culpable y será su responsabilidad cambiarlo. Esto sucederá en tanto que asuma el discurso biopolítico del tratamiento, que se mantenga el cuerpo y el sujeto como unidad estructural de todo sistema de intervención que implique intercambio económico. Si se es más prudente en los discursos biopolíticos, las cargas estarían repartidas entre el sujeto y las causas contextuales descritas como no medicalizables.

Por las explicaciones dadas, se hace urgente construir herramientas para que los procesos de autodefinición del sujeto operen en un sentido más amplio, donde el reconocimiento de la estructura cultural, de los dispositivos de movilización económica, de las jurisdicciones que determinan el funcionamiento social, no pasen de forma inadvertida sobre el sujeto.

El sujeto debe determinar formas de relación con esa estructura que le pre-existe. Está en la responsabilidad de ser más cuidadoso en la forma como participa en la definición de sí mismo y organizar su relación con el entramado social que le afecta sus posibilidades de Ser.

El sujeto deberá construir el propósito de *bienestar* y por qué no, de *felicidad*, como estados viables. *Ser sujeto* parte de infinitas posibilidades y para ampliar el abanico de opciones a construir, debe aprender a definirse más allá del diagnóstico, de la ausencia de la enfermedad y de la prolongación de la vida.

Es aquí donde el rol del *experto* implica otros niveles de responsabilidad. Debe propiciar condiciones de relación para que el sujeto visibilice el entramado que los determina. Debe percatarse de las relaciones que el sujeto establece con la cultura, la economía y la política antes de hacer interpretaciones aisladas sobre la manifestación aparentemente disfuncional del cuerpo (enfermedad). El discurso debe ofrecer la oportunidad a cada persona de pensarse como sujeto y hacer una construcción de su condición de ser sujeto situado.

En cuanto a la cultura, debe ser plenamente consciente de los recursos simbólicos que le otorga al cuerpo, a la estética y a la funcionalidad. Con ello deberá reconocer su condición histórica y contextual, por tanto es refutable y re-significable.

En cuanto a lo económico, implica el reconocimiento de cómo somos partícipes de un juego de libre mercado que se administra bajo el arbitraje de los consumidores. Ya que son los sujetos los que consumen materiales soportado en los imaginarios de la normalidad y un tipo de belleza determinado culturalmente.

El reconocimiento de la esfera política inmiscuida en la vida cotidiana es otra de las responsabilidades. De ella depende el ordenamiento social y en últimas posibilita las condiciones de vida. Ser consciente de ello ofrece por lo menos otro margen de maniobra en dicho ordenamiento social, especialmente en lo que concierne a la construcción de un concepto de sí mismo.

Será indispensable identificar qué sabe la persona de sí misma, otorgar elementos de autonomía y posibilidades reales de elección sobre la significación de su propia subjetividad. Desnaturalizar esquemas y mecanismos de poder, que Ignacio Martín-Baró define como desideologizar.

Algunas alternativas para ello es identificar que en el rol de experto, hablar de *obeso* o cualquier tipo de nominación, crea tipos de sujetos que condicionan su Ser a la presencia o ausencia de determinadas características. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser una forma de condena que limita la exploración y la auto-observación, necesarios en el camino de construcción del *ser sujeto* y por ende de otras formas de subjetividad.

Si bien el rol de *expertos* deberá cuestionarse a partir del rol social y político que juega (Rose en Molina y Col (2014), el discurso que emplean los expertos en este contexto de la

salud predominantemente biomédico debe dar la oportunidad de construir un significado a su condición de sujeto con ciertas características más allá del diagnóstico, del insumo y de la dieta.

El sujeto indiscutiblemente participa en la construcción de su subjetividad desde los elementos que recibe del entorno para definirse, pero tal como se dejó explícito en esta investigación, será necesario otorgar nuevos discursos sobre el cuerpo, el ser y la vida.

Se parte de la convicción en que el sujeto tiene amplias capacidades de resistencia, si se le comparten las herramientas adecuadas. La creatividad que le es propia lo puede llevar a otras formas de existir y ser en el contexto social desde nuevas formas de significación y de relación con el contexto.

La responsabilidad en calidad de expertos gira en torno a ofrecer elementos de autonomía y posibilidades reales de elección sobre la significación de su propia subjetividad. Con ello, el sujeto podría llegar a utilizar su creatividad y posibilidad de libertad, para definir y significar el cuerpo, la vida y su ser, más allá de la imposición Biopolítica de “vivir por vivir”.

