

Saigg, Yamina Viviana

*Significados acerca de la obesidad en personas
obesas adultas*

Tesis de Licenciatura en Psicología
Facultad “Teresa de Ávila” - Paraná

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Saigg, Y. V. (2013). *Significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas* [en línea]. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/significados-obesidad-personas-adultas.pdf> [Fecha de consulta:]



UCA

Universidad Católica Argentina

Facultad "Teresa de Ávila"

Tesis de Licenciatura en Psicología.

“Significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas”.

Tesista: Saígg, Yamina Viviana.

Directora de Tesis: Ps. Bravo, Virginia.

Asesora Metodológica: Lic. Suárez, Mariana.

Año 2013.

Paraná, Entre Ríos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todo.

A mi familia, en especial a mi madre, por su apoyo y aliento.

A mi directora de Tesis, por su paciencia y comprensión.

A las personas que fueron entrevistadas: Mariana, Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo por su colaboración.

A los informantes clave: Dr. Carlos Cornejo, Sra. Patricia Demutto de Beccaría y Lic. Jorgelina Barrera, por su generosidad en compartir sus conocimientos y experiencias.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE.....	3
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO 1: Introducción.....	7
1.1. Formulación del problema.....	7
1.2. Objetivos.....	10
1.3. Supuesto de trabajo.....	11
1.4. Justificación de la Investigación.....	11
1.5. Límites del estudio.....	12
CAPÍTULO 2: Marco Teórico.....	13
2.1. Marco Teórico.....	13
2.2. Algunos aportes útiles para pensar e investigar los significados acerca de la obesidad.....	15
2.3. Datos para pensar la obesidad.....	33
2.4. Conceptos centrales de esta investigación.....	35
2.5. Estado del Arte.....	37
CAPÍTULO 3: Marco Metodológico.....	43
3.1. Tipo de Investigación.....	43
3.2. Metodología de abordaje.....	43
3.3. Universo de estudio y especificación de las muestras.....	45
3.4. Instrumento de recolección de datos.....	46
3.5. Aspectos éticos de la investigación.....	47
3.6. Técnica de análisis de la información.....	48
3.7. Procedimiento para el análisis de los datos.....	49

CAPÍTULO 4: Presentación del análisis de datos.....	51
4.1. Presentación del análisis de datos.....	51
4.1. a) Significados en relación al concepto de obesidad.....	51
4.1.b) Significados en relación a las causas de la obesidad.....	55
4.1.c) Significados en relación a las características de la persona obesa.....	71
4.1.d) Significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales.....	84
4.1.e) Significados en relación al tratamiento de la obesidad.....	92
4.1.f) Significados en relación al adelgazamiento.....	104
4.1.g) Significados en relación a lo saludable.....	116
4.1.h) Significados en relación a las dificultades y beneficios de la obesidad.....	121
4.1.i) Significados en relación a la investigación y prevención.....	124
REFLEXIONES FINALES.....	130
Limitaciones.....	149
Propuestas.....	150
BIBLIOGRAFÍA.....	153
ANEXO I.....	158
1. Guía de preguntas.....	158
2. Entrevistas.....	164
2.a) Entrevista n°1, Mariana.....	164
2.b) Entrevista n°2, Rosa.....	176
2.c) Entrevista n°3, Carina.....	206
2.d) Entrevista n°4, Ana.....	218
2.e) Entrevista n°5, Patricia.....	226
2.f) Entrevista n°6, Hugo.....	243
ANEXO II (digital).....	1
1. Unidad Hermenéutica de ATLAS.ti: Significados.acb.....	1

2. Códigos e indicadores de redes conceptuales.....	1
3. Ley N°26396. República Argentina.....	44
4. Ley N°9825. Provincia de Entre Ríos.....	50
5. Ordenanza Municipal N° 8785. Programas de prevención. Ciudad de Paraná, Entre Ríos.....	55
6. Ley N° 9703. Provincia de Entre Ríos.....	59
7. Ordenanza Municipal N° 8783. Indumentaria-Talles Especiales. Ciudad de Paraná, Entre Ríos.....	60
8. Entrevistas a Informantes Clave.....	Carpeta
8.a) Entrevista a Informante Clave: Lic. Barrera.....	Doc.Word
8.b) Entrevista a Informante Clave: Sra. Patricia Demutto de Beccaría.....	Doc.Word
8.c) Entrevista a Informante Clave: Dr. Carlos Cornejo.....	Doc.Word
9. Redes conceptuales.....	Doc.Word
9.1. Red 1: Significados en relación al concepto de obesidad.....	1
9.2. Red 2: Significados en relación a las causas de la obesidad.....	2
9.3. Red 3: Significados en relación a las características de la persona obesa.....	3
9.4. Red 4: Significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales.....	4
9.5. Red 5: Significados en relación al tratamiento de la obesidad.....	5
9.6. Red 6: Significados en relación al adelgazamiento.....	6
9.7. Red 7: Significados en relación a lo saludable.....	7
9.8. Red 8: Significados en relación a las dificultades y beneficios de la obesidad.....	8
9.9. Red 9: Significados en relación a la prevención e investigación.....	9

RESÚMEN

La presente Tesis de Licenciatura en Psicología, consiste en un estudio sobre los significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas.

Tomamos como concepto de obesidad el planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la describe *como un problema de salud pública de carácter mundial*. Con el término significados hacemos referencia al sentido que se le otorga a los hechos, a las experiencias, en esta investigación, a la obesidad; construido a través de la interacción de los seres humanos por medio del lenguaje. Consideramos en esta tesis como personas adultas a aquellas que están comprendidas por su franja etaria entre los 25 y 65 años.

Enmarcamos paradigmáticamente la investigación en el Construccionismo social, el Narrativismo y en los aportes de autores como Penn, Oks, Crispo, Figueroa y Guelar, Prochaska y DiClemente, Elka Harkaway y Madsen, entre otros.

Entrevistamos a seis personas que presentan obesidad, cinco mujeres y un hombre, de entre 25 a 65 años que habitan en la Ciudad de Paraná, Entre Ríos. Además, realizamos tres entrevistas a informantes clave: Dr. Carlos Cornejo, Sra. Patricia Demutto de Beccaría y Lic. Jorgelina Barrera.

Desarrollamos una metodología inductiva, cualitativa, exploratoria y con un diseño de campo. Trabajamos con el soporte metodológico de la Grounded Theory. Para el análisis de los relatos surgidos en las entrevistas, utilizamos el programa ATLAS.ti, que nos permitió construir códigos y categorías relacionados con nuestro objeto de investigación.

Hallamos que la obesidad es un tema complejo que concentra múltiples significados. Por ello, a partir de los datos, construimos nueve categorías de la investigación que contienen significados relacionados a: concepto de obesidad, causas de la obesidad, características de la persona obesa, mirada de los demás y relaciones interpersonales, tratamiento de la obesidad, adelgazamiento, lo saludable, dificultades y beneficios de la obesidad, prevención e investigación.

Finalmente, a partir del análisis de los relatos brindados por nuestros entrevistados, generamos un aporte teórico que pretende describir los significados que ellos le atribuyen a la obesidad; que intenta acercarnos a la manera de relatar su mundo y comprenderla.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Formulación del problema.

En esta tesis nos proponemos investigar los significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas.

Si bien este problema de salud no discrimina a las personas por su edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación o profesión, en esta investigación nos centraremos en adultos, considerándolos como la franja etaria comprendida entre los 25 a los 65 años.

En este estudio vamos a concebir a la obesidad como un problema de salud pública, siguiendo la definición de la OMS: *“La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado a la obesidad como un problema de salud pública de carácter mundial”* (Torrez Márquez, citado en Cantú Martínez y Moreno García, 2007).

Dado el aumento de personas con obesidad (y sobrepeso) en el mundo, la OMS (2011) la ha denominado como una “epidemia”.

Con anterioridad, la obesidad se presentaba con mayor prevalencia en sociedades desarrolladas o de ingresos altos; actualmente también es un problema de los países en vías de desarrollo e incluso de países pobres, donde el panorama es visto más negativamente ya que no se cuenta con los recursos económicos para afrontar sus consecuencias en la salud (incremento de enfermedades y mortalidad) y otras problemáticas (instalaciones destinadas a la atención de pacientes con obesidad en hospitales, espacios públicos que no cuentan con lugares para personas con sobrepeso, etc.).

Según la OMS, en 2008 había a nivel mundial:

- “Aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) con sobrepeso.
- Más de 300 millones de mujeres y unos 200 millones de hombres obesos.”

Además, según el Ministerio de Salud de la Nación, en 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

En Argentina, según la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2009 por el Ministerio de Salud de la Nación, aumentaron la obesidad y la inactividad física:

“...la inactividad física aumentó pasando de un 46,2 por ciento en 2005 a un 54,9 por ciento en 2009; además el 53,4 por ciento de la población tiene sobrepeso y obesidad, la que subió de 14,6 por ciento a 18 por ciento, sin cambios en la

prevalencia de sobrepeso que es de 35,4 por ciento” (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Un dato a tener en cuenta es que estas cifras fueron generalizadas para todo el país, entonces se dijo que el 53,4 por ciento de los argentinos tienen sobrepeso y obesidad, pero esta encuesta sólo relevó a 35.000 personas mayores de 18 años que viven en ciudades de más de 5000 habitantes; cuando el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 reveló que la Argentina tiene 40.091.359 habitantes.

También, debemos mencionar los efectos que puede tener la obesidad sobre la salud: enfermedades articulares (artritis, artrosis) en rodillas, columna, cadera, etcétera; hipertensión arterial (riesgo de accidente cerebro-vascular o derrame cerebral); agrandamiento del corazón e insuficiencia cardíaca; diabetes; trastornos circulatorios periféricos (circulación arterial y venosa deficiente, várices); alteraciones respiratorias (apnea del sueño, etcétera); deterioro de la función renal; deterioro de la función hepática; alteraciones digestivas (digestión lenta, constipación); deterioro orgánico general y envejecimiento prematuro; alteraciones de los ciclos menstruales y menopausia precoz; alteraciones de la vida sexual; alteraciones hormonales, infertilidad; trastornos emocionales (angustia, sentimiento de inferioridad, baja autoestima, depresión, desorden dismórfico corporal, aislamiento).

Consideramos que estos datos acerca del aumento del sobrepeso y de la obesidad, así como los posibles efectos que puede traer aparejados en la salud, llevan a la necesidad de estudiar más el tema para poder comprenderlo de manera integral.

En el caso de esta investigación, pretendemos enfocarnos en los significados acerca de la obesidad, desde el punto de vista de personas obesas adultas; ya que en la actualidad hay mucha información sobre la obesidad, pero hemos encontrado escasa bibliografía referida a qué significa la obesidad para las personas que la presentan; en algunos estudios se lo plantea como percepciones sobre la obesidad, y se refieren más a la percepción de la figura corporal (Roselló Araya, Guzman Padilla y Aráuz Hernández, 2006; Rodríguez Rodríguez, Aparicio, López Sobaler y Ortega, 2009), y en general suelen ser de connotación negativa (pasivo, inseguro, dependiente, etc.) (Jáuregui Lobera, Plasencia, Rivas Fernández, Rodríguez Marcos y Gutiérrez Ferrer, 2008). La mayoría de estos estudios fueron realizados en otros países, como España, México, Cuba, entre otros; y en algunos se sugiere la necesidad de continuar indagando estas maneras de ver a la obesidad.

Por otra parte, notamos cómo, en el lenguaje cotidiano, se cueban significados implícitamente al hablar de obesidad; así, por ejemplo, se suele describir a la obesidad como

un problema crónico (“el gordo es y va a ser gordo por el resto de su vida”, “adelgazar es el 10%, mantenerse es el 90%”, etcétera); también se la etiqueta como un problema de falta de voluntad con todas las connotaciones negativas que esto pueda implicar (“el gordo es gordo porque quiere”). En los medios de comunicación advertimos que el lenguaje con el cual se refieren a las personas obesas muchas veces está colmado de expresiones negativas; *“el estigma y la discriminación debidos al peso corporal son experiencias frecuentes para muchas personas obesas, y tienen serias consecuencias en su bienestar social y en su salud general”* (Obesity Action Coalition, n.d.). Son frecuentes los insultos y las acusaciones. En este sentido, Las personas con sobrepeso pueden ser objeto de burlas y discriminación.

Desde una perspectiva construccionista, todas estas maneras de nombrar a la obesidad, corresponden a un proceso social de atribución de significados.

En la vida cotidiana, vemos personas para las que el exceso de peso no parece ser un problema. Otras que bajan de peso lo necesario para mejorar su salud y se permiten vivir con unos kilos de más e igualmente disfrutar de sus vidas. También conocemos personas que luchan toda su vida contra el exceso de peso, “sufren” de dieta en dieta y si adelgazan luego tienen “recaídas”. Además; su calidad de vida puede verse perjudicada, presentando un constante temor a engordar, miedo a la comida y a las salidas (fiestas o ir a un restaurante, por ejemplo), exceso en actividades físicas produciéndose lesiones, restricciones y luego atracones, sentimiento permanentemente de ser discriminado, una autoestima muy fluctuante (muchas veces girando en torno a si adelgaza, si su peso se mantiene o aumenta), problemas familiares y laborales, etcétera.

Desde una perspectiva socioconstruccionista, los significados están íntimamente entrelazados con las acciones, esto nos lleva a pensar que si queremos comprender la complejidad del problema y de sus posibles abordajes terapéuticos, es importante que podamos adentrarnos en el mundo de significados de las personas que viven con este problema de salud. Entonces, consideramos que para el tratamiento de la obesidad es importante tener en cuenta la manera particular de entenderla que tienen los destinatarios de dicho tratamiento.

Para el construccionismo social, *“el problema reside en la descripción del problema”* (Sluzky, 1996, p. 145) y el significado que les damos a las cosas genera realidades, crea posibilidades y limitaciones. Teniendo en cuenta esta perspectiva, consideramos de relevancia investigar los significados acerca de la obesidad, desde el punto de vista de quienes

actualmente están atravesado el problema: ¿qué concepciones poseen sobre este problema de salud? Para estas personas ¿la obesidad tendrá los mismos significados?

Autores interesados en el cambio de conducta (Prochaska y DiClemente, n.d.) han demostrado la importancia que tiene la contemplación de un problema como estadio inicial del cambio de conducta. Se describe el cambio como un proceso, como el paso por una serie de etapas, se trata de una concepción procesual del cambio.

Para estos autores:

“Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe” (Tejero y Trujols, n.d., p. 3).

Entonces, vemos que la atribución de significados que un individuo hace de su problema como problema es el primer paso para poder cambiar, en este caso, es el primer paso para comprometerse en un tratamiento para la obesidad.

Otros autores (Elka Harkaway y Madsen, 1989) han expresado cómo las concepciones acerca de los problemas se relacionan con las dificultades de adherencia a los tratamientos y con los modos de cuidar la salud.

Desde la perspectiva en salud mental, estos modos de cuidar la salud tienen que ver con la posibilidad que posee la persona de generar cambios y transformaciones en el medio, en la realidad, en sí misma, en la propia situación, para vivir mejor; ser, como expresa Dora Fried Schnitman, un sujeto proactivo, generativo, promover transformaciones, afrontar activamente su realidad.

Entonces, en esta tesis partimos de considerar a la obesidad como un problema de salud, anclados en una concepción de salud mental, que va más allá de tener o no una enfermedad. Y nos preguntamos acerca de la concepción de quienes viven este problema para generar conocimiento científico sobre ello.

Por lo tanto, La pregunta central de esta investigación es: ¿qué significados le atribuyen a la obesidad personas obesas que viven en la ciudad de Paraná?

1. 2. Objetivos.

Objetivo general.

- Explorar significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas.

Objetivos específicos.

- Construir categorías de análisis del problema a partir de esos significados.
- Reflexionar acerca de dichos significados y su relación con las modalidades de cuidado de la salud en estas personas.

1. 3. Supuesto de trabajo.

Las personas con obesidad atribuyen significados diversos a su situación (como manera de entender su mundo).

1. 4. Justificación de la investigación.

Consideramos importante la realización de esta investigación para generar un espacio de comprensión con respecto a la temática de la obesidad, que intente abrir posibilidades en lugar de cerrarlas; así, nos parece imprescindible estudiar los significados que le atribuyen a la obesidad personas que actualmente están atravesando ese problema de salud, ya que “...*la gente vive, y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan*” (Anderson y Goolishian, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 46), es decir, los sistemas de significado; y éstos generan límites y posibilidades.

Pensamos que tener en cuenta estos significados, es fundamental para la realización de tratamientos, ya que, como dice William D. Lax:

“La terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes y sin imponerles una historia. El punto de partida es siempre el relato del cliente acerca de su comprensión del mundo, dentro del contexto de que él le cuenta algo al terapeuta como observador/participante. Nuestra historia no debe estar nunca por encima de la historia del cliente.” (Lax, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 99).

Planteamos que es el punto de partida para tratamientos (no sólo psicológicos), para lograr co-construir paciente y profesional significados acerca de la obesidad con los cuales trabajar. El no tener en cuenta esto, podría llevar al fracaso del tratamiento, ya que no se está hablando el mismo idioma, no se toma el mismo punto de partida.

Además, para la realización de investigaciones sobre la obesidad consideramos necesario saber acerca de estos significados; realizarlas apreciando lo que las personas con obesidad dicen sobre la obesidad, su perspectiva, su manera de relatar su mundo.

Estudios que han abordado de manera similar el tema, han terminado con una recopilación de adjetivos, muchas veces ya dados de antemano por el investigador (Jáuregui Lobera, Plasencia, Rivas Fernández, Rodríguez Marcos y Gutiérrez Ferrer, 2008); dichos trabajos fueron realizados en otros países, por lo que un estudio producido en Paraná sería interesante. Además, no encontramos investigaciones que aborden la temática desde el Construccinismo Social.

Además, a partir de la declaración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la obesidad como epidemia, de la Ley Nacional N° 26396 de Trastornos Alimentarios y de la Ley Provincial N° 9825 de Obesidad, la obesidad pasa a ser considerada un problema de salud pública, por lo que el sistema de salud debe estar preparado para ofrecer tratamientos integrales a personas que estén pasando por esta problemática; entonces, pensamos que es de relevancia realizar investigaciones sobre la obesidad, con el fin de generar conocimiento acerca de la temática, lograr capacitación en los profesionales y arribar a una mayor comprensión en general.

1. 5. Límites del estudio.

La presente investigación intenta explorar los significados que las personas obesas adultas atribuyen a la obesidad.

Según la metodología utilizada, Grounded Theory, se trabaja con muestras reducidas con el objetivo de explorar en profundidad el mundo de significados de los sujetos entrevistados, por ello, los resultados del presente trabajo describen la realidad propia de esa población, y para generalizarse dichos resultados deben complementarse estos hallazgos con estudios cuantitativos.

Además, como en esta metodología una categoría lleva al surgimiento de otra categoría, encontramos al profundizar una multiplicidad de categorías: concepto de obesidad, causas de la obesidad, características de la persona obesa, mirada de los demás y relaciones interpersonales, tratamiento de la obesidad, adelgazamiento, lo saludable, dificultades y beneficios de la obesidad, prevención e investigación. Esto conlleva a que sea dificultoso sintetizar brevemente los hallazgos, debido a que en las investigaciones en las que se profundiza en los significados, el investigador va construyendo sentidos y deslizándose continuamente de un significado al otro. Seguramente, cada una de estas categorías en sí mismas podrían ser objeto de futuras investigaciones; en este sentido, nuestro aporte consistió en explicitar y describir las categorías emergentes en esta problemática.

2.1. Marco Teórico.

La presente investigación se encuentra enmarcada en la Teoría Sistémica, en particular el Construccinismo Social y el Narrativismo, ya que nuestro objeto de estudio son los significados que las personas obesas adultas le atribuyen a la obesidad, cuestión a la que arribamos a partir de las narrativas expresadas por ellas.

Para el Construccinismo Social, la realidad se construye socialmente a través del lenguaje, del diálogo. Desde aquí se “... *define a la realidad como acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones. La realidad que vive cada persona se basa así en acuerdos, en consenso.*” (Sluzki, 1996, p. 145). Notamos que, desde esta perspectiva, en las conversaciones surgen y se solucionan los problemas, de modo que, como expresó Sluzki (1996), el problema reside en la descripción del problema. Así, el foco ya no está puesto en el individuo o la familia, sino en la narrativa, en la conversación, lugar donde surgen los significados.

Según Hoffman (1996):

“Los teóricos de la construcción social (...) creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los construccionistas, evoluciona en el espacio entre personas, en el ámbito del <<mundo común y corriente>>. Y es solo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.” (Hoffman, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 26).

Anderson y Goolishian (1996) afirman que:

“... la gente vive, y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humanos.” (Anderson y Goolishian, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 46).

Entendemos que dichas realidades narrativas son los sistemas de significado; y que el significado que le otorgamos a las cosas genera realidades, crea posibilidades y limitaciones; entonces, la comunicación es consecencial, genera consecuencias (limitaciones y posibilidades).

Siguiendo con lo expuesto por Anderson y Goolishian (1996), la postura narrativa se apoya en ciertas premisas: la primera consiste en que los sistemas humanos son generadores

de lenguaje y de significado, son sistemas lingüísticos y sus participantes son los que mejor pueden describirlos y no los observadores externos y “objetivos”; el sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos. La segunda plantea que el significado y la comprensión se construyen socialmente, y que no accedemos a ellos sin acción comunicativa, sin un compromiso en un diálogo generador de significado; en el sistema terapéutico la comunicación posee relevancia específica para su intercambio dialogal. La tercera expresa que en terapia todo sistema se consolida dialogalmente entorno a cierto problema; dicho problema se construye en la consulta o terapia, allí se atribuyen significados y surgen narrativas que permitan soluciones; el sistema terapéutico es un sistema organizador del problema y de disolución del problema. La cuarta refiere que la terapia es un hecho lingüístico que ocurre dentro de una “conversación terapéutica” en la que nuevos significados se desarrollan para lograr la “di-solución” del problema y, por lo tanto, la disolución del sistema terapéutico. La quinta expresa que el papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, cuya pericia se manifiesta en la creación de un espacio que facilite el diálogo; el terapeuta es un participante observador y facilitador de la conversación terapéutica. La sexta afirma que el terapeuta ejercita ese arte de la conversación terapéutica por medio de preguntas conversacionales o terapéuticas; estas preguntas se realizan desde una posición de ignorancia y no exigiendo respuestas específicas. La séptima manifiesta que los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. La octava expone que el cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración que re-relate o re-relacione los hechos en el contexto de un significado nuevo y diferente.

El Construccinismo Social, según Sluzki (1996), “... *define a la realidad como acuerdos narrativos co-organizados en conversaciones. La realidad que vive cada persona se basa así en acuerdos, en consenso.*” (Sluzki, 1996, p. 145).

Epston, White y Murray (1996) definen a la narración como “...*una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida.*” (Epston, White y Murray, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 122); siguiendo con lo expresado por estos autores, los relatos determinan el significado que damos a la experiencia, los aspectos de la experiencia que se expresarán, la forma de expresión y efectos y orientaciones en nuestras vidas y en nuestras relaciones.

Las narrativas según Fried Schnitman (n.d.):

“... *organizan el flujo de experiencia en relatos coherentes que adjudican una secuencia a los eventos del vivir de acuerdo a un punto de vista ordenador que puede abrir o cerrar opciones y posibilidades para los participantes. Ocupan, por lo tanto,*

un lugar central en la manera en que las personas historian sus vidas, construyen sentido, incorporan, expresan y transforman los motivos e intenciones de sus actos, relaciones y realidades.” (Fried Schnitman, n.d., p. 345).

Siguiendo con la misma autora, en el diálogo se enlazan las narrativas a las de otros y así se forman las visiones y versiones; además, algunos diálogos permiten transformar o construir narrativas alternativas, construir nuevas historias que abren opciones y posibilidades que otras bloquean.

Para Sluzki (1996), una narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (incluyendo conversaciones y acciones) y contextos (incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores (y viceversa), etcétera. A su vez, este conjunto actores-guión-contexto y trama, posee corolarios o consecuencias morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos), corolarios interpersonales (con quién la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen (reafirman) la historia y forman, por lo tanto, parte del sistema “narrativa”.

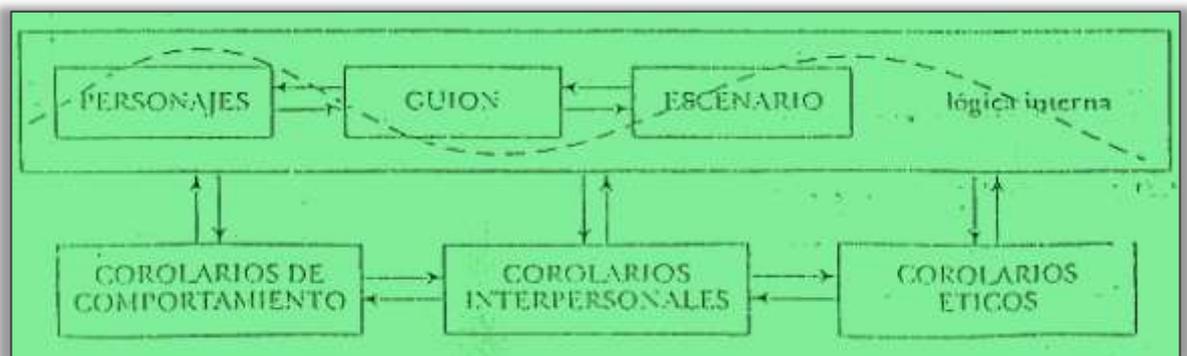


Figura 1: Representación del sistema narrativa (Sluzki, 1996, p. 147).

2. 2. Algunos aportes teóricos útiles para pensar e investigar los significados acerca de la obesidad.

Lo planteado por Coelho de Amorim y Goncalves Cavalcante (1996) en relación a su trabajo con personas con discapacidad, puede sernos útil para pensar el tema de la obesidad. Ellos hablan de la existencia de un “lenguaje incapacitador” que usa gran parte de la sociedad,

al manejar pautas de comportamiento inusuales o no normativas; expresan que muchas de las categorías de diagnóstico empleadas en el campo de la salud mental, implican “jerarquías implícitas” que poseen el efecto de “disminuir” a las personas, reduciéndolas a una etiqueta. Según estos autores, dichas etiquetas:

“Como señala Gergen, (...) <<establecen la naturaleza esencial de la persona descrita>>, por la que entendemos a la persona en el mundo. Nos preocupa mucho la amplitud de los efectos del vocabulario de déficit y la perpetuación de los problemas que intenta describir.”

Y continúan exponiendo que:

“...una de las principales causas de la segregación y el aislamiento que experimenta este sector de la sociedad es que siempre se percibió a estos individuos como <<peligrosos>>, <<enfermos>>, <<cargas para la sociedad>>, <<amenazantes>>, <<sexualmente incontrolables>>. Otra de nuestras preocupaciones es identificar el proceso por el que el <<lenguaje incapacitador>> y sus <<efectos peyorativos>> son aplicados no sólo por quienes interactúan con las personas discapacitadas sino también por éstas mismas; y una vez identificado, intervenir en él.” (Coelho de Amorim y Goncalves Cavalcante, 1996, en Mc Namee y Gergen, p. 185).

Dichos autores expresan que estas personas han heredado etiquetas de discapacidad construidas socialmente, y que necesitan desconstruirlas y reconstruir nuevas identidades basadas en su propia experiencia; que deben desligarse de las “construcciones incapacitadoras” e indagar lo que son y no son capaces de hacer con sus vidas.

Según Galay, Oks y Zeitune (1996), refiriéndose a pacientes con enfermedades crónicas, la enfermedad es un aspecto de la identidad de la persona, pero lo importante es que no sea el único. Y consideran que definirse como enfermo es encerrarse y limitar posibilidades.

Hudson O’Hanlon (1996), expresa que:

“La mayoría de los terapeutas sostienen con sus clientes conversaciones que conducen a la idea de que éstos padecen cierto trastorno patológico, psicológico, emocional, neurológico o bioquímico. Concentrarse tanto en lo malo suele tener un efecto desalentador. La gente tiende a sentirse enferma y deteriorada. Y así, muchas veces las personas olvidan los recursos, las posibilidades y las destrezas que poseen (...) La tarea del terapeuta, entonces, consiste en crear un contexto dentro del cual los clientes tengan acceso a sus recursos y su competencia.” (Hudson O’Hanlon, en Mc Namee y Gergen, 1996, p. 166).

Oks (2001), dentro del abordaje de la enfermedad crónica, habla de trabajar sobre los recursos, es decir, sobre aquello que el paciente y su red tienen y pueden. La autora plantea que lo primero que debemos hacer es reconocerlos y definirlos, lo que permite rescatar las

habilidades y/o fortalezas, y trabajar alrededor de lo que saben o sienten que pueden hacer; así, podrán repartir los recursos, es decir, distribuir las cargas. La misma autora expresa en cuanto a las narrativas:

“A partir de historias que se repiten o se cambian podremos contextualizar los recursos. Si tomamos la historia que el paciente trae, en general llega sintiendo que no tiene recursos porque su situación es crónica e insoluble. Contextualizar es redefinir lo que el paciente ve como imposible, buscando alternativas” (Oks, 2001, p. 10).

Otro aporte teórico es el de Crispo, Figueroa y Guelar (1994), con su trabajo “Trastornos del comer”, donde incluyen a la obesidad; plantean que mucha gente busca un objetivo que por cómo está definido, se vuelve inalcanzable (como por ejemplo, pretender hacer una dieta sin salirse nunca); y mencionan que cuando se hace terapia, aceptar esos objetivos llevaría al fracaso. Estos autores expresan que:

“creemos que en la definición misma del problema y/o de los objetivos radica la posibilidad o imposibilidad de resolverlos o alcanzarlos. (...) En rigor, nuestro primer objetivo es transformar un objetivo culturalmente definido en un problema trabajable. Redefinir el problema de modo tal que el objetivo buscado se vuelva alcanzable, abre el campo para nuestra intervención” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 17).

Luego definen el concepto de “problema” desde el punto de vista de la tarea del terapeuta:

“Una situación indeseable y persistente en el tiempo, la que alguien intenta aplicar soluciones que no resultan y para la que ese alguien considera que es necesaria la intervención de un experto” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 36).

Estos autores continúan desmenuzando esa definición:

- a) *Una situación indeseable:* para que una determinada situación se constituya en problema, alguien la debe definir como indeseable. Quien define lo que es deseable o indeseable es el consultante, no el consultor.
- b) *Persistente en el tiempo:* un hecho indeseable que se ha dado solo una vez (sin repetirse), no constituye un problema; su repetición le da ese carácter.
- c) *Alguien intenta aplicar soluciones que no resultan:* ese alguien ha realizado intentos de solución pero no han sido exitosos, por ello llega a la consulta. Aquí, los autores exponen dos circunstancias en las que se da la “situación indeseable y persistente”, pero nadie hace ningún intento por solucionarla: 1) los casos en los que nadie considera que se puede hacer algo; a esto lo llaman “infortunio”, y tratar de modificar lo inmodificable puede ocasionar problemas; 2) los casos en los que los portadores del

problema no conocen la disponibilidad de soluciones exitosas aplicadas en casos similares. Si no conocen otras posibles soluciones, no intentan consultar. Expresan los autores que, una buena prevención podría hacer conocer los recursos disponibles (las formas de abordaje con que se cuenta).

- d) *Para la que se considera necesaria la intervención de un experto:* allí donde no se considere necesaria la intervención de un consultor, no hay problema en el que el terapeuta pueda intervenir. Según estos autores:

“Muchos fracasos terapéuticos tienen que ver con una intervención apresurada del terapeuta antes de averiguar si el cliente consideraba que el terapeuta era alguien calificado para ofrecer ayuda” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 37).

Siguiendo con lo expuesto por los autores antes mencionados, existe una íntima vinculación entre los marcos cognitivos que organizan una conducta y los intentos de solución que la perpetúan; es decir, lo que uno cree de las cosas se refleja en la manera en que uno actúa. Entonces, explican ellos, se vuelve indispensable tomar en cuenta el marco cognitivo de la gente para apoyar la intervención del terapeuta en él y no realizar sugerencias que vayan a ser rechazadas por los clientes. Expresan:

“El respeto del punto de vista del paciente es una herramienta fundamental para asegurar el logro del cambio (...) Creemos que con lo único que contamos es con puntos de vista o versiones de la realidad. Algunos contribuyen a mantener el estado de las cosas que producen sufrimientos: otros permiten el cambio. Lo que el terapeuta le dice al paciente acerca de lo que él piensa que está pasando es una redefinición (en el sentido de una nueva definición) de las cosas respecto a cómo el paciente las veía, en absoluto pretende ser la verdadera definición de cómo las cosas son” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 41).

Específicamente con respecto a la obesidad, Crispo, Figueroa y Guelar (1994) expresan que:

- Ha sido descripta como uno de los problemas más frustrantes de tratar.
- Es frecuente que la gente que consulta por sobrepeso tenga una actitud tipo “todo o nada” con respecto al manejo de su problema. Extremismo: se controlan en cada ingesta, miden calorías, realizan la cantidad exacta de ejercicio prescrita; pero ante el menor desvío, sucumben bajo la idea de que han fracasado, refuerzan la presunción de que son incurables, se autocondenan moralmente, bajan los brazos y tienen la sensación de que son incapaces de sostener una dieta y que no vale la pena intentar nada. Entonces queda comer, incluso más, y se recupera el peso y aún más.

- Es común que se considere a estos pacientes como “enfermos” de obesidad, definida como “crónica”, *“a tal punto que los pacientes que consiguen bajar de peso no se consideran curados sino obesos recuperados”* (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 111). Según estos autores, el paciente definido como crónico tiene que mantener una actitud vigilante con respecto a sus ingestas, para lo que se le sugiere que siga dentro de los grupos de autoayuda, ir a correr juntos, etcétera. Expresan que, el tema central sigue siendo la comida. *“Los ocasionales aumentos o disminuciones de peso resultan cambios aparentes dentro de una misma situación que permanece idéntica: el combate contra la balanza”* (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 112).

Estos autores plantean:

“la necesidad de redefinir el problema y los objetivos que el paciente trae, de modo que se vuelvan trabajables, ya que en la formulación misma de la queja del paciente muchas veces reside la imposibilidad de su resolución” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 141).

Luego exponen que:

“Al redefinir en general se busca que el síntoma sea visualizado como algo que la persona <<hace>>, no que <<le pasa>> o que es consecuencia inevitable de situaciones ajenas a su persona. Corrige una realidad en que la gente se siente más reaccionando que actuando” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 147).

Además, estos autores expresan que el trabajo del terapeuta con el paciente, consiste en *“jugar con <<las realidades>> que aparecen para encontrar-construir nuevas opciones”* (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 149).

Finalmente, con respecto a la decisión libre del paciente explican:

“Parece fácil decir <<es su decisión, cada uno maneja sus tiempos para cambiar, aun cuando los que se pasan sean irrecuperables, pero estar bien es una opción que nadie puede hacer por usted>>... pero es también muy duro para el terapeuta aceptar esta decisión libre del paciente, de quedarse allí” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 149).

Con el fin de comprender mejor nuestro objeto de estudio, también podemos considerar lo expuesto por Elka Harkaway y Madsen (1989) en su enfoque sistémico acerca del “no-cumplimiento médico” en el caso de la obesidad crónica.

Con no-cumplimiento médico se refieren a las formas en que pueden desarrollarse dificultades en el tratamiento médico, a nivel de significado (creencias divergentes) o a nivel de acción (secuencias interaccionales), en el contexto de la interacción entre el sistema familiar y el sistema del tratamiento profesional.

Según estos autores, las dificultades en el tratamiento son generalmente atribuidas al no-cumplimiento por parte de los pacientes, y que éstos han sido culpados y considerados como no-motivados, faltos de voluntad, autodestructivos o con “personalidades no cooperativas”. Agregan que los intentos por identificar las características individuales de los pacientes que contribuyen al no-cumplimiento, no han tenido mucho éxito; y que las características demográficas y las características de personalidad en sí, no están relacionadas con el cumplimiento. Plantean, entonces, el surgimiento de una brecha entre pacientes y profesionales cuando el tratamiento se torna problemático.

Estos autores examinan el no-cumplimiento en el contexto del sistema tratamiento/familia, el cual incluye al paciente, su familia, los profesionales de la salud y su contexto, en una relación mutuamente influyente. De este modo, intentan demostrar que el no-cumplimiento ya no es sólo cuestión del paciente o del sistema familiar, sino parte integral de la relación entre paciente, familia (sistema familiar: paciente y su red de otros significativos) y profesional de la salud (profesional de la salud y su contexto institucional); éste último debe ser considerado como parte de un sistema más amplio que cuida la salud, por lo que los autores utilizan el término “tratamiento problemático” en lugar de “no-cumplimiento”, para sugerir que las dificultades en el tratamiento ocurren en el contexto de interacción y no como características existentes en el paciente o en la familia o en el profesional.

Cada sistema, explican, se acerca a la interacción con creencias pre-existentes e interacciones anteriores con otros profesionales u otras familias; afirman que las dificultades en el tratamiento pueden surgir de la interacción entre creencias no reconocidas y divergentes (nivel de significado), o de la interacción de secuencias comportamentales (nivel de acción). Para estos autores, estos niveles están entrelazados de manera recursiva; de modo que las creencias enmarcan y dan significado a las interacciones; y estas últimas invitan a la confirmación o modificación de las creencias.

En cuanto a las creencias, afirman los autores que, todas las partes del sistema tratamiento/familia las poseen y éstas influyen en las relaciones y en el resultado y proceso del tratamiento. Y explican que estas creencias son moldeadas por la cultura (obesidad es por glotonería), por una etnicidad (alimentar como medida de amor), por la historia familiar e individual, mitos específicos multigeneracionales (mi sobrina perdió peso y enfermó gravemente), por los mitos en los grupos profesionales (la dieta es el tratamiento de preferencia para la obesidad) y por la historia de interacciones anteriores con otros pacientes u otros profesionales (los médicos nunca me creen).

Entonces, Elka Harkaway y Madsen proponen comprender y respetar las creencias familiares que afectan el involucramiento con el tratamiento, y cuestionar las propias creencias y evaluar su impacto sobre el tratamiento; y examinar la relación entre las creencias de las diferentes partes del sistema.

Identifican cuatro áreas en que las creencias afectan al tratamiento: 1) creencias acerca del problema; 2) creencias sobre el tratamiento del problema; 3) creencias acerca del rol del profesional; 4) creencias en cuanto al rol de la familia. A continuación sintetizaremos lo expuesto por estos autores en cuanto a estas cuatro áreas, sin agregar apreciaciones personales.

Con respecto a las primeras, *creencias acerca del problema*, corresponden a la *definición del problema*. Los profesionales, por ejemplo, suelen ver a la obesidad como condición patológica y no se tiene en cuenta si las familias consideran esa condición como problema; si las familias no lo consideran así, las conjeturas profesionales entrarán en conflicto con las del sistema familiar. Además, cada miembro de la familia puede tener una creencia diferente acerca del problema; esto es rara vez tenido en cuenta por los profesionales que sólo ven pacientes individuales. También el modo en que cada miembro del sistema ve la *etiología* influye en cómo tratan de manejar el problema y qué expectativas poseen respecto a los resultados del tratamiento. Las creencias acerca de la volición se relacionan con las creencias acerca de la etiología; así, que los miembros del sistema crean que el manejo del problema está bajo control total del paciente o no, puede convertirse en un área de conflicto dentro del sistema familiar y entre paciente y profesional. Finalmente, puede haber *significados idiosincráticos y especiales* dentro del sistema; para muchas familias con integrantes obesos, el sobrepeso indica calidad de miembro y de lealtad hacia la familia.

Con respecto a las segundas, *creencias acerca de la efectividad del tratamiento*, están influenciadas por experiencias previas del paciente, sus otros significativos y el profesional. Muchos fracasos en la historia de tratamientos, disminuyen la confianza en la eficacia del tratamiento. La mayoría de los pacientes con obesidad crónica, han experimentado el tratamiento como inútil, pero siempre vuelven al tratamiento; en parte porque continúan creyendo que el tratamiento es efectivo, y en parte porque creen que “la próxima vez” encontrarán la dieta perfecta, el profesional justo o el tiempo adecuado para hacerlo. Esta ilusión crea esperanzas, pero éstas pueden impedir el cambio, porque si hay esperanzas en que el próximo intento será el correcto, no se necesita hacer nada diferente ahora. La pregunta de qué constituye un *tratamiento adecuado*, a menudo pasa inadvertida; por ejemplo, el

tratamiento adecuado es la dieta; investigaciones han puesto en tela de juicio esa creencia, pero si es mantenida, el fracaso del tratamiento se atribuye a alguna falla en el paciente, más que en el tratamiento. También pueden existir diferencias entre las creencias de los miembros del sistema paciente/tratamiento, acerca del tratamiento adecuado, éstas entran en conflicto y cada uno puede entrar en lucha por convencer al otro.

En cuanto a las terceras, *creencias acerca del rol del profesional de la salud*, tanto el paciente y los profesionales de la salud poseen un modelo de relación y roles apropiados, si éstos presentan incoherencias se puede llegar a conflicto y luchas por el poder ya que cada uno intenta obtener el cumplimiento del otro en términos de sus expectativas. Aquí, destacan las creencias acerca de la autoridad médica y la responsabilidad por el tratamiento y su resultado. Las creencias sobre la *autoridad médica*, a menudo, se relacionan con actitudes étnicas o familiares hacia el rol del profesional. Las actitudes de las familias van desde los que rechazan automáticamente la autoridad de los profesionales, hasta aquellos que la respetan y aceptan sin dudar; para muchas familias estas creencias fueron determinadas también por experiencias previas con profesionales. Simultáneamente los individuos o familias pueden presentar actitudes de respeto y desconfianza, lo que lleva a confusión y frustración en el médico; además, puede generar una situación de “pseudo-cumplimiento” en el que el paciente se compromete explícitamente con el tratamiento de un modo sumiso, pero no es capaz de seguir el consejo profesional hasta el fin. Explican los autores que esta situación ocurre con más probabilidad si el profesional cree que debe mantener siempre una posición de autoridad y no explora las creencias y la historia de la familia. En cuanto a las creencias respecto a la *responsabilidad del profesional en el tratamiento y su resultado*, la creencia de que el profesional es el responsable de los resultados del tratamiento lleva, con frecuencia, a que él invierta más que el paciente en el tratamiento y su resultado. Para estos autores, la responsabilidad por el diagnóstico y el suministro de información y tratamiento, se deben distinguir de la responsabilidad por el resultado. Trabajar en colaboración con el sistema del paciente en términos de cambios en el estilo de vida en vez de realizar intervenciones médicas directas, representa un cambio en el rol de los profesionales que pasan a ser consultores en lugar de cuidadores.

Con respecto a las cuartas, las *creencias ligadas a la responsabilidad de la familia en el problema*, los profesionales pueden ver a la familia como la única causa del problema y tratar de rescatar al paciente o también, en el otro extremo, pueden tener dificultades con el tratamiento si creen que la familia no está involucrada con el problema. En los problemas

médicos crónicos, la familia está involucrada, ya que esos problemas repercuten en el estilo de vida de los otros miembros; por lo que ignorar el rol de la familia puede llevar a la frustración y al fracaso del tratamiento. Las familias también tienen creencias sobre su responsabilidad en el problema, desde creer que el problema es su culpa, también ver el problema como una manipulación, hasta creer que no están involucrados para nada en el problema. Las familias poseen creencias acerca del *rol de la familia en el cuidado y tratamiento del problema*. Algunas familias pueden creer que ellas deben manejar la situación y no un extraño; otras, pueden sentirse desprovistas de poder y creer que deberían confiar el cuidado de sus niños (aquí hacen referencia a niños los autores) a las manos de un experto que se encargará de él. Estas dos situaciones antes mencionadas, pueden llevar a luchas entre el profesional y las familias.

Los autores enfatizan que no es el contenido de algunas creencias de los diferentes miembros del sistema tratamiento/familia el que provoca dificultades en el tratamiento, sino la forma en que interactúan estas creencias. Continúan explicando que, es más probable que las dificultades en el tratamiento que surgen de las creencias divergentes ocurran cuando esas diferencias son ignoradas, minimizadas o negadas; y así, las secuencias interaccionales resultantes se tornan más complejas.

Elka Harkaway y Madsen, también plantean que las interacciones paciente-médico, además de por las creencias, están influenciadas por secuencias interaccionales que ocurrieron tanto dentro del sistema familiar y el sistema tratamiento, como entre familia y profesionales en el pasado. Destacan dos secuencias del “inter-sistema”: 1) la historia familiar previa de interacciones con otros profesionales y también la historia profesional de interacción con otras familias, y 2) la naturaleza del proceso de derivación y la iniciación del tratamiento. A continuación las sintetizaremos, tomando solo lo que exponen estos autores, sin agregar apreciaciones personales.

En cuanto a las *secuencias inter-sistémicas previas*, la relación actual entre familias y profesionales está influenciada por las interacciones anteriores de la familia con otros profesionales; los autores hablan de “incidentes críticos”, que pueden ser negativos o positivos. Las lecciones sacadas de esos incidentes son codificadas como creencias concernientes a profesionales. El conocimiento de incidentes críticos, genera la oportunidad de evitar la perpetuación inconsciente de tales creencias y el profesional puede tratar de desarrollar una forma diferente de relación. También, muchos profesionales han tenido

interacciones previas con pacientes y familias, de las cuales surgen patrones que influyen sobre los puntos de vista particulares de los siguientes pacientes o familias.

En relación a la *naturaleza del proceso de derivación*, muchos pacientes acuden al tratamiento porque otro (sea miembro familiar o un profesional) definió la condición como problema. Y aquí, el paciente o la familia derivada puede tener creencias muy diferentes respecto del problema y del tratamiento que quien hizo la derivación. Así, los autores remarcan la importancia de comprender el proceso de derivación y las creencias de la familia acerca del problema y del tratamiento; ya que, de lo contrario, se puede llegar a una alianza con el derivador en contra de la familia. No se debe dar por sentado que la presencia del paciente o la familia en el consultorio constituye un pedido de tratamiento, ni tampoco suponer que consideran la situación como problema sólo porque los profesionales lo creen así. Para los autores, sería un error intervenir prematuramente con el paciente derivado hasta saber que el paciente y su sistema están solicitando un cambio; ya que se puede iniciar una lucha con familias que tal vez respeten la autoridad como para acudir al tratamiento, pero sin estar convencidos del tratamiento mismo. Cuando el tratamiento es propuesto por alguien externo del sistema del paciente, es importante comprender la reacción de este último. Examinando la respuesta familiar a la derivación y las secuencias interaccionales surgidas entre familia y derivador, es posible anticipar las dificultades potenciales en el tratamiento y tratar de comprender a la familia de modo más constructivo.

Los autores también hacen referencia a las *secuencias intra-sistemas*; expresan que cuando el tratamiento es propuesto por alguien dentro del sistema del paciente, es importante comprender la situación que antecede esa decisión. La obesidad, explican, es un problema de larga duración que rara vez presenta una condición aguda; entonces afirman que, una de las preguntas que debe formularse el profesional es ¿por qué ahora?, ya que el momento del pedido puede deberse a otros aspectos de la vida familiar que puede haber alcanzado un punto crítico justo antes de solicitar un tratamiento. Estos eventos precipitantes, continúan explicando, pueden a menudo ser identificados dentro de las secuencias interaccionales que ocurren en la familia y que preceden a la solicitud, e influyen sobre la forma en que funciona el sistema tratamiento/familia y afectan el resultado del tratamiento.

Otro aporte interesante es el que realiza Penn (2001); la autora considera a la enfermedad crónica como una experiencia traumática desde el punto de vista relacional, no sólo para la persona enferma, sino para otros miembros de la familia. Habla de “trauma relacional”, ya que el trauma repercute en los integrantes del sistema más amplio.

Para ella, este trauma emerge ante la imposibilidad de hablar sobre la enfermedad; la condición de hacer silencio resulta traumática para las relaciones que afecta. Penn destaca que las personas queridas del enfermo también experimentan estrés y en algunos casos desarrollan síntomas físicos por esa imposibilidad de hablar (sienten, como el enfermo, angustia, temor ante el futuro, insomnio, etcétera).

Para la autora, existe un hecho traumático que no fue procesado, que no se abrió camino hasta el lenguaje, y que terminó siendo si no la causa de la enfermedad, al menos un factor influyente.

Siguiendo con lo expuesto por Penn, en cuanto al *dilema social de la enfermedad*, no importa cuál sea el grado de vergüenza que sienta un individuo, cuando está enfermo la sociedad le hace tener mayor vergüenza aún. Según asevera esta autora, frecuentemente se halla la premisa de que la enfermedad evidencia que tenemos alguna falla; y que por ello, es comprensible que para quienes padecen una enfermedad la solución del dilema sea envolver su vida emocional en el silencio, no hablar del asunto, ser estoicos y arreglárselas solos; también como una manera de proteger a los otros. Con respecto a consultantes que se sentían aislados pero tenían miedo de hablar, Penn expresa: *“Tengo miedo de que si no te digo cómo estoy, poco a poco me iré apartando de ti y abandonándote; pero si te lo digo, tú poco a poco te apartarás de mí y me abandonarás”* (Penn, 2001, p. 41).

La autora también habla de voces internas, cuyo fortalecimiento y empleo es importante porque ellas pueden modificar cuestiones de identidad que las personas enfermas deben resolver. Según Frank (1995):

“las voces internas de una persona enferma tienden a organizarse en torno de cuestiones referidas a la identidad que se asemejan a estas:

1) Ya no puedo ser el/la que fui antes.

2) ¿Sé quien soy ahora?

3) ¿Cómo me abro camino hasta mi próxima identidad viable?” (Frank, 1995, citado en Penn, 2001, p. 44).

Penn continúa explicando que esas voces se ocupan de las charlas repetitivas que uno tiene consigo mismo, cuyo tema es la identidad. Las voces representan la tentativa del enfermo por aclararse quién es a la luz de su enfermedad y qué cambios debe hacer (¿tiene que aceptar su enfermedad?, ¿cómo hará duelo por aquel otro que fue antes que la enfermedad cambiara su vida?, ¿de qué manera estas cuestiones de identidad afectan su relación con los demás?). Según Penn, a través de estas preguntas, el enfermo ve y construye su mundo; pero esto puede contrastar mucho con las voces externas de las personas que lo rodean. Explica la

autora que los seres queridos de quien está enfermo, tienden a organizar su discurso de modo que parezcan protectores, por lo que sus conversaciones giran a menudo en torno de los temas médicos y de los procesos corporales (¿cómo te sientes hoy?, ¿qué dijo el médico?, ¿cuándo tienes turno para la colonoscopia?); de modo que la conversación se limita, muchas veces, a la indagatoria acerca del estado del enfermo; quedando excluidas otras conversaciones, por ejemplo las que podrían construir significados diferentes. El eje de la labor terapéutica está puesto, según Penn, en romper el silencio.

Pennebaker y Harber (1993, citados en Penn, 2001), sostienen que para el que no está enfermo, escuchar a la persona que lucha contra la enfermedad puede ser infructuoso, y para protegerse evita o subestima el verdadero contenido del relato, ya que siente intuitivamente que debe proteger su sistema inmunológico frente a la repercusión personal que puede tener en él dicho relato.

Penn, en cuanto a la voz del cónyuge de una persona enferma, expone que cuando alguien enferma y el cónyuge permanece sano y debe apoyarlo, se genera un desequilibrio que constituye un problema y que una de las tareas consiste en convencer al miembro sano de que su salud física y mental le hará bien a ambos, y no lo separará de su pareja. Por lo general, explica la autora, el cónyuge de la persona enferma no habla de las necesidades de ambos; y pone algunos ejemplos: “No debo agregar mi cuota de tensión a ella”, “Tengo que ser, como tú, un buen soldado: masticar mi bronca y soportarla”, “Me siento culpable si no te atiendo, y también por la impaciencia que tu enfermedad me provoca”, “¿Cómo hablar de uno mismo más allá de la enfermedad crónica generalizada de alguien que amamos y que permanece en silencio?”, “¿Y qué puede pasarnos si no hablamos?”.

La misma autora expresa que ha visto muchos cónyuges e hijos sentir angustia y/o furia por lo que le sucedía no sólo al esposo o hermano enfermo sino también a ellos, pero que las modalidades habituales de conversación no dan un fácil permiso para hablar de tales sentimientos. Y continúa diciendo que, este dilema le hizo ver la necesidad de atender a las necesidades del cónyuge sano por separado de las del cónyuge enfermo; y que la voz y la expresión de sus necesidades por parte de uno cualquiera de los cónyuges, es decisiva para la recuperación de ambos.

Oks (2001) también habla acerca de lo complejo que es vivir con una enfermedad crónica en la familia (por la alternancia de momentos mejores y peores y por los cambios de la vida en general); entonces plantea que es imprescindible un trabajo sostenido y colaborativo entre paciente, familia, amigos y profesionales a cargo.

La autora mencionada en el párrafo anterior, explica que la capacidad y la posibilidad de conectarse, aceptar las necesidades y pedir ayuda son centrales en los casos de enfermedad; y que como la enfermedad implica vulnerabilidad, uno necesita y depende de otros.

Continuando con lo expuesto por Oks, formar parte de una red, tener contención médica, kinesiológica y terapia ocupacional (refiriéndose a personas con esclerosis múltiple), así como la inclusión en grupos de autoayuda, son elementos que favorecen la inclusión, la participación y la calidad de vida de los pacientes.

Según Oks, el desafío que plantea la enfermedad crónica es justamente su cronicidad. Cuando hay un enfermo crónico en la familia, dice la autora, la vida diaria se altera y también se altera la forma de pensar la vida diaria; hay un condicionante que hace que las cosas se organicen en relación con él. Ella pone un ejemplo: si alguien necesita una silla de ruedas, hay que pensar que la casa tenga aberturas que permitan la circulación; también se debe tener en cuenta el tema de la higiene y la forma de acceder al baño, contar con una persona para ayudar en los traslados y tiempos extras que éstos exigen, y el drenaje económico que significa esto para la familia. Para Oks, se trata de situaciones, valores y creencias que acentúan la rigidez de la problemática y que por lo tanto bloquean las alternativas posibles; ella compara estas situaciones con lo que Arnon Bentovim (1992) describe como “sistema organizado alrededor del trauma”.

Esta autora observa una oscilación entre darse por vencido (“esto no tiene solución, es cada vez peor”) y tener esperanzas (“algo se puede hacer”). Ella incluye dentro del tema de las creencias “el manejo de la rigidez y la negación”; y continúa diciendo:

“No es un tema sencillo aceptar la fuerza de la impotencia y la limitación físicas. A partir de aceptar que ya no se es el de antes comienza el apasionante trabajo sobre la indagación, la búsqueda y la co-construcción de otras historias posibles. Pienso que ése es el mayor desafío del trabajo terapéutico” (Oks, 2001, p. 8).

Por otra parte, nos resulta muy interesante lo expuesto por Penn en relación a la escucha. *“A menudo he sentido que nuestra escucha sensible era en sí misma terapéutica.”* (Penn, 2001, p. 45). La autora explica que la voz de la escucha es nuestra forma primordial de cuidado de los demás, y que quien escucha es un testigo participante (esto es, estar junto al otro sin enjuiciarlo y con esperanza), presto a atender el relato íntegro del enfermo tantas veces como éste deba repetírselo.

La escucha, siguiendo con lo expuesto por Penn, posee su propio lenguaje dentro de quien escucha y entre éste y otros hablantes; lenguaje que se compone de gestos callados,

pequeños ruidos, interrogaciones mudas, miradas y cambios en la postura corporal de quien escucha. A quien escucha le van surgiendo nuevas ideas. Tom Andersen (1998), dice que:

“lo mejor es tomar conciencia de nuestras “pre-suposiciones” antes de empezar a escuchar, estas pre-suposiciones nos alertan respecto de contenidos que podrían intimidarnos en lo que atañe a nuestro compromiso de escuchar” (Andersen, 1998, citado en Penn, 2001, p.45).

Riikonen y Smith (1997), afirman que cuando escuchamos con deliberación, la persona que habla se siente comprendida y *“ser comprendido es otro modo de sentirse moralmente digno”* (Riikonen y Smith, 1997, citado en Penn, 2001, p.46). Penn, continúa explicando que, según estos autores, para hablar y escuchar de esta manera, consultante y terapeuta deben compartir valores semejantes, de modo tal que cada uno hable con consideración y respeto hacia el otro. Frank (1995), la ha denominado *“escucha ética”* (Frank, 1995, citado en Penn, 2001, p. 46).

Finalmente, en cuanto a la escucha Penn expone:

“Según Pennebaker (1989), la persona enferma es la primera en reconocer cualquier cambio en la forma en que los demás la escuchan, y la primera en retirarse de la conversación si le parece oportuno. Si alguien le dice “No te preocupes, ya mejorarás” o “Mañana te sentirás mejor”, o si subestima el dolor del enfermo, esto es de inmediato percibido por el enfermo, quien entonces, según Pennebaker, procura poner fin a la conversación. La calidad de nuestra escucha o la actitud que asumimos en nuestros cuidados puede en sí misma cambiar el relato de la enfermedad, pues las personas enfermas, cuando no se sienten juzgadas, experimentan mayor libertad para contemplar otras posibilidades” (Penn, 2001, p.46).

Según Oks (2001), gran parte de su trabajo terapéutico se focaliza en que los pacientes desarrollen su propia voz: poder expresar, poder pedir; escucharlos para que tengan su propia voz. También manifiesta que otras formas útiles de escucha y diálogo son conectarse con otros profesionales a cargo, promover el diálogo entre pacientes y entre éstos y sus familiares.

Otro aporte que nos resulta útil para pensar nuestro tema de investigación, es el de Tejero y Trujols (n.d.), al exponer el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente en relación a las conductas adictivas.

Según Tejero y Trujols:

“Tradicionalmente se ha definido (...) el cambio o modificación de una conducta adictiva como el movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia (o, en el caso de adicciones no químicas, como la transición a un estado de no realización –o de realización controlada en el caso, por ejemplo, de la ingesta compulsiva de comida-

de la conducta problema). Esta definición tradicional conlleva (...) conceptualizar el cambio como un suceso dicotómico y utilizar categorías discretas (abstinencia vs. consumo, por ejemplo) como criterios para evaluar la eficacia de los programas de intervención” (Tejero y Trujols, n. d., p. 3).

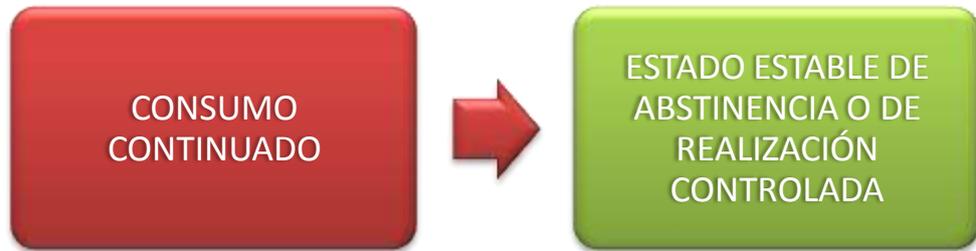


Figura 2: Definición tradicional del cambio o modificación de una conducta adictiva.

Siguiendo con lo expuesto por Tejero y Trujols, diferentes trabajos referidos al cambio en las conductas adictivas, han enfatizado un modelo de fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de conductas adictivas; así, se describe el cambio como un proceso, como el paso por una serie de etapas, en vez de focalizarse en la abstinencia *per se* como el objetivo a alcanzar. Se trata de una concepción procesual del cambio.

Para estos autores, el cambio de una conducta adictiva no es un fenómeno que siga la “ley del todo o nada”, y que:

“Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe” (Tejero y Trujols, n.d., p. 3).

Los autores antes mencionados, comienzan a explicar el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente. Se trata de un modelo tridimensional que otorga una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en las conductas adictivas, integrando estadios, procesos y niveles de cambio.

En él se distinguen los siguientes estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas, con o sin ayuda profesional: a) precontemplación; b) contemplación; c) preparación; d) acción; e) mantenimiento; estos estadios representan la dimensión evolutiva del modelo transteórico.

En este modelo, el abandono exitoso de una conducta adictiva, engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los demás estadios.

Para el modelo transteórico la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de estos estadios, de allí el número elevado de recaídas hasta consolidarse en el mantenimiento. Es un modelo en espiral (no lineal), que refleja el proceso de cambio en las conductas adictivas.

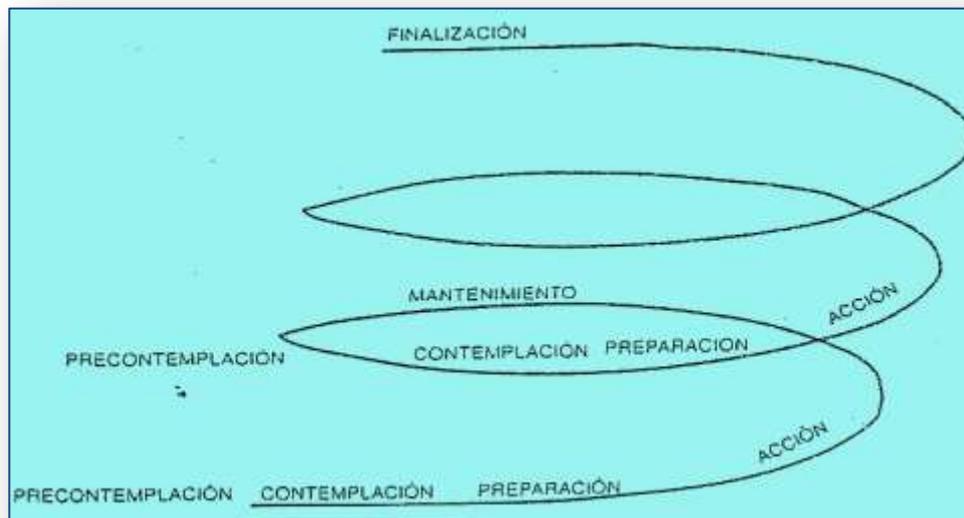


Figura 3: Modelo en espiral de los estadios de cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992, en Tejero y Trujols, n.d., p. 6).

A continuación mencionamos los estadios del modelo transteórico de cambio, expuestos por Tejero y Trujols:

1. *Precontemplación:* aquí las personas con adicción no se plantean modificar su conducta adictiva, ya que no son conscientes de que ella y el estilo de vida relacionado representan un problema. Los aspectos gratificantes que obtienen de la conducta adictiva son considerados superiores a los aversivos. Prochaska, DiClemente y Norcross afirman que *“no se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema”* (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992, citado en Tejero y Trujols, n.d., p. 7). Pueden ser personas no informadas sobre su adicción o que se resisten a ser informadas; ellos, no creen tener una conducta problema que deben cambiar, por lo que si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás, y con el objetivo de que la presión disminuya pueden mostrar algún tipo de cambio, pero una vez que la presión externa disminuye, reanudan su patrón de vida previo.
2. *Contemplación:* aquí, los individuos toman conciencia progresivamente de que existe un problema generado por su conducta adictiva; comienzan a considerar la posibilidad de abandonar dicha conducta, ya que los aspectos gratificantes que obtienen de ella se

comienzan a equilibrar con los aversivos (que van aumentando progresivamente). Se esfuerzan, entonces, en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento. Manifiestan una necesidad de hablar de ello.

3. *Preparación:* etapa en que las personas con adicción toman la decisión y se comprometen a abandonar sus conductas adictivas (criterio intencional); aquí realizan pequeños cambios conductuales (disminuir la dosis consumida, por ejemplo).
4. *Acción:* aquí las personas cambian (con o sin ayuda profesional) sus conductas manifiestas y encubiertas, así como las condiciones ambientales que las afectan, con el fin de superar la adicción. Implica un compromiso importante, tiempo, energía, y cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios (por ejemplo, la abstinencia), al ser más visibles para las personas cercanas a los adictos, conllevan un mayor reconocimiento y refuerzo social.
5. *Mantenimiento:* en esta etapa, los individuos tratan de conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una recaída en la conducta adictiva. Aquí no hay ausencia de cambio, sino una continuación activa del mismo. Los sujetos pueden presentar aquí miedo de recaer, lo que podría derivar en un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, como si cualquier cambio en sus nuevas pautas conductuales pudiera llevar a una recaída.
6. *Recaída:* ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Quienes recaen, pueden tener sentimientos de fracaso y desesperanza, culpa y frustración; por lo que el sentido de autoeficacia se ve afectado. Esta fase implica un movimiento a un estadio de pre-acción (precontemplación, contemplación o preparación).
7. *Finalización:* estadio que implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o energía. Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992), definen a este estadio a través de dos criterios: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier momento es nulo, y b) la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100 (Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992, citados en Tejero y Trujols, n.d., p. 9). Según Tejero y Trujols, no existen, por el momento, datos acerca de si este estadio es válido para

todas las conductas adictivas o si el estadio de mantenimiento posee una duración de por vida.

Estos estadios de cambio representan una dimensión temporal, permiten captar *cuándo* ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales.

Para comprender *cómo* suceden dichos cambios Prochaska y DiClemente han identificado diez procesos de cambio, consistentes en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por la persona para modificar su hábito adictivo.

Tejero y Trujols (n.d.), resumen los procesos de cambio de la siguiente manera:

1. *Aumento de la concienciación*: intensificación, por parte de la persona adicta, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Es un proceso cognitivo.
2. *Autorreevaluación*: consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del sujeto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.
3. *Reevaluación ambiental*: valoración por parte del individuo del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto; también, reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales (familiares y de amistad) derivadas de la modificación del hábito adictivo.
4. *Relieve dramático*: experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos (esencialmente las consecuencias sobre la salud) asociados a la conducta adictiva.
5. *Autoliberación*: representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.
6. *Liberación social*: también representa un aumento en la capacidad del sujeto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

7. *Manejo de contingencias*: estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio ocurra. Consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de dicha conducta.
8. *Relaciones de ayuda*: existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etcétera) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva, por ejemplo abrirse y confiar en alguna persona allegada.
9. *Contracondicionamiento*: modificar la respuesta (cognitiva, motora y/ o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Es un proceso conductual.
10. *Control de estímulos*: consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo, es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente. (Tejero y Trujols, n.d., p. 10).

La tercera dimensión del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, son los niveles de cambio, es decir, qué cambios se necesitan para abandonar la conducta adictiva.

Los niveles de cambios son:

1. Síntoma/situacional.
2. Cogniciones desadaptadas.
3. Conflictos interpersonales actuales.
4. Conflictos sistémicos/familiares.
5. Conflictos interpersonales.

Según este modelo transteórico, es preferible intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional; debido a:

“a) el cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable; b) este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude a tratamiento; c) puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo (...), el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínicas es menor; y d) dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros” (Tejero y Trujols, n.d., p. 14).

2. 3. Datos para pensar la obesidad.

Recopilando material teórico, pudimos observar que el estar gordo no ha tenido el mismo significado a través de la historia de la humanidad; *“En diversas culturas humanas, la*

gordura estuvo asociada con el atractivo físico, la fuerza y la fertilidad. Algunas de las piezas artísticas más antiguas (...) representan una figura femenina obesa” (Díaz García, 2007, p.1); según Díaz García (2007) probablemente existía una aceptación cultural (y quizás de reverencia) hacia esta forma corporal.

Siguiendo con lo expuesto por Díaz García, en pueblos del México Prehispánico, el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible.

Además, Hipócrates identificó a la obesidad como un riesgo para la salud, *“afirmó que la muerte súbita era más frecuente en el obeso que en el delgado”* (Díaz García, 2007, p. 1).

“En culturas donde escaseaba la comida, ser obeso era considerado símbolo de riqueza y estatus social” (Díaz García, 2007, p.1).

Encontramos que la obesidad también representó un símbolo de prestigio; según Díaz García, la clase de comida, la cantidad y la manera en la cual es servida están entre los criterios importantes de la clase social.

Herscovici y Bay (1995) explican que:

“Antes del siglo XX la relación del hombre con los alimentos era muy distinta. La obesidad denotaba poder económico, y elevado nivel sociocultural. A partir del siglo pasado la mayoría de las clases sociales tienen acceso a alimentos de alto valor calórico y gran variedad. En los estratos más altos, además de tener acceso a comestibles gustosos y sofisticados, existe un mayor interés por evitar la obesidad. Los kilos extra ya no son un signo de lujo sino todo lo contrario, representan debilidad, imposibilidad y enfermedad.” (Herscovici y Bay, 1995, p. 34).

Según Díaz García, en la cultura occidental moderna, la obesidad se considera en general poco atractiva, se elogia la figura delgada, los medios de comunicación raramente representan los cuerpos obesos de forma positiva. Imperaría el ideal estético de la delgadez, ejerciendo mayor presión sobre las mujeres.

Notamos que esto puede llevar a realizar constantes dietas (en algunos casos peligrosas) y numerosos tratamientos. Las personas con obesidad pueden enfrentarse a *“situaciones de rechazo y a la marginación social, generando un deterioro en su imagen corporal, autoestima y sentimiento de sí”* (Alkolombre, n.d.). Muchas veces se presentan asociadas a la obesidad *“perturbaciones anímicas como la depresión, trastornos de ansiedad, fobia social, anorexia, bulimia”* (Alkolombre, n.d.). Vemos que las personas con obesidad son a menudo objeto de burlas y discriminación.

En cuanto a la alimentación, se ha dicho que *“si estamos tristes comemos, si estamos contentos comemos, si estamos preocupados comemos, si vemos un programa en la TV comemos, si nos reunimos con nuestros amigos también comemos”* (Díaz García, 2007, p. 3).

Además, consideramos que frecuentemente se eligen alimentos de poca calidad (ricos en grasas y azúcares, bajos en nutrientes).

En Argentina, según Britos y Otros (2004), se han presentado variaciones en el estilo de vida y la alimentación: se dispone de poco tiempo para cocinar o no se tiene ganas de cocinar, es frecuente el consumo de snacks (alimentos consumidos fuera de la hora de las comidas, que son generalmente de alta densidad energética), se elige la comida rápida, crece el delivery, la venta callejera de alimentos (con el riesgo agregado de la inseguridad bromatológica) como opción económica, los cumpleaños generalmente se festejan con comidas de cuestionable valor nutricional (papas fritas, panchos, hamburguesas, galletitas, gaseosas, etcétera), el consumo de leche se suplanta con gaseosas acompañadas de alfajores o galletitas, proliferan todo tipo de locales de comida informal (hamburgueserías, pizzerías, venta callejera, etcétera.). Además, se habla del aumento del sedentarismo: pocas personas realizan actividades físicas (sumado a que para poder practicar un deporte o para ir al gimnasio hay que tener dinero, aunque no es necesario para caminar); en los momentos de ocio se eligen actividades sedentarias, el abuso de la televisión, Internet, chats y juegos electrónicos.

Otro tema importante que hallamos son las curas mágicas, las panaceas en las que las personas con sobrepeso (y las que no lo tienen) pueden caer: *“el remedio perfecto, ideal y sencillo”* (Díaz García, 2007, p. 4) para librarse de esos kilos de más sin esfuerzo. Tratamientos con gotas, pastillas, polvos, tés, cremas, aparatos de ejercicio, equipos que con apretar un botón hacen trabajar todos los grupos musculares y quemar calorías para luego poder lucir “el cuerpo que siempre quiso”, etcétera.

Luego encontramos tratamientos serios, pero que les dicen a las personas que tienen una enfermedad crónica y que van a tener que luchar por el resto de su vida contra ella.

Notamos que actualmente, se está considerando a la obesidad como un problema o una enfermedad, para la que se necesita un tratamiento; con todos los cambios socioculturales que esto implica (como la defensa de los derechos de las personas obesas y la prevención de su exclusión social).

2. 4. Conceptos centrales de esta investigación:

Significado: Según Wiesenfeld, es:

“...un sistema socialmente producido con el cual la gente organiza su experiencia, conocimiento y transacciones relativas al mundo social y los interpreta a través de la identificación de los estados intencionales que las impulsa y por medio de

los sistemas simbólicos de la cultura en la cual emergen, a saber, modalidades de lenguaje y discurso, formas de explicación lógica y narrativa, patrones de vida (Bruner, 1991, Blumer, 1969). Dado que la interpretación es un proceso abierto, el significado de los objetos variará con nuestra exposición a nuevas situaciones y experiencias, de allí que sea concebido en tanto proceso antes que producto” (Wiesenfeld, 1995, p.).

Goolishian y Winderman expresan que “Para Maturana, el significado es construido dialógicamente (Epstein y Loos, 1987). “Dialógico” se refiere a intercambio interactivo de ideas entre dos o más personas de una conversación.”(Goolishian y Winderman, 1989).

Entonces, entendemos por significado el sentido que se le otorga a los hechos, a las experiencias; construido a través de la interacción de los seres humanos por medio del lenguaje.

Obesidad: comprendemos a la obesidad como problema de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La OMS, para definir a la obesidad acepta la noción de índice de masa corporal (IMC); que “es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos” (OMS, 2011). Se obtiene dividiendo el peso por la altura al cuadrado (kg/m²), esta forma de calcularlo no varía en función de la edad o el sexo en adultos. Es una guía aproximativa, ya que no puede corresponder al mismo grado de exceso adiposo en diferentes individuos.

Sobrepeso: índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25.

Obesidad: IMC Igual o superior a 30.

CLASIFICACIÓN	IMC
Insuficiencia ponderal	Menor a 18,5
Intervalo normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	Igual o mayor a 25,0
Pre-obesidad	25,0 a 29,9
Obesidad	Igual o mayor a 30,0
Obesidad de clase I	30,0 a 34,9
Obesidad de clase II	35,0 a 39,9
Obesidad de clase III	Igual o mayor a 40,0

Figura 4: Clasificación del IMC según la OMS.

Aduldez: entendemos por adultez la época del desarrollo humano comprendida entre los 25 y los 65 años. Según Griffa y Moreno (1993), es la época de la plenitud así como del comienzo gradual de la declinación física; la cual “...puede ser en parte atenuada y demorada mediante el mantenimiento de un estilo de vida saludable” (Moreno y Grifa, 1993, p.73).

Dichos autores, proponen distinguir las siguientes sub etapas:

- Adultez joven o temprana (25 a 30 años).
- Adultez media (30 a 50 años). Madurez adulta. Crisis de la mitad de la vida.
- Adultez tardía o segunda adultez (50 a 65 años).

2. 5. Estado del arte.

Ocampo Barrio y Pérez Mejía (2010), realizaron un estudio en México DF con el fin de describir y analizar las creencias y percepciones acerca de la obesidad en personas obesas. Dicho estudio fue cualitativo, observacional, transversal y analítico desde la perspectiva del interaccionismo simbólico; la muestra estuvo conformada por ocho personas mayores de 18 años con un IMC superior a 30kg/m², no portadores de enfermedades crónicas degenerativas ni psiquiátricas, que participaron voluntariamente. Las creencias y percepciones fueron categorizadas en cuatro supuestos: imagen corporal, riesgo para la salud, relación social y tratamientos reductivos. La información se recolectó por medio de entrevistas.

Los resultados arrojaron que los sujetos de la muestra asociaban a la obesidad con el éxito y la vitalidad. Se percibían como “gorditos” y no como obesos; además, se sentían discriminados y rechazados por sus hábitos de alimentación, consumiendo más alimentos como una actitud desafiante. Pero no se encuentran satisfechos con su apariencia física, lo que los lleva a subestimarse. El consumo de alimentos ocupa un lugar importante en la satisfacción de sus necesidades personales, y las relaciones sociales son desplazadas a un plano menos importante.

También, el consumo de alimentos es promovido por los espacios sociales en los que se desenvuelven, lo que lleva a sentimientos contradictorios: placer y satisfacción en los alimentos, y atracones que hacen sentir culpa, fracaso o depresión. Además, cuanto más pretenden motivarlos para perder peso, esto parece tener el efecto contrario; se sienten agredidos, criticados e incomprensidos.

Como conclusión, Ocampo Barrio y Pérez Mejía expresan que la obesidad requiere de un abordaje interdisciplinario que permita considerar factores biológicos, sociales y culturales del individuo.

Jáuregui Lobera, Plasencia, Rivas Fernández, Rodríguez Marcos y Gutiérrez Ferrer (2008), con el objetivo de evaluar la percepción de la obesidad en relación con el contexto sociocultural, realizaron un estudio comparativo con 151 personas obesas, 49 recibían tratamiento en Madrid y 102 en La Habana (Cuba). Para evaluar la percepción sobre sí mismos, se administró el listado de adjetivos de Tous, Pont y Muiños, que permite recoger nueve tipos personalidad.

La visión de las personas obesas españolas en este estudio, resultó más negativa que lo recogido en la muestra cubana: los calificativos más frecuentes fueron pasivo, discutidor, inquieto, exasperante o nervioso; entre los cubanos fueron: optimista, cariñoso, educado, sociable, virtuoso o valiente.

Para estos investigadores, no se apreció en los pacientes con obesidad mórbida un menor uso de calificativos positivos, lo que apunta a que el cambio de apariencia física parece afectar sólo a los adjetivos más relacionados con la apariencia externa. Según este estudio, esto es algo bien diferente a lo que sucede cuando quien califica al obeso es una persona no obesa; en este caso, el uso de calificativos como pasivo, excluido, vago, lleva a pasar más allá de lo físico infiriendo aspectos de la personalidad del obeso a partir del dato físico.

Esta investigación sugiere que para el tratamiento interdisciplinario del sobrepeso y la obesidad es necesario conocer los aspectos psicosociales y transculturales que marcan la percepción que se tiene sobre las personas obesas; y que *“A mayor presión social hacia la delgadez el juicio sobre las personas obesas se torna más severo y estigmatizante, a la vez que el “problema estético” parece pasar a primer plano, por encima de criterios de salud.”* (Jáuregui Lobera y Otros, 2008).

Otro estudio exploratorio, focalizado en la percepción de la obesidad en adultos, fue llevado a cabo en Costa Rica, por el INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud); Padilla Vargas, Roselló Araya, Guzman Padilla y Aráuz Hernández (2006), explican en qué consistió tal estudio expresando que se valoró la percepción de la imagen corporal a través de una serie de figuras que se han utilizado en contextos semejantes en personas con sobrepeso, con bulimia y con peso normal. Se encontró que las mujeres con sobrepeso tienen alterada la percepción de su imagen real; ya que, según el IMC, se perciben con un peso corporal inferior al real (IMC percibido entre 25-28 kg/m vs.

IMC real entre 28-35 kg/m) y desean adquirir una figura con IMC entre 19 y 22. Se observó cómo lo social se impone al desear adquirir una imagen ideal, a veces casi inalcanzable (figura muy delgada). Continúan expresando estos autores que, por otra parte, al visualizarse una persona con un peso menor al real, podría tener dificultad de ver las consecuencias del exceso de peso, ya que los problemas de salud por la obesidad *“se visualizan en otros, y no en la misma persona. Es como una manera de negar (desde lo simbólico), la existencia de un problema”* (Padilla Vargas y Otros, 2006). En esta misma exploración se solicitó a los participantes que dieran un nombre a cada una de las figuras utilizadas en la escala, y a los autores antes mencionados les llama la atención el no uso de la palabra “obeso”, sobre todo en mujeres; recalcan que fueron frecuentes las palabras “rellenita(o)”, “gordita”, “hermosa(o)”, o “muy gorda(o)”; entonces plantean que pareciera que existe “adversidad” ante el empleo de la palabra “obeso” y que esa situación dificulta trabajar con la obesidad, ya que “desde lo simbólico” se rechaza, se niega su existencia.

Padilla Vargas y Otros (2006), también mencionan otro estudio que obtuvo datos similares, cuando el INCIENSA en coordinación con el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), realizó la Primera Encuesta Telefónica de Salud; en ella se consultó a 600 costarricenses acerca de cómo perciben su peso; se calculó el IMC a partir de peso y talla auto reportados y arribaron a que más de la cuarta parte (27,7%) de los hombres entrevistados que se perciben con “peso normal”, presentan sobrepeso u obesidad; y que lo mismo encontraron en el 22,5% de las mujeres, y que incluso un 14,3% de las que se perciben con un peso bajo o muy bajo presentan un IMC > a 25.

A partir de este no reconocimiento del exceso de peso, Padilla Vargas y Otros se preguntan: *“¿Cómo atacar un problema cuando este no se reconoce?”*; y continúan diciendo que el personal de salud tradicionalmente percibe este problema de manera diferente, poniendo el énfasis en la relación salud física y enfermedad, lo que confunde a las personas que la padecen, ante *“la no coincidencia entre la percepción de la obesidad desde la salud y desde lo simbólico, imaginario y social”*. Finalmente, estos autores expresan:

“Considerar tales elementos en la reflexión sobre el abordaje de esta enfermedad, es un reto para ampliar el enfoque tradicional que se utiliza en el tratamiento de la obesidad, de manera que se gesticione un enfoque más integral y real, que permita acercarse a la obesidad, no solo desde lo físico o cuantitativo, sino también desde las vivencias de las personas y los significados que se le adjudican, que de una u otra forma pueden obstaculizar o favorecer su control” (Padilla Vargas y Otros, 2006).

En relación con lo que exponen los dos estudios antes mencionados: uno, la importancia de los aspectos culturales en la percepción de la obesidad (Jáuregui Lobera y Otros, 2008), el otro, un cierto no reconocimiento del exceso de peso (Padilla Vargas y Otros, 2006); podemos incluir la investigación realizada por Rodríguez Rodríguez, Aparicio, López Sobaler y Ortega (2009), en cuanto a la percepción del peso corporal y las medidas adoptadas para su control en población española. El objetivo de este estudio fue analizar la percepción del peso y los tipos de comportamientos realizados para controlar el peso corporal en una muestra representativa de adultos españoles con el fin de poner en marcha las campañas más adecuadas para proporcionar a la población una correcta información nutricional.

A los participantes del estudio se les aplicó un cuestionario. Las respuestas fueron tabuladas considerando el sexo y la respuesta dada a la pregunta sobre la realización de dietas encaminadas a controlar el peso corporal.

El peso de la muestra se encontraba dentro de una situación de normalidad. Pese a esto, un 17,4% de los varones y un 56% de las mujeres consideraron que su peso se encuentra por encima del peso beneficioso para su salud y del peso considerado como más atractivo, por lo que se ve mayor grado de insatisfacción por la imagen corporal en las mujeres. También hay varones que consideran que su peso se encuentra por encima del peso beneficioso para su salud y del peso más atractivo y que desea perder peso. El motivo de las dietas en mujeres y en varones, según este estudio es diferente, la estética es el motivo principal para las mujeres y la salud en los varones.

Revela que un porcentaje considerable de la muestra estudiada no acude al médico para adelgazar, sino a productos, plantas; tampoco recurren a la actividad física. Apelan a la compensación de los excesos de comida, comer menos y saltarse comidas.

En esta investigación se expresó que los individuos recurren con frecuencia a sus propios conocimientos o al consejo de amigos para realizar dietas, y que no siempre son los más adecuados.

Como conclusión, este estudio indica que según el número elevado de personas que (por estética o por salud) emprenden medidas para perder peso, muchas veces poco adecuadas por el deseo de adelgazar rápidamente y sin esfuerzo, y con falta de conocimientos sobre la dieta más adecuada para su caso, es necesario adoptar medidas para evitar estas prácticas y mejorar los conocimientos de la población en nutrición.

Siguiendo con el tema de las medidas tomadas para perder peso, podemos incluir un estudio acerca de las estrategias psicológicas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde su propia perspectiva, de Cabello Garza y Ávila Ortiz (2009).

Este trabajo fue abordado desde una perspectiva cualitativa fenomenológica, y exploró el estilo de vida de las personas que han tenido éxito en bajar y mantener el peso, a partir de sus vivencias. El material se recopiló por medio de entrevistas a 9 hombres y 13 mujeres que viven en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México.

Los resultados mostraron que la toma de conciencia y una firme decisión para bajar y mantener el peso, así como la mentalización de los beneficios de la disminución de peso, aparecen como factores importantes para conservar con éxito la pérdida de peso. Hace notar que un plan de alimentación requiere esfuerzo y perseverancia, porque los resultados positivos tardan en verse. Demuestra que el perder peso y lograr mantenerlo trae beneficios como transformaciones en la autoestima y confianza. Mejora la manera de comer, y la relación con la familia y las personas que los rodean.

Esta investigación subraya la importancia de considerar el medio ambiente familiar, institucional y social; que sea facilitador de conductas y normas que ayuden a que las personas tomen decisiones saludables.

Las estrategias psicológicas, el cambio de hábitos, el ejercicio y el apoyo de la red informal se remarcan como imprescindibles para que un programa tenga éxito.

Este estudio manifiesta que la persona obesa interioriza esta condición como indeseable, así se asocia con problemas de interacción social e infelicidad; pero con las estrategias psicológicas se pueden contrarrestar estas situaciones. Plantea que la obesidad como problema estético está determinado por la cultura, historia y el contexto social, donde la imagen corporal es un ideal de belleza que impone la sociedad influenciada por la publicidad y definido por intereses económicos.

Concluyen diciendo que *“el cambio de las estructuras mentales se tradujo en cambios de imagen corporal, de estilos de vida saludables volviéndose personas proactivas y exitosas en todos los ámbitos de su vida”* (Cabello Garza, Ávila Ortiz, 2009).

En cuanto a la obesidad y los rasgos psicológicos, Ruíz Prieto, Fernández, Bolaños Ríos y Jáuregui Lobera (2010), realizaron un trabajo de revisión de artículos publicados en la base de datos de Medline, a través de las palabras clave: obesidad mórbida, personalidad y trastornos de la personalidad; el objetivo fue analizar los rasgos y trastornos de personalidad más comunes en personas con obesidad; así como sus signos y síntomas.

En los resultados de este estudio destacan síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad). Disminución en las capacidades de concentración y cognición; también menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Además, describen un carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario observaron trastorno por atracón o sobreingesta, sobretodo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. En este estudio, también observaron con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento hacia la bulimia nerviosa; también que es muy común la conducta de restricción alimentaria en personas obesas. Otros rasgos que observaron en esta investigación en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a pérdida de peso, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo.

La recomendación que realizan aquí es sobre la necesidad de realizar investigaciones acerca de las características psicológicas en personas con obesidad; y evaluar diferencias en función de la edad, el género o el grado de obesidad, así como el tiempo del sobrepeso/obesidad. Y que los resultados obtenidos deberían considerarse en el tratamiento de personas con obesidad para mejorar su eficacia.

En relación con los aspectos psicológicos de la obesidad, Silvestri y Stavile (2005) realizaron un trabajo de posgrado en obesidad a distancia, de la Universidad Favaloro, en Córdoba. Algunas de las conclusiones a las que arribaron son:

- *“... ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso...”*
- *“se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc)”*.
- *“La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente”*.
- *“Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario (...), una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento”*(Silvestri y Stavile, 2005, p. 32).

3. 1. Tipo de investigación.

Realizamos esta investigación desde una *perspectiva cualitativa*, ya que el objetivo del estudio son los significados acerca de la obesidad en personas obesas; es decir que se intenta explorar la realidad de los sujetos definida desde la propia perspectiva de los entrevistados. Se busca que la teoría surja de los datos.

La lógica cualitativa es, según Sirvent:

“... la que está más cerca de enfatizar la inducción analítica y de buscar la generación de teoría, la comprensión (...) Es la que habla de trabajar con pocos casos para profundizar el significado que la población le otorga al hecho social (...) Es la que busca construir los esquemas conceptuales más adecuados a las realidades en estudio a partir de la información empírica más que verificar hipótesis predeterminadas de relación causal entre variables. No busca explicar; busca comprender, holísticamente, en un sentido de totalidad, dialécticamente, por qué un hecho social deviene o es de esta manera y no de otra (...) es la que busca comprender a través de técnicas que no producen datos medibles, como (...) las entrevistas abiertas (...) el significado, el sentido profundo que las personas y los grupos le atribuyen a sus acciones; la trama histórica y dialéctica, a veces llena de contradicciones que da sentido a sus vidas, a sus acciones...” (Sirvent, 2006, p. 23).

Es un tipo de investigación *exploratoria*, que intenta sumergirse en el mundo de significados de los entrevistados, descubrirlos y así describir el objeto desde esa perspectiva, que de antemano nos era desconocida.

Entonces, empleamos un *diseño de campo*, que es el que se basa en informaciones o datos primarios, obtenidos directamente de la realidad, en nuestro caso a través de entrevistas semidirigidas. No obstante, se tuvo en cuenta que:

“Siempre será necesario ubicar e integrar nuestro problema y nuestros resultados dentro de un conjunto mayor (marco teórico o referencial), para cuya elaboración es imprescindible realizar consultas o estudios bibliográficos.” (Sabino, 1996, p. 96).

3. 2. Metodología de abordaje.

Aplicamos el método de la *Grounded Theory* (GT), el cual es un procedimiento analítico que intenta construir inductivamente teoría a partir del análisis cualitativo de los datos; éstos

deben conceptualizarse y los conceptos tienen que relacionarse formando una rendición teórica de la realidad.

Los elementos de la GT son:

- Los *conceptos*: según Pandit (1996), son las unidades básicas de análisis. La teoría se desarrolla a partir de conceptualizaciones de los datos y no de los datos reales en sí mismos.

Son los rótulos o etiquetas conceptuales que el investigador genera a partir de los datos primarios o crudos considerados significativos (analizándolos y comparándolos).

- Las *categorías*: representan la agrupación de los conceptos, por lo que implican un mayor nivel y más abstracción. A partir de ellas puede integrarse la teoría.
- Las *proposiciones*: “... indican relaciones generalizadas entre una categoría y sus conceptos y entre categorías separadas.” (Pandit, 1996, p.2). Son llamadas proposiciones y no hipótesis, por implicar relaciones conceptuales y no relaciones mensurables.

Resulta importante destacar que: “*La generación y desarrollo de conceptos, categorías y proposiciones es un proceso interactivo. La GT no es generada a priori y luego subsecuentemente verificada.*” (Pandit, 1996, p.2).

En la GT, una vez que se han planteado las preguntas iniciales de la investigación, se debe proceder a la selección del primer caso, para lo cual se recomienda que sea el que demuestre en forma más evidente el fenómeno a estudiar, es decir, el most development case.

Todos los casos son seleccionados en GT según el principio de muestreo guiado teóricamente o muestreo teórico (theoretical sampling); éste implica que:

“El proceso de colección de datos para generar teoría... (es aquél) por medio del cual el analista a la vez colecta, codifica y analiza sus datos y decide qué datos coleccionar después y dónde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que ella emerge” (Glaser y Strauss, 1967, citado en Pandit, 1996, p. 3).

Entonces, a partir del análisis de los datos del primer caso, se desarrollan conceptos, categorías y proposiciones; así se generan criterios para seleccionar a los siguientes sujetos de la muestra, de modo que ésta no puede establecerse de antemano.

Para saber cuándo parar con el muestreo teórico, se cuenta con el criterio de saturación de la categoría o saturación teórica, consistente en la situación en la cual:

“No se están encontrando datos adicionales por los cuales el investigador puede desarrollar propiedades de la categoría. Cuando él encuentra similares instancias una y otra vez, el investigador adquiere empíricamente la confianza de que una categoría está saturada, no quedando nada más que continuar con nuevos grupos

para buscar datos en otras categorías, e intentar saturar también estas categorías.”
(Glaser y Strauss, 1967, citado en Pandit, 1996, p. 3).

Según Pandit (1996), una categoría está saturada cuando es estable al enfrentar nuevos datos y rica en detalles.

3. 3. Universo de estudio y especificación de las muestras.

El universo de estudio estuvo conformado por seis personas que presentan obesidad; cinco mujeres y un hombre, con edades entre los 25 a 65 años con el objetivo de focalizar esta investigación en personas adultas. Todos ellos habitan en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

El criterio de selección de la muestra fue *intencional*, ya que:

- El caso seleccionado como punto de partida fue aquel en el que consideramos que era más evidente el fenómeno a investigar, el most development case en GT. Nuestro informante clave, Dr. Carlos Cornejo, había recomendado entrevistar a la Sra. Rosa, por ser una persona muy colaborativa, con la cual se puede hablar del tema, que presenta obesidad pero ha bajado de peso. Cuando nos comunicamos con ella, preguntó si podíamos entrevistar también a su hija, a lo que respondimos afirmativamente. Al arribar al hogar de la Sra. Rosa, su hija Mariana se ofreció a colaborar con la investigación y tras una breve charla en relación a la situación de cada una respecto a su obesidad, decidimos que Mariana sería la persona más adecuada para comenzar con las entrevistas; ya que presentaba obesidad (96 kilos) pero no estaba realizando ningún tratamiento, sino que seguía aumentando de peso; además, cumplía con el requisito de edad, al tener 47 años. Luego entrevistamos a la Sra. Rosa, de 65 años, quien había tenido un descenso importante de peso, ya que en ese momento pesaba 107 kilos y tres meses atrás su peso era de 132 kilos.
- Los siguientes casos fueron seleccionados siguiendo el principio de muestreo guiado teóricamente o muestreo teórico de GT. Así, considerando lo expuesto por Pandit (1996), elegimos casos para llenar las categorías existentes, para extender la teoría emergente y también para verificar esa teoría. Por ello, continuamos con Carina, de 33 años, quien en dos años había bajado 40 kilos, pero que actualmente estaba en una “recaída”, había aumentado de peso (82, 600 kilos). Luego, seguimos con Ana, de 36 años, ya que bajó mucho de peso y le faltaban 11 kilos para llegar a su peso posible (pesaba 77 kilos). Entonces, seleccionamos casos en donde las personas presentarán un grado mayor de obesidad, entrevistando a Patricia, de 56 años, con un peso de 134

kilos. Finalmente, entrevistamos a Hugo, de 25 años, por ser hombre y presentar un grado de obesidad aún mayor (190 kilos).

3. 4. Instrumento de recolección de datos.

Con el fin de acceder a los significados que las personas obesas le atribuyen a la obesidad, realizamos *entrevistas semidirigidas*.

La entrevista semidirigida posee una guía de preguntas, con la característica de ser flexible; el entrevistador puede introducir más preguntas, abiertas, y los entrevistados poseen mayor libertad en sus relatos. La guía de preguntas con la cual partimos puede observarse en el anexo, página ; dicha guía no constituyó un esquema fijo, ya que de acuerdo con los relatos de los entrevistados y con la búsqueda de la saturación teórica, fuimos eligiendo y elaborando solo las más apropiadas.

Según Taylor y Bogdan (1992, p. 101):

“Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas (...) encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de un intercambio entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas”.

El propósito de la entrevista es: *“tener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”)”* (Hernández Sampieri y otros, 2007, citado en Barrera y Otros, 2010).

Arribamos a las entrevistas vía informantes clave, ellos nos pusieron en contacto con las personas que entrevistamos, luego de haberles explicado en qué consistía la investigación y las entrevistas y qué características buscábamos en quienes serían entrevistados (de acuerdo con el most development case y el muestreo teórico); de modo que, recurrimos al Dr. Carlos Cornejo para los dos primeros casos, Mariana y Rosa; a la Sra. Patricia Beccaría para los dos siguientes casos, Carina y Ana; y a la Lic. Jorgelina Barrera para los dos últimos casos, Patricia y Hugo.

Los lugares donde realizamos las entrevistas fueron:

- En el caso de Mariana y Rosa (entrevistas 1 y 2), en su hogar.
- En el caso de Carina y Ana (entrevistas 3 y 4), en la escuela República de Chile, lugar donde funciona el grupo ALCO.

- En el caso de Patricia y Hugo (entrevistas 5 y 6), en el Instituto de Ciencias del Deporte.

Estas entrevistas se encuentran en el anexo.

Además, efectuamos entrevistas a los informantes claves (también se hallan en el anexo), muy interesados por el tema de la obesidad; éstas fueron enriquecedoras e importantes para comprender mejor nuestro tema de investigación.

3. 5. Aspectos éticos de la investigación.

Como expresamos en el punto anterior, arribamos a las entrevistas vía informantes clave, a ellos les explicamos:

- Que estábamos realizando una tesis de Licenciatura en Psicología, de la Universidad Católica Argentina.
- En qué consistía la investigación: que nos interesaba el tema de la obesidad y por ello estábamos realizando esta investigación acerca de los significados que las personas obesas le atribuyen a la obesidad.
- En qué sentido pedíamos su colaboración, es decir, entrevistarlos a ellos para conocer más acerca de la obesidad a través de sus conocimientos y experiencias; también para arribar a las entrevistas que serían objeto de nuestro análisis (les aclaramos en qué consistían las entrevistas y qué características buscábamos en quienes serían entrevistados).
- Que las entrevistas serían grabadas.
- Que, en cuanto informantes clave, sus nombres sí aparecerían en la investigación.

Nuestros informantes clave accedieron a colaborar con esta investigación, mostrando mucho entusiasmo en dicha tarea, aportando conocimientos y experiencias, ayudándonos a buscar personas para entrevistar, siendo generosos con su tiempo.

A quienes serían entrevistados explicamos lo siguiente:

- Qué buscábamos investigar: que nos interesaba el tema de la obesidad desde el punto de vista de quienes la están transitando, ¿qué significados le atribuyen a la obesidad las personas que presentan obesidad? Que nos importaba ver qué es lo que tiene para decir la persona que está en esa situación; como dijo Patricia en la entrevista 5, “Claro, es la persona indicada” (entrevista 5, línea 129).
- Que las entrevistas serían grabadas.

- Que todo dato que pudiera identificar a la persona (como nombres) iba a ser modificado, para mantener su anonimato, proteger su intimidad. Preguntamos qué nombre ficticio les gustaría que pongamos en lugar del real; Patricia, por ejemplo, nos dijo si podíamos colocar ese nombre, ya que le habría gustado llamarse así.

Todas las personas accedieron a ser entrevistadas y fueron muy colaborativas.

3. 6. Técnica de análisis de la información.

Utilizamos la herramienta ATLAS.ti para realizar los conceptos, categorías y proposiciones descriptos con anterioridad en referencia a GT.

ATLAS.ti consiste en un programa informático que asiste en el proceso de análisis cualitativo de los datos investigados. Fue desarrollado principalmente por Thomas Muhr, en la Universidad Tecnológica de Berlín.

Los componentes claves de dicho programa son:

- La *Unidad Hermenéutica (UH)*: es el proyecto de análisis; puede entenderse como el contenedor que agrupa todos los elementos con los que se trabajará.
- Los *documentos primarios*: son la fuente de la información, la base del análisis o “datos brutos”; pueden tener varios formatos (texto, gráficos, multimedia o audio y video, Google Earth). En esta investigación empleamos textos, es decir, las entrevistas transcritas.
- Las *citas (quotations)*: son los segmentos significativos de los documentos primarios.
- Los *códigos (codes)*: son etiquetas claras y descriptivas de lo que se expresa en las citas. En el caso de las entrevistas, los códigos son conceptos acerca de qué es lo que está manifestando la persona. La asignación de códigos a las citas se denomina codificación. A los códigos es conveniente realizarles *comentarios*, que son aclaraciones con respecto a su significado.
- Las *notas (memos)*: son anotaciones que contienen ideas de nivel cualitativamente superior; que se asocian, generalmente, a algunos de los otros elementos. Es el espacio donde se reflexiona acerca de lo que se encuentra.
- Las *redes (networks)*: son visualizaciones, representaciones gráficas de las conexiones entre los distintos elementos, llamados aquí *nodos*; en nuestro caso, muestran las relaciones entre códigos. Las asociaciones entre los distintos nodos se representan por flechas que permiten identificar el vínculo: “está asociado con” (“is associated with”), “es causa de” (“is cause of”), “contradice” (“contradicts”), etc.

3. 7. Procedimiento para el análisis de los datos.

Comenzamos desgrabando y transcribiendo la primera entrevista, la colocamos como documento primario en ATLAS.ti (previamente elaboramos una Unidad Hermenéutica denominada “Significados”), buscamos las citas o indicadores significativos y los codificamos; mientras realizábamos esta tarea también íbamos definiendo los códigos, colocándoles sus respectivos comentarios (en ATLAS.ti es el investigador quien define los códigos a partir de los dichos de los entrevistados). Empezamos a establecer y nominar relaciones. Elaboramos redes. Hicimos memos, que coinciden con las categorías de la investigación que construimos. Observamos que dichas categorías eran relevantes para la investigación por la cantidad y calidad explicativa de códigos y relaciones surgidos en asociación con ellas.

Realizamos el mismo proceso con la segunda entrevista, pero teniendo en cuenta los memos, códigos y relaciones ya elaborados para la primera. Y así sucesivamente con las siguientes entrevistas. Tuvimos en cuenta los datos surgidos para la búsqueda de los demás casos, siguiendo con el muestreo teórico.



Figura 5: Proceso de análisis y construcción teórica con el soporte de ATLAS.ti.

A todo este proceso el programa ATLAS.ti no lo ejecuta automáticamente, sino que es el investigador quien debe realizarlo.

ATLAS.ti va enumerando la frecuencia de aparición de un código y la cantidad de relaciones que establecemos entre códigos, esto facilita la tarea de la saturación de la categoría o saturación teórica, junto con la capacidad explicativa de tales códigos y relaciones.

Notamos la complejidad del tema por la cantidad de códigos producidos y sus definiciones. Elaboramos 282 códigos y sus definiciones, 9 redes y 9 memos, estos últimos coinciden con las categorías de la investigación que construimos:

- 1) Definición de obesidad: 17 códigos y memo.
- 2) Causas de la obesidad: 48 códigos y memo.
- 3) Características de la persona que presenta obesidad: 50 códigos y memo.
- 4) Mirada de los demás y relaciones interpersonales: 26 códigos y memo.
- 5) Tratamiento de la obesidad: 44 códigos y memo.
- 6) Adelgazamiento: 48 códigos y memo.
- 7) Lo saludable: 24 códigos y memo.
- 8) Dificultades y beneficios de la obesidad: 12 códigos y memo.
- 9) Prevención e investigación: 13 códigos y memo.

A modo de ejemplo, incluimos aquí un código elaborado a partir de una cita o indicador significativo de la entrevista, su definición y un recorte de red donde lo englobamos.

Indicador: “... hubo una época que bajé bastantes kilos pero después volví a engordar porque dejé actividad física, dejé la dieta” (Entrevista a Ana, línea 27).

Código: descenso y abandono.

Definición: una vez logrado un descenso de peso, se abandona lo que se estaba haciendo para lograrlo, cayendo en un nuevo aumento de peso. Sin continuidad.

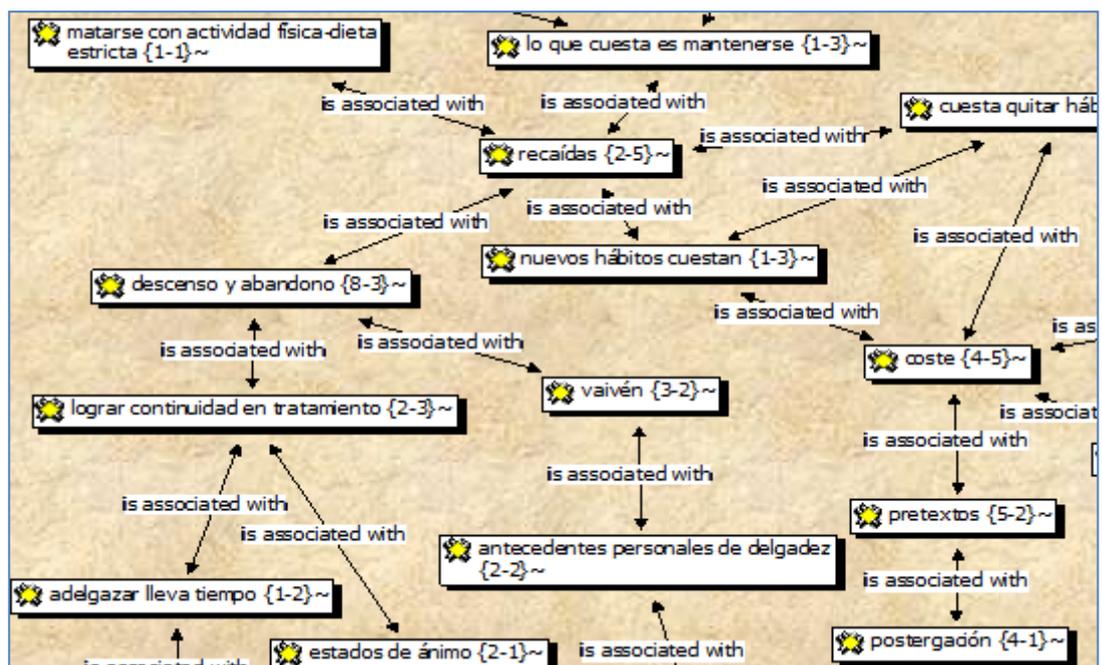


Figura 6: Recorte de red.

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE DATOS

A continuación presentamos el análisis de los datos surgidos en las entrevistas, en el que incluimos los códigos más significativos, algunos indicadores y las categorías centrales de la investigación, las cuales fuimos construyendo según los temas que emergían en las conversaciones.

Aclaremos al lector acerca de la forma en que presentamos los códigos en este capítulo: cuando los códigos se utilizan para exponer textualmente una idea, figuran en el texto principal entre comillas “” y seguidos de la indicación ©; por ejemplo, “obesidad es una enfermedad”©. En los casos en que los códigos no se incluyen en el texto principal, se indican en el pie de página.

Con el fin de agilizar la lectura de este capítulo, colocamos en el anexo el listado de códigos, sus definiciones e indicadores, los memos y las redes.

4. 1. Presentación del análisis de los datos surgidos en las entrevistas.

En el análisis siguiente, presentaremos los significados que surgieron en las entrevistas a Mariana, Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo.

4. 1. a) Significados en relación al concepto de obesidad.

Todos los entrevistados coincidieron en que la “obesidad es una enfermedad”©¹. Esta manera de ver a la obesidad, también la encontramos en las entrevistas a nuestros informantes clave y en la Ley Nacional N° 26396 (Prevención y control de los trastornos alimentarios), en la Ley Provincial N° 9825 (Prevención, control y tratamiento de la obesidad) y en la Ordenanza Municipal N° 8785 (Prevención de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes). Entonces, pensamos que es una perspectiva que está muy influida por el contexto social más amplio.

Carina y Ana, la plantearon como “crónica”©, es decir que no se cura, que quien la padece la tendrá toda su vida, pero que se puede controlar:

“y porque toda la vida la llevamos [refiriéndose a la obesidad como enfermedad crónica]; no nos curamos nunca. Nosotros tenemos que saber que es una enfermedad

¹ Este código aparece 9 veces.

que va a ser para siempre, y que si nosotros no cambiamos nuestro estilo de vida, siempre vamos a seguir en lo mismo” (Entrevista a Ana, línea 6).

“... la obesidad no se cura, se controla, se trata. Y esto es de por vida; o sea, si vos vas a querer, o a lo mejor vos llegás a tu peso como yo te digo de llegar a Barbie o no, o a un peso saludable y... tenés que seguir, no decir hasta acá llegué no voy más el grupo, no... tenés que seguir porque donde pestañeaste se te subieron o los kilos que bajaste o un poco más” (Entrevista a Carina, línea 34).

Lo relatado por Ana, *“si nosotros no cambiamos nuestro estilo de vida, siempre vamos a seguir en lo mismo”*, nos parece interesante; ya que deja en claro su opinión de que no se cura, pero que la persona tiene que ponerse en acción, no se encuentra en situación de impotencia frente a algo que simplemente le sucede.

También nos llama la atención la expresión *“donde pestañeaste”* en los dichos de Carina, porque nos hace pensar que, desde su perspectiva, subir de peso es algo que ocurre en un instante, casi sin registro, en un pestañear.

Crispo, Figueroa y Guelar (1994), plantearon esa situación del paciente definido como crónico, que no se cura sino que se recupera y que, entonces, debe continuar en una actitud vigilante y seguir dentro de los grupos de autoayuda.

En las entrevistas a Carina y Patricia, surgió la idea de un “desequilibrio”[©] orgánico y mental que llevaría a comer en exceso y que el cerebro no respondería adecuadamente:

“Porque es un desequilibrio, tanto mental como de la enfermedad de tu organismo, viste; así que es como un desequilibrio total, “¡bah, bah, bah, no me importa nada!” y le mandás para adentro.” (Entrevista a Carina, línea 56).

“qué es, no sé... que es la, la cabeza que no te da, que el cerebro no te responde. Yo no sé; no hace mucho vi a un apersona que la habían operado, no del estómago como los operan a todos, de no sé qué glándula que pasa por el estómago que va a la cabeza no sé cómo era el tema; había bajado un montón de peso...” (Entrevista a Patricia, línea 32).

Estas entrevistadas intentan explicar en qué consiste la obesidad. Nos parece que Patricia se encuentra en un momento de contemplación, según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente; es como si para ella fuera todo un misterio, como si se esforzara por entender a la obesidad.

En la entrevista a Carina, se expuso el tema de “las primas de la obesidad”[©], haciendo referencia a que la obesidad tiene enfermedades íntimamente asociadas, como la hipertensión y la diabetes. Este tema de las enfermedades asociadas fue expuesto en las entrevistas a

informantes clave: hipertensión, cardiopatías, problemas con colesterol, triglicéridos, problemas con el ácido úrico, diabetes, artrosis, asma, etcétera.

Un concepto de obesidad que expresó Hugo fue el de “...un índice de masa muscular muy alta, que sobresale los límites de la salud, mucho más de los límites saludables.”²(Entrevista a Hugo, línea 12). Dicho concepto nos llama la atención, ya que la obesidad suele definirse como un alto índice de masa corporal, podría ser de masa adiposa también, pero no muscular; no sabemos si se trató de un lapsus o de un error.

Dentro de la consideración de la obesidad como enfermedad, quedaría incluida la definición de obeso como enfermo, como “persona enferma de obesidad”[©], planteada en las entrevistas a Carina y a Hugo. En relación a esto, Carina habló de la existencia de “clases de obesidad”[©] refiriéndose a la diferente distribución del exceso adiposo (abdomen, cadera), dependiendo del organismo de cada persona.

Encontramos que esta identificación del obeso en cuanto enfermo debe tomarse con precaución, como lo expresaron Galay, Oks y Zeitune (1996), la enfermedad es un aspecto de la identidad de la persona, pero lo importante es que no sea el único, y que definirse como enfermo es encerrarse y limitar posibilidades.

Lo expresado en los párrafos anteriores guarda correlación con la obesidad en cuanto enfermedad. Si bien Patricia manifestó “y yo, mirá, eh, muy bien no lo entiendo. ¿Viste vos? Soy una persona obesa y no entiendo mucho que es una enfermedad”³ (Entrevista a Patricia, línea 12). En este caso, la obesidad fue clasificada como enfermedad, pero notamos que Patricia pareciera estar en vías de comprenderla de esa manera; ella, siendo una persona obesa, aún no entiende a la obesidad. Lo interesante de esta frase es que ella se asombra de sí misma, como que al escucharse hablar reflexiona sobre lo que está diciendo.

Ana y Patricia explicaron que con anterioridad no consideraban a la obesidad como enfermedad⁴. En el caso de Ana, se la interpretaba como “factor de riesgo”[©]:

“acá [grupo ALCO] me hicieron entender que, que es una enfermedad, porque antes no lo pensaba, y yo, con mi profesión [enfermera] he estudiado y, o sea, siempre está como factor de riesgo pero nunca como una enfermedad (...) yo por lo menos nunca pensé que la obesidad iba a ser una enfermedad, una enfermedad en sí.” (Entrevista a Ana, líneas 16-18).

Patricia se refiere a la obesidad como “kilos de más”[©]:

² “alto índice de masa muscular”[©].

³ “no entiendo que es una enfermedad”[©].

⁴ “anteriormente no considerada enfermedad”[©].

“Cuando era más joven, no pensaba que era una enfermedad; pensaba que... que uno engordaba porque comía y... y no había otra. Después cuando fui más grande, y eso que iba a los grupos de ALCO que ahí se trata como una enfermedad, pero igual; hasta antes, lo que me pasaba cuando era más joven, queee... a mí no me dolía nada; la obesidad no me molestaba para nada. Yo no le llamaba obesidad en ese momento, le llamaba kilos de más. Entonces que iba para... para que... porque tenía una fiesta o porque quería bajar y ponerme tal cosa; por estética” (Entrevista a Patricia, línea 12).

El significado “kilos de más”, nos lleva a pensar que dicha frase contiene el sentido de obesidad como sobrepeso.