Llevar al sujeto a través del discurso a visibilizar el entramado biopolítico que le pre-existe, le daría autoridad para edificar nuevos conceptos sobre la diversidad. Solo así podrá el sujeto des-estandarizar la normalidad.

Una forma de des-estandarizar es evidenciar los complejos mecanismos que acompañan las prácticas diagnósticas como formas de hacer funcionar un tipo de economía libre y arbitraria y la relación que tiene ello con las explicaciones que definen el cuerpo y la vida. El sujeto debe aprender que él o ella es más que una medida, es más que la impresión del experto sobre el cuerpo puesta en el diagnóstico.

Bajo la premisa de re-significación sobre la subjetividad, surge la posibilidad de transformarse. Para ello serán necesarias otras formas de relación con los recursos que da el contexto para definir y regularse.

El experto debe dar cabida a la discusión sobre la estructura que impone lineamientos al ser. El experto debe iniciar en la transformación de su rol y otorgar autonomía para los cambios en los significados. Si el discurso del experto tiene poder, es sugerente utilizarlo para estos fines.

En un ejercicio reflexivo en el que los resultados de la investigación fueron mezclándose en la prácticas como psicóloga social en el escenario del tratamiento con cirugía Bariátrica, se proponen algunas alternativas en la relación sujeto-experto.

Es necesario liberar la búsqueda de la normalidad corporal impuesta, ya que esta intención genera un sujeto/objeto de conocimiento y la experiencia de sí es utilizada para que el sujeto se regule y vigile. Las nuevas formas de relación deben apostarle a lo que se pretendía en las formas de reflexividad en la Antigüedad: “*el movimiento del alma, el autoconocimiento de la verdad, la inquietud de sí y el retorno al ser*”. (Foucault, 2002, p. 249).

En este sentido se propone que el rol del experto debe estar orientado a la búsqueda de un punto de equilibrio entre la relación del sujeto con su cuerpo: bienestar y funcionalidad con significados construidos más allá de la prolongación vital como obligación Biopolítica.

Si el experto se percata que ha asumido las veridicciones sobre la estética y la enfermedad, está en el reto de cuestionarlas. Si el experto manifiesta en sus prácticas que la salud es la ausencia de la enfermedad, está en la obligación de incluir en las relaciones discursivas hacia el sujeto, la posibilidad de significar la salud como un estado que incluye un sentido en construcción sobre la preservación del cuerpo y funcionalidad, sobre la prolongación de la existencia y las posibilidades de bienestar subjetivo.

El experto que se centra en recomendar insumos del mercado para lograr los estados de normalidad corporal y asocia ello con salud, y su labor procura la ausencia de enfermedad por medio de los insumos médicos-quirúrgicos, debe incluir nuevos dispositivos para re-significarlo. El reto está en imponer los recursos personales del sujeto y los insumos están subordinados a ellos. Se proponen los recursos tecnológicos, que están al servicio del sentido que el sujeto de a la vida.

La ilusión de un utópico estado de absoluto encapsulamiento donde solo tengan cabida las sensaciones, emociones y experiencias positivas, no puede seguir siendo el ideal de la salud. Los estados de malestar, incomodidad, frustración e insatisfacción hacen parte de las condiciones necesarias en la construcción de un sujeto capaz de significar la estética y la corporalidad desde dimensiones amplias. Se trata de un llamado a considerar la re

significación de la enfermedad y del valor a la vida, más allá de la mera obligación hueca de prolongación vital.

En el caso de las personas cuyo volumen corporal es juzgado como negativo, se aplican estas dos consideraciones. Explorar el malestar, la incomodidad, la insatisfacción que siente sobre el propio cuerpo, debe ser la experiencia orientadora de la resignificación y a partir de allí debe plantearse prácticas coherentes para la vida bajo el sentido que el sujeto le de. En esta lógica la cirugía Bariátrica toma un sentido diferente, porque se trasciende la relación “obeso-insumo del mercado”, y el insumo queda subordinado a los recursos personales que promueven una forma de vivir la vida diferente.