Mariana y Hugo describieron a la obesidad como sobrepeso⁵. Pero también plantearon la idea de que existe una “diferencia entre obesidad y sobrepeso”©: *“sobrepeso... yo ya lo conozco, yo ya en mi estado obesidad”* (Entrevista a Mariana, línea 2); *“lo que pasa es que de sobrepeso a obesidad hay mucha diferencia”* (Entrevista a Hugo, línea 4). Esta coexistencia de ambas expresiones, “obesidad como sobrepeso” y “diferencia entre obesidad y sobrepeso”, nos lleva a pensar en que estos entrevistados están en proceso de construcción de significados; ya que por momentos significan a la obesidad de una manera, y por momentos de otra manera.

Mariana define al sobrepeso como *“pesar más de lo normal”*⁶ (Entrevista a Mariana, línea 16).

La mención a lo normal, no sólo se expresa en la frase anterior; dos entrevistados se refirieron a las personas que no presentan obesidad como “personas normales”©. Ana manifestó que:

“lo noto en mi familia, siempre fui la única persona obesa y como que mis hermanos tenían, o sea, no tenían un peso normal, pero eran personas normales; yo era siempre la que, de toda la vida después del desarrollo, eh, empecé con el problema de la obesidad” (Entrevista a Ana, línea 20).

En esta misma dirección, Hugo expresó que:

“...yo creo que una persona se da cuenta de que... debe ver a todas las personas “normales” y vos estando afuera de la normalidad algo, tu cuerpo va a pasar... algo... Yo veo a una persona, de 100 personas que veo soy el único que tengo sobrepeso, sé que hay algo mal en mí...” (Entrevista a Hugo, línea 100).

Esta consideración de las personas que no presentan obesidad en cuanto “normales”, nos llama la atención, porque ello señala que desde la perspectiva de estos entrevistados hay un

⁵ “obesidad = sobrepeso”©.

⁶ “sobrepeso = peso más de lo normal”©.

nexo entre obesidad y anormalidad; como expresó Hugo “y vos estando afuera de la normalidad”.

Con respecto a la manera de llamar a la obesidad, Rosa habló de gordura⁷. Siguiendo con esta línea, al obeso se lo ha descrito como gordo⁸ (entrevistas a Mariana, Rosa, Patricia y Hugo).

Con el fin de comprender los significados acerca de la obesidad en personas obesas, a partir de los relatos y los códigos antes expuestos, construimos la primer categoría de la investigación: “significados en relación al concepto de obesidad”; es decir, qué se entiende por obesidad.



Figura 7: Concepto de obesidad.

4. 1. b) Significados en relación a las causas de la obesidad.

Continuando con el desarrollo de nuestro análisis, Rosa y Mariana propusieron como una de las causas de la obesidad al “factor económico”©, en dos sentidos: uno referido al costo de los alimentos más saludables:

⁷ “obesidad = gordura”©.

⁸ “obeso – gordo”©.

“... aparte el precio que está hoy en día también, la carne si vos te querés comer un bife o algo así, está carísimo... hay mucha gente que lo puede comprar, otra gente no puede comprar... y vos te podés alimentar con verduras, pero no tienen, algunos no tienen todas las proteínas que, que, lo mismo un pedazo de carne, de pollo, de pescado; yo voy haciendo siempre una dieta variada para no cansarme... pero todos no pueden hacerlo (...) el factor económico influye mucho, influye mucho; porque qué come la gente más, más pobre digamos (...) tengo gente que conozco que... que te comerán carne una vez a la semana, si comen... y que polenta, que arroz, que fideos, fideos con salsa, fideos con un poquito de tomate... eso te engorda, y pan...” (Entrevista a Rosa, líneas 62-64).

El otro sentido, influyente en la delgadez u obesidad según Mariana, se encuentra en correspondencia con la pobreza, el trabajo y la falta de éste:

“Otra cosa que pienso yo, que también influye en la obesidad o en la flacura, es la parte socioeconómica, la economía; porque vos fijate que la mayoría de las personas que realmente no tienen para comer son delgados. O yo conozco casos de personas que han sido gorditas y han estado, quedado sin trabajo y adelgazan” (Entrevista a Mariana, línea 42).

Estos temas planteados por Mariana y Rosa, nos resuenan como parte de las creencias (o mitos) que se poseen, tal como lo describieron Elka Harkaway y Madsen (1989), en el sentido de creencias moldeadas por la cultura, por la historia familiar e individual, probablemente también se refieren a mitos específicos multigeneracionales.

En cuanto a los dichos de Rosa, nos parece oportuno retomar la entrevista a nuestra informante clave Sra. Patricia Beccaría, quien nos decía que:

“el queso blanco light, sale igual que el queso blanco común, por qué vas a ir a comprar el queso blanco común, si te sale lo mismo. ¿Vas a comprar manteca en vez de queso blanco?, si te sale \$16 la manteca y \$16 el queso blanco; es más, vos te comprás un pote de queso blanco y comés una cucharada, vos te sentás con el paquete de manteca y le mandás manteca al pan; el paquete de manteca te dura dos días, el queso blanco te dura tres semanas. La mermelada te sale \$12 el frasco de mermelada light y \$12 el común, es lo mismo el precio; el frasco de mermelada te dura dos o tres semanas, porque vos comés una cucharada. A la larga, a la larga, el precio de la comida te termina saliendo lo mismo, porque vos comés menos y la comida te dura más. Al principio te cuesta tener todos los elementos, al principio; pero como después te duran más, terminás comiendo más económico” (Entrevista a la Sra. Patricia Beccaría, líneas 143-152).

Con respecto a lo que nos relató Mariana, podemos presuponer la existencia de un mito, porque si bien en las zonas carenciadas hay delgadez también hay obesidad producto de la

mala alimentación o de la ingesta de alimentos ricos en calorías y bajos en nutrición; aquí estaría el tema planteado por Rosa, “el de comer fideos con salsa y pan”.

En las entrevistas a Rosa, Carina y Hugo, se sugirió como parte de la causa al trabajo⁹; ya sea por:

- a) trabajos relacionados a alimentos (como gastronomía): *“después me dediqué a trabajar, y fue todo en gastronomía... y ahí empecé a engordar”* (Entrevista a Rosa, línea 42);
- b) por dejar de lado lo que se estaba haciendo para bajar de peso debido al trabajo:
“hoy estoy en una recaída, por eso volví, porque bueno una trabajaba y todo lo demás, entonces dejaba de lado, y de a poquito vos dejás de lado y por eso te digo, se te suben los kilos” (Entrevista a Carina, línea 42).
- c) o porque se pasa “mucho tiempo sin comer”[©], lo que lleva a comer de más luego:
“El otro día estaba con mi primo... y se levantan a las 5 de la mañana... y se acuestan a las 10 de la noche... Están todo el día trabajando, no conocen lo que es el desayuno, no conocen lo que son la colación, no conocen lo que es un almuerzo porque trabajan derecho, entonces a la noche llegan y se revientan comiendo” (Entrevista a Hugo, línea 58). *“Yo un tiempo estuve trabajando, no hacía las colaciones, no hacía las meriendas, no hacía esas, desayuno no hacía; comía al mediodía y a la noche nomás cuando volvía y me fue desastroso; aunque no comiera nada frito, comiera lo que me dieran ellos, pero... Comía más por el hecho de estar tanto tiempo sin comer. Fue totalmente... me fue mal.”* (Entrevista a Hugo, línea 62).

Nuestra informante clave, Sra. Beccaría, con respecto a este tema expresó:

“pasa por el desorden, por los horarios atípicos, por muchas cosas, que la vida moderna nos lleva por ahí a tener todo eso; los trabajos, “no, no puedo comer en el trabajo”, mucha gente que va a ALCO dice “no, en el trabajo no puedo comer”, nosotros le decimos “bueno, no sé, ponete una barrita acá abajo y andá comiéndotela así” ¿viste? Sugerencias” (Entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 79-82).

Entonces, podemos inferir la existencia del mito de que hay una fuerza externa, en este caso el trabajo, que hace que la persona no pueda cuidarse. Probablemente faltaría aquí una visión más enfocada en posibilidades en vez de lo que no se puede hacer: por ejemplo, paso mucho tiempo sin comer en el trabajo y luego me “reviento” comiendo vs. como alguna barrita en el trabajo y en casa tengo ya algo preparado para comer cuando llegue.

Además, en las entrevistas a Carina, Ana, Patricia y Hugo, se planteó como causa el “ritmo de vida”[©] o el estilo de vida actual:

“a mí me parece el estilo de vida ya de uno que ha cambiado un poco. Eh... se come mal, no hay una buena alimentación, eh, como que no le prestan mucha

⁹ “parte de la causa: trabajo”[©].

atención a la actividad física, eh; que nunca le prestamos atención, es algo, algo secundario y es tan, es tan bueno y saludable” (Entrevista a Ana, línea 28).

Entonces, habría “menos actividad física, más comida”©, como lo expresaron Mariana y Hugo. Aquí se pueden incluir:

- a) La “vida sedentaria”©, de la que hablan Rosa, Patricia y Hugo.
- b) El no cuidarse planteado por Mariana, entendido como hacer vida sedentaria y comer¹⁰.
- c) Y el “comer como causa”© descrito por Rosa.

Este enfoque del “comer” como parte de la causa, nos parece que podría resultar en un obstáculo si se quisiera bajar de peso o mejorar el estilo de vida, ya que no es posible no comer.

Diferente es lo que dijo Mariana, el comer excesivamente cosas que engordan como causa¹¹, ya que aquí si se quisiera bajar de peso o mejorar el estilo de vida, la persona no debe no comer, sino elegir qué se va a ingerir, cómo y cuánto.

Este tema del ritmo de vida actual, también fue expuesto por nuestras informantes clave, Sra. Beccaría y Lic. Barrera: la vida sedentaria, el desorden en la alimentación, los horarios atípicos, la actividad laboral cada vez más sedentaria;

“cada vez nos movemos menos, cada vez comemos más, y el estilo de vida que llevamos hace que estemos cada vez más quietos. O sea que ya no es solamente la actividad física, sino la actividad laboral es cada vez más sedentaria, el uso de las computadoras, el uso de los celulares, hace que todo lo que tengamos que hacer sea cada vez más quietos o con menos movimiento” (Entrevista a Lic. Barrera, líneas 17-21).

Por otra parte, Mariana y Rosa, manifiestan una cierta “noción de lo que engorda”©:

“... tengo que dejar de comer excesivamente como como y cosas que engordan, porque yo tomo cerveza, como pizza, facturas, bizcochos; todos los días desayuno con un paquete de galletitas dulces, dos facturas...” (Entrevista a Mariana, línea 22); *“ya sé lo que tengo que comer y lo que no tengo que comer”* (Entrevista a Rosa, línea 6).

Mariana también incluye como causa el “consumo de alimentos no naturales”©:

“debido al consumo que hay de todos los alimentos que salen, que no son naturales digamos. Porque antes, no había tantas cosas envasadas, se comía más fruta; cuando yo era chica nomás, comíamos un chocolatín Jack, o un chupetín, un caramelo, las galletitas Lincoln, no había las papas fritas, los chizitos, todas esas cosas” (Entrevista a Mariana, línea 48).

¹⁰ “no cuidarse = vida sedentaria + comer”©.

¹¹ “comer excesivamente cosas que engordan = causa”©.

Lo que narra Mariana nos llama la atención, porque intenta hacer una diferencia entre lo que se consumía antes y lo que se come ahora, pero cuando relata lo que comía cuando era chica: chocolatin, chupetín, caramelo, galletitas; siguen siendo productos envasados o “no naturales”. Por ello, pensamos que estaríamos aquí frente a otro mito.

En asociación con lo expuesto por Mariana, Hugo expresa que al salir a comer fuera de casa se encuentran “pocos lugares con comida saludable”©, *“salís a comer y lo que tenés... locales que, es lo que más abunda es la pizza, la comida rápida que se dice, que están sobrepasadas de calorías”* (Entrevista a Hugo, línea 24).

Rosa y Hugo mencionan a la “comida chatarra”©, a la comida rápida; Rosa agrega *“le dan eso a los chicos, comen ellos y después ya se envician a comer eso”* (Entrevista a Rosa, línea 260). Se generaría un “vicio”© que llevaría a querer consumir más de esos alimentos.

La Lic. Barrera nos comentaba al respecto:

“La comida es adictiva, sobre todo algunos tipos de alimentos: los que son muy ricos en azúcar, los que son muy ricos en sal y los que son muy ricos en grasas; son los alimentos que a nivel paladar son los más sabrosos” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 239-243).

Por lo tanto, entendemos que ciertos tipos de alimentos son adictivos.

Este tema de la comida chatarra también fue mencionado en las entrevistas a informantes clave, Dr. Cornejo y Lic. Barrera:

“Estados Unidos se caracteriza por la comida que le dicen chatarra, que sigue arraigada, es muy difícil controlarla; como es comer todo lo que sea alimentos con alto contenido graso, lo cual lleva a no solo engordar sino a otras enfermedades, porque ingieren todo lo que le dicen comida chatarra que es el huevo frito, panceta frita, hamburguesas, toman mucha gaseosa o cerveza; todo ese tipo de frituras, etcétera, están a la orden del día; y es muy difícil luchar contra eso” (Entrevista al Dr. Cornejo, líneas 27-32).

“empezamos a utilizar más el hecho de rotisería, comidas rápidas, deliverys, o comidas frizadas o que vienen ya pre-elaboradas, y eso hace que la calidad alimentaria también se vea influida” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 44-46).

También Rosa y Hugo hablan acerca de la cuestión de las “reuniones y comida”©:

“tengo muchas amistades... pero qué pasa, que nosotros siempre nos juntábamos... pero siempre hay una picada o una comida de por medio... y eso que yo hacía dieta acá en casa, pero... jueves, viernes, sábado y domingo... yo salía, soy muy salidora, ahora no desde que me enfermé, no, no voy a ningún lado... Ir a las invitaciones, vas a una reunión política comés... vas a cualquier otra reunión de cualquier cosa... comida... y eso fue lo que me fue llevando a... a ir aumentando” (Entrevista a Rosa, línea 2).

Esta cuestión fue claramente explicada por la Lic. Barrera:

“cada reunión, cada juntada o cada evento que tenemos tienen relación directa con el alimento; en todos los lugares que vamos a juntarnos hay comida y eso hace que todo lo que hacemos, lo hacemos comiendo” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 27-29).

“las reuniones, porque, haber, no digo que hay que eliminar lo social, digo que hay que mejorar la calidad de lo que se come en lo social; porque vos te podés juntar a comer un asado, elijan la parte más magra del asado y acompañenlo con una ensalada y que no haya vino, o que no haya tanto postre o que el postre sea una ensalada de frutas o un postre que no sea tan calórico. Y se puede, no es dejar lo social, es entender que cada vez que nos juntamos a comer con amigos no tenemos que reventar; no tenemos que matarnos, no tenemos que triplicar o duplicar el aporte calórico de lo que comemos un día normal, porque eso obviamente repercute en el peso, repercute en nuestro estado de salud” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 49-57).

Entonces, consideramos que aparece otro mito o creencia: que en toda reunión debe estar presente la comida, por lo general alta en calorías y baja en nutrición y que, allí, hay que comer de más, “hasta reventar”.

Rosa y Hugo, también plantean el tema de cuando el grupo coacciona para que se consuman alimentos¹²: *“Y a veces la demás gente que te dice “comé, comé, comé”...”* (Entrevista a Rosa, línea 28).

Otro tema que emergió en las entrevistas a Mariana, Rosa y Hugo, es el de la ingesta de “alcohol”©, tanto en el marco de reuniones como dentro del contexto hogareño:

“Y: ¿cómo es tu reacción si aumentás...?”

M: ¡oh! Hago así, jejeje... y salgo, y capáz que voy, vengo y me tomo una cerveza...” (Entrevista a Mariana, líneas 101-102).

“los vecinos mismos pasan “uh, cómo bajaste, qué hiciste para bajar que yo no puedo bajar” y así... Pero que no pueden bajar pero van con su botellita de vino o comen lo que no tienen que comer” (Entrevista a Rosa, línea 220).

“Yo ahora me voy al cumpleaños de un amigo y sé que es para destrozos. Es tomar alcohol, comer cosas que... no sé si es tanto la comida, más que nada es el alcohol en mi caso; en otra persona será la comida, no sé; en mi caso es el alcohol... Desarreglás... salís del ámbito en que te manejás todos los días y... es una noche, pero te mata esa noche. También me ha pasado que una noche he hecho... no sé si por la comida, pero... una vez que no sé cuánto había subido, que yo todos los días, todos los meses le traigo a Jorgelina la planilla; después de una noche que salí con mis

¹² “influencias”©.

amigos y me tomé todo y eso me explicó la cantidad de calorías y todo eso. Hací de cuenta que me había comido... cinco comidas en una noche...

Y: claro, por las calorías del alcohol.

H: por las calorías del alcohol... Eso me mata... ” (Entrevista a Hugo, líneas 72-74).

Esto nos resulta interesante, ya que cuando se habla de obesidad el foco suele estar puesto en la comida y no se tiene en cuenta este factor, el del consumo de alcohol; el cual, además, también puede ser adictivo y potenciar los daños a la salud (por ejemplo, un hígado que se esfuerza en manejar los excesos en la comida, puede comenzar a fallar si se le añade un alto consumo de alcohol).

Además, para Mariana y Rosa, parecieran tener un papel relevante las propagandas y la presentación de productos calóricos en los medios¹³:

“... las propagandas es una cosa que te dicen “esa galletita de chocolate, la crema más rica”, la comida, los programas de televisión, todo... principalmente las propagandas, que le incentivan a los chicos en vez de fruta, desde chiquitos, las papas fritas, todo lo que es envasado, todo lo que tiene grasa, todo eso.” (Entrevista a Mariana, línea 46);

“te dan propagandas de los cocineros los tenés cocinando todo el día una comida más rica que la otra; te dan la propaganda de la picada Paladini, que vos la ves de noche cuando estás comiendo una manzana y te pasan el jamón, te pasan los salames, el queso... y si yo no estuviera haciendo dieta, a lo mejor me levanto y voy y compro...” (Entrevista a Rosa, línea 62).

Esto nos parece que puede representar otro mito o creencia: si lo pasan por televisión hay que consumirlo; nos preguntamos ¿dónde queda la libre elección de la persona?

Esta dos entrevistadas mencionaron el tema de la “elección de la opción más calórica”©, en la que se prefieren los alimentos menos saludables y más calóricos por ser “más ricos:

“en vez de comprar queso blanco compro manteca, en vez de comprar una mermelada light compro dulce de leche, ¿entendés? Ayer fui al supermercado... no miré las mermeladas light, directamente saqué un kilo de dulce de leche” (Entrevista a Mariana, línea 44).

“y porque es más rico lo otro [refiriéndose al por qué del rechazo de los alimentos más saludables]. Vos antes me dabas a mí una ensalada y un plato de papas fritas con huevo y... te dejaba la ensalada y te comía la papa frita con huevo... Y ahora, por más que me guste, lo miro pero... “no esto me hace mal, me como esto”” (Entrevista a Rosa, línea 174).

Esta tendencia a comer este tipo de comidas de alto contenido graso, fue comentada por nuestro informante clave Dr. Cornejo cuando hacía referencia a la persona obesa. Pero nos

¹³ “productos calóricos en los medios – propaganda”©.

parece importante recalcar que es una tendencia y que, en cuanto tal, puede ser manejada, no es algo en lo que no se pueda intervenir.

Preguntamos a Mariana cuál es su actitud hacia la comida, ella nos respondió “*¡ah, como! Me gusta comer... como mucho... siempre fui de buen comer...*”¹⁴ (Entrevista a Mariana, línea 116).

Aquí consideramos que puede haber otra creencia: el buen comer es comer mucho.

En relación con lo expresado por Mariana, Rosa mencionó que “*acá en casa tienen la costumbre de servirte un plato así... grande*”¹⁵ (Entrevista a Rosa, línea 228).

Hugo nos comentó su teoría acerca de la diferencia entre una persona delgada y una con obesidad; en la cual el estómago de una persona promedio sería más pequeño que el de quien tiene obesidad, por ello el delgado sentiría saciedad pronto y el obeso no¹⁶:

“porque comen lo que tienen que comer, porque su, es una cuestión médica que su estómago llega hasta un punto. El estómago de una persona promedio, no le entra más de medio litro tengo entendido; en cambio el mío, dos litros y medio es el tamaño del estómago, para saciar esa saciedad..., llenarlo y sentir esa saciedad” (Entrevista a Hugo, línea 84).

Esto puede tratarse de otro mito: es una cuestión médica de tamaños de estómago.

Por otra parte, Carina y Ana hicieron referencia a la “mala alimentación”[©]; que, según Carina y Hugo, se iría formando en el hogar¹⁷, “... y esos hábitos, y vienen de abajo. Y los hábitos nuevos cuestan muchísimo. Los hábitos, porque vos traés de tu casa...” (Entrevista a Carina, línea 38).

En los dichos de Rosa y Hugo, se destaca la “importancia de la familia en la alimentación”[©]:

“Y: entonces la familia...”

R: es la, tiene mucha importancia en la alimentación... mucha importancia en la alimentación de los chicos” (Entrevista a Rosa, líneas 163-164).

“En mi familia está bien visto comer, vos vas a la casa de un familiar y te ofrecen comida y no les comés es como faltarle el respeto, entonces ya nace de ahí, que cuanto más comés parece que están orgullosos, es así.

Y: así que la familia en la obesidad...

H: es totalmente importante” (Entrevista a Hugo, líneas 20-22).

¹⁴ “buen comer = comer mucho”[©].

¹⁵ “porciones grandes”[©].

¹⁶ “estómago grande”[©].

¹⁷ “malos hábitos caseros”[©].

“Aparte ya viene [refiriéndose a un primo] con una mentalidad de... de los padres, de que... lo light no lo admito, porque no alimenta” (Entrevista a Hugo, línea 58).

Podemos inferir aquí la existencia de creencias o mitos dentro del sistema familiar: está bien visto comer; pertenencia al grupo vía alimentación, es decir, *significados idiosincráticos y especiales* dentro del sistema familiar, como lo plantearon Elka Harkaway y Madsen (1989), en los cuales para muchas familias con integrantes obesos, el sobrepeso indica calidad de miembro y de lealtad hacia la familia (si no comés es como faltarles el respeto); *“lo light no lo admito, porque no alimenta”*.

Mariana, en cuanto a la influencia de la familia en la obesidad, explicó: *“y yo pienso que, como ser, yo me crié de buen comer, por mi mam... entonces, y comiendo cosas, comidas que como ser: tortas, chatarra”*¹⁸ (Entrevista a Mariana, línea 44). Recordamos que habíamos pensado en la creencia de que el buen comer es comer mucho y ahora, a partir de este relato, añadimos, alimentos calóricos: buen comer es comer mucho y alimentos calóricos.

Rosa destaca como un elemento importante el “modelo de alimentación”[©], el modelo de crianza, desde la niñez. *“Eso también influye mucho; el modelo de crianza, el modelo de alimentación, cuando eran chicos”* (Entrevista a Rosa, línea 194).

Carina destacó la existencia de “familias obesas”[©], en donde sus integrantes presentan obesidad.

Además, cinco de seis entrevistados poseen “antecedentes familiares”[©] (Mariana, Rosa, Carina, Patricia y Hugo), es decir, existencia de obesidad y sobrepeso en la familia; Ana no habla de antecedentes familiares de obesidad, pero expresó que *“lo noto en mi familia, siempre fui la única persona obesa y como que mis hermanos tenían, o sea, no tenían un peso normal, pero eran personas normales...”* (Entrevista a Ana, línea 20), por lo cual inferimos la existencia de sobrepeso en la familia.

Podemos incluir aquí el “factor hereditario”[©], genético, del que hablaron Carina, Ana y Patricia:

“Hereditario, los genes tiene mucho que ver. En mi caso, mi abuela es obesa, mi mamá es obesa, yo obesa, la abuela paterna también, los tíos paternos también” (Entrevista a Carina, línea 20).

“Y: en cuanto a las causas de la obesidad, ¿qué te parece, qué pondrías en primer lugar como causa de la obesidad?”

¹⁸ “familia de buen comer”[©].

A: y bueno, a mí me parece que generalmente es genético, me parece que siempre hay o debe haber algún factor de riesgo que algunos lo tienen y otros no, uno lo desarrolla más que otros no” (Entrevista a Ana, líneas 19-20).

“Y: (...) ¿qué genera a la obesidad, qué es lo que produce la obesidad?

P: ... no sé, porque dicen que es algo genético...” (Entrevista a Patricia, líneas 31-32).

Con respecto a este tema, nuestros informantes clave también hablaron:

“Y está otro problema que es la lucha contra el gen de la obesidad, o sea, hay personas que heredan el gen de la obesidad y tiene que pelear toda la vida porque heredó ya que va a ser obeso, y tiene que luchar su vida, gran parte de su vida para no llegar a ser obeso” (Entrevista al Dr. Cornejo, líneas 45-47).

“que vos genéticamente estés predispuesto, no significa que seas. Vos podés tener papá y mamá obesos, y no significa que yo sea obesa; porque yo puedo manejar con mi alimentación y con actividad física mi factor genético; esa es mi forma de verlo. Lo que pasa es que es muy fácil echarle la culpa a lo genético para no resolver el problema.

Está comprobado que la genética es un tercio de nuestro total, de nuestro ser, pero un tercio ¿y el resto? Los otros dos sextos vos los podés manejar. Si vos manejas bien tu alimentación y manejas bien tu actividad física, lo genético puede estar totalmente oculto. Ahora, si a lo genético vos le sumás que comés mal y que no te ejercitás... y sí, vas a ser; vas a ser lo que tu genética dice que tenés que ser (...) insisto, que tus papás sean no significa que vos vas a ser.

Y: claro, predisposición no predeterminación.

Lic.: predisposición no predeterminación.” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 181-202).

“P: y la causa es genética, y ¿es hereditaria? y 50% sí, porque si vos tenés tu papá que es obeso y seguramente que... que...

Y: la tendencia está.

P: la tendencia está, exactamente. O si tenés familiares obesos y vas a tener que cuidarte porque seguramente que vas a tener la tendencia” (Entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 44-48).

Nos parece que aquí existe una diferencia entre el relato de los entrevistados y el de los informantes clave; ya que los primeros hablan de lo genético como algo más determinista o predeterminación; y los segundos, lo toman más como una tendencia o predisposición.

Mariana expresó que tiene tendencia¹⁹ hacia el aumento de peso. Y Rosa manifestó poseer una “facilidad para aumentar de peso”[©]:

¹⁹ “tener tendencia”[©].

“me cuesta más adelgazar que engordar; porque yo en 2 o 3 días te engordo 2 o 3 kilos si me pongo a comer, y para bajar 2 o 3 kilos a lo mejor tengo que estar un mes... o más. Y cuidarme, ni una gota de sal, nada de nada; toda la carne o lo que sea todo desgrasado, todo; el aceite de oliva, o el aceite medido por una cucharita... todo por medida... Y para engordar, no cuesta nada” (Entrevista a Rosa, línea 136);

“yo con nada te engordo... yo me paso un poquito en la comida y ya te engordé” (Entrevista a Rosa, línea 226).

Nos preguntamos en qué consistirá este pasarse un poquito en la comida descrito por Rosa, ¿estaremos ante otro mito?; ese mito de que “con nada engordo”. Nuestro informante clave, Dr. Cornejo, también mencionó esta: “*capacidad de poder engordar o aumentar de peso fácilmente*” (Entrevista al Dr. Cornejo, líneas 143-144).

Esta facilidad para aumentar de peso, puede deberse también, de acuerdo con lo descrito por Rosa, a “tratamientos médicos”[©]:

“... me hicieron un tratamiento porque en vez de engordar con el embarazo, bajé; entonces embarazada y todo me hicieron un tratamiento y después a los años ahora me dijo el médico “el tratamiento que a vos te hicieron te pasaron de hiper a hipotiroidismo”...” (Entrevista a Rosa, línea 42).

Rosa habló sobre trastornos orgánicos existentes que contribuyen al aumento de peso²⁰:

“Y: ¿a qué creés que se deba eso de subir mucho?”

R: y los médicos me han dicho que es el problema de tiroides...” (Entrevista a Rosa, líneas 99-100).

Por otra parte, Mariana, Ana, Patricia y Hugo, plantearon la existencia de “antecedentes personales”[©], es decir, la presencia de sobrepeso u obesidad en algún momento de sus vidas, además de en la actualidad.

Otro tema que describió Mariana, es que:

“no los puedo obligar...[refiriéndose a su familia] a ellos a comer lo que yo como... aunque no tendrían problema... pero es más difícil para cocinar, para... es más fácil poner todo en una olla, comprar una pizza o... qué sé yo... hacer una salsa con fideos” (Entrevista a Mariana, línea 114).

A partir de ese relato de Mariana, construimos el código “no se puede obligar a comer todos lo mismo”[©], referido a que cuando se trata de alimentos saludables no todos en la familia tendrían la “obligación” de alimentarse así, se dificultaría comer todos lo mismo. También elaboramos el código “es más fácil comer todos lo mismo”[©]; cuando se trata de

²⁰ “aumento por problemas orgánicos”[©].

alimentos no tan saludables, pareciera ser más sencillo que todos en la familia ingieran lo mismo. Inferimos de estos datos que se trata también de creencias dentro del sistema familiar.

En las entrevistas a Mariana, Rosa, Carina y Hugo, surgió el tema de la haraganería, la comodidad²¹, que llevaría a la mala alimentación y a la falta de actividad física:

“Pero ya estoy tan haragana que ni siquiera me da ganas de caminar...”
(Entrevista a Mariana, línea 118).

“Haraganería por no cocinar.

Y: y cuando dicen “no, no tengo tiempo y por eso...”

R: van y compran; por haraganería... Porque vos al tiempo lo hacés, si no tenés tiempo de día dejate preparado, cortate unos bifés a la noche y los dejás en la heladera; lavá la verdura, la podés cortar, ponerla en un tupper sin condimentarla, al otro día ponés la plancha o la bifera lo que sea, ponés los bifecitos o la verdura o unos huevos duros lo que sea y... y chau” (Entrevista a Rosa, líneas 260-262).

“...hay personas que realmente no les interesa, no sé por qué tema, no sé; que para mí psicológicamente no es, sinó que son personas que son cómodas, que les gusta lo fácil en la vida... y antes de... de, de... de tratar de hacer algo, algo, sacrificarse, hacer un esfuerzo; prefieren hacer el camino fácil, encerrarse en su casa, no salir, no tratar de lucharla, no... Entonces buscan el camino fácil, que es seguir haciendo la misma vida hasta donde, hasta donde den. No les importa si puede ser días o años, pero no les interesa o no les gusta cambiar o no quieren hacer sacrificio, no quieren esforzarse, nada más que eso (...) son unas personas que no les interesa cambiar porque les gusta lo fácil. (...) cuando vos llegás a un punto en la obesidad querés todo fácil, no te querés esforzar, porque el cuerpo mismo te pide hacerlo fácil y estar quieto, que es el sedentarismo; entonces querés todo fácil. Y hacer las cosas te cuesta mucho. Una de las cosas, por ejemplo, hacer una dieta, sacrificarte, la regularidad... la continuidad, todo eso te cuesta mucho” (Entrevista a Hugo, líneas 103-104).

Nos parece un tanto duro el relato de Hugo, nos genera cierta sorpresa el que diga que son personas cómodas que quieren lo fácil; pareciera como si existiera una intolerancia en su relato.

Para Rosa, existiría un acostumbramiento que lleva a comer mal²². En relación con esto, podemos incluir la opinión de Hugo; este entrevistado planteó que en la obesidad no se presentan factores psicológicos, sino costumbre, un hábito desarrollado durante años, que se va de las manos; lo cual estaría manifestando un factor psicológico²³:

“es que hay muchos factores... Los factores psicológicos para mí son una estupidez... hasta el... una persona que... El tema es la costumbre, la persona que es

²¹ “haraganería/comodidad” ©.

²² “acostumbrados a comer mal” ©.

²³ “contradicción: sin factores psicológicos/con factores psicológicos” ©.

obesa tiene una costumbre, un hábito que lo desarrolló durante años y años... lo desarrolló, no es como un fumador que arrancó a fumar hace dos meses, y en dos meses pasó de fumarse un pucho diario a dos atados. El obeso va escalando y va escalando y va escalando... y se te va de las manos...” (Entrevista a Hugo, línea 102).

A partir de lo dicho por Hugo, vemos el desarrollo de la obesidad como un proceso, no se genera de un día para otro.

Carina y Ana plantean la existencia de un “componente psicológico”[©], *“Porque dicen, “el obeso es, porque come engorda”, pero hay algo atrás, como había dicho de lo que es psicológico tiene mucho que ver...”* (Entrevista a Carina, línea 16).

Nuestros informantes clave también hicieron mención a la existencia de un componente psicológico.

Otra cuestión que emergió en la entrevista a Rosa, son las “discusiones en la mesa”[©], se refiere a que frecuentemente las discusiones en los hogares surgen en la mesa, entonces se come mal y cuando la persona está sola “come tranquila”. Según el relato de Rosa, a veces “la tranquilidad engorda”[©]:

“hay personas que a lo mejor han tenido un matrimonio, que el matrimonio han comido mal o el marido no le daba de comer porque se han llevado mal, se separan y engordan, y dicen “no, se separó por la angustia o porque extraña” y no... es al revés, porque a veces la tranquilidad misma la engorda...

Y: ¿cómo es eso de que la tranquilidad la engorda?

R: claro, porque vos tenés un marido golpeador... yo te digo porque conozco mucho, muchos casos de eso... y vos estás inquieta comiendo, molesta si comés o si viene tu marido o si él llega y vos estás comiendo y no lo esperaste, o estás comiendo y te, empieza la discusión, no comés... Llega un momento que vos te separás a veces... y te sentás y comés tranquila” (Entrevista a Rosa, líneas 206-208).

A partir del relato anterior, empezamos a entrar en un terreno donde más claramente se destaca la influencia de factores psicológicos.

Rosa también explica que en algunos casos, las personas comen de más porque en sus vidas, en sus historias personales, han sufrido muchas carencias, como por ejemplo la falta de alimentos en la infancia²⁴:

“Hay muchas personas también que yo conozco, que a veces han pasado mucha necesidad cuando han sido chiquitos, entonces cuando son grandes y ven que hay comida, se desesperan y comen lo que encuentran (...) hay muchas personas cuando eran chiquitos porque han comido de la basura, que no han comido, cuando ven que son grandes o que se pueden comprar, se quieren dar el gusto que nunca se dieron de chicos, y comen y comen y comen (...) Te digo porque yo conozco gente así... o

²⁴ “compensación”[©].

amigos a veces que nos ponemos a charlar, que “por qué” “pero vos no sabés la vida que yo llevaba, nosotros no comíamos” o “mi padre, no nos daban de comer” o “éramos muchos hermanos y no nos alcanzaba la comida” “comíamos salteado, entonces ahora si yo me puedo dar el gusto por qué me lo voy a negar”... pero no saben que el por qué me lo voy a negar me está haciendo daño (...) Porque se criaron con el padrastro, porque el padrastro le daba más de comer al hijo propio que a ellos; entonces el día que tienen o trabajan o pueden comprarse comida, se compran de más, y comen por lo que no comieron cuando eran chicos, y ahí empieza a veces la obesidad... por el dolor que ellos tienen adentro, que tienen desde su niñez” (Entrevista a Rosa, líneas 194-196).

Este tema nos parece importante para destacar, ya que iniciar un tratamiento para la obesidad sin tener en cuenta todas estas situaciones de la historia de la persona, podría llevar al fracaso del mismo; ya que el paciente puede tener la creencia de que alimentarse así es algo que tiene que aprovechar ahora que puede, porque lo merece, en compensación por todas las carencias que tuvo que soportar.

Rosa, Carina, Ana y Hugo, describen la existencia de un dolor, de un problema²⁵, a partir del cual la persona comienza a comer más, a centrarse en la comida:

“y ahí empieza a veces la obesidad... por el dolor que ellos tienen adentro, que tienen desde su niñez.

Y: entonces ¿por qué creés que una persona come de más?

R: porque tiene un problema... En algún rinconcito de su alma, o de su corazón, o de donde sea; de los sentimientos o de donde sea, tiene un problema... tiene un problema, entonces curándole el problema se cura la obesidad... Tenés que escarbar nada más” (Entrevista a Rosa, líneas 196-198).

“es el dolor que tienen de antes... Y entonces la comida le hace olvidar a veces las angustias. Cuántas personas hay que se le muere un hijo, o se le muere la madre o se le muere el padre, muchos agarran el alcohol, otros agarran la comida y agarran vicios diferentes... Como se agarra el alcoholismo, agarra para la comida... y ahí tenés que hacer tratamiento” (Entrevista a Rosa, línea 212).

“vos vas sumando: los genes, la vida sedentaria, la mala alimentación, y bueno... Todo eso forma la obesidad.

Y: vos habías dicho también algún problema...

C: sí, a veces se despierta, a veces puede ser que ninguna de esas cosas sea; puede llegar a ser un, la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, eh unnn... que hayas peleado con tu novio, problemas en la pareja, problemas familiares, y bueno eso hace que se destape y te dediques solamente a cerrar todos tus problemas en la comida, viste, a comer a comer a comer” (Entrevista a Carina, líneas 20-22).

²⁵ “dolor/problema como causa” ©.

“o por ahí el problema, tiene un problema eehh, psicológico o algo y... o un trastorno y... te guiás en la comida y empezás a comer y... es como que todo lo desligás a través del alimento y bueno y te vas produciendo la misma enfermedad” (Entrevista a Ana, línea 20).

“Como causa eso; pero después... yo he leído historias de tipos que sé yo, que se les va el papá y están angustiados, conozco esa situación de que se desahogan con la comida” (Entrevista a Hugo, línea 20).

De estos relatos inferimos que la obesidad, entonces, no es sólo una cuestión de comer mucho y moverse poco; pero se deben respetar las creencias del paciente en cuanto a la etiología; si éste reconoce la existencia de este dolor o problema y considera que necesita la ayuda de un experto, entonces podemos intervenir, como lo explicaron Crispo, Figueroa y Guelar (1994) en su definición de “problema”.

Nos parece oportuno incluir aquí lo que nos dijo nuestra informante clave, Lic. Barrera:

“porque, no es solamente un problema alimentario, hay un problema psicológico muy de fondo y muchas veces el paciente obeso no lo quiere ver, cree que es solamente alimentario” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 68-70).

Según lo expresado por Mariana, Rosa, Ana y Patricia, lo mismo sucede ante situaciones que generan ansiedad²⁶, la persona siente ansiedad y come.

En relación a la existencia de un dolor, de un problema y ante la ansiedad, Mariana, Rosa, Carina, Ana y Hugo manifestaron que “lo descargás en la comida”[©]:

“Y: y eso... ¿qué es lo que le va pasando a la persona cuando va aumentando de peso? Para vos ¿qué es lo que está pasando ahí?”

R: y que hay algún problema... Hay algún problema de algo.

Y: y ese problema ¿cómo le afecta?”

R: lo descargás en la comida... Lo descargás en la comida” (Entrevista a Rosa, líneas 253-256).

“Yo me pongo nerviosa y ¡hay, corran!, corran con el pan porque... voy directo al pan.

Y: eso ¿por qué te parece que sucede?”

C: y a eso lleva a qué se yo, es como que vos te descargás; obvio que después que te comiste todo no te sentís bien, la panza que te explota, todo, pero no te sentís bien; no satisfacés el... la culpa la seguís teniendo, viste, pero igual, vos te desquitás con la comida; por eso es la enfermedad” (Entrevista a Carina, líneas 56-58).

Nos parece importante destacar la cantidad de veces que aparecen estos códigos en este estudio: “dolor/problema como causa”[©], 7 veces; “ansiedad como causa”[©], 5 veces; “lo

²⁶ “ansiedad como causa”[©].

descargás en la comida”©, 6 veces. Ello señala la importancia de estos factores en la génesis y mantenimiento de la obesidad.

Preguntamos acerca de por qué esa descarga se da en la comida y no de otra manera; según Rosa, Carina y Ana, se da porque “comer es lo más fácil”©, lo más accesible y práctico:

“porque es lo más fácil... Muchos lo agarran en el alcohol... Muchos se van al juego... a jugar... pero el comer es lo más fácil de todo” (Entrevista a Rosa, línea 258).

“y es más fácil me parece... Te agarra la ansiedad y vas y... y comés. Está ahí, es fácil, es cómodo” (Entrevista a Ana, línea 22).

Entonces, aquí pensamos que puede haber otra creencia: ante una situación de dolor o ansiedad, recurrir a la comida porque es lo más fácil.

A partir de los relatos y códigos antes expuestos, elaboramos la segunda categoría de la investigación, “*significados en relación a las causas de la obesidad*”, es decir, todos aquellos significados que explican a qué se debe, por qué sucede, qué lleva a la obesidad.





Figura 8: Causas de la obesidad.

4. 1. c) Significados en relación a las características de la persona obesa.

Mariana expresó que sabe que debe adelgazar, que tiene colesterol alto y así como dejó de fumar, *“tendría que dejar de comer”*²⁷ (Entrevista a Mariana, línea 132). Esta expresión de Mariana nos parece que representaría una dificultad, ya que no es posible dejar de comer. Como afirmaron Crispo, Figueroa y Guelar (1994), en la formulación misma de la queja del paciente muchas veces reside la imposibilidad de su resolución.

Mariana, Rosa, Ana y Patricia manifestaron un cierto conocimiento acerca de cuál es su peso saludable y de cuántos kilos extra poseen²⁸.

Otro dato surgido de las entrevistas a Rosa, Carina y Patricia, es el tema del “arrepentimiento”[©] luego de comer; la persona siente culpa:

“El sentirte bien... el comer, pero después que vos comés a veces te arrepentís... porque yo a veces, no es cierto, iba y comía y después decía “¡hay, y para qué comí, para qué comí!”” (Entrevista a Rosa, línea 28).

“Entonces, capaz que hice todo el día bien mi dieta, mi plan, y a la noche lo... lo malogro por eso de que me levanto a comer; y al otro día me levanto llena de culpa” (Entrevista a Patricia, línea 34).

Rosa, Carina y Ana explican el tema de la “tentación”[©], que al ver comida a veces se tientan y comen:

“Y vos ves la comida y te tentás y comés... te tentás y comés... Porque yo a veces iba a algunas reuniones y decía “no voy a comer hoy”, “no voy a...”, estaba haciendo dieta antes de enfermarme, y decía “bueno, yo no...””; ya había empezado la

²⁷ “tendría que dejar de comer”[©].

²⁸ “noción de los kilos de más”[©].

dieta, porque ya me sentía mal, decía “no voy a comer” pero iba y que veía bocaditos, que empanadas, que asado, que por ahí raviolos, por ahí tallarines... y a mí la pasta me encanta... y comía... Y que por ahí te tomás un vaso de vino... el doble todavía” (Entrevista a Rosa, línea 22).

“nadie hace el plan cien por cien... eh; aparte la comida es la que manda, la que anda por todos, vos cocinás si sos cocinera, si sos ama de casa, le cocinás a tus hijos, vas a la panadería, vas al supermercado... y hay comida tentadora constantemente, y en algún momento vos podés caer en la tentación de comer y qué sé yo y... y parece que tiene memoria el paladar, que si vos comés un bizcocho más y se despierta y otro bizcocho, otro bizcocho, cuando te descuidás te comiste un cuarto, un medio y ahí a la miércole el plan” (Entrevista a Carina, línea 44).

“ahí en eso siempre pasa que, que te puede por ahí la comida y gana más la comida que uno mismo” (Entrevista a Ana, línea 24).

Relacionamos estos relatos con el momento de contemplación descripto en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente; ya que en él existe una toma de conciencia progresiva de que hay un problema, se comienza a considerar la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, y los aspectos gratificantes que se obtienen de ella se comienzan a equilibrar con los aversivos. También con el momento de preparación, en el que se toma la decisión de abandonar la conducta adictiva y se realizan pequeños cambios (como Rosa, que hacía dieta en su casa, pero iba a reuniones y comía).

Consideramos que cuando estas personas están ante la comida, es un momento de acción, de impulsividad; cuando no están frente a la comida, es un momento de reflexión, en el que suele aparecer el arrepentimiento. Se genera así un circuito entre la reflexión y la acción, como un círculo vicioso en el que nada cambia.

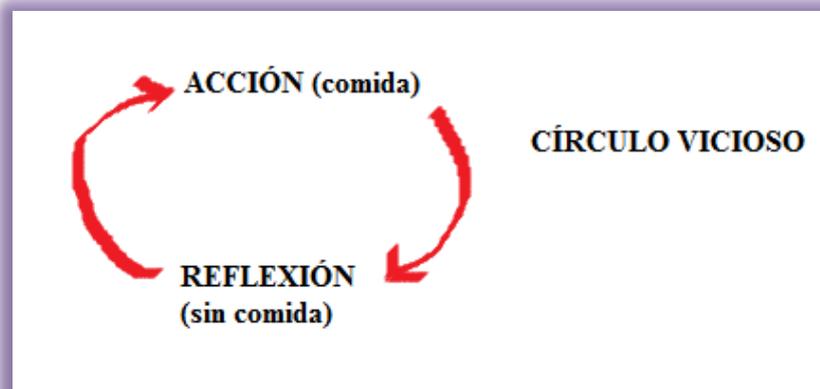


Figura 9: Círculo vicioso.

Llamaremos a estos dos momentos que ellos describen: “relatos de reflexión” y “relatos acerca de la acción indebida”. Pensamos que en el tratamiento de estas personas, hay que introducir reflexión para lograr aprendizajes que lleven a que el circuito no se repita siempre de la misma manera.

Mariana y Patricia expresaron que la debilidad de la persona con obesidad es la comida²⁹.

Mariana afirma que le gusta comer³⁰ “... *me gusta comer...como mucho... siempre fui de buen comer...*” (Entrevista a Mariana, línea 116).

Según Carina, existe el fenómeno de la “comida en toda situación”©, en el sentido de que “...*si estás triste comés, si estás contento comés, si tuviste un triunfo bien, si ahora venís a ALCO bajás de peso mucha gente se premia con comida...*” (Entrevista a Carina, línea 24).

A este tema también se refirió nuestra informante clave, Lic. Barrera:

“Muchas veces estamos aburridos en casa y comemos, y cuando no tenemos que comer. Muchas veces en el trabajo por el solo hecho de que pase la bolsita de bizcochos adelante nuestro hace que nosotros consumamos algún alimento. En casa, en el trabajo y en lo social” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 24-26).

“como por hambre, como por ansiedad, como porque me gusta, como porque veo, como por aburrimiento, y bueno, ya empezás... todo lo que hago es comiendo.” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 236-237).

En las entrevistas a Mariana y Carina, surgió el tema del “festejar comiendo”©: “*o digo, “bueno ya bajé 20 kilos voy a festejar, voy a comer esto, esto y esto” ... y después ya aumento un kilo y bueno... “bajé 10 así que no tengo problema”, y otro y otro y así”* (Entrevista a Mariana, línea 38); “*si ahora venís a ALCO bajás de peso mucha gente se premia con comida, total si ya bajé un poquito más qué te hace”* (Entrevista a Carina, línea 24).

Consideramos este premiarse con comida cuando se desciende de peso, como la aplicación del mismo modelo o de los mismos hábitos de siempre (“comida en toda situación”©).

Patricia hizo referencia a una persona que fue operada del estómago y que por ello se saciaba pronto, pero como no le operaron la cabeza, ésta le seguía pidiendo comida³¹:

“¿viste esas personas que se operan?, una persona un día escuché que dijo “me operaron del estómago, pero no de la cabeza... y mi cabeza sigue pidiendo... pidiendo

²⁹ “comida como debilidad”©.

³⁰ “gusto por comer”©.

³¹ “me operaron del estómago, no de la cabeza”©.

comida”. Si bien dicen que los operados se sacian enseguida, pero de todos modos él quería seguir comiendo” (Entrevista a Patricia, línea 32).

De este relato inferimos que la obesidad no es una cuestión solamente orgánica; aquí podemos pensar en el tema de la adicción a la comida.

Para Patricia “cuesta quitar hábitos”©:

“no sé desde chiquita, pero de grande ya sí. De chica, no, no sé de chica ¿eh? Ni de señorita me parece que tampoco, cuando ya era señorita me parece que no me levantaba a comer. Yo tengo una hermana que es delgada, se levanta a comer igual que yo ¿vos sabés? No sé por qué. Te comeeee... ella dice que agarra, se hace un mate cocido con dulce con pan... jajaja.

Y: como vos decías de un hábito...

P: es un hábito.

Y: una vez que te creaste ese hábito...

P: te cuesta sacártelo, te cuesta sacártelo” (Entrevista a Patricia, líneas 40-43).

En cuanto a los hábitos desarrollados, Mariana habla de “comer en la cama”©:

“después a las ocho o las nueve de la noche, eh, me pongo a mirar la novela, la televisión, como en la cama, eso es otro hábito que agarré, comer en la cama, y ya me quedo acostada... y así” (Entrevista a Mariana, línea 92).

Patricia comentó acerca de un hábito que ha desarrollado, el de levantarse durante la noche y comer³²:

“Cuando me levanto, porque es ir al baño, a hacer pis ¿viste?, es tremendo; bueno... cuando me levanto tengo que ir a comer algo. Y capaz que si no tengo nada, un pedacito de queso con azúcar, ¡azúcar!, que en el día ni la pruebo al azúcar, jeje, porque no me gusta el azúcar ¿viste?... Y sin embargo a la noche sí; o un pedacito de pan. Entonces, capaz que hice todo el día bien mi dieta, mi plan, y a la noche lo... lo malogro por eso de que me levanto a comer; y al otro día me levanto llena de culpa. Porque es como le digo a Jorgelina, prefiero, si tengo ganas de tarde comerme en una colación un alfajor... y lo como sin culpa, y no comérmelo a las tres de la mañana al alfajor... Eso es tremendo, es tremendo; vos sabés que toda la vida luché con eso. La noche que logro no levan..., o sea, que me levanto a hacer pis y no como nada, para mí al otro día es un amanecer espectacular, hermoso” (Entrevista a Patricia, línea 34).

Vemos cómo Patricia parece asombrarse de lo que relata; volvemos a plantear aquí el tema de la reflexión (surgida durante la entrevista) y la acción (que ocurre durante la noche al levantarse y comer).

Según Mariana una debilidad de la persona con obesidad es la “falta de limitación”©. Lo que relacionamos también con el momento de acción o de impulsividad.

³² “comedores nocturnos”©.

Siguiendo con este tema de los límites, Mariana y Rosa (refiriéndose a Mariana), expresaron que con anterioridad se ponía límites en su alimentación y que al aumentar de peso enseguida comenzaba a cuidarse y a realizar actividad física, pero que ahora eso no sucede³³:

“Y: ¿cuál sería la diferencia en tu actitud hacia la comida, hacia las relaciones o el salir, de cuando tenías sobrepeso nada más, a tener obesidad?”

M: y... tenía otra actitud... o sea me frenaba (...) en otro momento ya hubiera estado haciendo dieta, caminando... eso hoy es distinto” (Entrevista a Mariana, líneas 133-134).

“Pero ella antes a la carne gorda, la grasita la apartaba y ahora se la come” (Entrevista a Rosa, línea 232).

Pensamos así, en la existencia de un antes y un después; en el primero había límites, en el segundo existe impulsividad.

Otra tema que surgió en las entrevistas a Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo, es decir, en cinco de seis entrevistados, fue el de “no tomar conciencia”³⁴ de la situación en la que se está, de los alimentos que convendría consumir, de cómo puede afectar la obesidad a la salud, de los riesgos que se corren. Aquí nos preguntamos, en algunos casos ¿verdaderamente no se tiene conciencia?:

“... es algo que uno a veces no toma conciencia de lo que tiene que comer...” (Entrevista a Rosa, línea 22).

“anteriormente a eso [a ser insulino dependiente] mi mamá siempre decía “Carina, cuidate, cuidate, cuidate”, báhhhh, vos volada” (Entrevista a Carina, línea 26).

“yo creo que soy uno de los más, pero son todos, no hay uno que sea chiquito y flaco; son todos grandotes, corpulentos, robustos... Así que, ya es de, mi viejo, mis abuelos... Ya viene, entonces, es como que vino con la familia y se me fué sin darme cuenta; pasó una boludez pero se fue sin darse cuenta” (Entrevista a Hugo, línea 18).

“... es como que uno no entra en razón; como que no se da cuenta. Estás en un pozo que no te das cuenta, ni; pensás que no, que no tenés nada, no, no, no, no tenés una enfermedad, que no te ves mal, no; yo no me notaba mal, me sacaba fotos, me miraba en el espejo y nunca me veía mal” (Entrevista a Ana, línea 36).

“Y yo, vos sabés, escuchaba a las otras personas que decían que les dolía esto, que les dolía lo otro... y así mismo no me caía la ficha (...) Bueno, yo tengo, tenía una prima que tenía obesidad, presión alta, no se cuidaba para nada... no se cuidaba para nada, ¿viste?; eh, y bueno, un día fue a tomarse la presión, a la tardecita, a la noche;

³³ “cambio de actitud – límites vs. sin límites”©.

³⁴ Este código apareció 9 veces.

eh... le había comprado una pizza al nieto y papas fritas, y vino de tomarse la presión y le dijeron que estaba altísima, no sé cuánto tenía; y se puso a picotear igual papas fritas. O sea, era como que ni miedo tenía ¿viste? Y después bueno, la internaron con un derrame cerebral y aneurisma, y después de una semana y murió” (Entrevista a Patricia, línea 12).

Inferimos que estas son claras demostraciones del momento de precontemplación del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente; ya que no existe conciencia alguna de problema y sólo se ve lo gratificante de la conducta adictiva.

Rosa hizo referencia a situaciones en que las personas saben lo que no conviene ingerir, pero que lo consumen igualmente³⁵; algo similar expresó Mariana: *“antes yo no comía el asado gordo, y ahora me encanta comer la grasa del asado, de las costeletas, de lo que sea... ¿viste?; son cosas que yo sé que no las tengo que hacer y las hago” (Entrevista a Mariana, línea 132).*

Por otra parte, Carina comentó que: *“Estoy segura de que hay gente que no sabe lo que es estar delgado”*³⁶ (Entrevista a Carina, línea 38).

En las entrevistas a Carina, Ana y Patricia, se habló de la cuestión de no notar el exceso de peso³⁷:

“capaz que ni se dio cuenta que tenía 500 kilos; porque el obeso no se vé.

Y: ¿cómo es eso de no darse cuenta?

C: no se vé; vos en tu cabeza vos no te das cuenta, vos te mirás, por eso es una enfermedad, y también psicológico, porque vos te mirás, “yo no me veo gorda”. Yo me habré bajado más de 40 kilos y yo todavía no me veo “ah sí, mirá qué flaca, mirá qué delgada”, salvo que lo veas en la ropa. Pero después tu cabeza, vos no ves que estás gorda; eso es como la bulimia y la anorexia, la anoréxica no se vé delgada, se vé gorda, entonces actúa como actúa. Y bueno, el obeso no se vé gordo; y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo” (Entrevista a Carina, líneas 32-34).

Algo similar comentó Patricia en relación a personas con obesidad que no hablan del tema y se comportan como si estuvieran delgados:

*“Porque yo a veces veo personas que tienen obesidad pero ni te hablan de la obesidad... O vos los sentís hablar y son como personas que se sienten como delgados ¿viste? Esa es otra cosa también. Entonces vos ahí ya no tocás el tema, total”*³⁸ (Entrevista a Patricia, línea 132).

³⁵ “hace mal – lo sigue haciendo”©.

³⁶ “no saber lo que es estar delgado”©.

³⁷ “yo no me veo gorda”©.

³⁸ “de eso no se habla”©.

Rosa mencionó que su hija no quiere asumir su obesidad³⁹.

Pensamos que todas estas son manifestaciones de ese momento de precontemplación, en el que no hay ninguna conciencia de problema.

Por otra parte, una característica que presentan algunos obesos, mencionada por Rosa y Carina es la “irritabilidad”©, el enojarse con facilidad particularmente cuando les dicen algo acerca de su obesidad; más aún si están realizando una dieta, según Patricia pueden estar “malhumoradas”©; aunque ella expresó que, en su caso, actualmente al hacer una dieta no surge el mal humor⁴⁰.

Estas características nos llevan a pensar también en la impulsividad (el enojarse fácilmente, por ejemplo); por lo que creemos que es necesario introducir reflexión.

Patricia también mencionó que existen algunas personas obesas que pueden manifestarse “antipáticas”©.

En contraposición con la característica antes mencionada, según Ana, quienes presentan obesidad intentan “caerle bien a todos”©:

“... caemos bien a todo el mundo, ¿qué gordo le cae mal a alguien?, nadie; a todo el mundo le tenemos que caer bien porque... ya basta con ser gordo, para ser un gordo feo, forro y malo, ¿no? Jaja... Así que somos buenos con todo el mundo...”
(Entrevista a Ana, línea 32).

Nos llama la atención “*le tenemos que caer bien*” en los dichos de Ana, esto denota como una obligación que deben cumplir.

Ana también expresó que: “*cuando nosotros somos, estamos gordos, estamos pendientes de todo el mundo*”⁴¹ (Entrevista a Ana, línea 30).

Carina comentó que “*siempre dicen que el gordito es feliz*”⁴² (Entrevista a Carina, línea 4). Esta idea puede completarse con lo que relató Ana, en cuanto a que las personas con obesidad se muestran alegres, felices: “*nosotros demostramos alegría, eh, buena onda para todo el mundo, nunca estamos mal*” (Entrevista a Ana, línea 32), “*Nosotros los, los gordos somos, somos re alegres, re contentos, re dicharacheros; vos no vas a ver nunca un gordo triste, por fuera; pero por dentro, o sea, todo lo que pasamos y vivimos solamente lo sabemos nosotros*” (Entrevista a Ana, línea 14).

Notamos a partir de estos relatos, la existencia de un esfuerzo: mostrarse siempre bien, alegre, feliz; aún cuando se sienta todo lo contrario.

³⁹ “no lo quiere asumir”©.

⁴⁰ “sin mal humor”©.

⁴¹ “pendientes de todos”©.

⁴² “el gordito es feliz”©.

En asociación con la característica antes mencionada podemos incluir lo que expresaron Rosa, Ana y Patricia, en cuanto a una diferencia entre lo que se muestra y se dice y lo que se piensa y se siente interiormente⁴³:

“... es como una caparazón o disfraz; te digo porque yo, a mí me lo han dicho “éh, dejá de comer que vas a engordar”, bueno “si muero, muero contenta”... pero vos lo decís por fuera pero por dentro vos sentís “hay, si yo no tendría que haber comido esto, o tendría que ser como ella” o algo así... no es que lo sienta, de la boca para afuera lo dicen...” (Entrevista a Rosa, línea 192).

“... te trae sufrimiento la obesidad... Lo que pasa es que algunas personas no quieren decirlo ¿viste?, viste que a veces dicen “la comida es feliz”, pero no, eso es mentira; eso es una máscara que se pone la persona para... para salir adelante...” (Entrevista a Patricia, línea 106).

Nos llama la atención la existencia de este disfraz para poder salir adelante, para poder continuar; ya que implica una reflexión y un sentimiento que no son demostrados al mundo.

También en relación con este mostrar una cosa que no es, Ana denominó a los sujetos con obesidad como “mentirosos”[©], en el sentido de mentir acerca de la comida, se dice que no se come cuando se come:

“y somos mentirosos, muy mentirosos.

Y: y eso ¿cómo?

A: y suponete, te dicen, yo tenía en el trabajo me decían “vos debés vivir comiendo”, yo decía “nooo, yo no como nada” (...) Entonces era como que, les mentís y decís “no como”, bueno, en casa estaba de dieta y por ahí me comía algo, me lo tenía que robar y mentir que me lo había comido; porque sinó era como que defraudaba a todo el mundo” (Entrevista a Ana, líneas 32-34).

Este tema surgió también en las entrevistas a las informantes clave Sra. Beccaría y Lic. Barrera: el negar que se comió; *“¡no, yo no como, y soy así porque soy así!”*, *“yo te juro que no comí nada, te juro que salí a caminar todos los días”*; *la negación permanente* (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 124-125).

Consideramos que estas son también manifestaciones propias de quien está en el momento de precontemplación o en el de contemplación, del modelo de Prochaska y DiClemente.

Ana, empleó la palabra “tristeza”[©] para definir a la persona que presenta obesidad. Esto nos llamó la atención, ya que la pregunta que le hicimos a Ana fue ¿cómo se las podría llamar

⁴³ “caparazón/disfraz”[©].

a las personas que están pasando por la obesidad? Entonces, pareciera que ella identificó a la persona obesa con la tristeza.

Rosa mencionó, como una de las características de la persona obesa, el hecho de que “... *se ponen depresivos... lloran mucho... y no te dicen por qué...*”⁴⁴ (Entrevista a Rosa, línea 264).

Por otro lado, Hugo expresó que existen “personas cómodas”[©], explicado esto por el entrevistado como personas con obesidad que no se interesan por sí mismas, son “cómodas”, que prefieren “lo fácil”, entendido esto como: no tratar de hacer algo, encerrarse en su casa, no hacer el “sacrificio”, que prefieren seguir haciendo la misma vida “hasta donde den”.

Esta “comodidad” relatada por Hugo, nos hace pensar en un estado depresivo.

Mariana, Carina y Patricia, describieron cierta indiferencia ante las cosas, inclusive entre estar “gorda o flaca”⁴⁵, “*me da lo mismo estar gorda que estar flaca*” (Entrevista a Mariana, línea 132), “*a mí siempre me gustó comprarme ropa, qué sé yo, ahora no... me pongo cualquier cosa, ando así nomás.*” (Entrevista a Mariana, línea 72), “*Pero, ahora... no sé, llega una determinada edad de la vida que decís bueno, te da lo mismo... báh, a mí, lo que me pasa a mí*” (Entrevista a Mariana, línea 50), “*yo ahora con estos kilos todo me lo veo igual... cualquier cosa me da igual... cualquier cosa me da igual; cualquier ropa*” (Entrevista a Patricia, línea 94).

Aquí retomamos entonces el código “cambio de actitud-límites vs. sin límites”[©], y reflexionamos: ¿no se ponen tantos límites porque todo da igual? Inferimos de estos relatos un componente depresivo.

Mariana también expresó que “antepongo la comida por sobre otras cosas, por sobre mí”[©]; y que se quita importancia a sí misma⁴⁶: “*le quito importancia a mí, a como persona, a la parte estética digamos*” (Entrevista a Mariana, línea 76).

Carina planteó que existe una “autodiscriminación”[©], “... *como que vos te auto, autodiscriminás vos misma hasta padeciendo esta enfermedad...*” (Entrevista a Carina, línea 6).

Otra característica que describieron Mariana, Rosa y Carina, es el “aislamiento / encierro”^{©47}, por el que la persona con obesidad empieza a aislarse y a no salir de su casa.

⁴⁴ “depresión/llanto”[©].

⁴⁵ “todo da igual”[©].

⁴⁶ “quitarse importancia”[©].

⁴⁷ Este código aparece 9 veces.

Una diferencia fue descripta por Rosa, Patricia y Hugo, en cuanto ellos, pese a su obesidad, han mantenido una “vida activa”⁴⁸, realizando por ejemplo, salidas sociales y actividad física.

Inferimos a partir de la frecuencia de aparición de los dos códigos anteriores, que el irse aislando o el tener una vida activa no serían una característica propia de la obesidad; sino maneras particulares en que cada sujeto se ve afectado o no por su obesidad.

Otro tema que plantearon Mariana y Carina fue que ante la posibilidad de una salida o paseo dicen “no”, y que surgen cuestiones como qué se van a poner, que se van a sentir mal, que no lo van a disfrutar⁴⁹:

“teníamos planeado un viaje con mi marido... ir a Merlo, 4 días... y yo ya ahora, ya no... no porque yo digo “qué me voy a poner”, “voy a estar mal”, “se me van a hinchar las piernas”; porque eso me pasa... el último viaje que hicimos fue horrible para mí, nos fuimos hasta Córdoba, a La Cumbrecita con mi mamá y no disfruté nada, porque tenía los pies así, hinchados... eh, la pasé mal... mal físicamente, no por... mal, mal, no me gustó, no... Estuve muy limitada, entonces ahora digo “no”...” (Entrevista a Mariana, línea 134).

“Hasta que vos llegás a un peso que con mi marido yo, él quería salir y yo no quería porque la ropa que te entró un fin de semana al otro fin de semana no te entró” (Entrevista a Carina, línea 26).

Notamos en estos relatos la presencia de excusas para no salir, sin mencionar razones más profundas. El tema de no salir porque no se encuentra ropa para ponerse, también fue mencionado por la informante clave Sra. Beccaría.

Según Rosa y Patricia, el aislarse y no salir se debe a sentir vergüenza por el propio cuerpo, o de sí mismo; no se realizan actividades que agradan por vergüenza⁵⁰:

“Más se quedan encerrados.

Y: ¿por qué creés que pasa eso?

R: por vergüenza del cuerpo mismo, de ellos mismos” (Entrevista a Rosa, líneas 266-268).

“...son cosas que a mí me encantan, me encantan; por ejemplo ir a la playa, pero tengo las piernas feísimas por la obesidad y todo eso, que no. Estuve años para poder ir a acuacrobics, porque no quería que nadie me viera (...) Y una de las cosas que no voy también, por vergüenza, por la obesidad, que me encanta, es a teatro...” (Entrevista a Patricia, línea 12).

⁴⁸ Este código aparece 9 veces.

⁴⁹ “visión negativa ante una salida/paseo”©.

⁵⁰ “vergüenza del cuerpo, de uno mismo”©.

Pensamos que en estos relatos hay un mayor nivel de reflexión en cuanto al por qué del encierro: por vergüenza.

Rosa y Carina, explicaron que la persona se siente mal, no le gusta su imagen⁵¹: “... vos vas por el centro y te mirás en una vidriera y... horrible... horrible...” (Entrevista a Rosa, línea 52).

En estos casos, notamos un nivel mayor de conciencia; la persona nota su imagen, aunque no le guste.

Otra cuestión descrita por Mariana y Carina es la persona comienza a no mirarse en espejos⁵²:

“... yo me dejé de mirar al espejo... por ahí voy y me miro, yo, el espejo grande que está en la pieza de mi hija, yo no tengo espejo en mi pieza y en el baño está el del botiquín...” (Entrevista a Mariana, línea 98).

“estoy segura que un montón de gente de acá, compañeros míos, tienen el espejo del cuello para arriba; no tienen un espejo entero, porque uno cuando se da cuenta de que tiene obesidad, no te gusta tu cuerpo” (Entrevista a Carina, línea 48).

Pensamos que esta falta de uso del espejo puede estar en relación con no aceptarse; además, esto puede resultar un problema, ya que si la persona no se mira en el espejo, puede contribuir con ello a la no toma de conciencia de su situación; perpetuando el momento de precontemplación o contemplación antes mencionados.

Mariana afirmó tener “complejos”⁵³ en relación a su cuerpo; en contraste, Rosa y Hugo expresaron no tener complejos⁵³:

“Yo no tengo problema, no tengo complejo; yo iba todos los días a hacer aquagym y mi hija no quería ir conmigo porque tenía complejo de ponerse malla, y yo tenía 40 kilos más que ella, yo me ponía malla” (Entrevista a Rosa, línea 146).

“Yo sé, admito lo que soy y conozco mi cuerpo, y veo lo que soy. No me lamento, nada, pero es lo que yo soy. Así, no tengo complejo con eso... Obviamente que estoy haciendo un tratamiento para cambiarla, pero no, no tengo complejo, no tengo problema” (Entrevista a Hugo, línea 30).

Rosa, Patricia y Hugo hablaron acerca de que han asumido su obesidad, se han aceptado⁵⁴:

“a mí me gusta cuando salgo vestirme bien, aunque gorda y todo, pero yo me compro o me hago hacer, o me gusta un modelo que veo, siempre y cuando sea

⁵¹ “imagen negativa sobre sí mismo”©.

⁵² “sin espejos”©.

⁵³ “sin complejos”©.

⁵⁴ “asumir/aceptarse”©.

adaptable a mí, a mi físico, si no está en la tienda como me gustó o me lo compro o me lo hago hacer; ese es el drama que yo no tengo este... no me... me acepté como soy" (Entrevista a Rosa, línea 40).

Otro tema es el uso de la balanza; Carina expresó que ella antes no se pesaba⁵⁵. Mariana, Rosa, Carina y Patricia actualmente utilizan la balanza, con una frecuencia semanal aproximadamente y recomiendan su uso; las dos últimas entrevistadas mencionadas en este párrafo, opinaron que esa frecuencia es correcta, ya que pesarse más seguido ya pasa a ser una obsesión.

En cuanto al "uso del espejo"[©], Rosa, Carina, Ana y Hugo manifestaron no tener dificultad en ese aspecto.

Pensamos que el uso de la balanza y del espejo podrían estar en relación con la aceptación o no aceptación de la obesidad; o, según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, dependiendo del momento de cambio de la conducta adictiva en el que se esté (precontemplación, contemplación, etcétera).

Otra característica que comentó Patricia, es que "pese a..."[©] tener 134 kilos, afirmó que se alimenta sanamente, no fuma, no bebe y realiza actividad física.

Vemos que Patricia nos muestra que lleva una vida sana, por lo que es como un misterio el que ella pese 134 kilos. En casos así, consideramos que habría que introducir reflexión, ya que si bien puede tener una tendencia a aumentar de peso, habría que ver qué otras cuestiones podrían estar influyendo (por ejemplo, ella nos había comentado que se levanta a comer de noche).

En cuanto a la actividad física, Mariana expresó: "... nunca me gustó; me anoté en cincuenta mil gimnasios y nunca fui... fui a una clase o dos y después dejé..."⁵⁶ (Entrevista a Mariana, línea 118). Carina, en relación a esto, mencionó que: "hay gente que acá no quiere hacer actividad física, y ¿por qué no? ¿Por qué no te vas ahí y hacés actividad física y te sentís re bien?" (Entrevista a Carina, línea 38).

Pensamos que en estos casos habría que ver si es una cuestión de gustos, si se trata de vergüenza o complejos, si es por la tendencia al sedentarismo que mencionó nuestro informante clave Dr. Cornejo; o si se trata de múltiples factores.

A partir de los relatos y códigos antes expuestos, construimos la tercera categoría de la investigación, que intenta explorar los significados relacionados a las "características de la

⁵⁵ "sin balanza"[©].

⁵⁶ "desagrado por la actividad física"[©].

persona obesa”; es decir, cómo se puede comprender a la persona que presenta obesidad y qué aspectos se destacan en ella.

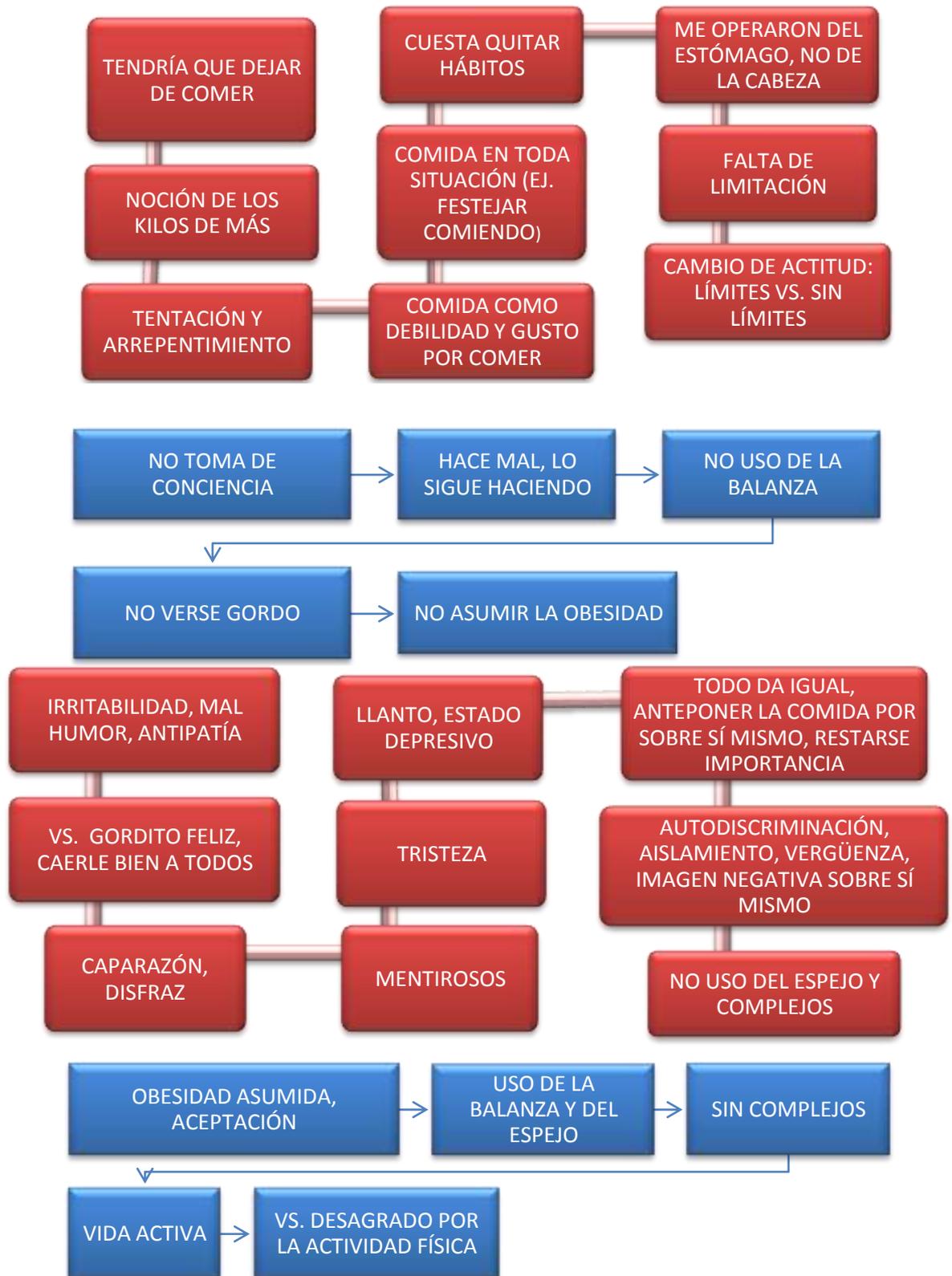


Figura 10: Características de la persona obesa.

4. 1. d) Significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales.

Mariana y Rosa expresaron que “la obesidad afecta socialmente”[©], *“en lo social... porque hay discriminación en la sociedad... y porque uno se siente mal también... y te limita.”* (Entrevista a Mariana, línea 124); *“y a veces socialmente, te sentís mal... Aunque no lo demostrés, pero, por dentro te sentís mal”* (Entrevista a Rosa, línea 136).

En contraposición con lo arriba descrito, para Rosa, Ana y Hugo la “obesidad no afecta socialmente”[©], ya que mencionaron que salen, no se han quedado solos, poseen amistades, concurren a fiestas, viajan, etcétera. Entonces, vemos en Rosa que posee significados que coexisten, la obesidad afecta socialmente y la obesidad no afecta socialmente. El primer código aparece 4 veces y el segundo 7 veces; inferimos de ello que para estos entrevistados, mayormente, la obesidad no los ha afectado para realizar salidas y poseer amistades, que es a lo que hicieron mención.

Ana notó “cambios en el trato”[©] con los demás, a partir de haber bajado de peso:

“había gente que no se relacionaba conmigo como se relaciona ahora que bajé de peso. Que es algo que uno nunca puede pensar, pero hay mucha gente que... como que ahora es como que me acepta como persona y que antes no me aceptaba porque era gorda.

Y: eso ¿cómo lo notás? ¿En qué lo notás?

A: lo noto con el diálogo, con la charla, que antes no tenía o la buena onda que ahora, que ahora se dispone así... O capaz es que yo he cambiado un poco y estoy un poco más accesible; pero se nota de que... Pero yo siempre fui accesible, todo, pero se nota ahí una, un cambio” (Entrevista a Ana, líneas 42-44).

Nos llama la atención lo que expresa Ana: *“como que me acepta como persona y que antes no me aceptaba porque era gorda”*; podemos pensar que, según su relato, el obeso no es aceptado como persona. También nos parece interesante su reflexión acerca de que capaz que ella ha cambiado un poco y está más accesible, ya que demuestra que no sólo desplaza el tema en otros sino que piensa en qué es lo que ella hace para que ese cambio se dé.

En el punto sobre las características de la persona obesa, habíamos hecho referencia al tema del aislamiento, encierro⁵⁷ del que hablaron Mariana, Rosa y Carina; también aquí lo podemos incluir. (Consiste en que la persona comienza a aislarse y a no salir de su casa).

En contraste con el aislamiento arriba mencionado, Rosa, Patricia y Hugo expresaron haber tenido siempre una “vida activa”[©] (salidas, caminatas, actividad física) pese a la obesidad.

⁵⁷ “aislamiento/encierro”[©].

En las entrevistas a Rosa, Ana y Patricia emergió la cuestión de que “deben comentar”[©] los demás acerca de su peso y su imagen; también aplicamos este código al “qué dirán”:

“en el trabajo no comía porque me daba vergüenza, porque qué iban a decir “la gorda vive comiendo”” (Entrevista a Ana, línea 34).

“Y: y ¿cómo creés que los demás ven a una persona obesa?”

R: y, te deben ver igual... te deben ver igual, nada más que a veces no te lo dicen por respeto o porque te quieren... pero entre ellos deben comentar.

Y: igual ¿cómo?”

R: y deben comentar “mirá que gorda que está” o “mirá como está de deformada” o “mirá esto, mirá esto otro...”..... a veces no te lo dicen por respeto o porque te quieren... pero entre ellos deben comentar... y deben comentar “mirá qué gorda que está” o “mirá cómo está de deformada” o “mirá esto, mirá esto otro”...” (Entrevista a Rosa, líneas 53-56).

“ahora cuando yo paso ella me mira y dirá “ahora está peor de gorda” jajaja.” (Entrevista a Patricia, línea 134).

A partir de estos relatos, planteamos la existencia de un desplazamiento de su propia visión sobre sí mismos en los otros: los otros me deben ver como yo me veo.

Rosa manifestó tener asumida su obesidad, por lo que no se ofende si le dicen “gorda”⁵⁸:

“Y: bueno, una cosita más te voy a preguntar, cuando vos decís que lo tengo asumido, ¿qué es eso de asumir?”

R: que yo sé que soy gorda, entonces no me afecta si me dicen “gorda”, porque tienen razón... tienen razón, no me voy a enojar porque me digan gorda, porque tienen razón de decirme gorda porque soy gorda... A mí hubo una época que me decían “flaca” y no me enojaba, entonces por qué me voy a enojar porque, si tienen razón... Yo lo tomo desde ese lado” (Entrevista a Rosa, líneas 275-276).

Inferimos de estos dichos de Rosa, que es importante que el obeso tenga asumida su obesidad para poder manejarse socialmente y no ofenderse si le llaman “gordo”.

En las entrevistas a Mariana, Rosa, Carina y Hugo, surgió el tema de los “consejos de los demás”[©]; es decir, las advertencias de las personas significativas de quien tiene obesidad en cuanto a que se cuide, a que baje de peso.

Según Rosa, ella toma bien esos consejos; expresó que:

“Por ahí alguna que quiere, que tiene más confianza te dice “gordita, ¿por qué no te cuidás y bajás de peso?, te haría bien y esto...””; te digo porque a mí me lo han

⁵⁸ “tenerlo asumido”[©].

*dicho... pero yo no me enojo, lo tomo bien porque sé que es un consejo que me están dando y es para mi bien, no es para mi mal*⁵⁹ (Entrevista a Rosa, línea 56).

Rosa, Carina y Patricia comentaron la situación en que las “sugerencias = ofensas”©, de modo que son mal tomadas:

“Por ahí muchas personas gordas que le dicen adelgazá y se ofenden, mi hija es una de esas” (Entrevista a Rosa, línea 57).

“Y la persona obesa, a veces, no quiere ver y cuando le dicen las cosas, este... es muy agresiva, enseguida se ofende, enseguida se enoja, y uno mismo también todavía le dicen las cosas y se ofende” (Entrevista a Carina, línea 54).

“Entonces vos ahí ya no tocás el tema, total. Hay gente que se ofende también” (Entrevista a Patricia, línea 132).

Estos temas nos parecen relacionados con lo que Penn (2001) plantea en cuanto a la enfermedad como trauma relacional, ya que no solo afecta al enfermo sino a toda su red, a todas las personas significativas; por ello los consejos de los demás en cuanto a que se cuiden, denotan preocupación por la persona obesa; si ésta se ofende o se enoja, se generan más conflictos y angustia en todo el sistema familiar.

Mariana, Rosa y Carina describieron la situación en que si las personas cercanas al obeso insisten en advertir sobre su obesidad, es contraproducente⁶⁰:

“cuando te reiteran así “mirá que estás gorda, tenés que dejar de comer” o algo así, parece peor; para mí, mi caso.

Y: cuando son amigos, familia...

M: claro, sí, lo escucho pero no; o directamente me cierro y no siento, me podés estar hablando pero no te puedo estar escuchando” (Entrevista a Mariana, líneas 78-80).

“a mí cuando me decían de la obesidad me decían justo al mediodía, jah, te da ganas de tirar todo!, poner todo de, y sin embargo te lo decían, pero te lo decían por tu bien. Y la persona obesa, a veces, no quiere ver y cuando le dicen las cosas, este... es muy agresiva, enseguida se ofende, enseguida se enoja, y uno mismo también todavía le dicen las cosas y se ofende.

Y: y ¿qué pasa cuando se enoja?

C: y se enoja y es capaz de comerse todo lo que hay, todo lo que hay; adrede, hacerlo más todavía adrede, más fuerte, más; no sé, ese carácter que hace que, si así vos me decís y seguis comiendo igual” (Entrevista a Carina, líneas 54-56).

⁵⁹ “sugerencias bien tomadas”©.

⁶⁰ “cuanto más te lo reiteran peor es”©.

Siguiendo con lo que planteábamos acerca del trauma relacional, según Penn (2001) los seres queridos tienden a organizar su discurso de modo que parezcan protectores, la conversación se limita, muchas veces, a la indagatoria acerca del estado del enfermo o aquí también queda limitada a las luchas para que se cuide la persona obesa; quedando excluidas otras conversaciones, por ejemplo las que podrían construir significados diferentes. Notamos la impotencia de la familia y la lucha que traba la persona obesa por no aceptar lo que los demás le dicen.

Carina también mencionó que surgen problemas en la pareja y en la familia⁶¹; es decir que, la relación de pareja y/o la vida familiar pueden verse afectadas. Volvemos a ver aquí la cuestión del trauma relacional; pensamos entonces que no hay que ver a la obesidad como algo individual. Coincidimos con Oks (2001) cuando plantea que es imprescindible un trabajo sostenido y colaborativo entre paciente, familia, amigos y profesionales a cargo; consideramos que si no es posible realizar dicho trabajo, al menos se debe pensar con el paciente obeso estas cuestiones de relaciones interpersonales, cómo lo influyen y cómo él con su obesidad afecta a los demás.

Mariana, Rosa y Patricia describieron que en el contexto de personas más cercanas y significativas, realizan una “advertencia a los demás”©, utilizando sus experiencias para advertirlos sobre las consecuencias de la obesidad y el sobrepeso:

“yo puedo ayudar a otras personas; o sea consejo vendo para mí no vengo; como ser, yo tengo a mi hija que tiene al nene que es gordito y le digo “cuidalo porque va a ser gordo, es feo ser gordo”; todas esas cosas.

Y: entonces, tu experiencia con la obesidad ¿cómo repercute en tu familia?

M: y... yo siempre les digo; ahí está mi hija que está engordando y dice “no, no me importa”, le digo no, “después te va a importar, que esto... para la ropa, para todo...” (Entrevista a Mariana, líneas 62-64).

“yo ahora le digo a mi hija “no comás porque estás, mirá como estoy yo”...” (Entrevista a Rosa, línea 28).

“Yo les digo a ellos, “ustedes tengan cuidado” porque el 60% dicen que es que tenés la probabilidad de cuando es tu mamá la obesa, el 60%; yo antes creía que era el 50 y 50, no; el 60 es si es tu mamá y el 40 si es tu papá. Bueno, mi hija que tiene 25 años, que ahora se fue a vivir a Cerrito, ella es delgadita, pero ahora empezó a engordar. Yo le digo “Laura hacé gimnasia”, tiene dos criaturas, está estresada; tiene dos criaturas terribles, terribles, 5 y 3 años. Ahora cuando los ubique en la escuela, qué se yo, yo le digo “bueno, ahí vas a tener tu tiempo para ir a un gimnasio”” (Entrevista a Patricia, línea12).

⁶¹ “problemas en la pareja/familia”©.

En cuanto a los consejos de los demás a la persona con obesidad y a las advertencias del obeso a los demás, notamos que existe preocupación por parte de quien advierte y cierto rechazo en el advertido.

Pensamos que en estas situaciones se genera la imposibilidad de hablar sobre la enfermedad y lo que a cada uno le provoca (no solo al obeso, sino también a su familia).

Otra cuestión planteada por Ana, es la existencia de “cuestionamientos”⁶² en la familia cuando se comienzan a realizar cambios en un tratamiento, ya que no se está tan pendiente de ellos:

“Por ahí llega un momento en que vos te hacés tantos cambios que hasta en tu propia familia es como que choca que vos hagás, hagás cambios, que hagás cosas en tu vida, que vayás al gimnasio, que te dediques, que prestes atención a otras cosas (...) también tuve eso de... cuestionamientos, “dos horas en el gimnasio, ¿por qué tanto?, no te dedicás tanto a nosotros”... ”⁶². (Entrevista a Ana, línea 30).

A partir de lo dicho por Ana, destacamos lo importante que sería en un tratamiento de la obesidad, trabajar con la familia, intentar incluirlos, para que emerjan los relatos de cada uno y posibilitar el surgimiento de otros relatos, posibilitadores en vez de limitantes.

Un tema que apareció mucho fue el de que “hay discriminación”⁶³; lo mencionaron Mariana, Rosa, Carina, Ana y Hugo; es decir que, cinco de seis entrevistados expresaron que en la sociedad las personas con obesidad son discriminadas (para conseguir un trabajo, asientos de colectivos, para conseguir ropa, en las escuelas, para ir a bailar, en la mirada y trato de los demás, en comentarios hirientes, “¡gordo!” dicho con desprecio, “el gordo no sirve”).

Este mismo tema fue mencionado por nuestra informante clave Lic. Barrera; según ella, los obesos son socialmente rechazados, descartados, excluidos;

“Ni hablar con la discriminación que sufren por el “¡mirá el gordito!”, desde los chicos hasta el adulto. Lo que pasa es que lamentablemente nos vamos acostumbrando a esto, y no está bien acostumbrarse a esto, porque ellos están socialmente discriminados, muy discriminados” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 152-155).

Es importante destacar que en la Ley Nacional N° 26396 de Trastornos Alimentarios, está contemplado el proponer acciones para eliminar la discriminación y la estigmatización.

Volvemos a mencionar, entonces, que la obesidad no es un problema individual, algo que le pasa a una persona; habíamos dicho que incluye a la familia o personas significativas,

⁶² Entrevista n°4, línea 30.

⁶³ Este código aparece 10 veces.

pero ahora estamos en condiciones de incluir también a la sociedad; ya que, si no afectara a los demás, no habría rechazo y discriminación. Podríamos decir que la obesidad es un trauma para todos.

Hugo reconoció que “también discrimina”[©]:

“Todos discriminamos... Yo creo, la persona de naturaleza discrimina... entonces. Yo también lo hago, no, no, no te voy a... Alguna estupidez siempre digo; no soy, a ver, trato de ser más considerado por mi situación porque lo sufro, pero a veces se me escapa una estupidez, con un amigo alguna boludez... No lo digo con mala intención, pero a veces queriendo hacer una broma digo estupideces. (Entrevista a Hugo, línea 40).

Retomamos aquí lo que expresó la Lic. Barrera, “*Lo que pasa es que lamentablemente nos vamos acostumbrando a esto, y no está bien acostumbrarse a esto*”. Inferimos que el tema de la discriminación es como si estuviera totalmente incorporado en nuestra sociedad, es algo que se da de manera casi automática, a veces sin conciencia del daño que puede provocar.

Hugo también mencionó que existen “prejuicios”[©] en relación al que es “diferente” (no solo por obesidad, por otras enfermedades, por capacidades diferentes), según él, se excluye al “distinto” porque no contribuye a la sociedad, no sirve; se lo observa, se lo remarca.

Otro punto que destacaron Mariana, Carina y Hugo, es el de que se presentan “problemas para conseguir trabajo”[©]; se ve dificultada esta tarea por la obesidad:

“hay discriminación como ser si vos vas a buscar un trabajo... o qué se yo, influye, hay discriminación sobre la obesidad.

Y: y eso, ¿cómo lo notás?

M: y como ser, si ponele, van dos personas a buscar un trabajo, con las mismas características, el mismo estudio, lo que sea; eligen a la más delgada, porque piensan que es más ágil, más... así sea para estar sentada en una oficina... será más por estética, todo eso, no sé” (Entrevista a Mariana, líneas 52-54).

“querés conseguir trabajo no respondés de la misma manera, no... la persona que te contrata dice “no, yo quiero esto más rápido” bueno, la capacidad de tu cuerpo no te da, y bueno, directamente no te contratan” (Entrevista a Carina, línea 16).

“yo estoy buscando trabajo, salir... y un tipo que esté menos capacitado que yo, tenga el puesto... que yo estoy bien capacitado, sólo por el hecho de que yo puedo faltar en el trabajo por mi situación física; cuando no es así” (Entrevista a Hugo, línea 80).

En cuanto a la forma en que los demás observan a las personas con obesidad, Carina explicó que los miran como si fueran “bichos feos”⁶⁴; esta forma diferente de mirar también fue descrita por Ana, Patricia y Hugo; expresando que los miran distinto, como si fueran raros, con impresión, hasta con asco, se ríen de ellos, “... *somos mirados como bichos feos, “mirá esa” o como te vuelvo a repetir es asco...*” (Entrevista a Carina, línea 10).

Nuestra informante clave, Sra. Beccaría, también comentó este tema:

“El gordo produce cierto rechazo y cierto asco, “¡por qué no cierra la boca este gordo asqueroso!”. ¿Viste?, cierta repulsión provoca el gordo.” (Entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 157-158).

Consideramos oportuno traer aquí lo expuesto por Penn (2001), en cuanto al dilema social de la enfermedad, en el que no importa cuál sea el grado de vergüenza que sienta un individuo, cuando está enfermo la sociedad le hace tener mayor vergüenza aún. Para esta autora, frecuentemente se halla la premisa de que la enfermedad evidencia que tenemos alguna falla, cuestión que consideramos que se da en este ver a los obesos como si fueran “bichos feos”.

Otro tema surgido en las entrevistas a Carina y Patricia, es el de la visión simplista de los demás acerca de la obesidad en la cual se engorda porque se come⁶⁵. Como dijo nuestra informante clave, Sra. Beccaría: *“la gente dice “por qué el gordo no cierra la boca y...”; le tienen poca paciencia al gordo”* (Entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 156-157). Inferimos a partir de estos datos que existe un desconocimiento del tema en la sociedad: engordan porque comen, lo que genera impaciencia y rechazo.

Rosa, Carina y Patricia plantearon que existen diferencias en lo que les dicen a las personas con obesidad, según cómo se lo dicen y quién se lo dice⁶⁶. No es lo mismo “gordita” dicho con cariño, que “la gorda esa” dicho con desprecio.

Para Mariana, “gordo es más despectivo”⁶⁶; según Rosa, puede sentirse como más despreciativo.

Carina mencionó que cuando una persona con obesidad es llamada “gordo/a” de manera despectiva, esto es sentido como una “ofensa”⁶⁶ y produce dolor.

Por otra parte, Rosa, Patricia y Hugo, expresaron que ante comentarios hirientes, intentan ignorarlos⁶⁷, no darles importancia; además, cuando se está en presencia de personas que no entienden el tema de la obesidad, no se discute con ellas:

⁶⁴ Este código aparece 8 veces.

⁶⁵ “engorda porque come”⁶⁵.

⁶⁶ “diferencias entre ¡gordo! y ¡gordito!”⁶⁶.

“por ahí hay algún vecino por acá, porque yo era presidenta de la vecinal, que decía “¡ah, la gorda esa!”, ¿viste?, entonces vos ahí sentís que te... te llaman como con desprecio, pero como yo los ignoro... no me molesta” (Entrevista a Rosa, línea 20).

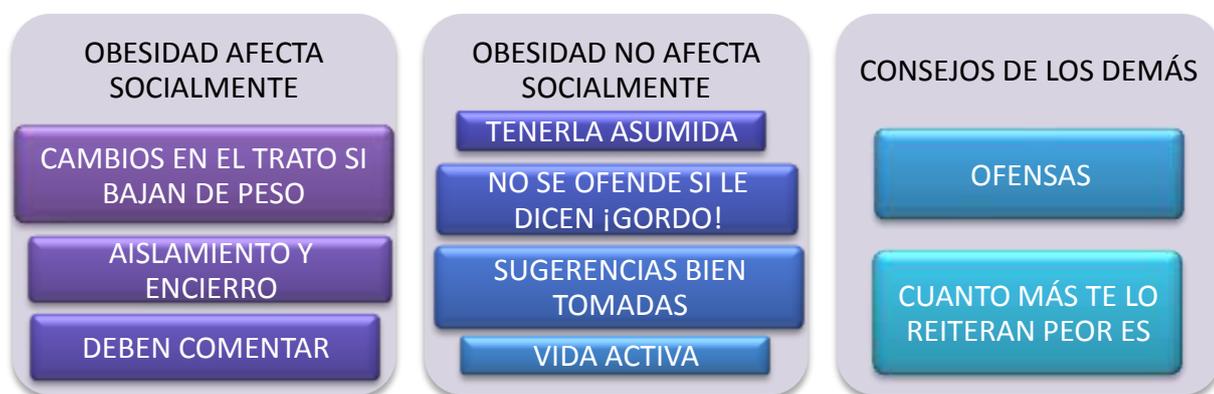
“Yo tengo una señora ahí, una, jaja, pero hace muchos años, mi hija tiene 25 años y era chica; una vecina, una señora que me conoce desde chiquita, y en ese momento no estaba con este peso, estaba con mucho menos, no sé si estaba yendo a ALCO o qué, y ya iba bajando 10 kilos; imaginate, yo me sentía re flaca ¿viste? jajaja; entonces dice la mujer “¡hay, hasta cuándo vas a seguir engordando!”, una señora grande, “¡hasta cuándo vas a seguir engordando vos!” me dice, “vas a necesitar...”, mi hija tenía como 10 años, 9 o 10 años; “¡vas a necesitar un camión remolcador que te lleve!”, así me dijo. Entonces no; nunca más, soy vecina de ella, la saludé, jaja. Mi hija pobrecita me mira y me dice “mami, no te dejés decir eso, contestale, decile algo”. No, yo no le contesté” (Entrevista a Patricia, línea 134).

Vemos aquí intentos de la persona por defenderse de los comentarios hirientes vía ignorarlos (Patricia no le contestó a la persona que fue tan grosera con ella), y la dureza que pueden manifestar los demás ante la persona con obesidad.

En las entrevistas a Carina, Ana y Patricia, se planteó el hecho de que suele haber “cargadas”⁶⁷, comentarios hirientes hacia la persona con obesidad.

Pensamos que socialmente se ha construido una imagen de la persona obesa muy limitante y que da derecho a insultarlo. Habría que generar espacios para ir construyendo una nueva imagen respetuosa, comprensiva y posibilitadora.

Con todo los relatos y códigos expuestos aquí, elaboramos la cuarta categoría de la investigación, que se refiere a los “*significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales*”; con ella intentamos estudiar los significados relacionados a cómo considera que es vista la persona con obesidad y cómo es la relación con los demás.



⁶⁷ “ignorar comentarios hirientes”[©].



Figura 11: Mirada de los demás y relaciones interpersonales.

4. 1. e) Significados en relación al tratamiento de la obesidad.

Hallamos aquí “muchos intentos-diferentes métodos”[©]; elaboramos este código a partir de los dichos de Mariana, Rosa, Ana y Hugo; es decir que, los entrevistados han realizado varias tentativas para bajar de peso recurriendo a diferentes métodos, o al menos han pensado en realizar diferentes tratamientos.

En las entrevistas a Rosa, Ana, Patricia y Hugo, surgió el tema de los “métodos falsos”[©]; es decir, métodos de efectividad poco comprobada para combatir el sobrepeso y la obesidad (semillas, zapatillas, aparatos, dieta de la luna, iriólogos, etcétera.). Los entrevistados afirmaron que no creen en ellos, si bien algunos pudieron ser probados en alguna ocasión.

Al respecto, la Sra. Beccaría nos dijo:

“Los gordos somos los clientes preferidos para que nos estafen; porque queremos adelgazar en una semana, lo que perdimos el tiempo durante 30 años, entonces nos estafan. Y hemos probado de todo, a saber: anfetaminas, dieta de la sopa, dieta de la manzana, sellos (...) Hasta que conocimos ALCO todas pasamos por todos estos médicos “homeópatas” entre comillas, que no son homeópatas, son sinvergüenzas. Pero nos desesperamos por bajar de peso y queremos fórmulas mágicas. Recién cuando conocimos ALCO, descubrimos que no hay fórmulas mágicas. Que la única fórmula mágica es el esfuerzo propio. Entonces claro, los clientes preferidos de todos estos homeópatas, adelgace comiendo y todo eso, ¿viste?; son todas mentiras, todas mentiras” (Entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 346-364).

Mariana menciona a los “médicos que no son médicos”[©], “tratamientos” llevados a cabo por sujetos que aparentan ser profesionales y ofrecen soluciones rápidas.

También Mariana planteó el tema de las pastillas para adelgazar; ella ha recurrido a pastillas para adelgazar como intento de solución, pero éstas le generan temor ya que no le han hecho bien a su salud⁶⁸; no obstante, aún tiene en su posesión estas pastillas, aunque afirmó no consumirlas.

Nos parece que este es un tema que hay que tener en cuenta en el tratamiento de la obesidad; si la persona cree en fórmulas mágicas, es probable que esto lleve al fracaso del tratamiento, porque si ya mejorará mágicamente no tiene sentido ningún otro intento de solución. En el caso de Mariana, ella tiene miedo a las pastillas para adelgazar, le han hecho mal a su salud, pero aún así las conserva; inferimos de ello que aún cree que le pueden ser útiles, y en cualquier momento corre el riesgo de volver a consumirlas. Podemos pensar que lo que se busca es una solución rápida.

Rosa explicó que ha realizado tentativas para bajar de peso “por su cuenta”, sin ayuda externa⁶⁹. Comentó que recurría al “ayuno”©.

Patricia utilizaba el “ejercicio para bajar”©, la actividad física. Ella también habló acerca del “gimnasio como parte del tratamiento”©.

Mariana relató que alguna vez planeó realizarse una cirugía estética y lipoaspiración, pero luego se arrepintió y no continuó con dicho plan⁷⁰:

“2 veces estuve por hacerme cirugía estética, y la primera vez hablé con el médico y medio me echó abajo, que se yo, me quería hacer lipoaspiración, yo no, yo quería cirugía directamente porque tengo mucha celulitis... Y entonces agarré y puse, invertí todo en la casa, cambié puertas, ventanas, puse rejas, toda la plata que tenía guardada; después fui al hospital de Santa Fe que lo hacían gratis, el año pasado, no el ante año, bueno tenía que adelgazar un poquito más, fue cuando fui a la nutricionista... y así, me hacían una lipo y después todo lo que sobraba se iba a cirugía, porque como están los que practican y que se yo ahí, todo gratis, y conseguí trabajo justo para esa época entonces ya...

Y: ya quedó...

M: claro, y ahora ni pienso yo hacerme cirugía” (Entrevista a Mariana, líneas 28-30).

Inferimos de este relato de Mariana que también se busca una solución rápida.

Hugo comentó acerca de los “intentos fallidos”© de lucha contra la obesidad: *“Mi familia toda la vida, siempre todos lucharon para sa..., para hacer algo; el 99,9% falló.”* (Entrevista a Hugo, línea 56).

⁶⁸ “miedo a las pastillas para adelgazar”©.

⁶⁹ “intentos individuales”©.

⁷⁰ “cirugía – lipoaspiración como intento de solución”©.

La Lic. Barrera nos comentó al respecto que *“el paciente obeso, si hablamos exclusivamente del obeso, llega después de un millón de consultas anteriores a nutricionistas con fracasos en los tratamientos”* (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 64-65). Y el Dr. Cornejo expresó:

“O ya viene, o ha estado con otro médico que le ha dicho, le ha dado planes, inclusive he visto varios pacientes que vienen después de una nutricionista, 1, 2, 3, que han visto, que han hecho un par de meses la dieta, después la abandonan” (Entrevista al Dr. Cornejo, líneas 70-72).

Pensamos que aquí está presente el tema de las creencias, según Elka Harkaway y Madsen (1989) las creencias acerca de la efectividad del tratamiento, están influenciadas por experiencias previas del paciente, sus otros significativos y el profesional; muchos fracasos en la historia de tratamientos, disminuyen la confianza en la eficacia del tratamiento. Por ello, nos parece importante que se consideren las experiencias previas y las creencias o significados que la persona ha desarrollado a partir de ellas.

Carina describió una actitud de “desconfianza”[©], desafiante de algunas personas cuando ingresan al grupo ALCO: *“la gente viene, primera vez viene muy desconfiada, la mira a la persona que viene a dar el grupo, “a ver qué tiene puesto”, “a ver cuánto bajó”, viste, vienen medio así”* (Entrevista a Carina, línea 46).

La Lic. Barrera nos mencionó esta característica de algunos pacientes:

“Tenés el paciente que descreo totalmente en nosotras y dice “bueno, a ver qué podés hacer vos por mí; a ver si me podés ayudar”, esa conducta un poco de rechazo, un poco agresiva, un poco como de... haber, cómo llamarlo, como que ya está decepcionado de todo” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 94-97).

Consideramos que esa actitud de desconfianza, de rechazo, puede deberse a experiencias previas de fracasos en los tratamientos.

Por otra parte, Rosa comentó que *“tenés que hacer la dieta de por vida, pero te podés, con una semanita podés darte, o una o dos veces a la semana, el gusto de comer lo que vos quieras”*⁷¹ (Entrevista a Rosa, línea 224).

Nos parece que esta creencia de que hay que hacer dieta de por vida, puede llevar al fracaso, ya que no es sostenible en el tiempo; no se puede vivir a dieta, o ser, como expresó la Lic. Barrera, un dietante crónico.

Rosa explicó en qué consiste, según ella, la dieta estricta:

⁷¹ “dieta de por vida”[©].

“me recontracuido, hasta que no vuelvo al peso que yo tenía anteriormente, y ahí empiezo de vuelta con la dieta bien estricta...”

Y: ¿cómo es eso de cuidarte? ¿Cómo es la dieta estricta?

R: y comer la carne, el pollo, el pescado, todo sin sal; bastante verdura, fruta. No pongo una sola verdura, pongo ponele los colores, pongo dos o tres colores de verduras para ir teniendo todas las proteínas... La leche descremada” (Entrevista a Rosa, líneas 92-94).

Nos llama la atención el concepto de dieta estricta que nos explicó Rosa; ya que se asemeja más a una alimentación saludable que a una dieta. Tal vez aquí se podría redefinir el cuidarse: en vez de dieta estricta, redefinirla como una alimentación saludable.

Carina y Ana hicieron referencia a que en el tratamiento de la obesidad es de por vida⁷², incluso si la persona llegó a su peso saludable, debe continuar (acudiendo al grupo ALCO, por ejemplo), debido a la posibilidad (o temor) de aumentar de peso en cualquier momento, el que se bajó y aún más; si se mantiene es debido a que continúa el tratamiento (siguiendo con el ejemplo, se mantiene porque sigue acudiendo al grupo):

“Y: y una vez que bajó de peso, que está en su peso saludable, ¿cómo hace?

C: tenés que seguir el mantenimiento, tenés que seguir viniendo al grupo. La persona que viene acá y aprende todo lo que te van enseñando, la persona tiene que seguir; porque esto es de toda la vida, de toda la vida te tenés que cuidar” (Entrevista a Carina, líneas 61-63).

“Y: las que bajaron y siguen delgadas o las personas que siempre...”

A: bueno, las que bajaron y siguen delgadas es porque siempre siguieron el tratamiento y vinieron acá a ALCO, porque si vos no, si vos dejás el grupo no, no seguis” (Entrevista a Ana, líneas 63-64).

Podemos inferir de estos relatos que el considerar a la obesidad como algo de por vida, puede llevar a una dependencia al tratamiento que se esté realizando; generando temor a abandonarlo porque esto significaría un riesgo de aumentar de peso o no seguir con lo que se estaba haciendo.

Por otra parte, Hugo expresó que tiene pensado realizarse un “bypass gástrico”[©], ya que opina que luego de la cirugía le va a resultar más fácil bajar de peso y sostener ese descenso:

“estoy haciendo... el tratamiento, todo, para hacerme el bypass gástrico.

Y: y ¿cómo fue esa decisión...?

H: y no, porque... Estaba leyendo un día, estaba en una página, en un blog... y saltó un tipo que decía “mi experiencia después del bypass gástrico”. Me puse a leerlo, y según lo que contó el tipo, con foto todo, mejicano, creo que era mejicano o del sur de Estados Unidos, no me acuerdo... dice que después de que se hizo el bypass

⁷² “esto es de por vida”[©].

gástrico fue un paraíso su vida, porque las dietas no son tan estrictas, porque vos al reducir tantas cantidades, tenés más libertades (...) lo que explicaba el tipo este, que le cambió totalmente su vida, porque, te explicaba lo que me pasaba a mí o lo que le pasa al... calculo que a cualquier otra persona con mucho sobrepeso; de... hacer la dieta, cansarte, recaer, volver, lucharla, y ahí es lucharla todo el tiempo; en cambio eso... es algo que... Es más directo, es más rápido, es más sencillo, es más fácil...

Y: así que tus expectativas con la operación, ¿cuáles serían?

H: no, ni idea. Tengo que bajar un montón de peso, todavía no me hice expectativas, porque tengo que bajar mucho peso para poder llegar a la cirugía.

Y: claro, pero una vez que hayas llegado al peso adecuado para poder hacerte la cirugía, ¿vos qué pensás que va a pasar una vez que ya estés operado?

H: lo primero que me despierten del quirófano, que, jajaja... Humm, no lo he pensado, no creo que cambie mucho mi vida; no... no sé, más que mi salud... no, no creo que mucho más que eso... no... Socialmente, tengo amigos, tengo todo así que no creo que eso... una vez que supuestamente llegue al peso que tenga que salir corriendo a buscar amigos, no. Voy a seguir siendo el mismo, solamente que... espero seguir siendo el mismo” (Entrevista a Hugo, líneas 64-69).

Vemos en este relato de Hugo, (y tal como también mencionábamos con respecto a los dichos de Mariana en cuanto a la cirugía y lipoaspiración) un intento de solución rápida y fácil, tal vez hasta mágica, aunque tenga que pasar por algo riesgoso y estresante como lo es una cirugía.

Rosa y Patricia expresaron que alguna vez planearon realizarse un bypass gástrico, arrepintiéndose luego, por lo que decidieron “no hacer bypass”©.

Estas entrevistadas vieron como muy riesgosa esta cirugía, por lo que optaron por no realizársela.

Según Ana, para combatir la obesidad debe ser “todo natural”©; es decir, dieta, ejercicio, un “cambio en el estilo de vida”©.

Nos parece importante recalcar esta idea de todo natural y lograr un cambio en el estilo de vida, ya que ese podría ser un buen objetivo a lograr en un tratamiento para la obesidad, en vez de la constante lucha con la balanza y ver si se bajó de peso o no.

Carina y Ana, recomendaron al grupo “ALCO como tratamiento adecuado”©.

Rosa, Carina y Ana hicieron referencia a la “necesidad de acompañamiento”© y contención:

“hay gente que sí, se enganchó un tiempo, baja lo que quiere bajar y después se va, y ahí se viene y se cree que se sabe todo, se cree que puede solo, y solo no se puede; hay nutricionistas, hay de todo, pero no es lo mismo que el sostenimiento del grupo.

Y: así que ese sería un factor muy importante, ¿el acompañamiento sería?

C: si, el hecho de que te acompañen y vayas a un grupo que todos tienen el mismo problema que vos, la enfermedad que es la obesidad; no importa si seas petiso, alto, bajo, hermoso, lindo, feo; no importa, vos, hay una clave que es única, que es la que está principal, que es la obesidad, todos padecemos obesidad, y todos queremos bajar de peso, más allá de que sea estético o por salud” (Entrevista a Carina, líneas 26-28).

Es decir que, según ellas, es necesario sentirse acompañadas por otros para encaminarse hacia un estilo de vida más saludable y mantenerlo, “solo no se puede”.

Mariana mencionó la “necesidad de ayuda”[©], de un apoyo externo.

En las entrevistas a Mariana, Ana, Patricia y Hugo, surgió el tema del “acompañamiento familiar”[©], de su contención en el tratamiento de la obesidad:

“Y: vos recién decías de la casa; la familia, ¿cómo contribuye a la obesidad?

A: mucho... o sea... mucho; tenés que tener la contención, te tienen que ayudar (...) en mi caso tengo la contención de mi familia, siempre está; preocupados si bajé de peso, si aumenté, cómo me fue, eh... siempre están” (Entrevista a Ana, líneas 29-30).

En cuanto a la indicación de bajar de peso realizada por un médico, Mariana, Rosa y Hugo expresaron que esa indicación es aceptada⁷³; Hugo agregó que siempre que sea hecha de “buena manera”:

“¿qué opinás de cuando le dicen a una persona, principalmente los médicos, cuando le dicen que tiene que bajar de peso por su salud? ¿Qué opinás de eso?

M: y no, si te lo dice el médico-médico está bien” (Entrevista a Mariana, líneas 77-78).

“Y: (...) cuando a una persona le dicen que tiene que bajar de peso, hablo de los médicos...

R: de los médicos...

Y: ... ¿qué necesitaría esa persona, como ayuda, para poder bajar de peso?, una vez que le dan esa indicación de que tiene que bajar de peso.

R: bueno yo le hago caso, yo al médico le hago caso... Porque vos necesitás que el médico te diga “mire, tiene...”” (Entrevista a Rosa, líneas 81-84).

“Y: y cuando los médicos le dicen a una persona o en tu caso, no sé si te ha pasado, que te digan “tendrías que bajar de peso, o te conviene bajar de peso por cuestiones de salud”, ¿ahí cómo es tomada esa...?

H: según cómo te lo digan. Eso va todo en lo que te lo dicen, porque, si va de buena manera; siempre los médicos me lo dijeron... Los que me lo dicen de mala manera no los escucho... La que me lo dice, que me lo dice, no como un consejo, sino que te lo dice un profesional que te lo dice de buena manera, que te expone tu

⁷³ “si lo dice el médico está bien”[©].

situación, que te la hace ver, sí. Ahora, el que te trata como si fueras una bestia y tenés que adelgazar porque no, porque no encajás en la sociedad, porque... El que te lo dice médicamente hablando sí lo entiendo, pero hay otros que camuflan, lo dicen médicamente porque se asombran de ver a un tipo tan grande, tan gordo; y a eso no le doy pelota... no le doy cabida” (Entrevista a Hugo, líneas 33-34).

Un tema en el que hicieron hincapié Carina y Patricia es el de la “incomprensión profesional”[©], cuando la persona se siente incomprendida y los profesionales son “duros” en el trato con su paciente obeso:

“tenés los doctores que te ¡te re comen! cuando te ven, a veces te dicen “bueno, la próxima vez que vengás no entrás por la puerta” te dicen, porque son muy duros los doctores, sí, son muy duros los doctores; algunos doctores son muy duros” (Entrevista a Carina, línea 46).

“Y: como vos lo llamás enfermedad, viste cuando los médicos dicen “tiene que bajar de peso por tal y tal cosa”, bueno, a esa indicación ¿qué le haría falta para que el tratamiento sea más fácil?, para que a la persona realmente se le facilite.