En conclusión se puede afirmar que ser *sujeto obeso* es el resultado de una construcción de subjetividad en condiciones del contexto. Sin embargo, lo que popularmente se entiende por *obesidad* es “real” material y discursivamente, pero con posibilidades de re-significación y este sería el nuevo reto investigativo a manera de intervención, donde se explore los efectos que podría tener cuando se cuestiona la vida, sus motivos, cuando se devela la forma como se ha construido un sentido estético, etc. Probablemente el resultado en la subjetividad sea diferente al hallado en el presente estudio.

Queda abierto un amplio abanico de posibilidades investigativas, que permitan descubrir formas en las que el sujeto pueda definirse más allá de los parámetros culturales de fealdad o enfermedad. El reto es abrir caminos para reconstruir esta veridicción sobre la “obesidad”. Involucrar al sujeto en la construcción del sí mismo con capacidad de hacer frente a esta responsabilidad, consiste en ampliar las posibilidades de participación constructiva de él o ella como sujeto, sobre lo que puede ser en la colectividad.

Las futuras investigaciones que surjan de este primer esfuerzo investigativo, deben trascender el fenómeno de la obesidad, y deben buscar los efectos en la construcción de subjetividad en otros fenómenos sociales llamados enfermedades.

Hay otros aspectos que implican otros niveles de responsabilidad y es la participación en la esfera política. Si la jurisdicción está al servicio de los sistemas económicos, entonces la acción política está en la obligación de dictaminar nuevas reglas al sistema. Las formas de

movilizar el capital no deberían ser destructivas para la subjetividad. Las condiciones para que las libertades del mercado no deben lacerar las posibilidades de un sujeto sano en el amplio sentido de la palabra.

Este recorrido investigativo permitió aprender que la denominación y especificación a la que alude sobre el sujeto, es una estrategia para poner a cuevas la carga individual de ser él o ella el problema. Si bien afecta el proceso de configuración de subjetividad es responsabilidad de los expertos minimizar estas implicaciones. Si lo que se pretende es “salvar” al sujeto de una condición que lo atrapa y lo limita, la forma adecuada no podrá ser condenando al mismo sujeto a una realidad de la cual no es productor primario.

Los resultados de esta investigación indican que a partir de la comprensión de la estructura social, es posible construir veridicciones alternativas que re-definen el problema y al sujeto sin lacerar a éste. Si se ofrecen las coordenadas adecuadas principalmente desde el discurso, si se des-estandariza lo que se ha construido como verdad natural, se evitaría que el sujeto llegue a una definición de sí mismo perturbada por no encajar en las exigencias del mundo “normal”.

Se necesitará estudios amplios para identificar minuciosamente las condiciones del contexto en el tiempo histórico y del sujeto situado, que llevan a que las veridicciones se instauren. Estudios que revelen las formas concretas en las que un discurso puede llegar a instituirse como verdad. Esto es porque la realidad sobre los fenómenos podrá ser modificada en la medida que se logra identificar dichas reglas del entramado sujeto-contexto.

Identificar los efectos sobre la subjetividad de cualquiera de las estrategias que se utilice para participar en problemáticas sociales, será indispensable para lograr verdaderas transformaciones. De lo contrario, lo que se haría es continuar siendo partícipes de un circo patrocinado por el gran beneficiado de las transacciones comerciales (el mercado), que distorsionan todas las genuinas prácticas que pretenden salvaguardar al sujeto de su decadencia.

6. REFERENCIAS

Arnáiz, M. G; Comelles, J. M; Bernal, M. (2007) No Comerás: Narrativas Sobre Comida, Cuerpo y Género en el Nuevo Milenio. Recuperado en http://books.google.com.co/books/about/No_Comer%C3%A1s.html?id=1D5A6I3fc98C&redir_esc=y

Cabruja, T. Revista Anthropos. Psicología social: una visión crítica e histórica. N. 177. 1998. p. 49-59.

Campás, A ; Sosa, J; Baum, M Himburg, ; Johnson, P & Petasne, M; (2012). Comprehensive Nutrition and Lifestyle Education Improves Weight Loss and Physical Activity in Hispanic Americans Following Gastric Bypass Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the academi of nutrition and dietetics* 112, 3: 382-390

Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault. Temas, concepto, autores*. Siglo XXI editores: Buenos Aires

Castro-Gómez, Santiago (2005). *La hybris del punto cero. Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Universidad Javeriana

Castrillón, A & Pulido, M. (2003). Biopolítica y Cuerpo: medicina, literatura y ética en la modernidad. *Revista Educación Pedagogía. vol xv N. 37 (p. 187-197)*

Cathelinea, J; Fysekidisb, M; . Bachnera, I Bihanc, H; Kassema, A; Dbouka, R; Bdeouia, N, Boschettoa, A; Cohend, R (2013). Five-year results of sleeve gastrectomy. *Journal of visceral surgery* (150). P. 307.312.

Crespo M & Ruiz, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en paciente obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universtitas Medicas*. 47, 2. 157- 76

Damasio, A (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Editorial Planeta: Bogotá.

Delgado, M; De Sanmamed, F; Ferreira da Silva, M; Mogollón, A; Vargas, I; Vázquez, M. (2011). *Técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Editorial Universidad del Valle: Santiago de Cali.

Eco, U. *Historia de la Fealdad*. Editorial Debolsillo: Barcelona

ENCUESTA DE SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA- ENSIN (2010) recuperado en <http://www.bogotamasactiva.gov.co/files/Resumen%20Ejecutivo%20ENSIN%202010.pdf>

Estadísticas sanitarias (2012) Organización Mundial de la Salud. Recuperado en [OMShttp://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)

Foucault, M (2002). *La hermenéutica del Sujeto*. Editorial: Fondo de Cultura económica: México

Foucault, M (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de las prisiones*. Editorial: Siglo XXI Editores: Buenos Aires

Foucault, M (2010). *El orden del Discurso*. Barcelona: Fábula TusQuets Editores

Foucault, M (2010). *Nacimiento de la Biopolítica*. Curso del College de France 1978-1979. primera edición, segunda reimpresión. Fondo de cultura económica: Buenos Aires

Goffman, E. (2009). *Presentación de la Persona en la Vida cotidiana*. Amorrurtor Editores: México D. F

Gómez, R. (2008). *La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia 1985-2001*. Facultad Nacional de Salud Pública. (Tesis de Doctorado, Universidad de Antioquia). Recuperado en guagiros.udea.co/fnsp/cvsp/investigaciones/tesis%20RDGomez.pdf

González, F (2002). *Sujeto y Subjetividad, una aproximación histórico cultural*. Thomson Editores: México D.F

Hermann, H y Cier, J (1967). *Tratado de Fisiología*. Tomo I. Barcelona: Ed Toray-Masson. S.A.

Hook, D (2007). *Foucault, psychology and the analytics of power*. Ed. Palgrave Macmillan: New-York.

IASO (2009-2010) Report from the International Association for the Study of Obesity IASO. Recuperado en http://www.iaso.org/site_media/uploads/IASO_Summary_Report_2009.pdf

Mikler, R; Guevara, C. (Editores) (2014). *Guía de Manejo en cirugía Bariátrica*. Distribuna Editorial Médica: Bogotá.

Moral, M (2008). Crítica de la visión dominante de la salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, (94), 85-104.

Molina, N; Martínez, S; Molina, V (2014). *Historia de los poderes de la libertad: conversación con Nikolas Rose*. Economía y Sociedad. (26) p. 139-151

Musella, M. Milone, M; Gaudio, D; Bianco, P; Palumbo, R; Bellini, M; Milone, F; Galloro, G. (2014). A decade of bariatric surgery. What have we learned? Outcome in 520 patients from a single institution. *International Journal of Surgery*. (Article in Press). P. 1-6

Powell, M Fernandez, A (2011) Surgical Treatment for Morbid Obesity: The Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *Surgery Clinic* 91 p. 1203–1224

Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis: Madrid.

Rose, N. (2007). *The politics of the life itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-first Century*. Princeton University Press: Princeton

Vázquez, C; de Cos, A; Calvo, C; Nomdedeu, C. (2011). *Obesidad. Manual teórico-práctico*. Ediciones Diaz de Santos: Madrid

Vázquez-Sixto F (1996). El Análisis de Contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial. (documento de trabajo). (pp. 47-70). Universidad Autónoma de Barcelona.

Vigarello, G (2011). *La metamorfosis de la grada. Historia de la obesidad. Desde la edad Media al siglo XX*. Ediciones Península: Barcelona

Zwintscher, N; Azarow, K; Horton, J; Newton, C; Martin, M. (2013) The increasing incidence of adolescent bariatric surgery. *Journal of Pediatric Surgery* (48) 2401–2407