C: y un poco más de corazón. Yo he coordinado y han venido cardiólogos y “¡hay, con ustedes yo los quiero agarrar, porque...!”. Son muy frios, son muy frios. “¡Hay que bajar de peso, no te queda otra!”. O al nutricionista, ¡¿cuántas veces me habré peleado con la nutricionista?! Y bueno, qué va a hacer, porque, vos estás dos horas esperando que te atienda, que te atiende cinco minutitos y “bueno esto, pin, puf, paf”. Y bueno pero ¿y lo que vos pensás, y lo que vos sentís no importa?, ¿no importa entonces?⁷⁴ Ha pasado en el hospital, a las tres de la mañana tenés que ir para que ella te atienda a las siete, “fulana”, entrás, “bueno, ¿bajaste?, bueno, me alegro, seguí haciendo el plan” ... ¿Me entendés? Entonces...” (Entrevista a Carina, líneas 65-66).

“Y: vos ¿qué opinás de cuando a una persona los médicos le dicen que tiene que bajar de peso?, “usted tiene que bajar de peso”.

P: ah, sí. Hay médicos y médicos. Hay médicos que tampoco, hay médicos que siendo médicos que saben la problemática de la obesidad, que es una enfermedad, y te tratan como que... Un día yo fui atacada del ciático, a un traumatólogo y te dice “súbase a la camilla”, “¡no!” le digo, “no me puedo mover”, “ah” me dice “y usted ¿sabe por qué?”, “y si, porque estoy atacada del ciático”, “y bueno, pero por los kilos que tiene de más... ¡adelgace!... ¡adelgace y va a ver!, como se le va a ir”. Después el otro, fui otra vez atacada del ciático y me dice “¡súbase a la balanza!” ... Haaay, mirá, si ese día me acompañó mi hijo y mi sobrino; como pudieron me subieron a la balanza. Y me pesó y me dice “¿sabe por qué está atacada del ciático?, por todos estos kilos de más que tiene”; y sí, yo lo sé, pero mientras tanto ¿vos tenés que morirte con dolor o como sea?... Y nooo, es tremendo el tema de la salud, con la obesidad... es tremendo” (Entrevista a Patricia, líneas 99-100).

⁷⁴ “¿y lo que pienso y siento?”[©].

A este tema también hizo referencia nuestra informante clave, Sra. Beccaría, ella nos dijo que necesita un médico que la escuche, que charle con ella.

Nos parece muy importante que los profesionales que traten a las personas con obesidad (con profesionales nos referimos a todos: médicos, nutricionistas, psicólogos, etcétera; cada uno desde su profesión) escuchen a los pacientes, que conversen con ellos, que se sientan comprendidos; como lo expresó Penn (2001) nuestra escucha sensible era en sí misma terapéutica. Parece necesario destacar que el profesional debe tener una actitud ética de buen trato a sus pacientes.

Al sentirse maltratada e incomprendida por los profesionales que la tratan, Carina explicó que eso genera rebote⁷⁵:

“Y: y ¿eso qué genera? [la situación de incompreensión profesional].

C: y rebote, rebote; decís “no voy más a la nutricionista, se van todos a la miércoles, tiro todo y se acabó” (Entrevista a Carina, líneas 67-68).

Notamos aquí la sensibilidad que se genera en la persona que no se siente comprendida. Además; podemos incluir también el tema de las creencias concernientes a profesionales, generadas a partir de las experiencias, de las interacciones previas con otros profesionales.

Otra cuestión planteada por Mariana, Patricia y Hugo, es la inclusión del “nutricionista como tratamiento adecuado”, que guíe un plan de alimentación.

En la entrevista a Patricia, surgió la idea de un tratamiento más multidisciplinario, ya que ella propuso como tratamiento: “plan alimentario, gimnasia, ayuda psicológica”[©], todo conducido por profesionales. La idea de la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la obesidad, fue expuesta por el Dr. Cornejo y la Lic. Barrera.

Rosa hizo recomendaciones para que la persona con obesidad pueda bajar de peso:

“Y: entonces, si una persona que tiene obesidad quisiera bajar de peso...

R: baja.

Y: ... ¿qué es lo que le recomendarías vos que hiciera?

R: que se cuide en las comidas, que tome mucha agua que es lo mejor... el agua es lo mejor, y que camine, que no haga vida sedentaria”⁷⁶ (Entrevista a Rosa, líneas105-108).

Rosa y Patricia comentaron que se están alimentando con comidas caseras y más saludables⁷⁷ (frutas, verduras, carnes magras, agua, poca sal, etc.).

⁷⁵ “efecto rebote”[©].

⁷⁶ “cuidarse en comida, agua, vida activa”[©].

⁷⁷ “cocina casera y sana”[©].

En las entrevistas a Carina y Patricia, emergió el tema de que no es que ciertos alimentos no se puedan consumir nunca más o que todo esté prohibido⁷⁸:

“Aparte, eh, ¿viste? como cambió tanto, que antes era todo prohibido, y ahora no, no te prohíben nada ¿viste?, no, no te vas a comer todos los días facturas, cosas, jajaja, o una milanesa frita o eso, nada de esas cosas; pero realmente te podés dar un gusto, qué se yo, si querés comer un heladito o algo así. Pero antes te decían “¡no!”. Vos estabas de dieta y todo era ¡no! No había nada.” (Entrevista a Patricia, línea 64).

Esto que destaca Patricia nos resulta interesante, ya que es un relato que abre posibilidades, antes era todo ¡no!, ahora existe mayor flexibilidad, por lo que nos parece que es más sostenible en el tiempo.

Según Rosa y Patricia, la persona puede “permitirse un gusto”[©], darse un gusto de vez en cuando, *“Hay días que me da ganas de comer algo y lo como... me doy un permitido”* (Entrevista a Rosa, línea 10).

Carina mencionó la existencia de “herramientas”[©] para combatir la obesidad, como por ejemplo: aprender a alimentarse, masticar diez veces un bocado, comer lento, sentarse a comer, comer de a bocados y no “engullir”, beber agua, agregar más verduras y frutas, uso de la curva de peso, actividad física, ante los problemas no recurrir a la comida, “estudio-educación”[©]; es decir que, para ella, la adquisición de hábitos más saludables requiere estudio, educación:

“... todo eso lleva educación, lectura porque aquí hay mucha literatura; entonces todo eso lleva educación ¿Cómo aprendiste a caminar?, no saliste de la panza caminando, tuviste que hacer un cierto periodo para caminar. ¿Cómo hiciste para aprender a lavarte los dientes?, y bueno mamá me enseñó hasta que se te hizo un hábito. Y bueno, acá también, hasta que se te haga un hábito de aprender a comer, de saber que tenés que hacer actividad física, que tenés que venir al grupo, que tenés herramientas...” (Entrevista a Carina, línea 36).

Mariana y Rosa plantearon la “necesidad de un acompañamiento psicológico”[©] en el tratamiento de la obesidad:

“Y: en un tratamiento para bajar de peso, cuando un profesional está tratando de ayudarte a bajar de peso, ¿qué te parece que le faltaría?...”

M: y un psicólogo para que te vaya incentivando, o hablándote, eh, qué sé yo... acompañamiento de un profesional” (Entrevista a Mariana, líneas 113-114).

Volvemos a notar aquí la necesidad de un profesional que hable con el paciente; por ende, que lo escuche.

⁷⁸ “no es prohibición total”[©].

Para Rosa es necesario estudiar la historia de quien tiene obesidad, cómo fue su vida⁷⁹, *“porque a una persona la agarra un buen psicólogo y la empieza a estudiar desde que fue chiquita, desde que nació, cómo vivió, cómo se alimentó, qué era lo que comía”* (Entrevista a Rosa, línea 194); *“empezar desde el nacimiento del chico, de la persona obesa; cómo fue la vida... cómo fue la vida, qué fue la vida que llevó...”* (Entrevista a Rosa, línea 196).

Esto que destaca Rosa nos parece fundamental, estudiar cómo fue la vida de la persona con obesidad, su historia; para así comprenderla mejor, ver los significados que ha ido construyendo, o sus creencias. Tener en cuenta todo eso puede facilitar el tratamiento.

Mariana mencionó la “necesidad de un cambio de mentalidad”⁸⁰, una modificación en la manera de ver las cosas y en las reacciones que se desencadenan:

“Y: (...) ¿cuál sería un tratamiento adecuado?”

M: ir a una nutricionista, pero tenés que cambiar tu mentalidad...” (Entrevista a Mariana, líneas 69-70).

“Y: vos hoy hablabas de un incentivo... pero ¿qué podría ayudarte para que vos puedas seguir, no solamente para adelgazar, sino ya como un estilo de vida saludable?; para adquirir ese estilo de vida saludable ¿qué podría ayudarte?... Tanto a nivel de los profesionales, o a nivel de la familia...”

M: y, tratar de cambiar mi forma de pensar en este momento... o de cómo veo las cosas, o las reacciones que tengo... una ayuda, una ayuda” (Entrevista a Mariana, líneas 112-113).

En las entrevistas a Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo, se hizo referencia al momento en que la persona toma conciencia, se da cuenta de su obesidad y de los problemas que ésta le produce⁸⁰:

“porque me dijeron “tenés diabetes y tenés que cuidarte” (...) pero yo sé que, mi mamá murió ciega, mi hermano éste agarró un cáncer de páncreas, una semana duró... mi otro hermano hace seis meses le cortaron una pierna, la semana pasada le cortaron la otra... mi hermana la mayor, que falleció a los tres meses que falleció éste, le faltaban las dos piernas, un brazo y ya tenía un pedazo del otro... Entonces cómo yo no voy a... no me voy a cuidar. Y eso que a mí me agarró de grande... Yo te veo todos los dulces ahí, pero yo sé que no los tengo que comer... y si te como, te como un chiquito, pero primero voy, chac, me pincho el dedo, veo lo que tengo de azúcar y después como, pero tomo el medicamento antes de comer y después de comer... Y ahora con el corazón lo mismo, que si yo no me hubiera cuidado ya... estaría muerta directamente; como yo quiero vivir y quiero una vida buena, vivir bien, me cuido” (Entrevista a Rosa, líneas 248-252).

⁷⁹ “necesidad de estudiar la historia personal”⁸⁰.

⁸⁰ “click”⁸⁰.

“te tiene que hacer un click a cada uno, a cada persona, porque hay personas que vienen y... y no les llega” (Entrevista a Ana, línea 26).

“Cuando llega ese punto de ver que subía una escalera y ver que me estaba ahogando mucho, ya ahí dije no, no puede ser. Aparte, soy joven, tengo 25 años recién (...) Eso más que nada, verme en mi situación, no sé cambió... Te digo que se fue dando sin darme cuenta hasta que un día me dí cuenta, es así” (Entrevista a Hugo, línea 32).

Estos relatos nos recuerdan los momentos de contemplación y preparación del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente; cuando la persona toma conciencia de que hay un problema y comienza a tomar la decisión de abandonar la conducta adictiva.

En las entrevistas a Rosa y Carina, surgió el tema de que comenzaron a modificar hábitos por atravesar una “situación límite”[©], como lo es el riesgo de morir en el caso de Rosa, y haber perdido un hijo en el caso de Carina: *“el médico me dijo “si quiere vivir, tiene que bajar de peso”...”* (Entrevista a Rosa, línea 6); *“Si he tenido vómitos, mirá, por la misma obesidad y por la misma diabetes, perdí un hijo; entonces, todo eso, viste, te... te toca”* (Entrevista a Carina, línea 40).

Carina y Ana relataron que intentan “no pasar por eso nuevamente”[©], por trastornos que sufridos a causa de la obesidad; ya no los quieren para sus vidas:

“Porque uno se hace atracones de comida y dos por tres ¡shiiú! al médico porque que vómitos, que diarrea, que gastroenterocolitis, no, no, no, no, la verdad que no tendría que volver a pasar por eso te digo yo 10 años que no sé lo que es un vómito, no, no, no porque no quiero saber más nada con eso” (Entrevista a Carina, línea 40).

“como que te empezás a valorar, como persona, entonces no querés llegar a lo que uno, a mí me pasa que no quiero llegar a lo mismo de antes; entonces hago cosas para no llegar, no volver al mismo estado” (Entrevista a Ana, línea 24).

Estos relatos nos recuerdan los momentos de preparación y acción del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, en donde se ha tomado la decisión de abandonar la conducta adictiva y comienzan a modificar muchas cuestiones para superar su problema, en el intento de no llegar a estar igual que antes.

Carina recomendó el uso del espejo y de las fotos, mirarse y decir “así nunca más”[©].

Patricia expresó que a pesar de que pueden presentarse problemas, se debe decir “acá estoy yo”[©] y cuidarse “a pesar de”:

“uno a pesar “de”, hay que seguir, porque yo creo que es la única manera de llegar al objetivo. Porque problemas vamos a tener siempre; problemas tienen las

personas delgadas, las personas gordas; todo el mundo tiene, lo que pasa es que algunas personas tenemos problemas más fuertes y... claro, eso es lo que pasa. Entonces, este, pero bueno; yo creo que para no seguir agregando problemas a nuestra vida, la persona que tiene obesidad... tiene que cuidarse a pesar “de”... Remarla y, hacerse camino y decir “acá estoy yo” y... y seguirla.

Y: sí, eso es lindo, “acá estoy yo”.

P: “acá estoy yo”, porque... hacer así, codear y pasar ¿viste?, porque, codear y pasar. Porque sinó no hay otra. No hay otra, jajaja.

Y: bueno.

P: por ahí a mí, me pueden los problemas... y dejo de codear y dejo de decir “acá estoy yo”... Pero... no, pero hay que ser fuerte y decir “no, no, no; acá estoy yo”” (Entrevista a Patricia, líneas 137-141).

Esto que destaca Patricia nos resulta positivo para considerar en un tratamiento; que la persona pueda decir “acá estoy yo” y continuar “a pesar de”; esto podría generarse a partir de conversaciones que abran posibilidades, para las cuales es básico (insistimos en esto) escuchar al paciente.

Ana explicó que la persona con obesidad, como parte de su tratamiento, comienza a “dedicarse a sí mismo”©, a centrarse más en su mundo, a hacer cosas para sí mismo.

A partir de estos relatos y códigos, construimos la quinta categoría de la investigación, que intenta explorar los “*significados en relación al tratamiento de la obesidad*”; es decir, qué se entiende por tratamiento, por métodos para adelgazar, cuáles se han empleado, cuáles se presentan como apropiados y qué se necesita para llevarlos a cabo.





Figura 12: Tratamiento de la obesidad.

4. 1. f) Significados en relación al adelgazamiento.

Según Carina, si la persona no quiere bajar de peso, entonces no lo va a lograr, “... *si no querés y le buscás las mil y una excusas, ah bueno, entonces no vas a bajar de peso*”⁸¹ (Entrevista a Carina, línea 60).

Esto nos recuerda lo expresado por Crispo, Figueroa y Guelar (1994) cuando dicen que para que una determinada situación se constituya en problema, alguien la debe definir como indeseable y que quien define lo que es deseable o indeseable es el consultante, no el consultor. Entonces, pensamos que si la persona no quiere bajar de peso, probablemente es porque eso no representa un problema para ella.

Para Mariana, Rosa y Carina, es posible bajar de peso: “*Las veces que he intentado adelgazar he adelgazado.*” (Entrevista a Mariana, línea 34); “*Pero si vos, si esa persona quiere bajar de peso, lo va a lograr*” (Entrevista a Carina, línea 60).

Vemos aquí que si se intenta adelgazar, se adelgaza; entonces, cuando no se puede lograr y sostener ese descenso nos preguntamos ¿cuáles son los obstáculos que mencionan quienes quieren adelgazar?, ¿qué dificultades describen para sostener ese descenso de peso?

Mariana expresó que “... *adelgazo, pero lo que me cuesta es mantenerme...*”⁸² (Entrevista a Mariana, línea 70); es decir que adelgaza pero le cuesta mantener ese descenso de peso.

Podemos pensar que los métodos que se utilizan para adelgazar pueden ser muy extremos y por ello no son sostenibles; también puede ser que como el objetivo está puesto en

⁸¹ “si no se quiere, no se puede”©.

⁸² “lo que cuesta es mantenerse”©.

adelgazar, no se está introduciendo variaciones a la definición de problema, todo ronda la cuestión de si hay más kilos o menos kilos. Habría que introducir una nueva formulación o definición, que se focalice más en lograr cambios saludables, y que la cuestión de los kilos pase a segundo plano.

En las entrevistas a Carina, Ana y Hugo, surgió el tema de que “depende de uno”⁸³, por lo que el camino hacia una vida más saludable depende de la misma persona, es su elección, “... *“vos tenés que empezar a cambiar tu estilo de vida y si no lo cambiás vos, nadie lo va a hacer por vos”*. Y es verdad, si uno no pone un esfuerzo por uno, nadie va a venir y te va a obligar a hacerlo.” (Entrevista a Ana, línea 26).

Esta cuestión también fue planteada por Crispo, Figueroa y Guelar (1994), estar bien es una opción que nadie puede hacer por el paciente, es una libre decisión de él. Consideramos que el profesional debe ser respetuoso con el paciente, no forzarlo a realizar un tratamiento porque de esa manera dicho tratamiento estará destinado al fracaso. Sí se pueden generar conversaciones que posibiliten la toma de decisión del paciente, pero la elección es suya.

Carina y Hugo hablaron acerca de las “recaídas”⁸³, en las que luego de haber adelgazado se deja de lado lo que se estaba haciendo y se aumenta de peso:

“Yo para bajar de peso me tengo que matar haciendo actividad física, tengo que hacer una dieta recontra estricta”⁸³ ... Y en, a largo plazo es... porque llega un momento que no lo sostenés. Caés... recaés, empezás a hacer, ya he recaído un montón de veces, a hacer mal las cosas. Después volvés y tenés que recuperarte, después recaés y así; entonces (...) lo que me pasaba a mí o lo que le pasa al... calculo que a cualquier otra persona con mucho sobrepeso; de... hacer la dieta, cansarte, recaer, volver, lucharla, y ahí es lucharla todo el tiempo” (Entrevista a Hugo, línea 66).

“hoy estoy en una recaída, por eso volví, porque bueno una trabajaba y todo lo demás, entonces dejaba de lado, y de a poquito vos dejás de lado y por eso te digo, se te suben los kilos; pero, y es normal que un obeso tenga una recaída, o profunda o leve.

Y: ¿cómo es eso de que es normal?

C: si porque la obesidad, este... en la obesidad no podés ser todo perfecto; nadie hace el plan cien por cien... eh; aparte la comida es la que manda, la que anda por todos, vos cocinás si sos cocinera, si sos ama de casa, le cocinás a tus hijos, vas a la panadería, vas al supermercado... y hay comida tentadora constantemente, y en algún momento vos podés caer en la tentación de comer y qué sé yo y... y parece que tiene memoria el paladar, que si vos comés un bizcocho más y se despierta y otro bizcocho, otro bizcocho, cuando te descuidás te comiste un cuarto, un medio y ahí a la miércole

⁸³ “matarse con actividad física-dieta estricta”⁸³.

el plan. Entonces el plan te invita a que vos, una vez que hagás eso, volvé, retomá, agarrá tu libretita y volvé, retomá y volvé a iniciar el plan para que no siga; porque hay caídas que vos podés cuidarte en el momento y hay caídas que como no todo se educa tan rápido, son pronunciadas. Te digo, yo tengo una recaída de doce kilos seiscientos. Y darme cuenta de que tenía una recaída, lleva también su tiempo” (Entrevista a Carina, líneas 42-44).

La idea expuesta por Hugo, de que para bajar de peso la persona tiene que matarse con actividad física y hacer una dieta estricta nos resuena como un relato muy extremo, por lo que a largo plazo no lo puede sostener. Entonces, insistimos en que el foco no debe estar puesto en bajar de peso, sino en ir progresivamente, adquiriendo hábitos más saludables o un estilo de vida más saludable, sin darle tanta importancia a si se bajó o si se aumentó algún “gramo”.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente también contempla el momento de recaída, que se da cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fallan; la persona puede sentir culpa, frustración, sentimientos de desesperanza y fracaso.

Cinco de seis entrevistados, Mariana, Rosa, Ana, Patricia y Hugo, mencionaron el tema del “descenso y abandono”⁸⁴, referido a que una vez logrado un descenso de peso, se abandona lo que se estaba haciendo para lograrlo cayendo en un nuevo aumento de peso, por ello no hay continuidad, “*hubo una época que bajé bastantes kilos pero después volví a engordar porque dejé actividad física, dejé la dieta*” (Entrevista a Ana, línea 24); “*no tengo continuidad... Empiezo a bajar capaz, bajo 3, 4 kilos, dejo, los aumenté, vuelvo a empezar.*” (Entrevista a Patricia, línea12).

Este tema también fue destacado por nuestros informantes clave: muchos se adhieren una temporada y después abandonan; logran resultados y después abandonan; vienen un tiempo, dejan, vuelven, dejan.

Pensamos que ese descenso y abandono puede deberse a que el foco está puesto en bajar de peso. Habría que resignificar el objetivo del tratamiento, no centrarse en bajar de peso sino en mejorar el estilo de vida.

Mariana y Rosa manifestaron un ir y venir de la delgadez a la gordura y de la gordura a la delgadez a lo largo de los años⁸⁵: “*mi vida ha sido así: flaca-gorda, gorda-flaca, flaca-gorda, gorda-flaca; o me voy a un extremo o en, ahora estoy en el otro extremo. Yo hace unos años...eeh, pesaba 46 kilos ponele, y ahora tengo 96*” (Entrevista a Mariana, línea 70), “*ahí*

⁸⁴ Este código aparece 8 veces.

⁸⁵ “vaivén”©.

empecé a engordar... y después... bajé de vuelta... y después volvía a engordar... Tenía temporadas así que...” (Entrevista a Rosa, línea 42).

Estas mismas entrevistadas manifestaron que en algún momento de sus vidas fueron delgadas⁸⁶:

“cuando era... soltera era muy delgada (...) después, cuando era, casi tenía 17-18 años... bueno a los 21 me separé... bueno ahí yo me cuidaba... hacía deporte, hacía artes marciales, corría...” (Entrevista a Rosa, línea 42),

“Entonces yo siempre me cuidé... y siempre, llegué a pesar cuando me casé 46 kilos hace 25 años atrás, estaba superflaca; después hace como... dieci... 18 años atrás, pesaba también, no llegaba a los 50 kilos; después siempre mi peso fue entre 62 o 64...” (Entrevista a Mariana, línea 18).

Esta fue una “delgadez cuidándose”[©], es decir que estaban delgadas porque “se cuidaban”.

Patricia planteó que debe “lograr continuidad en tratamiento”[©]:

“que no me importe cuánto bajo; pero que sí, que sea continuado... Ese es el tema mío, ese es el tema. No sé por qué no puedo tener una continuidad, no sé... Enseguida, me, me, me... me tiro para abajo y... empiezo nuevamente, y dejo y ahí aumento enseguida” (Entrevista a Patricia, línea 68).

Vemos aquí la importancia del acompañamiento psicológico, para que la persona “no se tire para abajo” y pueda continuar.

Carina relató el hecho de que adelgazar no se consigue de un día para el otro⁸⁷, *“llorás, gritás, todo porque yo no bajé 40 kilos en un día para otro; esto me llevó deos años”* (Entrevista a Carina, línea 42); ya que el aprendizaje de hábitos saludables lleva “tiempo”[©].

Además, según Patricia, se deben tener en cuenta los “estados de ánimo”[©] como influyentes en la no continuidad del proceso de adelgazamiento y en el mantenimiento del descenso logrado, *“todo es según por el momento que esté pasando la persona, porque eso influye mucho en la persona obesa. El estado de ánimo.”* (Entrevista a Patricia, línea 137).

Notamos nuevamente la importancia de los factores psicológicos en la obesidad, la necesidad de escuchar a la persona y generar posibilidades en la conversación.

También Patricia mencionó que “cuesta quitar hábitos”[©]; es decir que, una vez que una conducta (en el caso de esta entrevistada es comer de noche) se convierte en hábito, cuesta modificarla.

Para Rosa, el problema en la obesidad consiste en “dejar de comer lo que comés”[©].

⁸⁶ “antecedentes personales de delgadez”[©].

⁸⁷ “adelgazar lleva tiempo”[©].

Rosa relató un cambio en su alimentación:

“Aparte de ser una persona que yo me levantaba, me cruzaba enfrente, me traía medialunas, me traía facturas, me traía bizcochitos con grasa... y ahora no, voy y busco una galletita de salvado o me hago 4 tostaditas y compro el queso crema... y ya está... Y a veces lo hago y no es que tenga ganas ni nada, pero como tomo tantos medicamentos, lo hago por los medicamentos...”

Y: y en cuanto al modo de alimentarte o la actitud frente a la comida, ¿notás una diferencia entre el antes de saber... [que tenía graves problemas en el corazón]?

R: siiiiviiii; sí, ahora yo acá soy casi la que menos como... antes era la que más comía... Por ahí hay un día, un día domingo ponele, que agarro y... me, yo sola me doy un permitido, me como en vez de, un plato ponele de ravioles con estofado, capaz que me como un plato y medio... pero a la noche ya no lo hago... Y después al otro día ya empiezo a... a cuidarme. Por ahí hay semanas enteras que como lo que comen todos, de haragana por no cocinarme, pero... a mí la nutricionista me enseñó a dividir el plato en cuatro, entonces como la cuarta parte...”⁸⁸ (Entrevista a Rosa, líneas 86-88).

Para Carina, los “nuevos hábitos cuestan”[©], la adquisición de nuevos hábitos más saludables es una tarea costosa:

“Y los hábitos nuevos cuestan muchísimo (...) por ejemplo, el lunes pasado que tuvimos, que vimos que había un montón de gente joven obesa, que tenían que empezar a reducir, reducir si vos comías 6 empanadas, bueno reducir a comer 4. Y ¿cómo le hacés entender a una persona que eso tiene que ser como un hábito?, si viene comiendo como medio kilo de milanesas, como dos kilos de pan en el almuerzo. ¿Cómo hacés? Pero si vos querés, lo hacés” (Entrevista a Carina, línea 38).

Aquí inferimos la presencia de creencia o mitos, los nuevos hábitos cuestan muchísimo, como cambiar el comer 6 empanadas por 4 empanadas; la misma entrevistada dice *“pero si vos querés, lo hacés”*.

En las entrevistas a Mariana y Patricia, se planteó el recelo de que bajar de peso es una tarea difícil y de que cuesta emprenderla⁸⁹:

“cuando vos tenés tantos kilos así como yo tengo, es como que se hace... tener voluntad y... es bravo ¿viste?, se hace bravo... Porque vos decís “¡hay, tantos kilos!, que, cuándo los voy a bajar... no los voy a bajar nunca”” (Entrevista a Patricia, línea 120).

Nuevamente notamos que el foco está puesto en los kilos que hay que bajar, habría que establecer otro objetivo principal, no el tema de los kilos.

⁸⁸ “cambio de actitud: sin límites vs. límites”[©].

⁸⁹ “coste”[©].

En las entrevistas a Mariana, Rosa, Carina y Ana surgió el tema de los “pretextos”[©], que son todos aquellos motivos que se alegan como excusas para no seguir cuidándose o para no comenzar a bajar de peso: “*Primero eran excusas, “no puedo porque trabajo, no puedo porque esto, no puedo...”*, y *es mentira, todo se puede*” (Entrevista a Ana, línea 26), “*total la embarazada come por 2, que coma, que coma*” (Entrevista a Carina, línea 32).

Mariana y Rosa mencionaron el tema de la “postergación”[©], por la que la puesta en acción para adelgazar se ve pospuesta, no se comienza de inmediato, se deja para después (mañana, el lunes), “*mañana empiezo, el lunes empiezo, el lunes empiezo, y no...*” (Entrevista a Mariana, línea 18).

Mariana y Patricia afirmaron que “cuesta arrancar”[©], es decir ponerse en marcha con el objetivo de adelgazar, “*... soy de adelgazar, sino que me cuesta arrancar.*” (Entrevista a Mariana, línea 110).

En las entrevistas a Mariana, Rosa y Patricia se describió la existencia de lo que codificamos como un “círculo vicioso”[©], en el que encontramos dos factores: a) la persona al ver que aumenta de peso piensa que le va a costar más adelgazar y come más, lo que lleva a un nuevo aumento de peso, “*como no adelgazo y me veo cada vez más gorda, más como y menos interés me da por adelgazar*” (Entrevista a Mariana, línea 18); b) todas aquellas situaciones en las que la persona se siente mal por su obesidad (por ejemplo, no encontrar talle, no haber bajado lo que esperaba) que derivan en comer, cayendo en un aumento de peso, “*a lo mejor vos vas y decís “porque soy gorda no encontré talle, y bueno ya que soy gorda...” venís y comés, porque te da un bajón*” (Entrevista a Rosa, línea 184).

Pensamos que aquí hay que introducir reflexión para romper ese círculo vicioso que pareciera seguir un curso casi automático.

Por otra parte, Hugo opina que:

“Y: así que, el que toma la decisión y sí se pone a cambiar su estilo de vida... para vos ¿qué pasa ahí?”

H: no es un héroe; es una persona consciente de su enfermedad⁹⁰ y... y quiere hacer algo para cambiar su vida. Por distintos motivos, no sé, pero... se dio cuenta de su enfermedad... y no quiere hacerla fácil, no quiere... en mi caso yo no la quiero hacer fácil, porque si yo la quisiera hacer fácil me quedo todo el día tirado en mi casa... Pero no la quiero hacer fácil, la quiero luchar hasta donde pueda, hasta donde dé” (Entrevista a Hugo, líneas 105-106).

⁹⁰ “persona consciente de su enfermedad”[©].

En las entrevistas a Mariana, Rosa y Patricia surgió la cuestión de la “fuerza de voluntad”[©] para mejorar: *“en esto hay que tener mucha voluntad. Mucha voluntad...”* (Entrevista a Patricia, línea 128).

Rosa incluyó el tema de la fe (tiene fe, confía en Dios, ora por su salud, pero también se cuida)⁹¹:

“si me está funcionando el 47% del corazón.

Y: y ¿cómo fue recibir esa noticia?

R: la acepté... porque yo tengo, soy muy católica, tengo mucha fe... entonces yo dije “bueno, si Dios me lo manda...” le tengo que retribuir, como me mandó todo lo bueno, me mandó la enfermedad... Me sanó una miocardiopatía que los médicos mismos se admiran, porque el músculo del corazón se te agranda y nunca más se achica... y a mí me volvió a la normalidad; yo tengo todos los estudios que mi, el diafragma mío, las costillas me pinchaban el corazón... era enorme el corazón que tenía, que una noche el Dr.----- le dijo a mi hija que de esa noche no pasaba, en terapia estaba... y sin embargo yo, salí... Salí, yo me iba a Rosario, al Padre Ignacio, venía y andaba ¿viste?, y por ahí me hago Reiki también... y digo “yo me voy a sanar”; y ahora nomás que en los estudios anteriores me habían salido re-mal, yo de noche 2 o 3 horas haciéndome oraciones, rezando y pidiendo, pidiendo y pidiendo ¿viste?, ahora me hice el otro día otro estudio y las arterias están todas destapadas... Entonces yo pido, pero sí me cuido...” (Entrevista a Rosa, líneas 8-10).

Este tema de la fe nos resulta importante para tener en cuenta en un tratamiento, ya que puede constituirse en un factor decisivo en los resultados.

Rosa recomienda ante la enfermedad “no entregarse”[©], no pensar en que se está enfermo todo el día:

“Pero si vos te entregás... o pensás todo el día que estás enferma, que te vas a morir... te morís más rápido... Porque mirá, yo cuando tuve la miocardiopatía dilatada, todas las personas que estaban este, internadas conmigo, que eran como 15, para colmo habíamos dos o tres que éramos amigos, están todas muertas... Todas muertas” (Entrevista a Rosa, línea 148).

Mariana, Rosa y Patricia hablaron acerca de la “necesidad de un incentivo”[©] o un acontecimiento para ponerse como meta adelgazar para ese evento; la necesidad de tener un motivo:

“Y: y cuando se tiene que hacer un tratamiento para bajar de peso...”

M: es como un incentivo que necesito... más fuerte, o algo...

Y: justamente eso te iba a preguntar, ¿qué cosa podría facilitararlo a ese tratamiento?

⁹¹ “fe y cuidarse”[©].

M: algún incentivo de algo, pero no... no sé qué... Antes me, me inter... me incentivaba ponerme una ropa, o ir a una fiesta, o como ser yo sé bueno mi hija se casa el año que viene, cumple los 15, tengo que adelgazar; este, o me quiero ir de vacaciones y bueno, tengo que adelgazar... para estar bien... Eso, incentivo.

Y: Un incentivo.

M: claro, empecé como ser un trabajo ponele y... bueno; o salgo...” (Entrevista a Mariana, líneas 88-90).

“Y: y con el que tiene obesidad, ¿qué pasa? en ese sentido [Rosa había mencionado que los delgados se cuidan, tienen motivos para cuidarse].

R: ...y a lo mejor no tenés motivos, no tenés incentivo como para cuidarte... Por lo menos yo pienso que a lo mejor una mujer... joven, que está sola, yo hace varios años que estoy sola, se puede cuidar para tener un novio o algo, pero como a mí no me interesaba eso... no, no me cuidaba... Y ahora me cuido por mí, quiero vivir...” (Entrevista a Rosa, líneas 35-36).

“Y: y la persona que tiene sobrepeso, ¿qué es lo que necesita para empezar a bajar, o no solamente para bajar de peso, sino ya para tener un estilo de vida más saludable? ¿Qué es lo que necesitaría?

P: qué es lo que necesitaría... y mirá, eehh... yo creo que un buen incentivo (...) cuando era más joven, los primeros años de casada, todo eso... eh, tenía más incentivo, porque la vida era una cosa” (Entrevista a Patricia, líneas 17-18).

Vemos aquí que se busca algo externo para apoyarse, pero ese incentivo puede llegar a ser contraproducente: por ejemplo, si se adelgaza para una fiesta, se puede recurrir a métodos de efectividad poco comprobada, poco saludables, y pasado el evento se vuelve a lo mismo. Rosa dijo que a lo mejor no tenés motivos; habría que generar conversaciones que lleven a encontrar motivos más profundos para cuidarse (por ejemplo, me cuido porque, en cuanto persona, soy importante).

En la entrevista a Rosa, apareció el tema de cuando la persona adelgaza y los elogios que las demás personas le propinan (ya sean profesionales o no), ayudan y sirven de incentivo para seguir cuidándose⁹²: *“aparte la gente te vé y te dice “huy, ¡cómo bajaste!”, “¡qué bien que está!”, que esto, que esto otro... Te ayudan... eso te ayuda mucho...” (Entrevista a Rosa, línea 80).*

Esto nos recuerda al momento de acción del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, en el cual es positivo el reconocimiento social por las nuevas pautas conductuales logradas.

⁹² “elogios como incentivos” ©.

Rosa, Carina y Ana, mencionaron la “importancia de la autoestima”⁹³, del quererse a sí mismo, en la salud y en el desear verse mejor:

“... se tiene que querer la persona primero; si vos no te querés te arruinás. Pero si vos te querés vos mismo... querés verte mejor.” (Entrevista a Rosa, línea 252).

“tiene que estar coordinado, tiene que estar coordinado tu cerebro con tu cuerpo; no podés quererte de acá para acá, tenés que quererte entero, y si te querés te vas a cuidar” (Entrevista a Carina, línea 48).

Rosa hizo referencia a la “autoestima en la delgadez”⁹⁴ (planteó que quienes están delgados se quieren más, por ello se cuidan y que “tienen motivos” para cuidarse):

“Y: y ¿qué te parece que hace una persona para estar delgada? O ¿qué es lo que hace que una persona sea delgada?”

R: ... yo pienso que se quiere más la persona...

Y: ¿por qué? ¿Cómo?”

R: porque se cuida, se cuida estéticamente... tiene motivos para cuidarse...” (Entrevista a Rosa, líneas 31-34).

Mariana hizo una reflexión acerca de las personas delgadas: *“... hay flacos que... no decís que son ¡bum, bum!, capaz que se tiran un tiro y se matan, ¿entendés?, eso depende de cada persona”*⁹⁵ (Entrevista a Mariana, línea 120).

Según Mariana, la actividad y el carácter influyen en la delgadez de las personas⁹⁴ (además de lo genético):

“Y: ... ahora, ¿qué es lo que hace que algunas personas estén delgadas?, según tu opinión.”

M: eh, la forma de ser; primero genéticamente, tienen predisposición... creo que sí, genéticamente están predispuestos... y aparte la actividad y el carácter; pienso que... los nervios influyen mucho” (Entrevista a Mariana, líneas 39-40).

En las entrevistas a Rosa y Hugo, surgió el parecer de que quien está delgado consume porciones pequeñas, come menos que quien presenta obesidad y se alimenta bien⁹⁵:

“Y: hay personas que están delgadas, pero tienen un estilo de vida en el que se cuidan...”

R: claro, pero te comen un poquito de comida; te comen la medida exacta, comen de todo pero su medida...” (Entrevista a Rosa, líneas 227-228).

“Y: qué te parece a vos, las personas que son delgadas, ¿por qué son así?”

H: ... porque comen mucho menos de lo que yo, no sé por qué... Se alimentan bien supongo, no sé (...) yo creo que... porque comen lo que tienen que comer, porque

⁹³ “ser flaco no garantiza la felicidad”⁹³.

⁹⁴ “actividad y carácter en la delgadez”⁹⁴.

⁹⁵ “delgados: porciones chicas”⁹⁵.

su, es una cuestión médica que su estómago llega hasta un punto” (Entrevista a Hugo, líneas 83-84).

En cinco de seis entrevistas (Mariana, Rosa, Carina, Patricia y Hugo) surgió el tema de que “otros comen y están delgados”[©], haciendo alusión al hecho de que otras personas comen mucho y continúan delgadas:

“mi marido que es dos metros de alto y es flaco y come, come, come, y nunca engorda.” (Entrevista a Carina, línea 64).

“yo tengo un hermano mío que come diez veces más que yo y él es un palito... Pero ya es el organismo de él así” (Entrevista a Rosa, línea 226).

“mis hijos que son delgados, porque mi esposo es bien delgado y viste que sacan o la genética de la mamá o del papá y gracias a Dios mis tres hijos sacaron del papá. Son altos y delgados; comen lo que sea, tienen un desorden alimentario y no pasa nada” (Entrevista a Patricia, línea 13).

“tengo un amigo que supuestamente por el organismo come lo mismo que yo y es así (gesto, delgado), un palo... no, más flaco que mi dedo todavía... Yo como lo mismo que él y, te juro que es guaso; no sé si comerá todos los días en la casa así, capaz que no; pero cuando nos juntamos a comer da calambre” (Entrevista a Hugo, línea 84).

La Sra. Beccaría también se refirió a este tema, mencionando la predisposición que cada uno tiene para que con la misma comida unos se mantengan delgados y otros aumenten su exceso adiposo.

Para Ana, el “metabolismo”[©] influye en las personas que están delgadas:

“Y: y las personas que están delgadas, que son delgadas, ¿por qué son así, por qué están así? A vos ¿qué te parece?”

A: y eso va en el metabolismo de cada uno...” (Entrevista a Ana, líneas 61-62).

En las entrevistas a Mariana, Rosa, Carina y Patricia, se mencionó que las personas delgadas poseen una “predisposición genética”[©] para ello, y que así es su organismo: *“primero genéticamente, tienen predisposición... creo que sí, genéticamente están predispuestos”* (Entrevista a Mariana, línea 40), *“ya es el organismo ya de ellos”* (Entrevista a Rosa, línea 226).

Rosa expresó que existe una “mejor calidad de vida en delgadez”[©]:

“Y: ¿cómo creés que es el estilo de vida de una persona que está delgada?, en cuanto a alimentación, movimiento.”

R: y es mucho, mucha mejor calidad... Es otra calidad de vida... Tanto para la salud, como social, para cualquier cosa” (Entrevista a Rosa, líneas 133-134).

Para Mariana, Rosa, Carina, Ana y Patricia, “adelgazar es beneficioso”⁹⁶, en especial para la salud:

“Y: y ¿cómo te sentís al haber bajado...?”

R: y me siento mucho mejor, más liviana; estéticamente también” (Entrevista a Rosa, líneas 79-80).

“Y: y adelgazar, ¿qué beneficios traería? ¿Qué beneficios trae adelgazar?”

P: bueno, eh, en mi caso por ejemplo, que se me alivie el dolor de los huesos; aparte se sube la autoestima, porque si vos te ves mejor, te ves la ropa mejor; yo ahora con estos kilos todo me lo veo igual... cualquier cosa me da igual... cualquier cosa me da igual; cualquier ropa. Entonces... te trae muchos beneficios buenos.

Y: y algo negativo, ¿traería adelgazar?”

P: nooo; los celos de tu marido nomás, jajaja.

Y: así que, beneficios sí.

P: síiii. Todos beneficios. Todo, todo. (Entrevista a Patricia, líneas 93-98).

Según Carina, bajar de peso es “otra vida”⁹⁷:

“Estoy segura de que hay gente que no sabe lo que es estar delgado, porque es otra vida, es otra vida bajar de peso; vos te sacás una persona más, 70, 80 kilos; o bajás dos kilos tres kilos o lo que hayas venido a bajar...” (Entrevista a Carina, línea 38).

Una cuestión que planteó Ana es que al haber bajado mucho de peso, no se reconoce⁹⁶, se ve desfigurada: *“Me pasa ahora, que me miro, no me reconozco y es como que me veo... eeehhh... más desfigurada que antes... Pero es porque no me reconozco yo ahora como estoy...”* (Entrevista a Ana, línea 36).

Carina comentó otras maneras en que la persona nota que adelgazó, además del espejo, como por ejemplo anillos, anteojos, ropa (en especial la ropa interior)⁹⁷.

En las entrevistas a Rosa y Ana, surgió el tema de los excesos de piel que pueden quedar luego de adelgazar mucho⁹⁸; ellas piensan en la posibilidad de eliminarlos luego mediante cirugía; también Ana mencionó intentos de que reviertan apelando al gimnasio:

“me está quedando estos cueritos acá, que digo “bueno, si me queda después y no me gusta... me lo, me lo haré cortar; me lo haré sacar”...” (Entrevista a Rosa, línea 110).

“y ahora es como que te viene, te cues..., te cuestionás la parte física; los colgajos y todo lo que... pero eso hay que tirarlo, jaja.

Y: pero y eso cómo lo...

⁹⁶ “no me reconozco”⁹⁶.

⁹⁷ “otros espejos”⁹⁷.

⁹⁸ “colgajos”⁹⁸.

A: y bueno, eso a través de gimnasio y sino cirugía... Estamos pensando en eso. Sí, sí; gimnasio ya empecé y bueno y... pero no hay mucho, no revierte mucho pero bueno, tenemos la posibilidad de alguna cirugía por ahí... pero bueno, estamos ahí” (Entrevista a Ana, línea 54-56).

En las entrevistas a Mariana, Rosa y Carina se expresó que sienten “alegría ante un descenso de peso”©:

“Y: si vos vas y te pesás y ves que bajaste...

M: ¡hay, me pongo contenta! Porque ya me pasó hace un... qué sé yo, cuando tuve dos meses atrás mi nietito, cuando nació viste, que estuvo internado... eh, me había adelgazado tres kilos, me puse re-contenta” (Entrevista a Mariana, líneas 105-106).

“Porque el mismo cuerpo después cuando vos bajás uno, dos kilos, vos te ponés contenta y la flexibilidad va cambiando” (Entrevista a Carina, línea 38).

Mariana manifestó sentir “pena ante un ascenso de peso”©.

Rosa explicó que ante un aumento de peso, se cuida más:

“Y: y ¿si aumentás de peso, cómo...?”

*R: no, me recontraquito, hasta que no vuelvo al peso que yo tenía anteriormente, y ahí empiezo de vuelta con la dieta bien estricta...”*⁹⁹ (Entrevista a Rosa, líneas 91-92).

A partir de los relatos y códigos que expusimos aquí, construimos la sexta categoría de la investigación, centrada en los “*significados acerca del adelgazamiento*”; es decir, cómo es visto el adelgazamiento y qué implica adelgazar.



⁹⁹ “ante un aumento de peso, cuidarse más”©.



Figura 13: Adelgazamiento.

4. 1. g) Significados en relación a lo saludable.

Todos los entrevistados coincidieron en que la “obesidad afecta a la salud”¹⁰⁰.

En todas las entrevistas se hizo referencia a que la “obesidad afecta psicológicamente”¹⁰¹:

“Y después psicológicamente... lo que me pasa a mí, por ejemplo, que no... no quiero salir... me encierro...” (Entrevista a Mariana, línea 126), *“... te da un bajón...”* (Entrevista a Rosa, línea 184), *“... nosotros tenemos una enfermedad que nos afecta, eh, aparte de lo físico, lo de la salud y psíquico también...”* (Entrevista a Carina, línea 6), *“Es terrible porque uno no se da cuenta, pero uno se va deprimiendo sola. Y capaz que va manifestando con muchas cosas...”* (Entrevista a Ana, línea 50), *“... psicológicamente te hace mal...”* (Entrevista a Patricia, línea 48), *“... no sé si deprimirte, pero te pone mal...”* (Entrevista a Hugo, línea 80).

Inferimos de estos relatos la necesidad del acompañamiento psicológico en el tratamiento de la obesidad. Estas personas, una vez que la obesidad se convirtió en problema para ellas,

¹⁰⁰ Este código aparece 18 veces.

¹⁰¹ Este código aparece 13 veces.

necesitan ser escuchadas y contenidas. El Dr. Cornejo y la Lic. Barrera también destacaron el factor psicológico en los pacientes con obesidad.

En las entrevistas a Carina y Patricia, se habló acerca de que han fallecido personas debido a la obesidad¹⁰²:

“Mucha gente se ha muerto de la misma obesidad; conocemos gente de 300 kilos, 400, 500, que cuando se dan cuenta se hace todo lo posible para hacer un bypass gástrico, para hacer un cinturón gástrico y no llegan, no llegan, se mueren en la operación...” (Entrevista a Carina, línea 32).

Patricia explicó que: *“cuando muere una persona que está con obesidad, no dicen “se murió de gordo”, “se murió porque le dio un ataque de presión...”*¹⁰³ (Entrevista a Patricia, línea 12).

Rosa afirmó que quiere vivir: *“Y ahora con el corazón lo mismo, que si yo no me hubiera cuidado ya... estaría muerta directamente; como yo quiero vivir y quiero una vida buena, vivir bien, me cuido”* (Entrevista a Rosa, línea 252).

Notamos en estos relatos que hay una conciencia de lo grave que puede resultar la obesidad.

Carina expresó que “somos un gasto”[©], ya que frecuentemente las personas con obesidad presentan otras enfermedades, entonces, si son contratados en un trabajo y acceden a una obra social se convierten en un gasto:

“Aparte el obeso como yo ya te dije eh... tiene otras enfermedades, en algunos casos tienen otras enfermedades entonces si te contratan en un lugar donde corresponde y te pasan en blanco más la obra social y somos un gasto... somos un gasto” (Entrevista a Carina, línea 16).

Lo relatado por Carina nos resulta asociable a las etiquetas incapacitadoras construidas socialmente de las que hablan Coelho de Amorim y Goncalves Cavalcante (1996), ellos se refieren a personas con discapacidades, pero nos parece aplicable ese concepto a ciertas descripciones que se dan en la obesidad, como esta de que “somos un gasto”; son etiquetas negativas que no dejan ver recursos. Estas personas, como expresan los autores mencionados en este párrafo, necesitan desconstruir estas etiquetas incapacitadoras y reconstruir nuevas identidades basadas en su propia experiencia; deben desligarse de las “construcciones incapacitadoras” e indagar lo que son y no son capaces de hacer con sus vidas.

¹⁰² “obesidad mata”[©].

¹⁰³ “murió de...”[©].

Carina también planteó que la “mala alimentación enferma”[©]; es decir que causa enfermedades:

“La mala alimentación hace que vos te enfermés; porque sino si el médico te dice bajá de peso y vos bajás de peso y tus números de análisis no bajan, entonces quiere decir que no es la alimentación; sin embargo, yo en el caso de la diabetes, hay una pre diabetes que se cuida solamente con la alimentación, ya después la diabetes hay gente que es insulino dependiente que o se coloca insulina o toma medicación. Pero la pre diabetes, la que aparece, la que te llama la atención, que vos vas a hacerte un análisis y “¡hay mirá está alto!”, y bueno el médico te dice. Y es todo con alimentación; y vos te cuidás con alimentación y bajan tus cifras de salud...” (Entrevista a Carina, línea 32).

Esta reflexión de Carina es interesante porque representaría que la persona puede hacer algo para mejorar su vida (como lograr una buena alimentación); no es que las cosas simplemente le suceden.

Además, Carina mencionó el tema de la “buena alimentación”[©]; es decir, consumir alimentos que contribuyan al bienestar del organismo:

“porque no es que vos después de que empezás ALCO no comés más esa comida, no, la comés, pero la comés acompañado con algo que te haga bien a tu organismo; por eso se dice la buena alimentación, que vos comas algo que te haga bien a tu cuerpo, que no te tape las arterias, que no te agarre diabetes, que no tengas hipertensión, que todo eso es a través de la comida” (Entrevista a Carina, línea 32).

Carina y Hugo manifestaron poseer una “conciencia de otras enfermedades”[©]; saben que si actualmente no presentan enfermedades asociadas a su obesidad, más adelante las pueden desarrollar (como diabetes o hipertensión, por ejemplo).

Estas otras enfermedades que se pueden desarrollar a partir de la obesidad, son llamadas por Carina “las primas de la obesidad”[©]. Según esta entrevistada, con anterioridad se las consideraba “enfermedades de abuelos”[©], que se veían sólo en personas mayores, pero actualmente se presentan cada vez con mayor frecuencia en jóvenes y niños: *“Todas enfermedades que eran de los abuelos, hoy las padecemos gente joven, niños, bebés que nacen con diabetes, con lo que sea”* (Entrevista a Carina, línea 32).

En las entrevistas a Carina, Ana y Patricia se hizo mención al tema de la “obesidad infantil/en jóvenes”[©]: *“Y a mí me parece que sí, que va en aumento; cada vez es impresionante la gente joven y niños que se ven [con obesidad]”* (Entrevista a Ana, línea28).

Carina se refirió a la modificación de la creencia de que quien está gordito está sano¹⁰⁴: *“porque antes se decía “el gordito, tiene que comer porque si está gordito anda bien, saludable”; y ya no es eso, eso es de las abuelas, y ahora no, no es eso.”* (Entrevista a Carina, línea 32).

Vemos aquí la importancia de tener en cuenta las creencias, los significados; ya que si se quisiera realizar un tratamiento con una persona que piensa (él o también sus personas significativas) que si está gordito está sano, seguramente dicho tratamiento estará destinado al fracaso. Por ello es importante la reflexión de Carina: *“ya no es eso, eso es de las abuelas”*.

Rosa expresó que *“el gordo es una persona enferma”*¹⁰⁵ (Entrevista a Rosa, línea 178).

Rosa y Carina mencionaron la “antigua idea de gordo = sano”[©]: *“mi abuela era que hay que comer para alimentarse y para ser sano; para ella el ser gordo... gente de campo, para ser gordo tenés que ser sano”* (Entrevista a Rosa, línea 116).

En respuesta a la pregunta ¿qué es ser sano?, Rosa contestó: *“ser delgado... porque una persona delgada, son los menos enfermos...”*¹⁰⁶ (Entrevista a Rosa, línea 118).

Rosa también hizo referencia a la “antigua idea de delgado = enfermo”[©]: *“... la persona delgada era enferma”* (Entrevista a Rosa, línea 116).

Entonces, nos parece importante explorar estas creencias, estos significados. Esta creencia de que hay que ser gordito para ser sano, en la sociedad actual pareciera no solo modificarse, sino que ya se plantea el otro extremo, el de la gordura muy mal vista.

Cinco de los seis entrevistados (Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo) explicaron que intentan realizar “cuidados por salud”[©], es decir que tratan de bajar de peso por cuestiones de salud y no tanto por estética:

“yo empecé por salud, estaba en una situación muy difícil, tenía un problema renal a través de la diabetes, fui a mi médico de cabecera y en un estado mal, mal, mal, que ella me dijo “bueno, vos ya sabés lo que tenés que hacer; yo hace meses que te vengo diciendo”” (Entrevista a Ana, línea 26).

También se mencionaron “cuidados por estética no tanto por salud”[©], en las entrevistas a Mariana, Carina y Patricia; cuando se intenta adelgazar por razones estéticas y no por la salud:

“pero te digo estamos en una sociedad en donde te muestran la Barbie, te muestran en televisión, vas a comprarte ropa ya los talles, hoy un talle 46 no es el

¹⁰⁴ “el gordito ya no es sano”[©].

¹⁰⁵ “gordo = enfermo”[©].

¹⁰⁶ “sano = delgado”[©].

mismo que hace 10 años, entonces... La gente, la gente busca estar hecha una Barbie, una Barbie” (Entrevista a Carina, línea 30).

“cuando era más joven, queee... a mí no me dolía nada; la obesidad no me molestaba para nada (...) Entonces que iba para... para que... porque tenía una fiesta o porque quería bajar y ponerme tal cosa; por estética” (Entrevista a Patricia, línea 12).

Podemos inferir de estos datos que mientras la obesidad no afecta de manera patente a la salud, la persona se cuida por cuestiones estéticas; cuando la obesidad es un problema para la salud, la persona intenta cuidarse enfocándose más en lo saludable.

Por otra parte, Carina y Hugo plantearon que la “belleza no es cuestión de cuerpo”[©]; en el sentido de que no depende de la delgadez o la gordura.

En cuanto a la pregunta ¿qué se entiende por estar saludable?: para Mariana es estar bien médicamente y sentirse bien¹⁰⁷; para Rosa y Hugo es encontrarse en un “término medio”[©], ni gordo ni muy delgado ya que ambos extremos no son saludables; para Ana es saludable un cuerpo que posee un peso acorde a la estatura, con un “peso normal”[©]; para Patricia puede haber unos kilos extra, pero “si sobran kilos que sean pocos”[©]. De estas definiciones nos llama la atención que solo Mariana haya hecho referencia a estar bien médicamente y sentirse bien, y que los demás entrevistados intenten definir lo saludable en relación a la delgadez o la gordura y con el peso.

A partir de los relatos y códigos expuestos aquí, construimos la séptima categoría de la investigación, que intenta explorar los “*significados en relación a lo saludable*”; es decir, cuál es la relación entre la obesidad y la salud, y qué se entiende por estar saludable.



¹⁰⁷ “estar saludable = estar y sentirse bien”[©].



Figura 14: Lo saludable.

4. 1. h) Significados en relación a dificultades y beneficios de la obesidad.

Todos los entrevistados coincidieron en que “no tiene nada positivo la obesidad”¹⁰⁸; aunque dos entrevistados mencionaron beneficios:

- Carina expresó que lo positivo es comer sin límites¹⁰⁹, la satisfacción de comer:

“algo bueno es que comés sin límite; pero nunca estás satisfecho. Que podés comer y decís “¡ah!”, siempre, eso de la comida, porque yo no, en el momento que yo no me daba cuenta no le encontraba más que satisfacción comer, nada más.” (Entrevista a carina, línea 40).

Pero esta misma entrevistada plantea un “despertar/darse cuenta”¹⁰⁹ de que ese comer sin límites no genera muchas satisfacciones:

“Podrá haber mucha gente que dice “sí, pero estás sentada y comés y comés”; y sí, pero y después de que terminaste de comer y te re llenaste y subiste de peso: ¿cuál es la satisfacción? No le encuentro, yo la verdad que, después que despertás y te das cuenta no, no, no le encuentro ninguna. Porque uno se hace atracones de comida y dos por tres ¡shiiiú! al médico porque que vómitos, que diarrea, que gastroenterocolitis, no, no, no, no”. (Entrevista a Carina, línea 40).

En el primer relato de Carina podemos identificar el momento de precontemplación del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente de las conductas adictivas, en el cual no hay conciencia de problema y solo se encuentra satisfacción en la conducta. En el segundo relato, nos parece estar en presencia del momento de contemplación o incluso puede ser el de

¹⁰⁸ Este código aparece 9 veces.

¹⁰⁹ “lo positivo: comer sin límites”¹⁰⁹.

preparación, donde la persona toma conciencia del problema y se van destacando los aspectos aversivos de la conducta.

- Hugo mencionó “pelearte y ser más grandote”[©] como la única ventaja, luego sólo desventajas.

Recordamos aquí que cuando Hugo definió a la obesidad, expresó que era “...un índice de masa muscular muy alta, que sobresale los límites de la salud, mucho más de los límites saludables.”. Nos preguntamos si en él existe un cierto orgullo de su cuerpo “robusto”.

En cuanto a las dificultades de la obesidad todos los entrevistados coincidieron en que la “obesidad afecta a la salud”[©].

Carina y Patricia hicieron referencia al hecho de que la “obesidad mata”[©].

Además, Mariana y Hugo hicieron referencia a una merma en el movimiento generada por la obesidad¹¹⁰, (independientemente de si la vida de la persona era más activa con anterioridad): “*el mismo peso me hace peor todavía, entonces hago menos... ahora cada vez menos la actividad física (...) antes caminaba más, ahora para ir a la esquina me tomo un remis*” (Entrevista a Mariana, líneas 22-24).

En las entrevistas a Mariana, Ana y Patricia surgió el tema de que la “obesidad limita”^{©111}, ya que resta movilidad, existen problemas con las sillas, “todo cuesta más”:

“me afecta un montón en la calidad de vida; en el hacer las cosas de la casa, en el agacharme, en el caminar... en el cuerpo, en la salud... porque me duelen más las piernas; me cuesta más todo” (Entrevista a Mariana, línea 72).

“no tenés... libertad de nada porque estás atada a que no te podés mover, a que no podés, hasta, hasta a veces de ir a una fiesta y no saber, eso veníamos hablando hoy, y no saber, qué sé yo, sentarte porque por ahí son unas sillas de mala calidad y pasás vergüenza delante de todos” (Entrevista a Ana, línea 72).

“... hay cosas que no las podés hacer... te limitás un montón de cosas (...) Hace años no voy a la playa (...) si hay sillas de plástico no voy (...) tengo 56 años y estoy viviendo como si tuviera... no sé, yo creo que una mujer de 70 años hace muchas más cosas que yo que soy menor.” (Entrevista a Patricia, línea 12).

Nos preguntamos, entonces, cómo es que pese a tanto sufrimiento la persona muchas veces no puede encaminarse hacia un mejor estilo de vida. ¿Puede deberse esto (en parte) a que el foco esté puesto en bajar de peso y no en mejorar el estilo de vida? Nuevamente mencionamos la necesidad de escuchar y conversar con la persona para entenderla y lograr construir significados que abran posibilidades.

¹¹⁰ “reducción de la actividad física”[©].

¹¹¹ Este código aparece 7 veces.

Mariana y Rosa comentaron que la “obesidad afecta socialmente”[©].

Todos los entrevistados mencionaron que la “obesidad afecta psicológicamente”[©].

En las entrevistas a Mariana, Carina, Ana y Hugo, se manifestó que la persona con obesidad sufre, se siente mal¹¹².

Otro tema que surgió en las entrevistas a Mariana, Rosa y Carina, es el de los “problemas con la ropa”[©]¹¹³, referido a que no se encuentra talle y la ropa que se consigue no agrada su diseño o cómo queda:

“vas a una tienda a comprar y decís “hay me gusta esa remera”, y bueno por ahí no conseguís tu talle y si conseguís tu talle, como ser me pasa a mí, me pruebo la ropa y me miro en el espejo del probador y digo “hay, no por Dios, horrible”, me lo saco, capáz que lo compro y... porque no tengo, me estoy comprando ropa porque no... la ropa mía, que es mía no me entra, estoy renovando todo porque... cada, todos los meses estoy comprando, porque no tengo ropa... Antes yo como ser, tenía un pantalón y lo tenía guardado y decía bueno me lo voy a volver a poner, al pantalón que llevé a la luna de miel, un pantalón elastizado; y hasta hace unos años adelgazaba y me lo ponía... ahora lo regalé” (Entrevista a Mariana, línea 126).

“Vos vas a una tienda, no tenés talle... por empezar... sos discriminada por los fabricantes de ropa... porque te hacen un talle 50, pero un 50 que es un 40... porque los gordos no conseguimos ropa... El gordo no consigue ropa... menos con los talles, porque te dicen “sí, acá tiene un 60” (...) el principal problema es que no conseguís ropa... y sinó tenés que andar con una sábana puesta” (Entrevista a Rosa, línea 50).

“a la hora de ir a comprarte ropa, si te ve entrar una persona te dice “no, para vos directamente no hay”, siendo que está la ley” (Entrevista a Carina, línea 8).

“querés comprarte ropa, y es lo peor que había, era un trauma ir a comprarse ropa” (Entrevista a Carina, línea 40).

“te hace pedazos saber que sos obesa, que querés comprarte algo de moda y no hay para vos” (Entrevista a Carina, línea 42).

Este tema también es mencionado por las informantes clave Sra. Beccaría y Lic. Barrera:

“ya no encontrás ropa para ponerte o no te gusta cómo te queda, entonces decidís directamente no salir y empezás a quedarte (...) empezás a mentir; o sea, no reconocés que, no le vas a decir “mirá, no encontré nada para ponerme”, empezás a poner excusas; pero en realidad lo que pasa es que no te gusta la ropa o no encontrás qué ponerte (...) Eso se ve muy a menudo entre la gente que empieza a subir de peso y bueno, empezás a ponerte el uniforme de gorda que es la calza y la carpa digamos” (entrevista a la Sra. Beccaría, líneas 236-243).

¹¹² “uno se siente mal”[©].

¹¹³ Este código aparece 9 veces.

“todo lo que se usa nada es para ellos, nada es para ellos; de 200 casas para ropa para mujeres, 1 es para obesos; si hay 1 para obesos, sino se tienen que mandar a hacer la ropa especial” (Entrevista a la Lic. Barrera, líneas 163-165).

Nos parece oportuno mencionar aquí que existe la Ley Provincial N°9703 de talles y la Ordenanza Municipal N° 8783 de indumentaria y talles especiales, que establecen como obligatorio a los fabricantes de ropa, radicados en el territorio de la Provincia, la confección de prendas en todos los talles, de manera tal que cubran todas las medidas antropométricas; los comercios que vendan ropas, en el territorio de la Provincia, deberán tener en existencia todos los talles correspondientes a las medidas antropométricas, de las prendas que comercialicen y ofrezcan al público. En la Ordenanza Municipal también se incluye a la exhibición de la mercadería de todos los talles, incluyéndose el calzado. Si recorremos los locales de venta de ropa de la ciudad, veremos que la mayoría no cumple con lo dispuesto en esta Ley y Ordenanza.

A partir de los estos relatos y códigos, elaboramos la octava categoría de la investigación, que se centra en los *“significados en relación a las dificultades y beneficios de la obesidad”*; es decir, cuáles son, en general, los aspectos negativos y positivos de la obesidad.

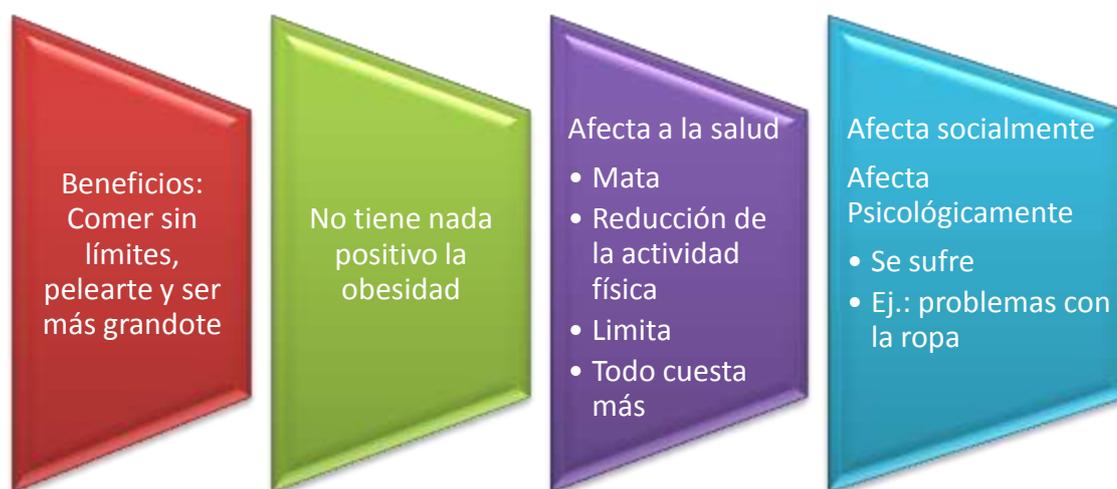


Figura 15: Dificultades y beneficios de la obesidad.

4.1. i) Significados en relación a la prevención e investigación.

Tanto en la Ley Nacional N° 26396 de Trastornos Alimentarios, como en la Ley Provincial N° 9825 de Prevención, control y Tratamiento de la Obesidad; están contempladas la prevención y la investigación, aunque aún no se vean los efectos de tales contemplaciones.

Para Hugo, “no se trabaja en prevención”[©], expresó que no se trabaja para prevenir otras enfermedades, por lo que menos van a prevenir la obesidad:

“se podrían prevenir tantas otras enfermedades que no se previenen, lo que menos van a prevenir es la obesidad (...) No hay prevención... como tampoco lo hay justamente contra el tabaquismo... cuando las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos todo eso recién se da en la secundaria cuando ya están todos súper desarrollados, que ya llegaron tarde; es como todo lo otro (...) para mí en la prevención en eso están fallando...” (Entrevista a Hugo, línea 94).

Notamos en Hugo una manera negativa de ver el tema de la prevención: “*lo que menos van a prevenir es la obesidad*”. Además, nos surge una duda, a partir del relato de Hugo: la prevención ¿es exclusivamente un trabajo de otros?

Hugo también planteó el tema de la “falta de asistencia estatal”[©] a las familias con sobrepeso u otros problemas y expresó que el Estado debería garantizar dicha asistencia:

“yo creo que no se asiste a la familia con sobrepeso... o que tienen problemas, en mi caso no, pero hay personas que capaz que necesitan algún tipo de otra ayuda, que creo que el Estado debería garantizarle y... tengo entendido que no hay” (Entrevista a Hugo, línea 94).

Hugo también expresó que la prevención consiste en educación y que debe realizarse en niños, en las escuelas¹¹⁴:

“Prevención es más que nada educación. Yo creo que educación, tiene que partir de chiquitos, prevenir en la escuela, que es el ámbito donde yo creo que... donde se educan los chicos; los chicos no se educan en la casa, se educan en la escuela... y no hay” (Entrevista a Hugo, línea 94).

Nos llama la atención el hecho de que Hugo opine que se tiene que dar en la escuela y no en la casa, nuevamente preguntamos, la prevención ¿es exclusivamente un trabajo de otros?

Hugo manifestó que: “*Yo creo que la, que la prevención se tiene que dar desde chicos hasta la mediana edad; cuando vos ya sos grande sabés lo que tenés que hacer*” (Entrevista a Hugo, línea 96).

Nótese que se habla de educación en niños. Hugo explicó que la prevención debe darse en niños, ya que “el grande sabe”[©]; es decir que, según lo que expresó el entrevistado, las personas mayores saben lo que tienen que hacer, conocen las consecuencias de la obesidad, se dan cuenta (de lo contrario deben ser “estúpidos” para no darse cuenta) y que ellas mismas deben ayudarse, de lo contrario que enfrenten las consecuencias:

¹¹⁴ “educación en escuela como prevención”[©].

“Y: ajá. Vos decías de con los chicos, en las escuelas; y con el grande, ¿cómo se hace?”

H: ...y con el grande yo creo que si vos sos grande ya sabés lo que hacés y si no te das cuenta vos (...) Porque yo creo que en tu desarrollo vas comprendiendo las consecuencias de las acciones... Yo creo que la, que la prevención se tiene que dar desde chicos hasta la mediana edad; cuando vos ya sos grande sabés lo que tenés que hacer... Y si no lo hacés vos, bueno, jodete, es así. (...) con un chico sí hubiera querido ir a golpearle la puerta de la casa y ayudarlo, pero a una persona grande... ir a golpearle la puerta de la casa cuando él sabe que se está matando a sí mismo, no; no tiene ayuda. No, no, no es que no tiene ayuda... no le encuentro significado; si él mismo no se ayudó... por qué otra persona va a tener que ir a golpearle la puerta para ayudarlo.

Y: así que en el caso del grande... el responsable...

H: es la persona, es uno mismo... Porque vos cuando te fuiste creciendo, fuiste desarrollando, o tenés que ser muy estúpido, muy ignorante y no darte cuenta... Por eso yo directamente, como en el caso de las personas que conozco y tienen sobrepeso, que les importa un carajo y con... entonces jodete, sos vos... Yo no conozco a ninguna persona que no sepa las consecuencias de la obesidad... Personas grandes, porque cuando sos chico no conocés nada, no sabés nada, no te importa nada; pero cuando sos grande yo creo que todas las personas hasta... como te dije, tenés que ser verdaderamente un idiota totalmente, un analfabeto, bueno no analfabeto sino un... para no saber lo que significa lo que causa la enfermedad. (Entrevista a Hugo, líneas 95-98).

Este relato de Hugo nos sorprendió por su dureza, es como si él siendo una persona con obesidad no entiende que el tema es más complejo que conocer las consecuencias de las acciones. Parecería más un relato de alguien que no está pasando por la obesidad y que siente rechazo hacia el obeso.

Rosa y Patricia destacaron el “enseñar a comer sano”[©], sobre todo a los niños:

“ahora que en los quioscos están vendiendo manzanas, y esas cosas me parecen muy bien, que de chicos les inculquen todas las cosas saludables que hay para comer y que no te engorde.” (Entrevista a Patricia, línea 90).

Según Rosa y Ana, si todos tuvieran una buena alimentación, balanceada, desde el hogar, la situación del aumento del sobrepeso y la obesidad en la sociedad mejoraría¹¹⁵:

“si estuviéramos bien alimentados... o todos haríamos una dieta balanceada, no engordaríamos.” (Entrevista a Rosa, línea 66).

“si hubiera desde la casa, desde el principio una buena alimentación, con un desayuno, con un almuerzo, una merienda, una cena, y después entre medio de cada

¹¹⁵ “buena alimentación = cero gordura”[©].

comida ingerir algún alimento, mejoraría [refiriéndose al tema del aumento de la obesidad y el sobrepeso en la sociedad]” (Entrevista a Ana, línea 28).

Por otra parte, según Patricia “hay más actividad física”©: *“Y lo que ha incrementado mucho es la actividad física, mucho” (Entrevista a Patricia, línea 116).*

Patricia también destacó como positivo el que haya “más información”© acerca de la obesidad; ella piensa que hay más ayuda:

“me gusta ahora que hay mucha información, mucha información sobre la obesidad. Se habla mucho de la obesidad, antes no se hablaba, antes era... antes no se hablaba mucho de la obesidad; ahora vos prendés la televisión y están hablando, hay psicólogos hablando, nutricionistas, dándote... este, consejos, pautas, cosas para hacer para la obesidad (...) se difunden muchas cosas, muchas cosas... o sea que ahora, es como que hay mucha ayuda... para la obesidad; hay mucha ayuda... (Entrevista a Patricia, líneas 116-118).

Rosa planteó la “necesidad de divulgación en los medios”© acerca de la problemática de la obesidad:

“se tendría que incentivar más, en televisión que es lo que más ve la gente, el problema de la obesidad; en vez de dar tantas propagandas de comida, mostrar las consecuencias de la comida (...) poner el problema de la obesidad, que se hable más de la obesidad, de todos los problemas que te acarrea la obesidad... O que salgan los nutricionistas, los psicólogos, o médicos; tener más espacio en la televisión y hablar (...) pedirle al gobierno que le den espacio gratuito (...) que se gaste en ayudar a la gente a ser más sana... a tener salud... Con una publicidad de sólo un momento, podés hacer una diferencia muchísimo (...) tener un espacio, hacer una propaganda (...) por ley que el gobierno tenga tanto estipulado para propagandas sobre la, sobre la buena salud... y ahí que salgan los médicos, los nutricionistas, los psicólogos, todos que concienticen a la gente... Podés comer, pero es malo para la salud, como dicen podés fumar pero es malo para la salud, podés jugar pero es malo para la salud; podés comer pero es malo porque te trae esto y te trae esto y mostrar las consecuencias.

Y: eso en cuanto a prevención sería...

R: sí, sí; mostrar, mostrarlo, porque vos podés hablar, decir, todo, pero no es lo mismo que mirarlo en la televisión y hacer una comparación de una persona gorda o una persona delgada (...) no por discriminar al gordo, pero decir que el gordo es una persona enferma; pero es gordo porque come.

Y: entonces los medios tendrían...

R: los medios tendrían mucha importancia, la comunicación... la comunicación” (Entrevista a Rosa, líneas 176-178).

Con respecto a la prevención, nuestros informantes clave propusieron: educación alimentaria; en las escuelas, enseñarles a los chicos a elegir; en el kiosco de la escuela lo que

hay es facturas, tortas fritas, alfajores y gaseosas, chupetines y caramelos, pueden tener esa opción, pero también tienen que tener otra opción; porque el que se lleva la comida es el tonto, es el gordito, el que se lleva la manzana es porque está a dieta y es discriminado. Educar a los chicos que lo que está bien es llevarse la viandita, llevarse la fruta. Prevenir fomentando la actividad física, que la actividad física en las escuelas que no sea la hora libre de los chicos, sino que sea la hora donde se les enseñe a ejercitarse, la hora donde se les enseñe a hacer deporte, el por qué de la actividad física. También los padres o quien sea responsable de la alimentación en casa, tiene que hacerse ese momentito; porque el hábito alimentario se forma en la casa y si en casa compramos todos los días comida de rotisería y los chicos van a aprender que la única comida que existe es la de rotisería. Todo parte de la casa, por más que la escuela pueda ayudar, por más que el entorno pueda fomentarlo, en la casa tenemos que tener los hábitos alimentarios muy bien establecidos y tratar de transmitirlos de la mejor manera a los chicos. (Lic. Barrera).

Al ser declarada la obesidad como una pandemia tiene que tomar cartas en el asunto el gobierno. Para prevenir, educación. Dentro de la ley de obesidad está contemplado un proyecto que es educación en las escuelas. En los kioscos de las escuelas, por obligación, ofrecerles la opción de alimentos saludables; porque el chico tiene vergüenza de comerse una fruta en la escuela (Sra. Beccaría).

La prevención es una cosa fundamental, eso tendría que partir de la primaria o del jardín de infantes; enseñarles a comer, qué es lo adecuado y qué no; pero con la asociación de la familia y si hay un especialista, psicólogo, sociólogo, nutricionista, que pueda colaborar. También la parte privada adherirse a lo que dice la ley. Que el Estado profundice los planes, integral, no solo con médicos sino psicólogos, sociólogos, nutricionistas, cirujanos plásticos, etcétera; poner mayor énfasis no solo en la prevención sino también en cuanto a la parte económica, destinar una buena cantidad de dinero para que esos planes se puedan realizar. Tener un seguimiento cercano para ver si esos planes dan resultado o no. (Dr. Cornejo).

Otra cuestión que planteó Mariana, es la “necesidad de investigaciones sobre la obesidad”[©]: *“tienen que investigar sobre qué, por qué”* (Entrevista a Mariana, línea 128). Ella mencionó dos temas a investigar:

- El por qué orgánico; según Mariana, debe haber una razón orgánica que facilite el aumento de peso y que, por lo tanto, se podría elaborar un medicamento para contrarrestarla y que esto debe ser investigado¹¹⁶:

¹¹⁶ “razón orgánica – solución vía medicamento”[©].

“... debe haber algo orgánico que te ayude a subir de peso y que qué podría ser la solución, como para la diabetes está la insulina, para el funcionamiento del páncreas... viste, una cosa de esas así...” (Entrevista a Mariana, línea 128).

- El por qué del cambio comportamental; Mariana manifestó que se debe “investigar la razón del cambio comportamental”[©] que considera que ocurre con la obesidad:

“que por qué el comportamiento, en vez de, por qué cambia... porque yo cambié... la, mi forma toda entera de vivir, la cambié” (Entrevista a Mariana, línea 130).

Finalmente, Patricia destacó como “positivo que psicólogos traten la obesidad”[©]: “Lo bueno, lo bueno ahora también es que los psicólogos tratan la obesidad” (Entrevista a Patricia, línea 128).

A partir de estos relatos y códigos, construimos la novena categoría de la investigación, que se refiere a los “significados en relación a la prevención e investigación”; es decir, qué se puede observar en materia de prevención con respecto a la obesidad y la consideración de la necesidad de realizar investigaciones.

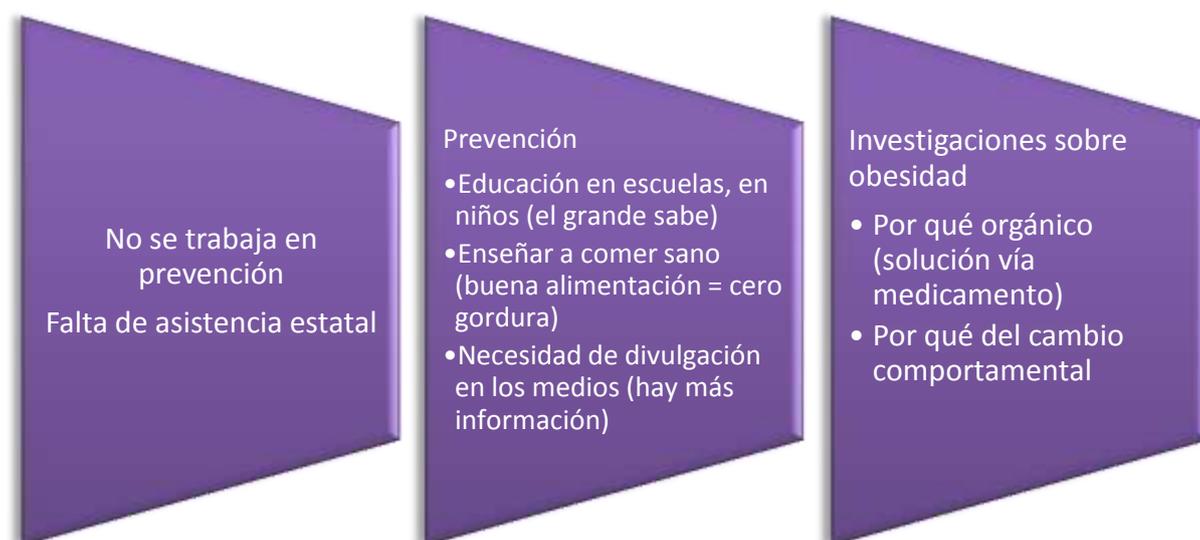


Figura 16: Prevención e investigación.

REFLEXIONES FINALES

Con la presente investigación, nos propusimos focalizarnos en los significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas, con el objetivo de generar científicamente conocimiento sobre el tema.

Partimos de considerar a la obesidad como un problema de salud pública, basándonos en la perspectiva en salud mental en la cual *“el sujeto es sano en tanto aprende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad (hechos, relaciones) transformándose a la vez él mismo...”* (Pichón-Riviere, en Quiroga, 2006).

Nos enmarcamos epistemológicamente desde el construccionismo social, por ello cuando hablamos de significado nos referimos a *“...un sistema socialmente producido con el cual la gente organiza su experiencia, conocimiento y transacciones relativas al mundo social y los interpreta...”* (Wiesenfeld, 1995); Goolishian y Winderman expresan que *“Para Maturana, el significado es construido dialógicamente (Epstein y Loos, 1987). “Dialógico” se refiere a intercambio interactivo de ideas entre dos o más personas de una conversación.”*(Goolishian y Winderman, 1989).

En cuanto al concepto de adulto, lo planteamos como la etapa del desarrollo humano comprendida entre los 25 y los 65 años.

Este estudio es cualitativo, exploratorio y con un diseño de campo; aplicamos el método de la Grounded Theory (GT). Nuestro aporte teórico es la elaboración de categorías y síntesis de significados en cada una de ellas a partir de los relatos de los entrevistados; esto es construir inductivamente teoría desde GT, en donde construir teoría implica interpretar los datos, los cuales deben ser conceptualizados y los conceptos relacionados para formar una rendición teórica de la realidad.

Como instrumento de recolección de datos utilizamos entrevistas semidirigidas, las cuales realizamos a seis personas con diagnóstico médico de obesidad: cinco mujeres y un hombre, con edades entre los 25 a 65 años con el objetivo de focalizar esta investigación en personas adultas. Todos ellos habitan en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Además; efectuamos tres entrevistas a informantes clave: Dr. Carlos Cornejo, Sra. Patricia Beccaría y Lic. Jorgelina Barrera.

Para el análisis de la información empleamos el programa ATLAS.ti, con el fin de construir categorías de la investigación a partir de los datos que surgían de los relatos de los entrevistados.

La pregunta central que nos guió en este estudio es: ¿qué significados le atribuyen a la obesidad personas obesas que viven en la ciudad de Paraná?

Entonces, nos planteamos como objetivo general explorar significados acerca de la obesidad en personas obesas adultas, el cual pudimos alcanzar, hallando que la obesidad es un tema complejo que concentra múltiples significados. Esto se ve reflejado en la cantidad de categorías de la investigación que logramos elaborar, lo que nos lleva al objetivo específico que nos propusimos, el de construir categorías de análisis del problema a partir de esos significados.

En base a los relatos de los entrevistados, construimos nueve categorías de investigación: significados en relación al concepto de obesidad (qué se entiende por obesidad), significados en relación a las causas de la obesidad (todos aquellos significados que explican a qué se debe, por qué sucede, qué lleva a la obesidad), significados en relación a las características de la persona obesa (cómo se puede comprender a la persona que presenta obesidad y qué aspectos se destacan en ella), significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales (significados relacionados a cómo considera que es vista la persona con obesidad y cómo es la relación con los demás), significados en relación al tratamiento de la obesidad (qué se entiende por tratamiento, por métodos para adelgazar, cuáles se han empleado, cuáles se presentan como apropiados y qué se necesita para llevarlos a cabo), significados en relación al adelgazamiento (cómo es visto el adelgazamiento y qué implica adelgazar), significados en relación a lo saludable (cuál es la relación entre la obesidad y la salud, y qué se entiende por estar saludable), significados en relación a las dificultades y beneficios de la obesidad (cuáles son, en general, los aspectos negativos y positivos de la obesidad) y significados en relación a la prevención e investigación (qué se puede observar en materia de prevención con respecto a la obesidad y la consideración de la necesidad de realizar investigaciones).

En cuanto al objetivo específico de elaborar reflexiones entre los significados y las modalidades de cuidado de la salud en estas personas, las expondremos a continuación luego de cada categoría, ya que ellas están relacionadas con formas de cuidar la salud.

A continuación haremos un recorrido por los resultados obtenidos en esta investigación y presentaremos nuestras reflexiones y teorizaciones al respecto.

Resultados hallados en torno a nuestra primera categoría de análisis, *significados en relación al concepto de obesidad*:

- La obesidad es relatada como una enfermedad crónica, en la que existe un desequilibrio físico – mental y que suele tener enfermedades asociadas. Quienes la padecen se consideran personas enfermas de obesidad, que presentan diferentes clases según la distribución corporal del exceso adiposo.
- Hay quien aún está en proceso de entender y reconocer que es una enfermedad.
- En contraposición con la primer mirada, hay personas que anteriormente no consideraban a la obesidad como una enfermedad, sino como:
 - factor de riesgo, en donde las enfermedades en sí serían, por ejemplo, la hipertensión y la diabetes, pero no la obesidad.
 - Presencia de kilos de más.
- en relación con el ítem anterior (kilos de más), podemos incluir:
 - al sobrepeso; es decir pesar más de lo normal. Para los entrevistados existe una diferencia aparentemente de grado entre sobrepeso y obesidad. Y a las personas que no presentan obesidad se las considera “normales”.
 - a la gordura; y quien la padece es llamado gordo.

A partir del análisis de todos los significados asociados a esta categoría, comprendimos que existe un proceso de reconocimiento de la obesidad como enfermedad; es decir que, las personas recorren un proceso en el cual van significando a la obesidad como enfermedad; por ello encontramos la coexistencia de significados en algunos entrevistados (por ejemplo: la obesidad es sobrepeso-hay diferencia entre obesidad y sobrepeso). Así también, la obesidad fue considerada como enfermedad por Patricia, pero ella pareciera estar en vías de comprenderla de esa manera; según ella, siendo una persona obesa, aún no entiende a la obesidad. Nos preguntamos si no entiende a la obesidad o si no se reconoce como persona con obesidad.

Pensamos que la consideración de la persona con obesidad como enferma debe tomarse con precaución para no limitar posibilidades, ya que como lo expresaron Galay, Oks y Zeitune (1996), la enfermedad es un aspecto de la identidad de la persona y por lo tanto es importante que no sea el único.

Nos llama la atención la concepción de los entrevistados que relacionan obesidad con falta de “normalidad”, porque ello señala que desde su perspectiva existe un nexo entre obesidad y anormalidad; tal como expresó Hugo “*y vos estando afuera de la normalidad*”. Dicho nexo también puede ser limitante para la persona, ya que se centra en lo “anormal” y no en los recursos que pudiera tener.

Resultados en torno a nuestra segunda categoría de análisis, *significados en relación a las causas de la obesidad*; los entrevistados propusieron como parte de la causa:

- El factor económico.
- El trabajo, en parte porque se pasa mucho tiempo sin comer, lo que lleva a comer de más luego.
- El ritmo de vida, el sedentarismo y el comer excesivamente cosas que engordan.
- La existencia de un importante consumo de “comida chatarra”, que, además, generaría un vicio que llevaría a querer consumir más de esos alimentos. En asociación con esto, al salir a comer fuera de casa, existen pocos lugares que ofrezcan comida saludable. También pareciera tener un papel relevante el tema de los productos calóricos presentados en los medios, propagandas. Entonces, se llega a la elección de la opción más calórica.
- Las reuniones en las que siempre está presente la comida, generalmente alta en calorías y baja en nutrición. Surgen las influencias, las coacciones del grupo para que la persona coma. A esto se le puede agregar la cuestión de la ingesta de alcohol.
- El buen comer entendido como comer mucho, sobre todo alimentos calóricos; por lo que las porciones son grandes.
- La mala alimentación, que se iría formando en el hogar, hasta llegar a un acostumbramiento a comer mal.
- La importancia de la familia en la alimentación y en la obesidad, de su modelo de alimentación; por ejemplo, la existencia de familias de buen comer (recordemos, buen comer: comer mucho, sobre todo alimentos calóricos).
- La existencia de antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad y de familias obesas. Aquí se incluye el factor hereditario.
- En relación con el ítem anterior, el tener tendencia y facilidad para aumentar de peso. Esto puede deberse también a efectos secundarios de tratamientos médicos y a problemas orgánicos (como el hipotiroidismo).
- La haraganería y comodidad que llevaría a no realizar actividad física y a comer mal.
- Las discusiones en la mesa, por las que se come mal, entonces cuando la persona está sola come tranquila; planteándose que la tranquilidad engorda.
- La existencia de un componente psicológico.

- La presencia de una compensación; es decir, se come de más porque en su vida la persona ha sufrido muchas carencias, como por ejemplo la falta de alimentos en la infancia.
- La existencia de un dolor, de un problema a raíz del cual la persona comienza a comer más, a centrarse en la comida. Lo mismo sucede ante situaciones que generan ansiedad, la persona siente ansiedad y come; alegando que comer es lo más fácil, accesible y práctico.

A partir del análisis de todos los significados asociados a esta categoría, reflexionamos acerca de la existencia de creencias o mitos¹¹⁷; en el sentido de creencias moldeadas por la cultura, por la historia familiar e individual, también mitos específicos multigeneracionales.

La existencia de un mito o creencia puede encontrarse en la influencia de lo económico en la obesidad o en la delgadez; ya que, si bien en las zonas carenciadas hay delgadez también hay obesidad producto de la mala alimentación o de la ingesta de alimentos ricos en calorías y bajos en nutrición.

En cuanto al trabajo como causa, podemos inferir la existencia del mito de que hay una fuerza externa, en este caso el trabajo, que hace que la persona no pueda cuidarse. Probablemente faltaría aquí una visión más enfocada en posibilidades en vez de lo que no se puede hacer.

También el enfoque del “comer” como parte de la causa, nos parece que podría resultar en un obstáculo si se quisiera bajar de peso o mejorar el estilo de vida, ya que no es posible no comer.

Diferente es lo que dijo Mariana, el comer excesivamente cosas que engordan como causa, ya que aquí si se quisiera bajar de peso o mejorar el estilo de vida, la persona no debe no comer, sino elegir qué se va a ingerir, cómo y cuánto.

Destacamos que ciertos tipos de alimentos son adictivos: aquellos ricos en grasas, en azúcar o en sal.

Otro mito o creencia que surgió, es el de que en toda reunión debe estar presente la comida, por lo general alta en calorías y baja en nutrición, y de que en estas ocasiones se debe ingerir mucho más de lo que se consume habitualmente.

¹¹⁷ Ver en Marco Teórico el tema de las creencias; en Elka Harkaway y Madsen (1989), en su enfoque sistémico acerca del “no-cumplimiento médico” en el caso de la obesidad crónica.

Además, nos resultó interesante que algunos entrevistados hayan mencionado el tema de la ingesta de alcohol, ya que cuando se habla de obesidad el foco suele estar puesto en la comida y no se tiene en cuenta este factor, el del consumo de alcohol; el cual, además, también puede ser adictivo y potenciar los daños a la salud.

Otro mito o creencia (en relación con la influencia de los medios y publicidades), es que si lo pasan por televisión hay que consumirlo; ante lo cual nos preguntamos ¿dónde queda la libre elección de la persona?

Podemos inferir también la existencia de creencias o mitos dentro del sistema familiar: está bien visto comer, pertenencia al grupo vía alimentación, es decir, *significados idiosincráticos y especiales* dentro del sistema familiar, como lo plantearon Elka Harkaway y Madsen (1989), en los cuales para muchas familias con integrantes obesos, el sobrepeso indica calidad de miembro y de lealtad hacia la familia (como expresó Hugo: “*si no comés es como faltarles el respeto*”).

Por otra parte, encontramos una diferencia entre el relato de los entrevistados y el de los informantes clave; ya que los primeros hablan de lo genético como algo más determinista o predeterminación; y los segundos, lo toman más como una tendencia o predisposición. Esto nos resulta relevante destacar: predisposición genética no significa predeterminación; que una persona posea una predisposición genética para la obesidad, no quiere decir que automáticamente será obeso. Esto sería interesante para plantear en trabajos de prevención.

Con respecto al tema de estudiar la vida que ha llevado la persona obesa (propuesto por Rosa), nos parece algo importante para reflexionar, ya que iniciar un tratamiento para la obesidad sin tener en cuenta todas estas situaciones de la historia de la persona, podría dificultarlo; sobre todo en el caso de que el paciente posea una historia de carencias, puede tener la creencia de que alimentarse así es algo que tiene que aprovechar ahora que puede, porque lo merece, como compensación frente a todas las carencias que tuvo que soportar.

Destacamos la cantidad de veces que aparecen los siguientes códigos en este estudio: “dolor/problema como causa”©, 7 veces; “ansiedad como causa”©, 5 veces; “lo descargás en la comida”©, 6 veces. Ello señala la importancia de estos factores en la génesis y mantenimiento de la obesidad para los entrevistados.

De estos relatos y significados inferimos que el problema del origen de la obesidad es más complejo que comer mucho y moverse poco; se deben respetar las creencias del paciente en cuanto a la etiología; si éste reconoce la existencia de un dolor o problema y considera que

necesita la ayuda de un experto, entonces podemos intervenir, como lo explicaron Crispo, Figueroa y Guelar (1994)¹¹⁸ en su definición de “problema”.

Resultados hallados en torno a nuestra tercera categoría de análisis, *significados en relación a las características de la persona con obesidad*:

- Una de las características relatadas por algunos entrevistados consiste en pensar que la persona con obesidad debería dejar de comer; en relación con esto hallamos: una cierta noción de los kilos de más, también arrepentimiento luego de comer. Pero (pese a ese arrepentimiento), pareciera estar presente con frecuencia la tentación por comer. Se planteó el tema de la comida en toda situación, como por ejemplo, el festejar comiendo. Esto es tan así que, como comentó una entrevistada refiriéndose a una persona que habían operado del estómago, “me operaron del estómago, no de la cabeza y ésta sigue pidiendo comida”. Esto nos lleva a pensar en la presencia de relatos en los cuales el tema de la comida es dominante por sobre otros temas.
- Los entrevistados también expresaron que una debilidad de la persona con obesidad es la falta de limitación; en relación con esto mencionan un cambio de actitud: límites vs. sin límites, referido a que con anterioridad la persona se ponía límites en su alimentación y que al aumentar de peso enseguida comenzaba a realizar actividad física; actualmente eso no sucede.
- Otra de las características mencionada por los entrevistados es la no toma de conciencia de la situación en la que se está, de los alimentos que convendría consumir, de cómo puede afectar la obesidad a la salud, de los riesgos que se corren. En correlación con esto los entrevistados manifestaron que: hay cosas que la persona sabe que hacen mal, pero las sigue haciendo; la persona no se pesa, contribuyendo a la no toma de conciencia; el no verse gordo; el no querer asumir la obesidad.
- Según los entrevistados, se puede presentar irritabilidad y mal humor, en particular cuando se está realizando una dieta, y que la persona con obesidad puede parecer antipática; aunque aclaran que no es algo que ocurra en todos los casos.
- Entrevistados hablaron acerca de la existencia de un disfraz que utilizan para poder salir adelante, para poder continuar: el de mostrarse siempre bien, alegre, feliz (hasta en el sentido de obligación que se debe cumplir), aún cuando se sienta todo lo

¹¹⁸ Ver en Marco teórico Crispo, Figueroa y Guelar (1994), con su trabajo “Trastornos del comer”.

contrario. Esto nos hace pensar en una reflexión y un sentimiento que no son demostrados al mundo.

- Ana expresó que quienes presentan obesidad son mentirosos, en el sentido de mentir acerca de la comida, se dice que no se come cuando se come.
- En los relatos de los entrevistados, aparecieron referencias a sentirse deprimidos en ciertas oportunidades: llorar mucho, comportarse como personas “cómodas” que prefieren “lo fácil” (entendido esto como: no tratar de hacer algo, encerrarse en su casa, seguir haciendo la misma vida “hasta donde den”), indiferencia ante las cosas (inclusive entre estar gordo o flaco), todo da igual, anteponer la comida por sobre sí mismo, restarse valor, autodiscriminación, aislamiento y encierro, sentir vergüenza por su cuerpo, poseer una imagen negativa sobre sí mismo; por ello, no se utilizan los espejos y se aducen complejos en relación al cuerpo. Ana, empleó la palabra tristeza para definir a la persona que presenta obesidad. Esto nos llamó la atención, ya que la pregunta que le hicimos fue ¿cómo se las podría llamar a las personas que están pasando por la obesidad? Entonces, pareciera que ella identificó a la persona obesa con la tristeza.
- Rosa, Ana y Hugo expresaron haber asumido su obesidad, haberse aceptado y que por ello no presentan complejos ni conflictos con el uso del espejo y de la balanza. Además, manifiestan tener una vida activa en cuanto a salidas sociales y actividad física.

A partir de todos los significados asociados a esta categoría reflexionamos que en la formulación misma de la queja del paciente muchas veces reside la imposibilidad de su resolución, tal como lo expresan Crispo, Figueroa y Guelar (1994); como manifestó Mariana “*tendría que dejar de comer*”. Esta expresión nos parece que representaría una imposibilidad, ya que no es posible dejar de comer. Consideramos también que se presenta la aplicación del mismo modelo o de los mismos hábitos de siempre; cuando los entrevistados expresan el premiarse con comida cuando se desciende de peso, es la misma aplicación del mismo modelo “comida en toda situación”.

En esta categoría también pudimos confirmar la existencia de aspectos que se acercan a las conductas adictivas. Encontramos similitudes entre los relatos de los entrevistados y los momentos del cambio de la conducta adictiva planteados por Prochaska y DiClemente, en su

modelo transteórico de cambio¹¹⁹. Rosa, Carina, Ana, Patricia y Hugo, es decir, en cinco de seis entrevistados, hablaron acerca de “no tomar conciencia” de la situación en la que se está, de los alimentos que convendría consumir, de cómo puede afectar la obesidad a la salud, de los riesgos que se corren. Aquí nos preguntamos en algunos casos, ¿verdaderamente no se tiene conciencia? Inferimos que estas son claras demostraciones del momento de precontemplación del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente; ya que no existe conciencia alguna de problema y sólo se ve lo gratificante de la conducta adictiva.

También encontramos relatos relacionados con el momento de contemplación y el de preparación del modelo transteórico: en el primero existe una toma de conciencia progresiva de que hay un problema, se comienza a considerar la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, y los aspectos gratificantes que se obtienen de ella se comienzan a equilibrar con los aversivos; en el segundo, se toma la decisión de abandonar la conducta adictiva y se realizan pequeños cambios (como Rosa, que hacía dieta en su casa, pero asistía a reuniones y comía).

Pensamos que el uso de la balanza y el espejo están en relación con la aceptación o no aceptación de la obesidad; o, según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, dependiendo del momento de cambio de la conducta adictiva en el que se esté (precontemplación, contemplación, etcétera).

Cuando Patricia hizo referencia a una persona que fue operada del estómago y que por ello se saciaba pronto, pero como no le operaron la cabeza, ésta le seguía pidiendo comida; de ese relato reflexionamos que ella misma tiene la concepción acerca de que la obesidad no es una cuestión solamente orgánica; pensamos acerca de la adicción a la comida.

Además, a partir del análisis de las entrevistas, consideramos que los entrevistados alternan sus relatos entre: “relatos de reflexión” y “relatos acerca de la acción indebida”, así vamos a llamarle a estos dos momentos que ellos describen: cuando estas personas están ante la comida, es un momento de acción, de impulsividad; cuando no están frente a la comida, es un momento de reflexión, en el que suele aparecer el arrepentimiento. Se genera así un circuito entre la reflexión y la acción, como un círculo vicioso en el que nada cambia. Vemos cómo Patricia, cuando comenta que se levanta a comer de noche, parece asombrarse de lo que relata; en su discurso se alternan y coexisten estos “relatos de reflexión” (surgidos en la entrevista) y “relatos acerca de la acción indebida” (que ocurre durante la noche al levantarse y comer). Según Mariana una debilidad de la persona con obesidad es la falta de limitación, lo que nos lleva a pensar también en un relato de acción indebida.

¹¹⁹ Ver en Marco Teórico, Tejero y Trujols (n.d.), al exponer el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente.

Planteamos que en el tratamiento de estas personas, hay que introducir reflexión para lograr aprendizajes que lleven a que el circuito no se repita siempre de la misma manera. También consideramos que los relatos de acción indebida, son puntos clave en los que se puede intervenir mediante intervenciones terapéuticas focales.

Resultados en torno a la cuarta categoría de análisis, *significados en relación a la mirada de los demás y relaciones interpersonales*:

- La obesidad afecta socialmente.
- Cuando la persona baja de peso comienza a notar cambios en el trato con los demás.
- Según algunos entrevistados, la persona comienza a aislarse y a no salir de su casa. En asociación con esto, se halla el pensamiento de que los demás deben comentar acerca de su peso e imagen.
- Otros entrevistados, relatan tener una vida activa socialmente, ya que salen, no se han quedado solos, poseen amistades, concurren a fiestas, viajan, etcétera. Esto, según ellos, puede deberse a tener asumida su obesidad.
- Para algunos entrevistados, las sugerencias de las personas significativas en cuanto a que se cuide, a que baje de peso, son bien tomadas. Otros mencionaron que los consejos en relación a que se cuide son tomados como ofensas; entonces, si estas personas cercanas insisten en advertir sobre su obesidad, es contraproducente, cuanto más se lo reiteran peor es. Acá podemos reflexionar acerca de la existencia de un circuito vicioso entre los intentos de ayuda y los resultados obtenidos, mientras más tratan de concientizar unos, más se resisten a reconocer la obesidad como un problema los otros.
- Esto puede relacionarse con problemas en la pareja y en la familia; es decir que, la relación de pareja y la vida familiar pueden verse afectadas. También los entrevistados relataron que cuando la persona con obesidad comienza a realizar cambios en su vida como parte de un tratamiento, pueden surgir cuestionamientos en la familia.
- Según los entrevistados en la sociedad las personas con obesidad son discriminadas (para obtener trabajo, asientos de colectivos, para conseguir ropa, en las escuelas, para ir a bailar, en la mirada y trato de los demás, en comentarios hirientes, “¡gordo!” dicho con desprecio, “el gordo no sirve”). En relación con esto Hugo reconoce que también discrimina, entonces podemos pensar en la fuerza de los relatos sociales y en cómo a

través de la sociabilización son internalizados como voces propias que aun quien sufre la situación se dice a sí mismo y a los demás.

- Los entrevistados expresaron que los demás observan a las personas con obesidad como si fueran “bichos feos”: los miran distinto, como si fueran raros, con impresión, hasta con asco, se ríen de ellos, suele haber “cargadas” y comentarios hirientes, los cuales la persona con obesidad intenta ignorar y no darles importancia. En relación con esto, incluyen la visión simplista de los demás acerca de la obesidad en la cual se engorda porque se come.

A partir de los significados asociados a esta categoría reflexionamos que desde lo emocional, reconocer el problema de salud (que la persona obesa tenga asumida su obesidad) ayuda a la integración social y facilita además que una de las formas de afrontamiento consista en realizar un tratamiento para bajar de peso, lo cual promueve un estilo de vida más saludable. Aquel que reconoce puede llevar adelante acciones para el cuidado de su salud.

Estos significados nos parecen relacionados con lo que Penn (2001)¹²⁰ plantea en cuanto a la enfermedad como trauma relacional, ya que no solo afecta al enfermo sino a toda su red, a todas las personas significativas; por ello los consejos de los demás en cuanto a que se cuiden, denotan preocupación por la persona obesa; si ésta se ofende o se enoja, se generan más conflictos y angustia en todo el sistema familiar.

Según Penn (2001) los seres queridos tienden a organizar su discurso de modo que parezcan protectores, la conversación se limita, muchas veces, a la indagatoria acerca del estado del enfermo; en el caso de la obesidad, agregamos, también queda limitada la conversación a las luchas para que se cuide la persona obesa; quedando excluidas otras conversaciones, por ejemplo las que podrían construir significados diferentes. Pensamos que en estas situaciones se genera la imposibilidad de hablar sobre el problema de salud y lo que a cada uno le provoca (no solo a la persona con obesidad, sino también a su familia). Destacamos lo importante que sería en un tratamiento de la obesidad, trabajar con la familia, intentar incluirlos, para que emerjan los relatos de cada uno y posibilitar el surgimiento de otras descripciones, posibilitadoras en vez de limitantes.

Planteamos entonces que no hay que ver a la obesidad como algo individual. Coincidimos con Oks (2001)¹²¹ cuando expresa que es imprescindible un trabajo sostenido y colaborativo entre paciente, familia, amigos y profesionales a cargo; consideramos que si no

¹²⁰ Ver en Marco Teórico “trauma relacional” de Penn (2001).

¹²¹ Ver en Marco Teórico Oks (2001).

es posible realizar dicho trabajo, al menos se debe pensar con el paciente con obesidad estas cuestiones de relaciones interpersonales, cómo lo influyen y cómo él con su problema de salud afecta a los demás.

Otro tema importante es el de la discriminación. Volvemos a mencionar, entonces, que la obesidad no es un problema individual, que le pasa a una persona; incluye a la familia o personas significativas, pero también a la sociedad; ya que, si no afectara a los demás, no habría rechazo y discriminación. Podríamos decir que la obesidad es un trauma para todos, probablemente porque se desconoce el tema y, en cuanto misterio, provoca cierto temor.

En cuanto a la forma en que los demás observan a las personas con obesidad, Carina explicó que los miran como si fueran “bichos feos”; esta forma diferente de mirar también fue descrita por otros entrevistados. Consideramos oportuno traer aquí lo expuesto por Penn (2001), en cuanto al dilema social de la enfermedad, en el que no importa cuál sea el grado de vergüenza que sienta un individuo, cuando está enfermo la sociedad le hace tener mayor vergüenza aún. Para esta autora, frecuentemente se halla la premisa de que la enfermedad evidencia que tenemos alguna falla, cuestión que consideramos que se da en este ver a las personas con obesidad como si fueran “bichos feos”.

Pensamos que socialmente se ha construido una imagen de la persona con obesidad muy limitante y que da derecho a insultarlo. Habría que generar espacios para ir construyendo una nueva imagen respetuosa, comprensiva y posibilitadora.

Resultados en torno a la quinta categoría de análisis, *significados relacionados al tratamiento de la obesidad*:

Los entrevistados han realizado varias tentativas para bajar de peso recurriendo a diferentes métodos, o al menos han pensado en realizar diferentes tratamientos. En relación con esto encontramos:

- Métodos de efectividad poco comprobada para combatir el sobrepeso y la obesidad (semillas, zapatillas, aparatos, dieta de la luna, iriólogos, etc.). Los entrevistados afirmaron que no creen que estos puedan ayudarlos, saben que no son una solución mágica.
- Miedo a las pastillas para adelgazar.
- Intentos individuales, tentativas de los entrevistados para bajar de peso “por su cuenta”, sin ayuda externa. Aquí mencionan el ayuno y la actividad física.

- Cirugía y lipoaspiración como intento de solución; una entrevistada alguna vez planeó realizarse una cirugía estética y lipoaspiración, pero luego no continuó con dicho plan.
- Intentos fallidos de solución al problema; los intentos de lucha que las personas realizan contra la obesidad, suelen fallar. Esto puede derivar en desconfianza, en una actitud desafiante cuando se inicia algún tratamiento.
- Bypass gástrico: un entrevistado tiene pensado realizarse un bypass, ya que opina que luego de la cirugía le va a resultar más fácil bajar de peso y sostener ese descenso. Otras entrevistadas planearon realizarse un bypass gástrico, desistiendo luego. En relación con este tema, se expresó que para combatir la obesidad debe ser todo natural; es decir, dieta, ejercicio, un cambio en el estilo de vida.
- Las entrevistadas que concurren a ALCO, propusieron al grupo como tratamiento adecuado. Esto guarda relación con la necesidad de acompañamiento, relatada también por los demás entrevistados; en especial, se destacó la importancia del acompañamiento familiar, de su contención.
- Según los entrevistados, cuando se les indica que deben bajar de peso, si dicha indicación es realizada por un profesional es aceptada siempre que sea hecha de “buena manera”. Destacaron el tema de la incomprensión profesional referida a cuando la persona se siente incomprensida por los profesionales que la tratan, lo cual, expresaron, genera efecto rebote.
- Nutricionista como tratamiento adecuado, que guíe un plan de alimentación.
- Tratamiento interdisciplinario: plan alimentario, gimnasia, ayuda psicológica.
- La necesidad de un acompañamiento psicológico en el tratamiento de la obesidad. En asociación con esto entrevistados mencionaron: la importancia de estudiar la historia personal de quien tiene obesidad, cómo fue su vida; y la necesidad de un cambio de marco de referencia o cosmovisión, una modificación en la manera de ver las cosas y en las reacciones que se desencadenan.

Cinco de los seis entrevistados plantearon la existencia de un proceso de reconocimiento de su obesidad y de los problemas que ésta produce, Carina y Ana lo llamaron “click”. Prochaska y Diclemente denominan a estos momentos de contemplación y de preparación, cuando la persona toma conciencia de que hay un problema y comienza la decisión de modificar su conducta. De este proceso de reconocimiento se desprende:

- Que puede facilitarse el “cambio en el estilo de vida”.

- Que puede generarse, como lo relataron los entrevistados, a partir de pasar por una situación límite, como lo es el riesgo de morir o el haber perdido un hijo. Reflexionamos que esta es una instancia en la cual ellos reconocen que reconocen, identificando un suceso; si bien podemos pensar que es un proceso y que antes de ese suceso que identifican, ocurrieron otras cosas que posibilitaron ese momento de reconocimiento.
- Que los entrevistados intenten no pasar nuevamente por trastornos que sufrieron debido a su obesidad.
- Que los entrevistados recomienden el uso del espejo y de las fotos, mirarse y decir “así nunca más”.
- Que los entrevistados opinen que a pesar de que pueden presentarse problemas, se debe decir “acá estoy yo” y cuidarse “a pesar de”. Consideramos que esto podría generarse a partir de conversaciones que abran posibilidades.

A partir del análisis de todos los significados asociados a esta categoría, nos parece que un tema a tener en cuenta en el tratamiento de la obesidad, es si la persona cree en fórmulas mágicas, ya que probable esto lleve al fracaso del mismo, porque si ya mejorará mágicamente no tiene sentido ningún otro intento de solución. Inferimos de algunos relatos que se busca una solución rápida, aunque tenga que pasar por algo riesgoso y estresante como lo es una cirugía. La creencia en fórmulas mágicas es propia de periodos de precontemplación, cuando la persona aun no reconoce el problema.

El relato de los entrevistados acerca del tratamiento, nos recuerda las conceptualizaciones que sobre el tema hacen Elka Harkaway y Madsen (1989); ellos plantean que las creencias acerca de la efectividad del tratamiento están influenciadas por experiencias previas del paciente, sus otros significativos y el profesional; y que muchos fracasos en la historia de tratamientos, disminuyen la confianza en la eficacia del tratamiento. Por ello, nos parece importante que se consideren las experiencias previas y las creencias o significados que la persona ha desarrollado a partir de ellas. Consideramos que la actitud de desconfianza, de rechazo, a los tratamientos, puede deberse a experiencias previas de fracasos en los tratamientos.

Otra creencia que puede dificultar el tratamiento es la de que hay que hacer dieta de por vida, ya que no es sostenible en el tiempo; no resultaría saludable ser, como expresó la Lic. Barrera, un dietante crónico.

Carina y Ana hicieron referencia a que el tratamiento de la obesidad es de por vida, incluso si la persona llegó a su peso saludable; podemos inferir de estos relatos que el considerar a la obesidad como algo de por vida, puede llevar a una dependencia al tratamiento que se esté realizando; generando temor a abandonarlo porque esto significaría un riesgo de aumentar de peso o no seguir con lo que se estaba haciendo.

Según Ana, para combatir la obesidad debe ser “todo natural”; es decir, dieta, ejercicio, un “cambio en el estilo de vida”. Nos parece importante recalcar esta idea de todo natural y lograr un cambio en el estilo de vida, ya que ese podría ser un buen objetivo a lograr en un tratamiento para la obesidad, en vez de la constante lucha con la balanza.

Un tema surgido en el relato de los entrevistados, es el de la “incomprensión profesional”, cuando la persona se siente incomprendida y los profesionales son “duros” en el trato con su paciente obeso. Nos parece fundamental que los profesionales que traten a las personas con obesidad (con profesionales nos referimos a todos: médicos, nutricionistas, psicólogos, etcétera; cada uno desde su profesión) escuchen a los pacientes, que conversen con ellos, que se sientan comprendidos; como lo expresó Penn “*A menudo he sentido que nuestra escucha sensible era en sí misma terapéutica.*” (Penn, 2001, p. 45). El profesional debe tener una actitud ética de buen trato a sus pacientes.

Proponemos que el tratamiento de la obesidad debe ser interdisciplinario.

Resultados hallados en torno a nuestra sexta categoría de análisis, *significados relacionados al adelgazamiento*:

Los entrevistados expresaron que si la persona realmente no quiere bajar de peso, probablemente no lo va a lograr. Entonces, si se quiere se puede adelgazar. Los entrevistados mencionaron dos cuestiones: que lo que cuesta es mantenerse; es decir que la persona adelgaza pero le cuesta mantener ese descenso de peso; y el camino hacia una vida más saludable depende de la misma persona, es su elección.

En relación con lo que cuesta es mantenerse, los entrevistados relataron la existencia de periodos de crisis que conceptualizaron como recaídas, en los que luego de haber adelgazado se deja de lado lo que se estaba haciendo y se aumenta de peso. Estas recaídas pueden comprenderse si se tiene en cuenta:

- La idea de los entrevistados, en especial de Hugo, de que para bajar de peso la persona tiene que “matarse con actividad física-dieta estricta”, lo que a largo plazo no lo puede sostener.

- El descenso y abandono; esto se refiere a que una vez logrado un descenso de peso, se abandona lo que se estaba haciendo para lograrlo cayendo en un nuevo aumento de peso. El “descenso y abandono” plantea un objetivo a marcar y alcanzar, el de lograr continuidad en el tratamiento; tarea que debe contemplar el hecho de que el aprendizaje de hábitos saludables lleva tiempo; además se deben tener en cuenta los estados de ánimo como influyentes en la no continuidad del proceso de adelgazamiento o de mantenimiento del descenso logrado.
- La opinión de los entrevistados de que una vez que una conducta (como por ejemplo, comer de noche) se convierte en hábito, cuesta modificarla. Asociado a esto relatan que se debe generar un “cambio de actitud: sin límites vs. límites”, en donde se manifiesta que con anterioridad la persona no se ponía límites y que actualmente sí lo hace (porciones más pequeñas, elección de alimentos más saludables) para lograr el adelgazamiento.

En correlación con el ítem anterior, los entrevistados plantearon que bajar de peso es una tarea difícil y que cuesta emprenderla; destacándose en sus relatos:

- Pretextos, que son todos aquellos motivos que se alegan como excusas para no seguir cuidándose o para no comenzar a bajar de peso. Entonces surge la postergación por la que la puesta en acción para adelgazar se ve pospuesta, no se comienza de inmediato, se deja para después (mañana, el lunes).
- La afirmación de que “cuesta arrancar”, es decir ponerse en marcha con el objetivo de adelgazar.
- La existencia de un círculo vicioso, en el que encontramos dos factores: uno, la persona al ver que aumenta de peso piensa que le va a costar más adelgazar y come más, lo que lleva a un nuevo aumento de peso; dos, todas aquellas situaciones en las que la persona se siente mal por su obesidad (por ejemplo, no encontrar talle, no haber bajado lo que esperaba) que derivan en comer, cayendo en un aumento de peso.
- Encontramos en los entrevistados la opinión de que quien toma la decisión de mejorar su estilo de vida es una “persona consciente de su enfermedad”, que quiere hacer algo para cambiar su vida y no elige el camino “fácil” sino que “lucha”.
- Los entrevistados mencionaron el valor de la fuerza de voluntad para mejorar; también de la fe, la confianza en Dios. No obstante, expresaron la necesidad de un incentivo, un acontecimiento para ponerse como meta adelgazar para ese evento; la necesidad de

tener un motivo. Aquí, cuando la persona adelgaza, los elogios que las demás personas le propinan (ya sean profesionales o no), sirven de incentivo para seguir cuidándose.

- La importancia de la autoestima en la salud y en el desear verse mejor.
- La observación de que existe una mejor calidad de vida en la delgadez por lo que adelgazar es beneficioso, particularmente para la salud.
- Entrevistados mencionaron que bajar de peso es “otra vida”; tanto es así que, al bajar mucho de peso, la persona puede no reconocerse o verse desfigurada. También expresaron que pueden quedar “colgajos”, excesos de piel. Aquí podemos ubicar otras maneras en que la persona nota que adelgazó, además del espejo, como por ejemplo anillos, anteojos, ropa; son otros espejos.

Reflexionando acerca de los significados asociados a esta categoría recordamos lo expresado por Crispo, Figueroa y Guelar (1994) cuando dicen que para que una determinada situación se constituya en problema, alguien la debe definir como indeseable y quien define lo que es deseable o indeseable es el consultante, no el consultor. Entonces, pensamos que si la persona no quiere bajar de peso, probablemente es porque eso no representa un problema para ella. Los mismos autores plantean que estar bien es una opción que nadie puede hacer por el paciente, es una libre decisión de él. Consideramos que el profesional debe ser respetuoso con el paciente, no forzarlo a realizar un tratamiento porque de esa manera dicho tratamiento estará destinado al fracaso. Sería conveniente generar conversaciones que posibiliten la toma de decisión del paciente, pero la elección es suya

Cinco de seis entrevistados, Mariana, Rosa, Ana, Patricia y Hugo, mencionaron que una vez alcanzado un descenso de peso, se abandona lo que se estaba haciendo para lograrlo cayendo en un nuevo aumento de peso, por ello no hay continuidad. Este tema también fue destacado por nuestros informantes clave: muchos se adhieren una temporada y después abandonan; logran resultados y después abandonan; vienen un tiempo, dejan, vuelven, dejan.

A partir de estas reflexiones se abren nuevas preguntas que pueden dar lugar a futuras investigaciones, entre ellas, ¿cuáles son los obstáculos que mencionan quienes quieren adelgazar?, ¿qué dificultades describen para sostener ese descenso de peso?

Podemos pensar que los métodos que se utilizan para adelgazar pueden ser muy extremos y por ello no son sostenibles; también puede ser que como el objetivo está puesto en adelgazar, no se está introduciendo variaciones a la definición de problema, todo ronda la cuestión de si hay más kilos o menos kilos. Habría que introducir una nueva formulación o

definición, más focalizada en lograr cambios saludables, y que la cuestión de los kilos pase a segundo plano.

En base a las reflexiones que surgieron en este trabajo, nos preguntamos ¿qué pasaría si el objetivo del tratamiento no estuviera puesto en bajar de peso sino en mejorar el estilo de vida?

Mencionamos nuevamente la importancia del abordaje de la vida emocional, los factores psicológicos, en casos de obesidad, la necesidad de escuchar a la persona y generar posibilidades en la conversación.

Resultados obtenidos en torno a la séptima categoría de análisis, *significados relacionados a lo saludable*:

Según los entrevistados, la obesidad afecta a la salud, ya que:

- Afecta psicológicamente.
- Personas han fallecido debido a ella. Aunque a veces, aclaran los entrevistados, cuando una persona obesa muere puede no plantearse que falleció por su obesidad, sino, por ejemplo, debido a la hipertensión.
- La mala alimentación causa enfermedades. Por lo que es necesario adquirir una buena alimentación, que contribuya al bienestar de la persona.
- Pueden presentarse enfermedades asociadas a la obesidad (como diabetes o hipertensión, por ejemplo).

Los entrevistados expresaron la opinión de que quien está “gordo” no es visto como una persona sana, haciendo referencia a que anteriormente esto sí sucedía.

Los entrevistados consideran importante cuidar su salud, expresan que por ese motivo intentan bajar de peso; aunque no quedan descartadas las razones estéticas.

Nos resulta interesante reflexionar acerca de lo que los entrevistados respondieron a la pregunta ¿qué se entiende por estar saludable?: para Mariana es estar bien médicamente y sentirse bien; para Rosa y Hugo es encontrarse en un “término medio”, ni gordo ni muy delgado ya que ambos extremos no son saludables; para Ana es saludable un cuerpo que posee un peso acorde a la estatura, con un “peso normal”; para Patricia puede haber unos kilos extra, pero “si sobran kilos que sean pocos”. De estas definiciones nos llama la atención que solo Mariana haya hecho referencia a estar bien médicamente y sentirse bien, y que los demás entrevistados intenten definir lo saludable en relación con la delgadez o la gordura y con el peso. Habría que construir significados diferentes, no centrados en los kilos extra y el exceso

adiposo, que amplíen la mirada de la persona obesa; ya que, desde la perspectiva en salud mental, consideramos que la salud se relaciona con la capacidad de la persona de generar cambios en sí mismo y en su medio para vivir mejor

Resultados hallados en torno a la octava categoría de análisis, *significados en relación a las dificultades y beneficios de la obesidad*:

Todos los entrevistados expresaron que no tiene nada positivo la obesidad; aunque dos de ellos también mencionaron como beneficio: la satisfacción de comer sin límites y según Hugo, “pelearte y ser más grandote”.

En cuanto a las dificultades de la obesidad, los entrevistados manifestaron tres factores clave, interrelacionados entre sí:

- Que la obesidad afecta a la salud. Destacaron aquí el hecho de que la obesidad puede llevar a la muerte. Además, mencionaron que se va produciendo una reducción de la actividad física, referida a una merma en el movimiento generada por la obesidad, independientemente de si la vida de la persona era más activa con anterioridad; esto lleva a que la obesidad limita, ya que resta movilidad, “todo cuesta más”.
- Que la obesidad afecta socialmente.
- Que la obesidad afecta psicológicamente; mencionaron que la persona con obesidad sufre, se siente mal y que uno de los elementos que contribuyen a este malestar, es el tema de los problemas con la ropa, referido a que no se encuentra talle y/o la ropa que se consigue no agrada su diseño o cómo queda.

En cuanto a las limitaciones que genera la obesidad, nos preguntamos, cómo es que pese a tanto sufrimiento la persona muchas veces no puede encaminarse hacia un mejor estilo de vida. Nuevamente mencionamos la necesidad de escuchar y conversar con la persona para entenderla y lograr construir significados que abran posibilidades.

Resultados en torno a nuestra novena categoría de análisis, *significados en relación a la prevención e investigación*:

Surgió la opinión de que no se trabaja en prevención. Aquí también se planteó el tema de la falta de asistencia estatal a las familias con sobrepeso u otros problemas y que el Estado debería garantizar dicha asistencia.

Los entrevistados plantearon la idea de que la prevención consiste en educación, especialmente en niños y en el ámbito de la escuela; el foco propuesto por ellos sigue siendo la alimentación, ya que expresan que se debe enseñar a comer sano.

Un aspecto que fue destacado como positivo por los entrevistados en cuanto a la prevención, es que existe más información acerca de la obesidad; se piensa que hay más ayuda. No obstante, también se planteó la necesidad de mayor divulgación en los medios acerca de este problema de salud.

Otra cuestión que manifestó Mariana, es la necesidad de que se realicen investigaciones sobre la obesidad, en cuanto a:

- Causas orgánicas de la obesidad; aquí ella piensa que debe haber una razón orgánica que facilite el aumento de peso y que, por lo tanto, se podría elaborar un medicamento para contrarrestarla y que esto debe ser investigado.
- Cambios comportamentales; sugiere que se debe investigar la razón del cambio comportamental que la entrevistada considera que sucede a medida que la obesidad progresa: el interesarse cada vez menos por el cuidado estético y de la salud, el aislamiento, el colocar a la comida por sobre otras cosas, etcétera.

En relación con el último ítem, se destaca como positivo que psicólogos traten la obesidad.

Consideraciones finales.

Expondremos aquí limitaciones de esta investigación; luego, algunas propuestas.

Limitaciones:

Según la metodología utilizada, se trabaja con muestras reducidas con el objetivo de explorar en profundidad el mundo de significados de los sujetos entrevistados, por ello, los resultados del presente trabajo describen la realidad propia de esa población, y para generalizarse dichos resultados deben complementarse estos hallazgos con estudios cuantitativos.

Además, como en esta metodología una categoría lleva al surgimiento de otra categoría, encontramos al profundizar una multiplicidad de categorías: concepto de obesidad, causas de la obesidad, características de la persona obesa, mirada de los demás y relaciones interpersonales, tratamiento de la obesidad, adelgazamiento, lo saludable, dificultades y beneficios de la obesidad, prevención e investigación. Esto conlleva a que sea difícil sintetizar brevemente los hallazgos, debido a que en las investigaciones en las que se

profundiza en los significados, el investigador va construyendo sentidos y deslizándose continuamente de un significado al otro. Seguramente, cada una de estas categorías en sí mismas podrían ser objeto de futuras investigaciones; en este sentido, nuestro aporte consistió en explicitar y describir las categorías emergentes en esta problemática.

Otro límite está representado por la muestra que si bien está focalizada en adultos, la franja poblacional seleccionada es amplia, ya que entrevistamos a Mariana de 47 años quien presenta obesidad (96 kilos) y no está en tratamiento, Rosa de 65 años quien había tenido un descenso importante de peso (pesaba 132 kilos y al momento de la entrevista tenía 107 kilos), Carina de 33 años (82 kilos) que estaba transitando lo que llamó una recaída y concurre al grupo ALCO, Ana de 36 años quien estaba próxima a lograr su peso posible (77 kilos) y concurre a ALCO, Patricia de 56 años con un mayor grado de obesidad (134 kilos) y en tratamiento, Hugo de 25 años con mayor grado de obesidad (190 kilos) y en tratamiento. Sería valiosa la realización de otra investigación con una franja etaria más acotada, se podría por ejemplo, tomar una sub etapa de la adultez y focalizar en ella; además, consideramos que sería interesante realizar otros trabajos que aborden la misma temática pero en otros momentos de la vida (niñez, adolescencia o en adultos mayores). También podrían efectuarse estudios comparativos entre hombres y mujeres, entre quien está en tratamiento y quien no lo está, y según el grado de obesidad.

Algunas propuestas:

A partir de los resultados que hallamos en esta investigación, haremos a continuación una serie de propuestas a ser tenidas en cuenta para el abordaje clínico de pacientes con este problema de salud:

- En un proceso terapéutico destinado a tratar este problema de salud, sería importante indagar y reflexionar los significados que el paciente posee con respecto a su situación. Para ello, podrían ser de utilidad las categorías identificadas en esta investigación y algunas de las preguntas elaboradas para esta tesis, que se encuentran en el anexo.
- El tratamiento debe ser integral, no sólo médico, sino también psicológico; por ello resulta importante que psicólogos se formen e investiguen sobre la obesidad.
- Al describir a la obesidad como un problema de salud pública, debe tenerse en cuenta que no es algo que solo afecta a la persona obesa, sino que concierne al conjunto de la

sociedad; de ello se desprende que el sistema de salud debe estar preparado para ofrecer tratamientos integrales a personas con obesidad.

- Desde la perspectiva de la salud mental, entendemos que un sujeto es saludable cuando es capaz de generar cambios necesarios en su vida y en su medio para vivir mejor; por ello, en el tratamiento de estas personas, el foco podría estar puesto en construir significados acerca de este problema de salud que abran posibilidades y mejoras viables; atendiendo a los recursos y alternativas del paciente y su medio familiar y social. Entonces, la obesidad no es algo que le sucede a la persona, como una fuerza externa, sino que el sujeto es un protagonista activo en su situación.
- En relación con el punto anterior, resignificar el objetivo del tratamiento, no centrarse en bajar de peso (salvo casos especiales, como cuando es necesario para llevar a cabo una cirugía o cuando corre serio riesgo la vida) sino en mejorar la salud, el estilo de vida. Si el objetivo es adelgazar, no se están introduciendo variaciones a la definición de problema, todo ronda la cuestión de si hay más kilos o menos kilos y en la comida. Habría que introducir una nueva formulación o definición que se focalice en recursos de la persona y su familia, y en lograr cambios saludables, y que la cuestión del exceso de peso pase a segundo plano.
- Atender a la formulación del problema que hace el paciente, ahí puede residir la imposibilidad de su resolución: como por ejemplo, “tendría que dejar de comer”, “tengo que hacer dieta de por vida”.
- Tener precaución al hablar de la persona con obesidad en cuanto enferma; puede significarse la obesidad como enfermedad, pero que ello no se establezca como el único aspecto de la identidad de la persona, lo que puede llevar a no reparar en sus recursos. Lo que queremos decir es que hay una diferencia significativa entre SER enfermo y TENER una enfermedad.
- Debe haber un reconocimiento de que posee un problema de salud, que el paciente lo pueda asumir, pero que dicho problema no sea el único aspecto de su identidad. Desconstruir etiquetas negativas que no dejan ver recursos. Generar un espacio dentro del cual los pacientes puedan reconocer las limitaciones, pero que tengan acceso a sus recursos y competencias.
- Observar si la obesidad representa un problema para la persona, y ver los aspectos gratificantes y aversivos que encuentra en su situación.

- En el tratamiento de estas personas, cuando se reconoce un circuito entre acción e impulsividad frente a la comida y momento de reflexión sin comida (en el que suele aparecer el arrepentimiento), introducir reflexión para lograr aprendizajes que lleven a que el circuito no se repita de la misma manera, como un círculo vicioso en el que nada cambia.
- Resultaría provechoso el trabajo en colaboración con la familia y profesionales a cargo, posibilitando la escucha y el surgimiento de nuevos relatos. Resaltamos la necesidad del acompañamiento en estas personas. Que cada profesional, desde su disciplina, escuche al paciente y converse con él, que se sienta comprendido; como lo expresó Penn “*nuestra escucha sensible era en sí misma terapéutica.*” (Penn, 2001, p. 45).

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía específica:

- Crispo, Rosina; Figueroa, Eduardo; Guelar, Diana (1994). “Trastornos del comer”. Barcelona. Ed. Herder.
- Elka Harkaway, Jill; Madsen William (1989). “Un enfoque sistémico del no cumplimiento médico. El caso de la obesidad crónica”. En *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*. Año 5, N° 1.
- Fried Schnitman, Dora; Schnitman, Jorge (n.d.). “Resolución de conflictos. Nuevos diseños, nuevos contextos”. Bs. As., Barcelona, México, Santiago, Montevideo. Granica.
- Galay, Silvia; Oks, Haydée; Zeitune, Marta (1996). “Temas de género en familias con un miembro que padece una enfermedad física crónica”. En *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*.
- Goolishian, Harold A.; Winderman, Lee (1989). “Constructivismo, autopoiesis y sistemas determinados por problemas”. En *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, N° 19.
- Griffa, María Cristina; Moreno, José Eduardo (1993). “Claves para la comprensión de la Psicología de las edades”. Argentina. Ediciones Braga S.A. Tomo II.
- Herscovici, Cecile; Bay, Luisa (1995). “Anorexia nerviosa y bulimia. Amenaza a la autonomía”. Argentina. Ed. Paidós.
- Mc Namee, Sheila; Gergen, Kenneth (1996). “La terapia como construcción social”. Bs. As. Ed. Paidós.
- Oks, Haydée (2001). “Enfermedad crónica. Un abordaje clínico que promueve el desarrollo de la voz”. En *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*. Año 17, N° 3.
- Pen, Peggy (2001). “Rompiendo el silencio: trauma, lenguaje y escritura en la enfermedad crónica”. En *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. Año 17, N° 2.
- Quiroga, Ana (2006). “Conferencia: Los criterios de salud mental”.
- Sluzki, Carlos E. (1996). “La red social: frontera de la práctica sistémica”. Barcelona. Ed. Gedisa, 1ª ed.

- Tejero, A.; Trujols, J. (n.d.). “El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en las conductas adictivas”. En Graña Gomez, J. L. (editor) conductas Adictivas (Capítulo 1, pp. 3-14).
- Wiesenfeld, E. (1995). “El estudio del significado del barrio. Una aproximación socio-construccionista”. VIII Jornadas Venezolanas de Psicología Social.

Bibliografía metodológica:

- Hernández Sampieri, Roberto; Frenández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (1998). “Metodología de investigación”. México. Ed. Mc Graw-Hill, 2ª ed.
- Sabino, Carlos (1996). “El proceso de investigación”. Bs. As. Ed. Lumen Humanitas.
- Sirvent, María Teresa (2006). “El proceso de investigación”. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
- Sirvent, María Teresa (2007). *Dossier sobre investigación*: “La naturaleza de la investigación científica de lo social”; “Conferencia inaugural de María Teresa Sirvent en 1ª Jornadas Nacionales de Investigación Educativa” Mendoza; “Nociones básicas de contexto de descubrimiento y situación problemática”; “El proceso de investigación”.
- Strauss, Anselm; Corbin, juliet (2002). “Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada”. Medellín. Universidad de Antioquía. Facultad de Enfermería. Contus. 1º ed. en español.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1987). “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Barcelona, Bs. As., México. Ed. Paidós.

Consultas de textos electrónicos:

Material específico:

- Alkolombre, Patricia. “La obesidad en la mujer”.
<http://www.psico-mujer.com.ar/articulos/articulosintgeneral/obesidadenlamujer.htm>
- Bello Díaz, Rafael E (2002). “Medicina interna: Últimos descubrimientos”. República Dominicana. Ed. XXXX. http://www.cdf.sld.cu/medicina_interna_adelantos.pdf
- Britos, Sergio; Clacheo, Rodrigo; Grippo, Beatriz; O’Donell, Alejandro; Pueyrredón, Paula; Pujato, Dolores; Roviroso, Alicia; Vicich, Raúl (2004). “Obesidad en

Argentina: ¿hacia un nuevo fenotipo?”. CESNI.

<http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-01.pdf>

- Cabello Garza, Martha Leticia; Ávila Ortiz, María Natividad (2009). “Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores”. Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Iberoforum, Vol. IV, N° 8. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México. <http://redalyc.uaemex.mex/redalyc/pdf/2110/211014822003.pdf>
- Cantú Martínez, Pedro C.; Moreno García, David (2007). “Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural”. RESPYN, Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Vol. 8, N°4. http://www.respyn.ualn.mx/viii/4/ensayos/obesidad-epidemiología_y_cultura-bb.htm
- “Censo 2010. Resultados provisionales: cuadros y gráficos”. http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_totalpais.asp
- Díaz García, Daniel (2007). “Obesidad. El antiguo mal recién descubierto”. Colegio Mexicano de Bariatría, Comité Mexicano de Recuperación Biológica y Aterosclerosis. <http://www.obcityhealth.com.mx/articulos.htm>
- Fundación de Medicina y Humanidades Médicas. “Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización”. Monografías Humanitas N°6. http://www.fundacionmhm.org/Monografias_6/edicionindice.html-9k-
- Ley N° 9703. Talles. <http://www.senadoer.gov.ar/galeria/ley/1242053955.pdf>
- Ley N° 9825 de Prevención, Control y Tratamiento de la Obesidad. <http://senadoer.gov.ar/galeria/ley/9825.pdf>
- Ley N° 26396 de Trastornos Alimentarios. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/ShowAct.php?id=11533&word=>
- Ministerio de Salud de la Nación, Noticias. 14 de septiembre de 2010. http://www.msal.gov.ar/hm/site/Noticias_plantilla.esp?Id=2193
- Ocampo Barrio, P.; Pérez Mejía, A. N. (2010). “Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad”. Semergen, Vol. 36, N° 06. Unidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano de Seguro Social, Ciudad de México, México D. F.

http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7212&articuloid=13150989&revistaid=40

- Obesity Action Coalition (OAC). “Comprensión del estigma de la obesidad”.
<http://www.obesityaction.org/espanol/uoespanol.php>
- OMS. “10 datos sobre la obesidad”.
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index.html>
- Ordenanzas Paraná.
http://www.parana.gob.ar/digesto/index.php?option=com_content&view=article&id
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa (2011). “Obesidad y sobrepeso”. Nota descriptiva N°311.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Padilla Vargas, Gioconda; Roselló araya, Marlene; Guzmán Padilla, Sonia; Aráuz Hernández, Ana (2006). “Percepción de la obesidad en adultos costarricenses”. Acta Médica Costarricense. V 48, N° 3.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s0001-60022006000300007&script=sci_arttext
- “Percepción de la obesidad y cultura” (2008). Nutrición hospitalaria, Vol. 23, N° 6. Madrid.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021216112008000800019&script=sci_arttext
- Rodríguez Rodríguez, E.; Aparicio, A.; López Sobaler, A. M.; Ortega, R. M. (2009). “Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española”. Nutrición hospitalaria. Madrid.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0212-16112009000500010&script=sci_arttext
- Ruiz Prieto, I.; Santiago Fernández, M. J.; Bolaños Ríos, P.; Jáuregui Lobera, I. “Obesidad y rasgos de personalidad”. Sevilla, España.
http://www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf
- Silvestri, Eliana; Stavile, Alberto (2005). “Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario”. Posgrado en Obesidad a distancia-Universidad Favaloro. Córdoba.
<http://es.scribd.com/doc/39878278/psicología-obesidad>

Material metodológico:

- Hernández Sampieri, Roberto y otros (2007). “Metodología de la investigación”. México. Ed, Mc Graw Hill. Citado por Barrera, N.; Chamorro, J.; De Vicenzi, P.; Donoso, Ma. P.; Espinoza, C. (2010). “El proceso de la investigación. Marco metodológico”. Santiago, Chile.
http://www.cursos.cl/icei/2010/2/ICEI61/2/material_alumnos/previsualizar?id_materia_l=1814
- “Métodos, técnicas y estrategias de investigación cualitativa”. Scribd.
<http://es.scribd.com/doc/29978242/Metodos-tecnicas-y-estrategias-de-investigacion-cualitativa>
- Pandit, Naresh (1996). “The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method”. The Qualitative Report, Volume 2, Number 4. Traducción: Dr. Juan Carlos Paradiso.
<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html>
- Soares de Lima, S. B.; Leite, J. L.; Lorenzini Erdmann, A.; Giacomelli Prochno, A.; Andra de Conceicao Stipp, A.; Real Lima García, V. R. (2010). “La Teoría Fundamentada en Datos. Un camino a la investigación en enfermería. Grounded Theory: a way for nursing research”. Artículos especiales, metodología cualitativa. Índice enfermería, Vol. 19. Granada.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962010000100012&script=sci_arttext
- Wikilibros. Atlas.ti.
<http://es.wikibooks.org/wiki/Atlas.ti/Introducci%C3%B3n>

1 .Guía de preguntas.

A continuación, presentamos la guía de preguntas con las cuales partimos para realizar las entrevistas semidirigidas; de acuerdo con lo que fue surgiendo en dichas entrevistas y en la investigación en general, profundizamos algunas, otras las modificamos y muchas no utilizamos. Entonces, esta guía no constituyó un esquema fijo. Aclaremos que el uso de los paréntesis indican preguntas similares, formuladas de manera diferente.

1. Si tuviera que elegir un nombre alternativo a obesidad, ¿cuál sería?
2. (Si no lo llamáramos obesidad, ¿qué otro nombre o palabra se le podría poner?)
3. En vez de obeso, ¿de qué otra manera se le puede llamar a una persona que tiene obesidad?
4. (¿De qué otra manera llamaría a una persona obesa?)
5. ¿Cómo prefiere que llamemos a la obesidad durante esta entrevista? ¿Y a los obesos?
6. (¿Cómo se sentiría más cómodo en cuanto a la manera de llamar a la obesidad y a los obesos durante esta entrevista?)
7. ¿Qué es la obesidad para usted?
8. ¿Cómo ha llegado a esa definición?
9. (¿Cómo adquirió esa manera de ver la obesidad? ¿Cómo ha llegado a ese conocimiento acerca de la obesidad?)
10. Tener sobrepeso, ¿qué significa?
11. ¿Cómo cree que es visto el exceso de peso por las personas que lo están experimentando?
12. Las personas más cercanas a usted, ¿qué opinan sobre la obesidad? ¿y sobre los obesos?
13. ¿Qué le llama la atención de la obesidad?
14. (¿Qué le genera curiosidad?)
15. ¿Qué es lo que más le importa de este tema?
16. ¿Qué es lo que más le preocupa?
17. El estar gordo ¿habrá tenido siempre el mismo significado? ¿Cuál es ese significado?

18. ¿Cuáles cree usted que son los mitos entorno a la obesidad?
19. ¿Cómo se podría lograr una mayor comprensión de la obesidad y las personas obesas?
20. ¿Qué nuevos enfoques acerca de la obesidad propondría?
21. ¿Qué le gustaría que se modifique entorno a la obesidad?
22. ¿Qué factores considera usted que podrían influir o predisponer a la obesidad?
23. ¿Cuáles son los motivos por los que una persona aumenta de peso (engorda)?
24. (¿A qué cree que se deba la obesidad?) (¿Cuáles serían las causas de la obesidad?)
25. ¿Qué es lo que hace que una persona tenga exceso de peso? (¿Qué es lo que mantiene el exceso de peso?)
26. ¿Qué es lo que hace que algunas personas estén delgadas? (¿Qué es lo que mantiene a las personas delgadas?)
27. ¿En quiénes cree usted que es más frecuente la obesidad?
28. ¿De qué manera contribuye el obeso a su obesidad?
29. ¿De qué manera contribuye la familia a la obesidad?
30. ¿De qué manera contribuye la sociedad a la obesidad?
31. Se dice que la obesidad en la sociedad va en aumento, ¿a qué podría deberse?
32. Si las personas obesas tuvieran características que les son propias, ¿cuáles serían esas características?
33. (Si tuviera que describir las características de una persona obesa, ¿cuáles serían esas características?)
34. (Si tuviera que calificar a las personas obesas, ¿cómo lo haría?)
35. ¿Cómo es la forma de ser de una persona obesa?
36. (¿Cómo es una persona obesa?)
37. ¿Cómo se comportan las personas con obesidad?
38. ¿Cómo considera que se ve a sí mismo el obeso?
39. ¿Cuáles cree que son las debilidades de una persona obesa?
40. ¿Cuáles cree que son los recursos o virtudes que poseen las personas obesas?
41. ¿Qué es lo que el obeso tiene que combatir?
42. ¿Qué es lo que el obeso disfruta?
43. (¿Qué es lo más importante que debe lograr una persona con obesidad?)
44. (¿Qué es lo más importante que ya ha logrado una persona con obesidad?)
45. ¿Qué no recomendar a la persona con obesidad?
46. ¿Qué sí recomendar a la persona con obesidad?

47. ¿Cómo se describiría? (¿Cómo se ve usted?) ¿Cómo cree que los demás lo ven?
48. ¿Cómo se siente consigo mismo?
49. ¿Cómo es un día de su vida?
50. ¿Cómo es su estilo de vida?
51. ¿Cómo actúa frente los demás? ¿Y cuando se encuentra solo?
52. ¿Cómo ocupa su tiempo libre?
53. ¿Qué sucede si debe ir a una fiesta o a comer fuera de su casa?
54. ¿Cómo es su actitud hacia la comida? ¿Cómo es su modo de alimentarse?
55. ¿Cómo es su actitud hacia el movimiento? ¿Cómo es su modo de realizar actividad física?
56. ¿Qué sucede si se aburre? ¿Y si está estresado?
57. ¿Cómo son los lugares que frecuenta o en los que pasa más tiempo? ¿Qué hace allí?
58. ¿Qué actividades realiza (trabajo, estudio)? ¿Cómo es su desempeño en esas actividades?
59. ¿En qué situaciones se siente mal? ¿En cuáles se siente bien?
60. ¿Con qué frecuencia se pesa?
61. ¿Cuál es su reacción ante un aumento de peso? ¿Y ante un descenso de peso? ¿Y si se mantiene igual?
62. ¿Cuál es su actitud ante la obesidad?
63. ¿Qué tipo de cuerpo le parece atractivo?
64. ¿Qué tipo de cuerpo le parece saludable?
65. En algunas culturas la obesidad es vista como símbolo de belleza y salud, ¿qué opina sobre esto?
66. ¿Cuál es su opinión acerca de las modelos de tallas grandes?
67. ¿Qué opina de las modelos extremadamente delgadas?
68. Para usted, ¿la obesidad y los obesos son vistos de la misma manera en todo el mundo? ¿Cuál es esa manera?
69. ¿Cómo cree que la gente en general ve a las personas obesas? ¿Cómo las trata?
70. (¿Cómo cree que es vista la obesidad en la sociedad?) (¿Cómo cree que los demás ven a una persona obesa?)
71. ¿Qué sentimientos le genera esto?
72. ¿Cómo cree que es calificada en general la persona obesa por los demás?
73. ¿Cómo considera que es en general la familia de una persona con obesidad?

74. ¿Cuál es el rol de la familia en la obesidad?
75. ¿Qué expresan sus personas significativas acerca de la obesidad?
76. (¿Hay alguien que opine sobre esto?) (¿Qué dice?) (¿Cómo influye eso en usted?)
77. ¿Alguien en su familia ha hecho algo para que usted adelgace? ¿Quién y qué ha hecho?
78. ¿A alguien no le gustaría que usted adelgace? ¿Quién y a qué cree que se deba?
79. ¿Quién o quiénes en su familia tienen obesidad o sobrepeso? ¿Qué hacen al respecto?
80. ¿Cómo reaccionaría su familia si usted adelgazara?
81. ¿Cuál es la actitud de la gente que lo rodea (familia, amigos, compañeros) ante la obesidad?
82. ¿Cómo son sus relaciones personales?
83. (¿Cómo son sus relaciones con los demás?)
84. ¿Cómo son las personas con quienes se relaciona?
85. ¿Quiénes conforman su círculo de personas significativas?
86. ¿Qué opciones de tratamiento existen para la obesidad?
87. (¿Cuáles son los métodos para adelgazar existentes?)
88. ¿Cuáles ha utilizado?
89. ¿Qué intentos ha realizado para bajar de peso? (¿Qué es lo que ha hecho para bajar de peso?)
90. ¿Cómo se comporta cuando intenta bajar de peso (o durante un tratamiento, dieta)?
91. ¿Cómo es su vida cuando intenta cuidarse?
92. ¿Qué pasa si aumenta de peso?
93. ¿Cómo adelgaza la gente?
94. ¿Cómo hace una persona delgada para mantenerse así?
95. ¿Qué debe hacer una persona para lograr un peso saludable? (¿Qué debe hacer una persona si quisiera adelgazar?)
96. ¿Qué no debe hacer una persona si quiere lograr un peso saludable?
97. ¿Qué podría facilitar el logro de un peso saludable?
98. ¿Cómo se mantiene la obesidad y el sobrepeso?
99. ¿Cuál sería un tratamiento ideal para la obesidad?
100. (¿Cómo le gustaría que fuera el tratamiento para la obesidad?)
101. ¿Cuál piensa que es el tratamiento adecuado? ¿Qué se necesita para llevarlo a cabo?
102. (¿Qué opinión tiene acerca de los tratamientos para la obesidad? ¿Cuáles son esos

tratamientos?)

103. ¿Qué cree usted de los remedios, tratamientos, semillas, aparatos, tés, etc., que se ofrecen para adelgazar?
104. Si tuviera que decir algo que le falta a los tratamientos en los que se indica que se debe bajar de peso, ¿qué sería?
105. ¿Qué opina de cuando a una persona le dicen que tiene que bajar de peso (médicos, familia, amigos, etc.)?
106. ¿Qué considera que sería útil para solucionar el tema de la obesidad?
107. (¿Qué debe hacerse para combatir a la obesidad?)
108. ¿Quién o quiénes deben ponerse a trabajar para combatir a la obesidad?
109. ¿Cuál es la responsabilidad del profesional en los tratamientos en los que se debe bajar de peso? ¿Y el paciente qué rol cumple? ¿Y su familia qué papel juega?
110. ¿Qué medidas cree usted que se deben tomar para evitar el aumento de la obesidad en la sociedad?
111. ¿Cómo se podría prevenir la obesidad?
112. ¿Por qué adelgaza la gente?
113. ¿Adelgazar le traería algún perjuicio o problema?
114. ¿Qué cree usted que sucede si una persona con obesidad (o exceso de peso) adelgaza?
115. ¿Qué implica adelgazar?
116. Si no tuviera obesidad (o exceso de peso) ¿de qué manera sería diferente su vida? ¿Cómo sería su aspecto? ¿Cómo se sentiría?
117. ¿Qué es lo que cambiaría en su vida si tuviera un peso adecuado?
118. ¿Qué impide que una persona con obesidad pueda lograr un peso adecuado?
119. ¿Hay inconvenientes para adelgazar y mantener ese peso? ¿Cuáles?
120. ¿Cuáles serían las diferencias entre una persona con obesidad y una delgada?
121. ¿Cómo cree usted que es el estilo de vida de las personas que están delgadas? (En cuanto a alimentación, movimiento, etc.)
122. ¿Cuáles serían los principales motivos para no tener el peso indicado por los médicos?
123. ¿Cuáles serían los principales motivos para tener el peso indicado por los médicos?
124. ¿Cuál sería su peso adecuado o saludable?
125. ¿Qué efectos sobre la salud podría tener el sobrepeso y la obesidad?

126. (¿Cómo afecta a la salud la obesidad?)
127. ¿Cuándo empieza a ser un problema el peso?
128. ¿Cómo es un problema el peso?
129. ¿Cómo cree usted que es una persona saludable?
130. ¿Qué es ser saludable? (¿Qué es lo saludable?)
131. ¿Cuál sería un estilo de vida saludable?
132. ¿Qué identifica o reconoce como posible ventaja de la obesidad?
133. ¿Qué identifica como posible desventaja de la obesidad?
134. (Si tuviera que mencionar las ventajas de la obesidad, ¿cuáles serían?)
135. (Si tuviera que mencionar las desventajas de la obesidad, ¿cuáles serían?)
136. ¿Cuáles sería los inconvenientes de estar gordo?
137. (Si tuviera que mencionar lo positivo de estar gordo, ¿qué sería?)
138. (Si tuviera que mencionar lo negativo de estar gordo, ¿qué sería?)
139. ¿Qué obtiene para sí misma la persona con su obesidad? ¿Y para los demás?
140. (¿Encuentra algunas dificultades debido al sobrepeso (o a la obesidad)?)
141. (¿Encuentra algunos beneficios debido al sobrepeso (o a la obesidad)?)
142. ¿Cuáles son las debilidades de una persona obesa?
143. ¿Cuáles son las fortalezas de una persona obesa?
144. ¿Hay algo más que quiera comentar acerca de la obesidad?

2. Entrevistas.

2. a) Entrevista n°1, Mariana:

Mariana, 47 años, casada, 4 hijos, peso aproximado 96 kg, estatura 1,69 mt, IMC 33,61.

M: Mariana. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: si no lo llamáramos obesidad, ¿qué otro nombre o palabra se le podría poner? ¿De qué otra manera se le podría llamar?

2-M: sobrepeso... yo ya lo conozco, yo ya en mi estado obesidad... para mí... O sobrepeso, peso más de lo normal.

3-Y: y en vez de obeso, ¿de qué otra manera se le podría llamar...?

4-M: gordo.

5-Y: ahora, durante esta entrevista, ¿cómo preferís que llamemos a...?

6-M: obeso.

7-Y: obeso.

8-M: ajá, gordo me parece más despectivo.

9-Y: ¿por qué?

10-M: y... me parece porque siempre vos escuchás: éh! ese gordo, ajaj!

11-Y: ah, claro... como...

12-M: como más, sí, despectivo.

13-Y: ajá... bueno, entonces ¿obesos y obesidad durante la entrevista?

14-M: ajá.

15-Y: bueno. Y ¿qué es la obesidad para vos?

16-M: y es sobrepeso, o sea, pesar más de lo normal... tener sobrepeso, jeje.

17-Y: y en tu caso ¿cuál sería tu peso normal?

18-M: yo te digo, hace más o menos... va a ser dos meses que dejé de fumar... engordé de golpe como 7 kilos, 8... por ansiedad, todavía estoy en ese período de abstinencia digamos porque todavía quiero fumar... entonces me desquito comiendo dulce; aparte yo ya venía teniendo exceso de peso desde hace un año y pico atrás, hé engordado 30 kilos, o sea que tengo 36 kilos de más... de mi peso que era 60, 50 y pico o 60... ya lo traigo, yo traigo, y como no adelgazo y me veo cada vez más gorda, más como y menos interés me da por adelgazar porque ya; yo cuando era chica pasé un período de los 9 años a los 15, antes de empezar, después cuando recién empecé a desarrollarme todo, siendo gorda. Yo soy hija de padres hiperobesos con obesidad mórbida, mi papá pesaba como 200 kilos, falleció, y mi mamá pesaba 130 y pico... Entonces yo siempre me cuidé... y siempre, llegué a pesar cuando me casé 46 kilos hace 25 años atrás, estaba superflaca; después hace como... dieci... 18 años atrás, pesaba también, no llegaba a los 50 kilos; después siempre mi peso fue entre 62 o 64... Y ahora estoy en ese peso, a mi me, o sea la misma... eh, lo que me veo tan gorda, digo yo “me va a costar un montón, mañana empiezo, el lunes empiezo, el lunes empiezo”, y no, “empiezo mañana”, mañana o una fecha tope; me he comprado pastillas para adelgazar y las tengo guardadas porque les tengo miedo...

19-Y: ¿has consultado con algún médico...?

20-M: si si si si, con el dr.-----.

21-Y: ¿él te dio las pastillas o...?

22-M: él me dijo..., sí, yo me las compré y fui y le consulté... y él me dijo que siiii pero... O sea yo ya he ido a nutricionista, hace 2 años fui, que también, pero no estaba tan gorda como ahora, pesaba 70 kilos... y fui a la nutricionista y bajé 11 kilos... y dejé la nutricionista, o sea, yo sé que para dejar de comer, para dejar de adelgazar tengo que dejar de comer excesivamente como como y cosas que engordan, porque yo tomo cerveza, como pizza, facturas, bizcochos; todos los días desayuno con un paquete de galletitas dulces, dos facturas... a la siesta, mi hora de ansiedad por la falta de cigarrillos, o en invierno igual cuando fumaba, son los chocolates: alfajores de chocolate, galletitas rellenas con chocolate, todo lo que sea chocolate... y así, y no hago, ¡ah!, aparte dejé de trabajar donde estaba trabajando... ahora estoy haciendo... cuidando unas nenas de una vecina, que más que trabajo, voy a estar sentada y a retirarlas de la escuela... vida sedentaria, ¿viste? Encima

enferma de la columna, tenía artrosis, el mismo peso me hace peor todavía, entonces hago menos. Antes limpiábamos la casa, qué se yo, ahora cada vez menos la actividad física...

23-Y: claro...

24-M: antes caminaba más, ahora para ir a la esquina me tomo un remis... Antes a lo mejor me iba 10, 15 cuadras, 20, hasta el centro me he llegado a ir caminando sin ningún problema...

25-Y: y entonces, cada vez menos...

26-M: menos actividad física, más comida.

27-Y: y más comida. Entonces ¿esa sería la causa de la obesidad en tu caso?

28-M: la mía sí; y ya tengo aparte tendencia, pero... o sea, yo sé que cuidándome puedo mantenerme, porque viví durante 20 años de mi vida, veintipico de años... que se yo... ponele desde los 15 años, porque cuando era chica no era gorda, después engordé, a los 9 años, hasta los 15, que fue cuando empecé a desarrollarme, que empezó ya el novio... todo eso...hasta ponele... que se yo... 3 años atrás, 2 años atrás... 45...que fue después de la menop...tuve menopausia precoz y eso mismo, mi organismo fue cambiando, porque yo como ser no tenía, bueno contenta porque ahora tengo lolas, no tenía lolas, nunca tuve, ni siquiera cuando tuve 4 hijos, nada, nunca tuve, y se me saltó la panza y entonces ya, encima de que soy de piernas grandes más la panza, viste? Ya todo... 2 veces estuve por hacerme cirugía estética, y la primera vez hablé con el médico y medio me echó abajo, que se yo, me quería hacer lipoaspiración, yo no, yo quería cirugía directamente porque tengo mucha celulitis... Y entonces agarré y puse, invertí todo en la casa, cambié puertas, ventanas, puse rejas, toda la plata que tenía guardada; después fui al hospital de Santa Fe que lo hacían gratis, el año pasado, no el ante año, bueno tenía que adelgazar un poquito más, fue cuando fui a la nutricionista... y así, me hacían una lipo y después todo lo que sobraba se iba a cirugía, porque como están los que practican y que se yo ahí, todo gratis, y conseguí trabajo justo para esa época entonces ya...

29-Y: ya quedó...

30-M: claro, y ahora ni pienso yo hacerme cirugía.

31-Y: ahora, en este momento, ¿estás haciendo algún tratamiento o algo?

32-M: no, nada.

33-Y: y cuando alguna vez hiciste tratamiento, ¿resultados?

34-M: sí, sí. Las veces que he intentado adelgazar he adelgazado.

35-Y: y después ¿qué pasó?

36-M: y... deajo el tratamiento... o sea, yo sé lo que me engorda y empiezo otra vez a comer.

37-Y: aja...

38-M: son como períodos de ansiedad que me agarran; o digo, “bueno ya bajé 20 kilos voy a festejar, voy a comer esto, esto y esto”... y después ya aumento un kilo y bueno... “bajé 10 así que no tengo problema”, y otro y otro y así. Una cosa lleva a la otra; y ahora cuando iba a adelgazar, dejé de fumar, hace 35 años que era fumadora, yo vivía tosiendo, se me aflojaban las placas dentarias sin tener caries, todo a consecuencia del cigarrillo, la descalcificación...

39-Y: ... ahora, ¿qué es lo que hace que algunas personas estén delgadas?, según tu opinión.

40-M: eh, la forma de ser; primero genéticamente, tienen predisposición... creo que sí, genéticamente están predispuestos... y aparte la actividad y el carácter; pienso que... los nervios influyen mucho.

41-Y: y ¿de qué manera contribuye el obeso a su obesidad?

42-M: y, haciendo vida se..., no cuidándose... haciendo vida sedentaria, comiendo. Otra cosa que pienso yo, que también influye en la obesidad o en la flacura, es la parte socioeconómica, la economía; porque vos fijate que la mayoría de las personas que realmente no tienen para comer son delgados. O yo conozco casos de personas que han sido gorditas y han estado, quedado sin trabajo y adelgazan... esa es otra, que pienso yo...

43-Y: y la familia, ¿de qué manera influye en la obesidad?

44-M: ...y yo pienso que, como ser, yo me crié de buen comer, por mi mam... entonces, y comiendo cosas, comidas que como ser: tortas, chatarra, en vez de comprar queso blanco compro manteca, en vez de comprar una mermelada light compro dulce de leche, ¿entendés? Ayer fui al supermercado... no miré las mermeladas light, directamente saqué un kilo de dulce de leche.

45-Y: y ¿de qué manera contribuye la sociedad a la obesidad?

46-M: y bueno, la sociedad está la... las propagandas... las propagandas es una cosa que te dicen “esa galletita de chocolate, la crema más rica”, la comida, los programas de televisión, todo... principalmente las propagandas, que le incentivan a los chicos en vez de fruta, desde chiquitos, las papas fritas, todo lo que es envasado, todo lo que tiene grasa, todo eso.

47-Y: ajá, cuando se dice ahora que la obesidad va en aumento en la sociedad, ¿a qué se debe?

48-M: debido al consumo que hay de todos los alimentos que salen, que no son naturales digamos. Porque antes, no había tantas cosas envasadas, se comía más fruta; cuando yo era chica nomás, comíamos un chocolatín Jack, o un chupetín, un caramelo, las galletitas Lincoln, no había las papas fritas, los chizitos, todas esas cosas.

49-Y: ¿sí tuvieras que decir alguna característica de la persona con obesidad, o la forma de ser, como se comporta...?

50-M: sedentaria. Eh, pienso yo que se aísla... porque yo hago eso... a mí me invitan a fiestas ahora que estoy gorda o a salir o algo y yo noooo... no voy. Me... te acomplejás. Antes era más acomplejada, tenía 20, 30 kilos menos; siempre fui acomplejada. Pero, ahora... no sé, llega una determinada edad de la vida que decís bueno, te da lo mismo... báh, a mí, lo que me pasa a mí.

51-Y: y ¿cómo creés que las demás personas ven a una persona que tiene obesidad? ¿Cómo las trata...?

52-M: no, hay discriminación como ser si vos vas a buscar un trabajo... o qué se yo, influye, hay discriminación sobre la obesidad.

53-Y: y eso, ¿cómo lo notás?

54-M: y como ser, si ponele, van dos personas a buscar un trabajo, con las mismas características, el mismo estudio, lo que sea; eligen a la más delgada, porque piensan que es más ágil, más... así sea para estar sentada en una oficina... será más por estética, todo eso, no sé.

55-Y: ¿cuáles creés que son las debilidades de una persona con obesidad?

56-M: la comida, o sea, la falta de... de... qué sé yo, de limitación de uno mismo, no sé, para mí eso.

57-Y: ¿y recursos, fortalezas de la persona que tiene obesidad?

58-M: ... mmmmm, ¿cómo recursos? No, no entiendo...

59-Y: alguna característica positiva que tenga la persona con obesidad.

60-M: no, porque la obesidad es una enfermedad para mí, y ninguna enfermedad es positiva... más allá de lo que pueda ser la persona en sí como persona... Pero la obesidad para mí es una enfermedad... Porque te enfermás psicológicamente, o sea necesitás ayuda; o a lo mejor, que se yo, mi marido come el triple que yo siempre y no engorda tanto; o mi hija, ponele, ella ahora porque está gorda porque hace poco tuvo familia y engordó demás; pero yo veo otras que comen, o amigas que comen y delgadas, ¿entendés?

61-Y: y eso ¿cómo te afecta?¿cómo...

62-M: no, a mí no me afecta; digo qué suerte, ojalá yo fuera así. O yo digo gracias a Dios que mis hijos salieron más con la genética de mi marido, que son todos delgados; yo estoy feliz por eso.... No me gusta, o sea, yo puedo ayudar a otras personas; o sea consejo vendo para mí no vengo; como ser, yo tengo a mi hija que tiene al nene que es gordito y le digo “cuidalo porque va a ser gordo, es feo ser gordo”; todas esas cosas.

63-Y: entonces, tu experiencia con la obesidad ¿cómo repercute en tu familia?

64-M: y... yo siempre les digo; ahí está mi hija que está engordando y dice “no, no me importa”, le digo no, “después te va a importar, que esto... para la ropa, para todo...”

65-Y: en tu familia hay alguien más que tiene obesidad, vos decías tu mamá...

66-M: sí, sí.

67-Y: y, ¿qué han intentado hacer para resolverlo?

68-M: y... hemos ido a nutricionistas, tomado pas....; he ido a, cómo es... hace unos años fui a esos que te miran los ojos, iriólogos... he adelgazado, pero esas pastillas por ahí me hicieron mal, entonces nunca más, me asusté y no fui, porque me acalabraba mucho que se yo; y después me dijeron que hacían mal, que no eran médicos realmente médicos; viste los informes que salen de la televisión, todas esas cosas...

69-Y: en relación a eso ¿cuál sería un tratamiento adecuado?

70-M: ir a una nutricionista, pero tenés que cambiar tu mentalidad... porque yo adelgazo, rápido, o rápido o lento, pero adelgazo, pero lo que me cuesta es mantenerme... Porque yo, mi vida ha sido así: flaca-gorda, gorda-flaca, flaca-gorda, gorda-flaca; o me voy a un extremo o en, ahora estoy en el otro extremo. Yo hace unos años...eeeh, pesaba 46 kilos ponele, y ahora tengo 96... menos de 11... 16 años tenía, y sí, 7-8 años.

71-Y: y eso ¿cómo te fue afectando? en cuanto a la calidad de vida...

72-M: síiii, me afecta un montón en la calidad de vida; en el hacer las cosas de la casa, en el agacharme, en el caminar... en el cuerpo, en la salud... porque me duelen más las piernas; me cuesta más todo. Después estéticamente, la ropa, a mí siempre me gustó comprarme ropa, que sé yo, ahora no... me pongo cualquier cosa, ando así nomás.

73-Y: entonces, ¿cómo afecta la obesidad a la salud?

74-M: psicológicamente, a mí me afecta psicológicamente.

75-Y: ¿de qué manera afecta psicológicamente, cómo afecta psicológicamente?

76-M: y a mí me afecta en el sentido de que... me... cómo es... me acomplejo, no sé cómo lo, eh... le quito, le quito importancia a mí, a como persona, a la parte estética digamos... me da lo mismo una cosa que la otra... De no cuidarme o no salir, todo eso.

77-Y: y ¿qué opinás de cuando le dicen a una persona, principalmente los médicos, cuando le dicen que tiene que bajar de peso por su salud? ¿Qué opinás de eso?

78-M: y no, si te lo dice el médico-médico está bien; pero cuando te reiteran así “mirá que estás gorda, tenés que dejar de comer” o algo así, parece peor; para mí, mi caso.

79-Y: cuando son amigos, familia...

80-M: claro, sí, lo escucho pero no; o directamente me cierro y no siento, me podés estar hablando pero no te puedo estar escuchando.

81-Y: ahora, cuando el médico lo dice...

82-M: es otra cosa.

83-Y: y ¿a cumplirlo o...?

84-M: no... cuesta, a mí me cuesta; a mí en mi caso me cuesta arrancar, digamos.

85-Y: y cuando se tiene que hacer un tratamiento para bajar de peso...

86-M: es como un incentivo que necesito... más fuerte, o algo...

87-Y: justamente eso te iba a preguntar, ¿qué cosa podría facilitararlo a ese tratamiento?

88-M: algún incentivo de algo, pero no... no sé qué... Antes me, me inter... me incentivaba ponerme una ropa, o ir a una fiesta, o como ser yo sé bueno mi hija se casa el año que viene, cumple los 15, tengo que adelgazar; este, o me quiero ir de vacaciones y bueno, tengo que adelgazar... para estar bien... Eso, incentivo.

89-Y: Un incentivo.

90-M: claro, empecé como ser un trabajo ponele y... bueno; o salgo... pero como lo mismo me va llevando a quedarme en mi casa, a no salir, a no querer, que sé yo ni a la esquina a hacer los mandados... Mis salidas son ir al supermercado...

91-Y: y ¿cómo es un día de tu vida?

92-M: bueno, en este momento, estas últimas semanas, porque ya te digo que estoy cuidando unas nenas, que las busco de la escuela, que sé yo, o sea; me levanto, tarde, tomo mate, tiendo alguna ropa o hago viste lo que ves acá, ya después me baño y me voy; vuelvo a las cinco y media, seis de la tarde, tomo mate, me siento con mi mamá a jugar a las cartas ponele, o si está mi marido voy, salgo, y después a las ocho o las nueve de la noche, eh, me pongo a mirar la novela, la televisión, como en la cama, eso es otro hábito que agarré, comer en la cama, y ya me quedo acostada... y así.

93-Y: en cuanto a relaciones, de amistades, familia...

94-M: no, no, nada; únicamente el círculo, o sea, el de mis hijos y acá mi mamá y mi marido... nada más... Me invitan, me llaman mis primas por teléfono, vamos a reunirte, o...no, o amigas, así... qué sé yo... pero no.

95-Y: y ese círculo de personas significativas, ¿qué dice acerca de la obesidad?

96-M: no, no...,... no, estás gorda o algo así, pero no... nada más.

97-Y: y para vos, ¿qué implica adelgazar?

98-M: y pienso... primero te sentís bien físicamente, porque yo, lo que me cuesta ahora a mí, es como ser agacharme, que yo antes decía no puede ser... el agitarme para caminar... para hablar... o los dolores, que yo tengo artrosis ya porque tuve menopausia precoz, entonces tuve artrosis... Este, primero físicamente... y después, eh... que vos vas a una tienda, qué se yo, te comprás una ropa, te mirás al espejo, yo me dejé de mirar al espejo... por ahí voy y me miro, yo, el espejo grande que está en la pieza de mi hija, yo no tengo espejo en mi pieza y en el baño está el del botiquín... eso también...

99-Y: y... ¿te pesás con frecuencia o....?

100-M: síiii, me peso, o sea no soy tan... pero una vez al mes me peso.

101-Y: ajá, y ¿cómo es tu reacción si aumentás...?

102-M: ¡oh! Hago así, jejeje... y salgo, y capáz que voy, vengo y me tomo una cerveza... y digo, mañana voy a empezar la dieta...

103-Y: ¿y si bajás de peso?

104-M: ves, eso me ayudaría, pero me falta el arranque para bajar de peso.

105-Y: no, pero si vos vas y te pesás y ves que bajaste...

106-M: ¡hay, me pongo contenta! Porque ya me pasó hace un... qué sé yo, cuando tuve dos meses atrás mi nietito, cuando nació viste, que estuvo internado... eh, me había adelgazado tres kilos, me puse re-contenta, pero después... lo subí enseguida.

107-Y: y si te estás cuidando y no bajás de peso, y estás siempre igual...

108-M: ah, bueno, sería lo peor...

109-Y: ¿te ha pasado?

110-M: no, vos sabés que no, porque aunque sea 100, 200 gramos, pero adelgazo... soy de adelgazar, soy de adelgazar... soy de adelgazar, sinó que me cuesta arrancar.

111-Y: ajá, vos hoy hablabas de un incentivo... pero ¿qué podría ayudarte para que vos puedas seguir, no solamente para adelgazar, sino ya como un estilo de vida saludable?; para adquirir ese estilo de vida saludable ¿qué podría ayudarte?... Tanto a nivel de los profesionales, o a nivel de la familia...

112-M: y, tratar de cambiar mi forma de pensar en este momento... o de cómo veo las cosas, o las reacciones que tengo... una ayuda, una ayuda...

113-Y: en un tratamiento para bajar de peso, cuando un profesional está tratando de ayudarte a bajar de peso, ¿qué te parece que le faltaría?...

114-M: y un psicólogo para que te vaya incentivando, o hablándote, eh, qué sé yo... acompañamiento de un profesional, porque los familiares quizás te puedan acompañar de alguna medida, porque es difícil, porque, porque yo esté, yo tengo mi otra hija que pesa cincuenta kilos y tiene veintiún años... mi hijo... bajó como diez kilos también, eh, pero mide casi dos metros, calza cuarenta y seis, pesaba ciento siete kilos y ahora pesa ochenta kilos, ochenta y siete... este... y no los puedo obligar... a ellos a comer lo que yo como... aunque no tendrían problema... pero es más difícil para cocinar, para... es más fácil poner todo en una olla, comprar una pizza o... qué sé yo... hacer una salsa con fideos...

115-Y: y tu actitud hacia la comida ¿cuál es?

116-M: ¡ah, como! Me gusta comer... como mucho... siempre fui de buen comer...

117-Y: ajá, y ¿tu actitud hacia el movimiento?

118-M: eh... poco, eh, rendí en la secundaria educación física en quinto año... por no ir; nunca me gustó; me anoté en cincuenta mil gimnasios y nunca fui... fui a una clase o dos y después dejé... y ahora lo tengo prohibido por el médico hace unos años, pero puedo hacer aquagym... o caminar... Pero ya estoy tan haragana que ni siquiera me da ganas de caminar...

119-Y: hoy hablábamos de cómo afecta la salud, vos ¿cómo creés que es una persona saludable?... ¿Qué es estar saludable?

120-M: y, andar bien, sentirse bien... estar bien... o sea, médicamente, si vos te hacés un chequeo y estás bien, no tenés, yo tengo colesterol, no tener colesterol, no tener problemas venosos en las piernas... bien en la salud, y pienso que eso conlleva a si vos te comprás una ropa o algo a sentirte bien... Hay muchas cosas, hay flacos que... no decís que son ¡bum, bum!, capáz que se tiran un tiro y se matan, ¿entendés?, eso depende de cada persona.

121-Y: y si tuvieras que mencionar alguna ventaja de la obesidad, o algo positivo...

122-M: ... no veo... no, no veo... la verdad que no, no le veo nada lindo a la obesidad; ni social, ni en la salud ni en lo social...

123-Y: en lo social ¿por qué no?

124-M: en lo social por el rep... ya te dije porque hay discriminación en la sociedad... y porque uno se siente mal también.... Y te limita...

125-Y: entonces si tuvieras que mencionar las desventajas de la obesidad, ¿cuáles serían?

126-M: y bueno, serían esas, primero y principalmente eh... lo que afecta a la salud... colesterol, ácido úrico, eh, todo lo que conlleva tener problemas venosos, porque en las piernas te afecta también, en las arterias, todo eso... en los huesos, o sea, todo lo que signifique... eh, salud, la obesidad, siempre compromete casi todos los órganos... porque al hígado, dice que se pone el hígado graso... tenés miles de problemas... Y después psicológicamente... lo que me pasa a mí, por ejemplo, que no... no quiero salir, no, no, este... me encierro... y... después socialmente, que... querés subir a un colectivo y por ahí los escalones te cuesta más... caminar te agitas... eh, vas a una tienda a comprar y decís “hay me gusta esa remera”, y bueno por ahí no conseguís tu talle y si conseguís tu talle, como ser me pasa a mí, me pruebo la ropa y me miro en el espejo del probador y digo “hay, no por Dios, horrible”, me lo saco, capáz que lo compro y... porque no tengo, me estoy comprando ropa porque no... la ropa mía, que es mía no me entra, estoy renovando todo porque... cada, todos los meses estoy comprando, porque no tengo ropa... Antes yo como ser, tenía un pantalón y lo tenía guardado y decía bueno me lo voy a volver a poner, al pantalón que llevé a la luna de miel, un pantalón elastizado; y hasta hace unos años adelgazaba y me lo ponía... ahora lo regalé.

127-Y: bueno... ¿hay algo más que quieras agregar sobre este tema?, sobre el tema de la obesidad... algo que te genere curiosidad... cualquier cosa que quieras añadir...

128-M: no, que es una enfermedad y que, sí tienen que investigar sobre qué, por qué... aparte no es cierto, porque yo pienso que... que debe haber algo orgánico que te ayude a subir de peso y que qué podría ser la solución, como para la diabetes está la insulina, para el funcionamiento del páncreas... viste, una cosa de esas así...

129-Y: y ¿a nivel psicológico?

130-M: también, por supuesto, que por qué el comportamiento de la persona, en vez de, por qué cambia... porque yo cambié... la, mi forma toda entera de vivir, la cambié...

131-Y: y ¿hubo algún acontecimiento que marcara ese antes y ese después?

132-M: no, yo siempre fui de buen comer... no, no, no... para mí no; no porque siempre me gustó comer, pero siempre me cuidé... yo decía, bueno engordaba, tenía un límite de peso, eh, ya te digo, buscaba ayuda a nutricionista y sabía lo que tenía que hacer, y ahora no tengo esa voluntad de decir “bueno”... me da lo mismo estar gorda que estar flaca, que... yo sé que tengo colesterol alto, que tengo que adelgazar, como dejé el cigarrillo por los pulmones por todo... tendría que dejar de comer. Como ser, antes yo no comía el asado gordo, y ahora me encanta comer la grasa del asado, de las costeletas, de lo que sea... ¿viste?; son cosas que yo sé que no las tengo que hacer y las hago.

133-Y: ¿cuál sería la diferencia en tu actitud hacia la comida, hacia las relaciones o el salir, de cuando tenías sobrepeso nada más, a tener obesidad?

134-M: y... tenía otra actitud... o sea me frenaba, yo sabía, como yo te dije, yo sabía bueno... eh... el mes que viene, el mes que viene teníamos planeado, de verdad teníamos planeado un viaje con mi marido... ir a Merlo, 4 días... y yo ya ahora, ya no... no porque yo digo “qué me voy a poner”, “voy a estar mal”, “se me van a hinchar las piernas”; porque eso me pasa... el último viaje que hicimos fue horrible para mí, nos fuimos hasta Córdoba, a La Cumbrecita con mi mamá y no disfruté nada, porque tenía los pies así, hinchados... eh, la pasé mal... mal físicamente, no por... mal, mal, no me gustó, no... Estuve muy limitada, entonces ahora digo “no”... Otra, en otro momento ya hubiera estado haciendo dieta, caminando... eso hoy es distinto.

135-Y: bueno... ¿hay algo más que quieras agregar, comentar?

136-M: no... por ahí lo distinto, yo tuve 4 hijos seguidos, entonces yo vivía que la escuela, que los delantales, que la tarea, que la comida, que la casa, que esto... de repente empezaron a crecer, qué sé yo... a lo mejor es eso, que están haciendo su vida y no sé... capaz que psicológicamente, por ahí... dicen el síndrome del nido vacío algunos, pero yo los tengo a todos acá, así que a eso no lo tengo, jajaja; me gustaría tenerlo, sí, porque amo la soledad... este... y no sé; pero yo estoy por, antepongo la comida por sobre otras cosas... por sobre mí... antes era al revés... me importaba más yo, la forma estética, no sé si la salud... pero sí

la estética... no sé si era por la edad que era más joven y ahora que uno está más viejo... bueno... ya ve otra, otra cosa distinta, porque yo decía, antes pesaba 40-50 kilos y tenía apenas un poquito de celulitis y no iba a la playa... ni loca fui a la playa... y ahora digo pensar que, ahora que tengo todos estos kilos digo “¡uy!” hubiera sido, no sé, hubiera vivido en la playa porque me encanta el agua, las piletas o lo que sea, y no lo hice... viste, todas esas cosas así... O sea que yo ya traigo complejos.

137-Y: y ¿vos creés que es posible que puedas bajar de peso y...?

138-M: pienso que sí, pienso que sí... Esto que estoy hablando con vos me está ayudando aunque vos no creas...

139-Y: bueno... buenísimo

140-M: eh, si, me estás, porque me estás haciendo pensar...

141-Y: Bueno... Bueno... muchas gracias, por recibirme, por tu tiempo, por tu colaboración.

142-M: no, mucha suerte a vos, muchas gracias.

2. b) Entrevista n°2, Rosa:

Rosa, 65 años, separada, una hija, retirada, peso aproximado 107 kilos, tuvo un descenso importante de peso, 3 meses atrás pesaba 132 kilos; estatura 1,64 mt, IMC 39,78.

R: Rosa. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: y ¿cómo fue ese descenso de peso?

2-R: y bueno, eh... me enfermé del corazón... yo era enferma del corazón antes y después se me normalizó... cuando tuve miocardiopatía dilatada, ahí había bajado... después se me normalizó todo... tengo muchas amistades... pero qué pasa, que nosotros siempre nos juntábamos... pero siempre hay una picada o una comida de por medio... y eso que yo hacía dieta acá en casa, pero... jueves, viernes, sábado y domingo... yo salía, soy muy salidora, ahora no desde que me enfermé, no, no voy a ningún lado... Ir a las invitaciones, vas a una reunión política comés... vas a cualquier otra reunión de cualquier cosa... comida... y eso fue lo que me fue llevando a... a ir aumentando... y por empezar yo no tengo complejo de

gordura... yo no tengo complejo, o sea que yo asumí mi gordura; que si yo hubiera tenido complejo no engordo, porque yo soy de cuidarme... si yo con mi hija salíamos, hacíamos cien cuadras por día... caminábamos, habíamos bajado bastante bien la vez pasada... y después dejé de caminar, porque ella empezó a trabajar y yo sola... no camino... Y ahora sí bajé sin caminar, sin nada, estando acostada, sentada por el problema que tengo.

3-Y: nada más que con la alimentación...

4-R: únicamente con la alimentación.

5-Y: y ¿cómo hiciste?

6-R: y bueno, el médico me dijo “si quiere vivir, tiene que bajar de peso”... Sí o sí fui a una nutricionista que... que fui pero ni siquiera como lo que ella me mandó... porque yo ya tantos años que he ido a nutricionistas, he ido a endocrinólogo porque tengo problemas de tiroides también que eso ayuda mucho a engordar... que ya sé lo que tengo que comer y lo que no tengo que comer, pero lo que más me bajó fue comer todo sin sal, que fue lo que más me costó... porque yo era de comer la comida bien condimentada, bien sabrosa, para colmo soy cocinera... pero ahora ya me acostumbré, no, no tengo, no como ni la cuarta parte de lo que yo, este, comía.

7-Y: y ahora ¿movimiento...?

8-R: movimiento, casi sedentariamente, ahora me mandaron caminar una cuadra, y caminé los otros días una cuadra y media y vine que no daba más; aunque el cardiólogo me dijo que caminara media hora, pero no, no, no... si me está funcionando el 47% del corazón.

9-Y: y ¿cómo fue recibir esa noticia?

10-R: la acepté... porque yo tengo, soy muy católica, tengo mucha fe... entonces yo dije “bueno, si Dios me lo manda...” le tengo que retribuir, como me mandó todo lo bueno, me mandó la enfermedad... Me sanó una miocardiopatía que los médicos mismos se admiran, porque el músculo del corazón se te agranda y nunca más se achica... y a mí me volvió a la normalidad; yo tengo todos los estudios que mi, el diafragma mío, las costillas me pinchaban el corazón... era enorme el corazón que tenía, que una noche el Dr.----- le dijo a mi hija que de esa noche no pasaba, en terapia estaba... y sin embargo yo, salí... Salí, yo me iba a Rosario, al Padre Ignacio, venía y andaba ¿viste?, y por ahí me hago Reiki también... y digo “yo me voy a sanar”; y ahora nomás que en los estudios anteriores me habían salido re-mal,

yo de noche 2 o 3 horas haciéndome oraciones, rezando y pidiendo, pidiendo y pidiendo ¿viste?, ahora me hice el otro día otro estudio y las arterias están todas destapadas... Entonces yo pido, pero sí me cuido... Hay días que me da ganas de comer algo y lo como... me doy un permitido, y cada 10-20 días hago un día de ayuno total.

11-Y: ¿eso está controlado con los médicos?

12-R: bah, yo ni le digo a la nutricionista... me tomo un vaso de leche, sí, por los medicamentos y después te hago 24-26 horas de ay... de agua, agua sí tomo, 3 litros de agua o 4 medido lo tomo... agua sola fuera de lo que consuma en el mate o en algún caldo o... o algo; y eso me ayuda y me voy controlando con la balanza... Y a la nutricionista voy porque me dice “ah, vas re-bien, vas... te peso, hacés lo que yo te digo...”, “sí, sí, sí” pero... Yo me hago mis comidas.

13-Y: claro, si sos cocinera; y eso ¿creés que influye, el poder cocinar vos misma...?

14-R: no, me gusta más que me cocinen... porque al principio cuando yo estaba más enferma me cocinaba mi hija, pero ahora ella tiene menos tiempo, me hago yo... Entonces me hago un bifecito, deshueso un pollo o compro un lomo y ya tengo los bifecitos cortados, me hago una buena ensalada y un caldo y ya está; queso crema con una tostada y, y listo... Y no como mucho; fruta como más, fruta yo por lo menos de noche es rara le noche que, que ceno... me como una o dos frutas...

15-Y: con respecto a la obesidad, si no lo llamáramos obesidad ¿qué otro nombre le podríamos poner?

16-R: y gordura, yo le decía gordura.

17-Y: y a la persona con obesidad, ¿de qué otra forma se le puede llamar en vez de obeso?

18-R: y a mí me dicen gorda.

19-Y: y ¿cómo preferís que se le llame?

20-R: no, no, no, no, no, porque yo sé que las personas que me lo dicen son personas que me quieren y que yo quiero... No me lo dicen ni de mala onda ni... ni nada; por ahí hay algún vecino por acá, porque yo era presidenta de la vecinal, que decía “¡ah, la gorda esa!”, ¿viste?, entonces vos ahí sentís que te... te llaman como con desprecio, pero como yo los ignoro... no me molesta.

21-Y: ajá... y ¿qué es la obesidad para vos?

22-R: también es una enfermedad... es una enfermedad y es algo que uno a veces no toma conciencia de lo que tiene que comer... Y vos ves la comida y te tentás y comés... te tentás y comés... Porque yo a veces iba a algunas reuniones y decía “no voy a comer hoy”, “no voy a...”, estaba haciendo dieta antes de enfermarme, y decía “bueno, yo no...”; ya había empezado la dieta, porque ya me sentía mal, decía “no voy a comer” pero iba y que veía bocaditos, que empanadas, que asado, que por ahí ravioles, por ahí tallarines... y a mí la pasta me encanta... y comía... Y que por ahí te tomás un vaso de vino... el doble todavía... Encima a mí no me molestaba para caminar, para andar, para subir escaleras, para todos lados...

23-Y: ah, ¿no tenías dificultades para andar?

24-R: no, ahora después cuando ya empezó mi corazón a andar mal... ahí ya no... ya no pude caminar... Y ahora que estaba la interna esa, la política como me lamentaba, que yo siempre andaba en las caminatas, yo te caminaba 100-200 cuadras ida y vuelta cuando caminaban todos; yo cuando me enfermé estaba haciendo aquagym y se me dio por hacer natación y ahí fue que me descompuse... Porque yo soy veleta, soy de andar, de viajar, me encanta; yo a mi hija la llevaba a todos los viajes, tal es así que ahora le pedí permiso al dr. para irme a Jujuy, y ella dice “mami, tengo ganas de irme a las Cataratas” “y bueno, vamos” le digo yo. Yo soy de... no soy de quedarme, soy de salir...

25-Y: y ¿cuáles creés que son los motivos por los cuales una persona aumenta de peso?

26-R: porque come... Porque si vos no comés no aumentás...

27-Y: como causa de la obesidad, ¿cuál pondrías en primer lugar?

28-R: y el comer... el comer... El sentirte bien... el comer, pero después que vos comés a veces te arrepentís... porque yo a veces, no es cierto, iba y comía y después decía “¡hay, y para qué comí, para qué comí!”... Y a veces la demás gente que te dice “comé, comé, comé” ¿viste?... O vos también le decís a los otros... como yo ahora le digo a mi hija “no comás porque estás, mirá como estoy yo”... y se enoja.

29-Y: y ¿a vos alguien te decía también antes de que tuvieras este problema del corazón...?

30-R: una amiga que tiene problemas de salud... que ahora ya prácticamente no puede ni caminar... Pero ella también comía... Y las dos nos decíamos “vamos a cuidarnos, no vamos

a comer” y sinó me llamaba por teléfono “Rosita por qué no vamos, vamos a comer esta noche” salíamos a comer las dos... vamos a despedirnos de la comida... y la despedida era ir y comer... hasta que no dábamos más... porque total mañana empezamos la dieta... al otro día nos olvidábamos de la dieta por supuesto.

31-Y: y ¿qué te parece que hace una persona para estar delgada? O ¿qué es lo que hace que una persona sea delgada?

32-R: ... yo pienso que se quiere más la persona...

33-Y: ¿por qué? ¿Cómo?

34-R: porque se cuida, se cuida estéticamente... tiene motivos para cuidarse...

35-Y: y con el que tiene obesidad, ¿qué pasa? , en ese sentido.

36-R: ...y a lo mejor no tenés motivos, no tenés incentivo como para cuidarte... Por lo menos yo pienso que a lo mejor una mujer... joven, que está sola, yo hace varios años que estoy sola, se puede cuidar para tener un novio o algo, pero como a mí no me interesaba eso... no, no me cuidaba... Y ahora me cuido por mí, quiero vivir... quiero vivir, porque es una enfermedad y me ha afectado a mí... Yo tengo artrosis, tengo diabetes... este, tengo tiroides... y aparte el corazón...

37-Y: y a nivel de relaciones, de amistades ¿te ha afectado?

38-R: no, no, no, no. No porque yo te digo que... no tengo problemas con las amistades, tengo muchas amistades.

39-Y: y a nivel psicológico, emocional...

40-R: por ahí a nivel psicológico sí, porque yo voy, veo una ropa que me gusta y digo “ah, yo me quisiera comprar eso” y... y no puedo... Y eso sí, a mí me gusta cuando salgo vestirme bien, aunque gorda y todo, pero yo me compro o me hago hacer, o me gusta un modelo que veo, siempre y cuando sea adaptable a mí, a mi físico, si no está en la tienda como me gustó o me lo compro o me lo hago hacer; ese es el drama que yo no tengo este... no me... me acepté como soy.

41-Y: y ¿tuviste obesidad siempre o cómo fue...?

42-R: y no, yo cuando era... soltera era muy delgada... Tenía, este... hipertiroidismo... y

cuando quedé embarazada me hicieron un tratamiento porque en vez de engordar con el embarazo, bajé; entonces embarazada y todo me hicieron un tratamiento y después a los años ahora me dijo el médico “el tratamiento que a vos te hicieron te pasaron de hiper a hipotiroidismo”; y después, cuando era, casi tenía 17-18 años... bueno a los 21 me separé... bueno ahí yo me cuidaba... hacía deporte, hacía artes marciales, corría... y después me dediqué a trabajar, y fue todo en gastronomía... y ahí empecé a engordar... y después... bajé de vuelta... y después volvía a engordar... Tenía temporadas así que... pero a lo mejor te pasaba 4-5 días sin comer... no era que yo iba a una nutricionista o algo... hacía todo por mi cuenta...

43-Y: y ¿en esos intentos de bajar de peso...?

44-R: bajaba.

45-Y: y ¿después?

46-R: y después engordaba.

47-Y: ¿qué métodos usabas para bajar de peso?

48-R: y comer verdura, comer bifecito y estar 4-5 días a agua... Y después comer de vuelta fruta, verdura, todo eso. Y por ahí arrancaba, ¿viste?, que iba a una comida, que me invitaban a un cumpleaños, que un casamiento, que una despedida, porque al tener muchas amistades, todos, a mí todos me invitaban, porque a mí siempre me gustó bailar, saltar, empezar, era la que abría el baile gorda como estaba ¿viste?, o flaca... siempre empezaba la fiesta; entonces yo, aparte si había, si estaba un enfermo, yo andaba con el enfermo; si había un velorio, yo estaba en el velorio; si había una fiesta, yo estaba en la fiesta; porque yo digo los amigos hay que estar en todo momento y en todo lugar... y hasta el día de hoy la sigo.

49-Y: ¿de qué manera creés que contribuye el obeso a su obesidad?

50-R: a enfermarse más... La obesidad lo que te trae, lo único que te trae es enfermedad, eso lo he comprobado yo... porque no te trae nada lindo, nada bueno, nada más que enfermedad. Vos vas a una tienda, no tenés talle... por empezar... sos discriminada por los fabricantes de ropa... porque te hacen un talle 50, pero un 50 que es un 40... porque los gordos no conseguimos ropa... El gordo no consigue ropa... menos con los talles, porque te dicen “sí, acá tiene un 60”; los otros días yo quería comprar pantalones, bueno ya conseguí, para mí; pero yo antes, hace 10 años-12 atrás, yo iba y pedía un talle para mí, yo a esta altura como

estoy ahora, con un 54-56 andaba, ahora tuve que comprarme un 60, tuve que achicarle, sí, la cintura, todo, porque me queda grande... Aparte, el principal problema es que no conseguís ropa... y sinó tenés que andar con una sábana puesta...

51-Y: y ¿eso cómo te hace sentir, cómo...?

52-R: y eso te hace sentir mal, te hace sentir mal; o vos vas por el centro y te mirás en una vidriera y... horrible... horrible...

53-Y: y ¿cómo creés que los demás ven a una persona obesa?

54-R: y, te deben ver igual... te deben ver igual, nada más que a veces no te lo dicen por respeto o porque te quieren... pero entre ellos deben comentar.

55-Y: igual ¿cómo?

56-R: y deben comentar “mirá que gorda que está” o “mirá como está de deformada” o “mirá esto, mirá esto otro...”... Por ahí alguna que quiere, que tiene más confianza te dice “gordita, ¿por qué no te cuidás y bajás de peso?, te haría bien y esto...”; te digo porque a mí me lo han dicho... pero yo no me enojo, lo tomo bien porque sé que es un consejo que me están dando y es para mi bien, no es para mi mal... Por ahí muchas personas gordas que le dicen adelgazá y se ofenden, mi hija es una de esas.

57-Y: ¿por qué creés que pasa eso?

58-R: ... porque no lo asume... porque cuando yo le digo “estás gorda, mirame a mí, mirame como yo estaba... vas a seguir, vas a ser igual que yo... Cuidate, dejá de esto, dejá esto otro”, no, parece que ella vá y lo hace adrede y come más.

59-Y: ¿eso cómo te hace sentir?

60-R: y, me hace sentir mal porque yo no quiero que ella sea como yo...

61-Y: y ¿cómo creés que la sociedad influye en la obesidad?

62-R: y te dan propagandas de los cocineros los tenés cocinando todo el día una comida más rica que la otra; te dan la propaganda de la picada Paladini, que vos la ves de noche cuando estás comiendo una manzana y te pasan el jamón, te pasan los salames, el queso... y si yo no estuviera haciendo dieta, a lo mejor me levanto y voy y compro... Te influye mucho eso, mucha comida chatarra... aparte el precio que está hoy en día también, la carne si vos te

querés comer un bife o algo así, está carísimo... hay mucha gente que lo puede comprar, otra gente no puede comprar... y vos te podés alimentar con verduras, pero no tienen, algunos no tienen todas las proteínas que, que, lo mismo un pedazo de carne, de pollo, de pescado; yo voy haciendo siempre una dieta variada para no cansarme... pero todos no pueden hacerlo...

63-Y: el factor económico...

64-R: el factor económico influye mucho, influye mucho; porque qué come la gente más, más pobre digamos, fideo hervido o arroz hervido... Está bien, el arroz no engorda tanto, pero todos los días... o fideos hervidos todos los días porque... tengo gente que conozco que... que te comerán carne una vez a la semana, si comen... y que polenta, que arroz, que fideos, fideos con salsa, fideos con un poquito de tomate... eso te engorda, y pan...

65-Y: ajá; ahora, se dice que la obesidad en la sociedad va aumentando...

66-R: va aumentando, pero es la comida chatarra... Porque si estuviéramos bien alimentados... o todos haríamos una dieta balanceada, no engordaríamos.

67-Y: ¿y en cuanto al movimiento?

68-R: también, el sedentarismo te engorda mucho; yo la vez pasada, salíamos a caminar con mi hija, estábamos las dos delgadas, pero nos hacíamos hasta cien cuadras por día; nosotros nos levantábamos por lo menos a las 7, a las 8 ya nos íbamos hasta el parque Gazano, nos dábamos unas diez vueltas en todo el parque, no en la parte chiquita sino en la parte grande del parque, que son 70 cuadras más o menos, y después tenemos 12 de ida, 12 de vuelta... y por ahí hacíamos una o dos cuadras más para llegar a la esquina... Pero eso era todos los días... y andábamos bien.

69-Y: ajá, eso justo te iba a preguntar, ¿cómo se sentían, cómo andaban?

70-R: andábamos bien, andábamos bien; a mí no se me hinchaban las piernas, nada; veníamos, nos dábamos un baño, nos sentábamos en la puerta, tomábamos mate, y después nos cuidábamos en las comidas, por supuesto...

71-Y: ¿y eso por qué se fue dejando?

72-R: y porque mi hija empezó a trabajar... Yo ya estaba retirada, no trabajaba... y a mí caminar sola no me gusta... Y si no salía con ella, yo salía con otro señor, que también estaba adelgazando, y dejé yo después me enfermé y ya dejó él... Y salíamos los dos a caminar.

73-Y: o sea que el acompañamiento...

74-R: el acompañamiento, yo te camino pero acompañada. Yo voy al centro con mi hija ahora, y el otro día yo caminé, en total habremos caminado 7-8 cuadras y yo no me agité, no me sentí mal, está bien que ella me agarraba el brazo y me decía “mami, despacito” porque yo me olvido que estoy enferma o será que... que yo no le presto atención a mi enfermedad, le presto atención, sí, pero no es que estoy todo el día “estoy enferma” o “esto me va a hacer mal” o “esto voy a hacer esto...”, no, yo tengo la enfermedad, ¡bueno, la tengo!... la asumo... y camino. Los otros días fui allí, una cuadra y media habré hecho, unas 3 cuadras entre ir y volver, y vine acá y estuve sentada más de media hora porque no daba más... era la primer salida sola que hacía.

75-Y: ajá; la enfermedad que tenés ¿qué es?, ¿te operaron o...?

76-R: no, no, no, no, no; posiblemente me tengan que operar, pero para febrero, marzo... porque a mí me funciona el 47% del corazón; tengo el miocardio y el pericardio ya no... apenas si... si me lleva la sangre al corazón... Pero el médico pensaba que yo tenía todas las arterias tapadas, que me tenían que poner un stent; y ahora, el mes pasado me hicieron un, este, cateterismo... y mis arterias me salieron perfectamente bien, limpias.

77-Y: y ¿ahí ya estabas cuidándote?

78-R: si, si, si, si, si, si, si... Si, si yo hace, hará 4 meses más o menos que me enfermé, y el cateterismo me lo hice hace 15 o 20 días... Ya me estaba cuidando, si al bajar tanto de peso influyó en todo eso.

79-Y: y ¿cómo te sentís al haber bajado...?

80-R: y me siento mucho mejor, más liviana; estéticamente también... aparte la gente te vé y te dice “huy, ¡cómo bajaste!”, “¡qué bien que está!”, que esto, que esto otro... Te ayudan... eso te ayuda mucho...

81-Y: ajá; hablando ahora de algo que ayuda, cuando a una persona le dicen que tiene que bajar de peso, hablo de los médicos...

82-R: de los médicos...

83-Y: ... ¿qué necesitaría esa persona, como ayuda, para poder bajar de peso?, una vez que le dan esa indicación de que tiene que bajar de peso.

84-R: bueno yo le hago caso, yo al médico le hago caso... Porque vos necesitás que el médico te diga “mire, tiene...”, bueno yo nunca tuve, gracias a Dios, no tuve colesterol, no tuve ácido úrico, no, no tenía nada... mi problema, lo que yo tenía era la diabetes y la controlo con comida a veces, porque tomo pastillas pero hay veces que, yo me mido todos los días, y yo veo que está muy baja directamente no tomo los medicamentos... entonces eso mismo me dice bueno... me siento bien yo porque al no tener diabetes es porque estoy haciendo bien las cosas... Ahora hace poquito fui al dr.---- y le digo “dr., tengo ansiedad de comer”, porque tenía ansiedad de comer, y me dio unas pastillitas, y que me están ayudando muchísimo... porque yo me levantaba y era desesperación que me había agarrado por comer.

85-Y: y ¿a qué creés que se debe eso?

86-R: dijo él que era ansiedad del mismo problema del corazón... Aparte de ser una persona que yo me levantaba, me cruzaba enfrente, me traía medialunas, me traía facturas, me traía bizcochitos con grasa... y ahora no, voy y busco una galletita de salvado o me hago 4 tostaditas y compro el queso crema... y ya está... Y a veces lo hago y no es que tenga ganas ni nada, pero como tomo tantos medicamentos, lo hago por los medicamentos...

87-Y: y en cuanto al modo de alimentarte o la actitud frente a la comida, ¿notás una diferencia entre el antes de saber...?

88-R: siiiiiiiii; sí, ahora yo acá soy casi la que menos como... antes era la que más comía... Por ahí hay un día, un día domingo ponele, que agarro y... me, yo sola me doy un permitido, me como en vez de, un plato ponele de ravioles con estofado, capaz que me como un plato y medio... pero a la noche ya no lo hago... Y después al otro día ya empiezo a... a cuidarme. Por ahí hay semanas enteras que como lo que comen todos, de haragana por no cocinarme, pero... a mí la nutricionista me enseñó a dividir el plato en cuatro, entonces como la cuarta parte... Y menos que yo no hago actividad, que si yo estuviera haciendo alguna actividad ya hubiera adelgazado el doble... Porque ahora puedo por lo menos venir de mi habitación que está ahí hasta acá sin agitarme, pero antes yo venía de mi habitación me sentaba en la cocina, descansaba un rato y de ahí llegaba acá y estaba así...

89-Y: y ¿con qué frecuencia te pesás?

90-R: y una vez a la semana, por ahí me peso dos veces, por ahí dejo pasar 20 días o un mes.

91-Y: y ¿si aumentás de peso, cómo...?

92-R: no, me recontraído, hasta que no vuelvo al peso que yo tenía anteriormente, y ahí empiezo de vuelta con la dieta bien estricta...

93-Y: ¿cómo es eso de cuidarte? ¿Cómo es la dieta estricta?

94-R: y comer la carne, el pollo, el pescado, todo sin sal; bastante verdura, fruta. No pongo una sola verdura, pongo ponele los colores, pongo dos o tres colores de verduras para ir teniendo todas las proteínas... La leche descremada....

95-Y: ¿antes vos habías hecho algún tratamiento para bajar de peso?

96-R: muuuchas veces, muchas veces...

97-Y: ¿qué resultados tenías?

98-R: bajaba sí, pero así como bajaba, yo te subo en dos o tres días, te subo mucho... Aparte soy de retener líquido.

99-Y: ¿a qué creés que se deba eso de subir mucho?

100-R: y los médicos me han dicho que es el problema de tiroides...

101-Y: ajá... Y ¿qué opinás acerca de todo esto que por ahí pasan por televisión de aparatos que apretás un botón y...?

102-R: y, no, a mí no.

103-Y: o los tés, o las semillitas de la oreja...

104-R: nooo, yo tuve la semillita en la oreja, me la hice poner, bajé, pero no es la semillita, es porque te daban la dieta de comida y vos tenías que comer eso y tenías que caminar, no es que te pongan la semillita. Fui creo que dos o tres meses, después dije yo “esto es una pavada”, la semillita es... es una pavada... es una pavada. Y los aparatos, yo tengo la cinta comprada ahí, pero yo compraba la cinta y me hacía doler los tobillos... Está bien, no salía a caminar afuera pero al estar en la cinta e ir medio cuesta arriba así... me hacía mal, entonces dijo yo “no, salgo, voy, camino, tomo aire” y salía a caminar.

105-Y: entonces, si una persona que tiene obesidad quisiera bajar de peso...

106-R: baja.

107-Y: ... ¿qué es lo que le recomendarías vos que hiciera?

108-R: que se cuide en las comidas, que tome mucha agua que es lo mejor... el agua es lo mejor, y que camine, que no haga vida sedentaria.

109-Y: ¿y en cuanto a actitud?

110-R: y actitud, que se mire todos los días en el espejo y que se vea la difere..., que vaya viendo la diferencia, y que se vaya pesando, y va a ir cambiando... Yo esto era acá, mi cadera así redonda, por supuesto me está quedando estos cueritos acá, que digo “bueno, si me queda después y no me gusta... me lo, me lo haré cortar; me lo haré sacar”; pero el problema mío es... más es la salud... más es la salud, porque si yo sigo comiendo, yo ya si hubiera seguido comiendo ya a esta altura del partido estaría muerta... y yo quiero vivir... Vivir y vivir bien.

111-Y: ¿qué sería vivir bien?

112-R: vivir como estoy ahora; ir, venir, salir, hablar, caminar. No estar en una silla de ruedas o andar toda renga o toda torcida, que tuviera un ataque de presión, que quedés hemipléjica; que todo eso te trae la gordura, la obesidad. Entonces, para mí eso es vivir mal, y eso yo no lo quiero.

113-Y: ajá...

114-R: aparte nosotros venimos ya de familia obesa. Mi mamá no, mi mamá no era obesa y no se cuidaba pero ella no... bueno, también era diabética, se cuidaba por la diabetes; pero mi abuela, mi bisabuelo eran todos, todos han sido gordos.

115-Y: ¿cómo creés que la familia tenga...?

116-R: y si, porque ellos, mi abuela era que hay que comer para alimentarse y para ser sano; para ella el ser gordo... gente del campo, para ser gordo tenés que ser sano... La persona delgada, era enferma... Y eso fue lo que nos metieron en la cabeza desde chicos...

117-Y: y ¿qué es ser sano?

118-R: ser delgado, para mí es ser delgado, sentirte bien, estar bien, no tener colesterol, no tener ácido úrico, no tener diabetes, no tener nada; porque una persona delgada, son los menos enfermos... Antes vos tenías un bebé chiquito, vos lo veías delgado lo llevabas, la mía era flaquita, “dr. la veo flaca”, tenía 6-7 años era flaquita porque estudiaba danza todo, decía el

dr. “es sana, tu hija es sana”, “no, mire las piernitas que tiene”, “que querés, que te la infle con un inflador” dice... Pero viste que antes los chicos tenían que ser gorditos...

119-Y: ajá... ser gorditos.

120-R: y después yo me dí cuenta, por una cuñada mía que vivía acá al lado que ella tenía dos bebés chiquititos así, un mes, y les hacía unas tazas así de pan con leche y les daba; vos la ves ahora a la chica 130-140 kilos... Y los hijos de ella iguales.

121-Y: y en cuanto al sentido de estética, de qué es lo lindo, hay gente o en algunas culturas se relaciona el estar gordo...

122-R: sí...

123-Y: ... con belleza...

124-R: con belleza, con belleza...

125-Y: ... es símbolo de prosperidad, de belleza...

126-R: ... de prosperidad, los italianos tienen que ser gorditos para estar bien.

127-Y: y ¿qué opinás vos de eso?

128-R: y bueno, yo opino que tampoco ser muy delgado como una modelo que no come o que son bulímicas, pero tampoco ser gordo; estar en un término medio... estar delgado pero bien alimentado... No ser seca, seca o piel y hueso tampoco es lindo; porque vos ves y parecen unas calaveras andantes... Que también les trae problemas a la salud, se mueren más rápido que el gordo... Entonces tenés que tener un término medio... Yo ahora con la edad que tengo, no voy a pretender pesar 50-55 kilos como era mi peso cuando yo era soltera... Yo más de 50 kilos 55, nunca tuve; y después de separada tenía 61, lo máximo que tuve fueron 67.

129-Y: y ¿cuál sería un peso saludable ahora para vos?

130-R: y ahora para mí sería tener 75-80 kilos.

131-Y: y de estatura ¿cuánto tenés?

132-R: mirá, yo medía 1,68 y ahora con el asunto de la artrosis, eh, mido 1,64.

133-Y: ¿cómo creés que es el estilo de vida de una persona que está delgada?, en cuanto a

alimentación, movimiento.

134-R: y es mucho, mucha mejor calidad... Es otra calidad de vida... Tanto para la salud, como social, para cualquier cosa.

135-Y: y ¿por qué?, ¿qué le pasa al que tiene obesidad?

136-R: ... y a veces socialmente, te sentís mal... te sentís mal... Aunque no lo demostrés, pero, por dentro te sentís mal... Porque yo a veces iba, yo siempre andaba, me hacían este... reportajes en la televisión, sea por política, o por vecinales, o por los viajes que hacía por todos lados... yo no decía nada pero... me sentía mal... Y enton, en cambio estando delgada, no. Porque yo he engordado varias veces y he adelgazado... Pero es, me cuesta más adelgazar que engordar; porque yo en 2 o 3 días te engordo 2 o 3 kilos si me pongo a comer, y para bajar 2 o 3 kilos a lo mejor tengo que estar un mes... o más. Y cuidarme, ni una gota de sal, nada de nada; toda la carne o lo que sea todo desgrasado, todo; el aceite de oliva, o el aceite medido por una cucharita... todo por medida... Y para engordar, no cuesta nada...

137-Y: entonces para vos el que engorda ¿a qué se debe?

138-R: ... por empezar hace sedentarismo... y come.

139-Y: y ¿a nivel psicológico?

140-R: y también te hace falta, yo jamás he ido a un psicólogo... yo no sé lo que es un psicólogo... Nunca he ido a un psicólogo.

141-Y: pero... ¿qué creés que pasa...?

142-R: y yo sé que el psicólogo te va a decir “mirá, tenés que adelgazar por esto, por esto, por esto, por esto”, por todo lo que, yo ya sé todos los problemas que contrae la gordura... es lo que me va a decir el psicólogo.

143-Y: y esos problemas ¿cuáles son resumiéndolos?

144-R: dejar de comer lo que comés.

145-Y: vos dijiste los problemas que contrae la...

146-R: que trae, bueno son todos los problemas de salud, todos los problemas sociales... que vos te sientas mal, que no puedas ir a algún lado; y eso es lo que, yo no me siento mal...

Porque yo antes de enfermarme, en un mes me hice 4 viajes... a mí no me molesta, yo... Mirá que me iba a La Quiaca, andaba por todos lados, volvía, me iba para Salta, a la Virgen del Cerrillo, fui a Córdoba, a La Falda, a San Francisco, a... a todos los lados donde fuimos con mi hija, me vine... después me iba a ir a otro viaje y me enfermé justito... Yo no tengo problema, no tengo complejo; yo iba todos los días a hacer aquagym y mi hija no quería ir conmigo porque tenía complejo de ponerse malla, y yo tenía 40 kilos más que ella, yo me ponía malla... Ella cuando vamos a una pileta, tal vez no se quiere poner malla, yo voy a las termas yo me pongo malla; está bien, me pongo una toalla o el pareo hasta la escalerita y me lo saco y me meto al agua... No tengo eso... tanto... tanto complejo... Ahora tal vez que no lo haría porque lo que estoy adelgazando, viste que te va bajando la carne de acá o la grasa o lo que sea... Yo la vez pasada estaba preparada para operarme de las piernas, que había bajado 40 kilos, y la panza... y después engordé y ya no fui más, ya tenía turno, todo para hacérmelo en Santa Fe, en el Hospital Iturraspe, y después me hice todos los estudios para hacerme poner el bypass en Puigari, ya tenía turno para julio hace dos años y... yo le hago mucho caso a mis sueños o a mi presentimiento, ¿viste?, y una noche soñé que me operaban, no lo soné, estaba despierta, estaba haciendo oraciones, Reiki, qué sé yo, y me vi que yo me moría en la sala de operaciones, entonces dije yo “no hago nada”... Y bueno, a los 15 días me enfermé, voy al médico y tenía un desastre mi corazón... que ahora los médicos recién ahora me están diciendo “usted”, el dr.---- me dijo el otro día “yo a usted en dos meses la veía que se moría, ya no”, “usted no estaba ya para estar acá”; fui al cardiólogo y me dice “ mirá, ahora que estás mejor te voy a decir... vos te estabas muriendo cuando viniste acá ya” dice, “no sé cómo estás vos, cómo salieron estos estudios así”, “cuando vos viniste acá, yo 15-20 días” dice “ y hablamos con el dr.----- telefónicamente, la gorda se muere”; y bueno la gorda está, “hace más de 20 años que me están anunciando” le digo yo.

147-Y: y ¿cómo es vivir todo eso?

148-R: y lo viví, yo lo vivo de... desde la fe mía... Está bien, los medicamentos, los médicos, yo hago todo lo que me dicen, me ayuda, todo eso me ayuda, solo no podría... Pero si vos te entregás... o pensás todo el día que estás enferma, que te vas a morir... te morís más rápido... Porque mirá, yo cuando tuve la miocardiopatía dilatada, todas las personas que estaban este, internadas conmigo, que eran como 15, para colmo habíamos dos o tres que éramos amigos, están todas muertas... Todas muertas.

149-Y: y ¿a ellos cómo los veías vos?

150-R: y se entregaban... se entregaban.

151-Y: así que esa fuerza tuya...

152-R: es una fuerza de voluntad que tenés que tener... de querer salir y seguir adelante; yo sé que, dije pero a lo mejor me siento o me acuesto y amanezco muerta, lo acepto. Yo me enfermé, lo primero que hice llamé al cura venga póngame los óleos del enfermo; vino el cura me dio misa acá, misa, oraciones... La vez pasada cuando estuve tan enferma, también, va confieso, a mí me viene la ministra de eucaristía, me trae la hostia, toda la, todos los sábados; y así, hacer el bien a la gente, no hacer maldad, nada... porque si vos hacés maldad o hacés algo qué ganás, te enfermás; si tenés odio, si tenés bronca te enfermás vos, el otro capaz que está feliz y vos estás enferma de odio o de bronca o de lo que sea... y si vos hacés el bien, se siente bien la otra persona y te sentís bien vos... Yo era de andar ayudando a la gente, buscando ropa, llevaba ropa para todos lados; pedía ropa, tomaba un colectivo o tenía amigas con auto, me iba, juntaba ropa para Cáritas, en el once andaba juntando cosas y así; hasta ahora por ahí me siguen tra, mirá ahí el bolso está lleno de ropa que me trajeron y a eso lo tengo que mandar a la iglesia. Pero yo antes tal vez me iba al volcadero y la llevaba directamente... y son cosas que a mí me hacían sentir bien.

153-Y: así que no has cortado con...

154-R: no, no corto, y políticamente... mirá, vinieron los radicales, los peronistas, los socialistas, todos vinieron acá; porque ellos saben que yo trabajo con todos, yo le digo “yo elijo a la gente buena”, y ahora dicen “gorda, aunque sea por teléfono manejáme esto, trabajáme esto otro”... Pero yo era de salir, de caminar, de ir a golpear puertas y hablar con la gente, de llevar políticos a algo y todo. Y ahora en esta campaña lamentablemente, nada... entonces me llamaban ellos a mí, o venían ellos así.

155-Y: y ¿cómo es quedarse quieta?

156-R: y es horrible, es horrible... es horrible, pero aunque sea ¿viste? yo telefónicamente estoy... telefónicamente estoy... El otro día hicieron una reunión, vinieron, me buscaron acá, me llevaron, entré al salón donde estaban todos y nadie fumaba, todos afuera, y terminó la reunión y bueno, di mi punto de vista, dije lo que se podía hacer para acomodar algo y ahí me volvieron a traer de vuelta, je.

157-Y: re-bien... bueno, ya hemos completado... lo único, para ir cerrando, es que si vos ¿le

encontrás alguna ventaja o algo positivo a la obesidad?

158-R: ninguna, siendo obeso nada, cero ventaja... cero ventaja, porque lo único que te trae son problemas, de salud, de todo. La obesidad cero ventaja.

159-Y: entonces como desventaja, ya lo que habíamos hablado... de problemas de salud...

160-R: si, los problemas de salud, problemas económicos, la comida chatarra... la pobreza... porque ahora blablablá, muchos planes, muchos planes, pero hay muchos que le dan planes y no lo utilizan en comida, lo utilizan comprándose motos, celulares, cigarrillos; que yo en vez de darle esos planes, le daría una fábrica y le daría trabajo con un mejor sueldo, con obra social, cosa que tengan a los chicos, que les enseñen a comer desde chicos a comer sano.

161-Y: y en las familias con buen poder adquisitivo en las que hay chicos obesos...

162-R: y si, porque los dejen comer cualquier cosa, o por comodidad, porque al chiquito vos tenés que enseñarlo desde que es bebé a que coma sano; entonces se va a acostumbrar... o ya enseñarle a comer sin sal... a comer verduras, yo acá tengo una de mis bisnietas va a cumplir recién dos años y ella te come todas las verduras, las ensaladas de lechuga amarga, de cebolla, de todo; ella come todas las verduras. Entonces a los chicos tenés que enseñarlos, porque si vos le enseñás que no coman verduras, te elige la verdura y te la pone al lado, hacérsela comer, que le sienta el sabor.

163-Y: entonces la familia...

164-R: es la, tiene mucha importancia en la alimentación... mucha importancia en la alimentación de los chicos; enseñarles a comer fruta, yo acá a mis bisnietas, yo voy y compro fruta y como una fruta yo y las llamo a ellas y ya les doy; o hacemos ensalada, bueno, coman ensalada. Esa chiquita desde que empezó a comer, las verduras chiquititas se las empezábamos a dar y ella ahora va a cumplir 2 años, bueno, ella te come todas las verduras. Nosotros a veces hacemos lechuga amarga con cebolla y a ella le encanta, vos hacés repollo te come repollo, hacés zanahoria ella come zanahoria. Y la otra que es más grande dice "a mí no me dés velula" y te elige las lechugas, te las elige.

165-Y: y el gusto por la comida más sana ¿cómo creés que se va dando eso?

166-R: y es que se van adaptando los chiquitos, vos les enseñás desde chiquitos a comer y ellos aprenden a comer.

167-Y: y con el grande ¿cómo se hace?

168-R: y con el grande tenés que repetirle y decirle; acá a mi nieta más grande, cuando era chiquita comía zanahoria, ahora que ya tiene 20 años no te come las zanahorias.

169-Y: y eso ¿por qué creés que se da?, la gente grande que sabe que son cosas que le hacen bien y...

170-R: y la rechaza, la rechaza.

171-Y: ... y la rechaza, y prefiere un paquete de papas fritas...

172-R: si, si, si.

173-Y: ... y ¿por qué creés que pasa eso?

174-R: y porque es más rico lo otro. Vos antes me dabas a mí una ensalada y un plato de papas fritas con huevo y... te dejaba la ensalada y te comía la papa frita con huevo... Y ahora, por más que me guste, lo miro pero... “no esto me hace mal, me como esto”.

175-Y: bueno... ¿hay algo más que quieras agregar?, ¿algo que te parece que nos haya faltado?

176-R: no, que se tendría que incentivar más, en televisión que es lo que más ve la gente, el problema de la obesidad; en vez de dar tantas propagandas de comida, mostrar las consecuencias de la comida... Porque viste que toda propaganda de que esto es rico, de que el fideo tanto, de la salsa tanto; entonces poner el problema de la obesidad, que se hable más de la obesidad, de todos los problemas que te acarrea la obesidad... O que salgan las nutricionistas, los psicólogos, o médicos; tener más espacio en la televisión y hablar así como andan hablando los políticos ahora, pedirle al gobierno que le den espacio gratuito, porque sino un espacio de televisión te sale carísimo, no todos lo van a pagar; entonces que haya una ley, porque ya que se gasta tanto en política... que se gaste en ayudar a la gente a ser más sana... a tener salud... Con una publicidad de sólo un momento, podés hacer una diferencia muchísimo; no que un médico tenga que ir ponerle a un programa como “Buenas Tardes” o “Buenas Noches” que por ahí hablan los chicos que están estudiando periodismo y todo eso, que lo hacen por gauchada... pero tener un espacio, hacer una propaganda... hacer una propaganda... Que se haga por ley, por ley que el gobierno tenga tanto estipulado para propagandas sobre la, sobre la buena salud... y ahí que salgan los médicos, los nutricionistas,

los psicólogos, todos que concienticen a la gente... Podés comer, pero es malo para la salud, como dicen podés fumar pero es malo para la salud, podés jugar pero es malo para la salud; podés comer pero es malo porque te trae esto y te trae esto y mostrar las consecuencias.

177-Y: eso en cuanto a prevención sería...

178-R: sí, sí; mostrar, mostrarlo, porque vos podés hablar, decir, todo, pero no es lo mismo que mirarlo en la televisión y hacer una comparación de una persona gorda o una persona delgada... Vos mirás el “Bailando”, ¿dónde ves una gorda?... nada... La critican a la que es la más gordita de todas, que no es gorda, es más rellenita y la critican... Entonces, ahí tendrían que poner una figura mucho más gorda y una delgada; no por discriminar al gordo, pero decir que el gordo es una persona enferma; pero es gordo porque come.

179-Y: entonces los medios tendrían...

180-R: los medios tendrían mucha importancia, la comunicación... la comunicación.

181-Y: ahora que decís esto de la chica esta que baila, ¿qué opinás de las modelos de talles grandes, de las modelos que tienen obesidad?, en contraposición a las modelos extremadamente delgadas.

182-R: en contraposición a las modelos, bueno ellas te dicen que podés comprar un talle más grande pero no son gordas, gordas como uno... Yo he visto concursos que se hacen, pero es para la compra de que hagan los talles más grandes, de que se fabrique el talle más grande... Porque va una persona gorda y no encontrás talle... y si no encontrás talle ¿qué tenés que hacer?, hacerte hacer la ropa, lo que yo hacía.

183-Y: y ¿eso cómo te afecta?

184-R: te afecta, a lo mejor vos vas y decís “porque soy gorda no encontré talle, y bueno ya que soy gorda...” venís y comés, porque te da un bajón... te da un bajón. En cambio vos vas, encontrás un talle grande, te lo probás, “me queda grande”, “a no, dame otro más chico”, lo que yo decía el otro día, fui me dieron un talle más “no, esto es grande dame otro más chico”, y así hasta que encontré lo que, lo que yo quería.

185-Y: bueno... ¿querés agregar algo más?

186-R: no, lo único lo de los medios, que tendría que haber más propaganda, más difusión, no propaganda, más difusión.

187-Y: más difusión acerca del tema.

188-R: más difusión del tema, que se hable el tema de la obesidad.

189-Y: y ¿tendría que decir qué?, ¿qué tendría que contener?

190-R: cuáles son, qué, cuál es el pro y el contra... de la obesidad es todo contra, porque la obesidad no te trae nada bueno... la obesidad no te trae nada bueno.

191-Y: he escuchado decir a alguna gente que tiene obesidad, que “no lo ven como un problema”; plantean esto: “que no les importa, porque total ellos comen todo lo que quieren y están contentos y si revientan, revientan felices”, ¿qué opinás de esa manera de verlo?

192-R: está mal... lo tienen asumido o no lo asumen y es por arriba lo que te dicen, no es lo que sienten por dentro... no es lo que sienten por dentro. Es como una caparazón o un disfraz; te digo porque yo, a mí me lo han dicho “éh, dejá de comer que vas a engordar”, “bueno, si muero, muero contenta”... pero vos lo decís por fuera pero por dentro vos sentís “hay si yo no tendría que haber comido esto, o tendría que ser como ella” o algo así... no es que lo sienta, de la boca para afuera lo dicen.

193-Y: y ¿cómo creés que es la forma de ser de una persona que tiene obesidad? ¿Hay una forma de ser de la persona...?

194-R: hay... no, tenés, hay algunas que se encierran, que se avergüenzan; otras que no les interesa y... y salen. Hay muchas personas también que yo conozco, que a veces han pasado mucha necesidad cuando han sido chiquitos, entonces cuando son grandes y ven que hay comida, se desesperan y comen lo que encuentran... También hay que tener en cuenta eso; porque a una persona la agarra un buen psicólogo y la empieza a estudiar desde que fue chiquita, desde que nació, cómo vivió, cómo se alimentó, qué era lo que comía; y hay muchas personas cuando eran chiquitos porque han comido de la basura, que no han comido, cuando ven que son grandes o que se pueden comprar, se quieren dar el gusto que nunca se dieron de chicos, y comen y comen y comen. Eso también influye mucho; el modelo de crianza, el modelo de alimentación, cuando eran chicos; que hay muchos que no lo tienen en cuenta a eso... y eso influye... Te digo porque yo conozco gente así... o amigos a veces que nos ponemos a charlar, que “por qué” “pero vos no sabés la vida que yo llevaba, nosotros no comíamos” o “mi padre, no nos daban de comer” o “éramos muchos hermanos y no nos alcanzaba la comida” “comíamos salteado, entonces ahora si yo me puedo dar el gusto por

qué me lo voy a negar”... pero no saben que el por qué me lo voy a negar me está haciendo daño. Entonces hay que empezar a curarlos desde que son chiquitos... o un tratamiento, ¿viste?, que ellos se sanen interiormente, desde su niñez.

195-Y: entonces un tratamiento ideal para la obesidad ¿cuál sería?

196-R: empezar desde el nacimiento del chico, de la persona obesa; cómo fue la vida... cómo fue la vida, qué fue la vida que llevó... Te digo porque yo conozco mucha gente, yo trabajé en la cárcel muchos años y ahí vos hablás mucho; ahí vos sin estudiar psicología, te hacés psicóloga... y aprendés mucho... aprendés mucho... Ahí empezás vos de la raíz, cómo te criaste, por qué esto, por qué esto otro... Porque se criaron con el padrastro, porque el padrastro le daba más de comer al hijo propio que a ellos; entonces el día que tienen o trabajan o pueden comprarse comida, se compran de más, y comen por lo que no comieron cuando eran chicos, y ahí empieza a veces la obesidad... por el dolor que ellos tienen adentro, que tienen desde su niñez.

197-Y: entonces ¿por qué creés que una persona come de más?

198-R: porque tiene un problema... En algún rinconcito de su alma, o de su corazón, o de donde sea; de los sentimientos o de donde sea, tiene un problema... tiene un problema, entonces curándole el problema se cura la obesidad... Tenés que escarbar nada más.

199-Y: bueno, muy bien, ¿hay algo más que quieras agregar?

200-R: no, hasta ahora eso, jaja.

201-Y: jaja.

202-R: ¿tenés otra pregunta?

203-Y: no, yo para no robarte tanto tiempo.

204-R: noooo, no, no, no, no; si yo no tengo nada que hacer.

205-Y: acá tengo otras preguntas, pero es sólo una guía, por eso te preguntaba si querías agregar algo más desde tu perspectiva, o de lo que has hablado con otras personas, que por ahí son cosas que yo no las he tenido en cuenta, entonces...

206-R: claro, hay mucha gente que no tienen en cuenta la crianza, la niñez; que es lo que a veces más hay que tener en cuenta... La niñez, el modo de vida; hay personas que a lo mejor

han tenido un matrimonio, que el matrimonio han comido mal o el marido no le daba de comer porque se han llevado mal, se separan y engordan, y dicen “no, se separó por la angustia o porque extraña” y no... es al revés, porque a veces la tranquilidad misma la engorda...

207-Y: ¿cómo es eso de que la tranquilidad la engorda?

208-R: claro, porque vos tenés un marido golpeador... yo te digo porque conozco mucho, muchos casos de eso... y vos estás inquieta comiendo, molesta si comés o si viene tu marido o si él llega y vos estás comiendo y no lo esperaste, o estás comiendo y te, empieza la discusión, no comés... Llega un momento que vos te separás a veces... y te sentás y comés tranquila... Entonces decís, “todo esto yo no lo podía hacer, no lo podía comer” y empezás a comer... porque estás tranquila; nadie te va a decir nada, nadie te va a echar en cara nada, ni tu marido te va a decir “yo te doy de comer” o “te estoy dando de comer” y... entonces vos decís “no, a esto me lo gané”, si trabajás o lo que sea, “me lo gané y lo como tranquila”... y al comer, al sentarte y comer tranquila, no es lo mismo que estar comiendo con una persona que te está echando las cosas en cara, o te está golpeando... También hay muchísimos factores por los que vos llegás a la obesidad.

209-Y: por qué creés que, pongamos ese caso que trajiste vos recién, de una persona que ha sido golpeada que una vez que está tranquila, se da el gusto de sentarse a comer...

210-R: se da el gusto de sentarse a comer.

211-Y: ... pero ¿por qué comer y no darse otros gustos? ¿Por qué se da con la comida?

212-R: y porque a lo mejor lo que más le molestaba a ella fue que le mezquinaran la comida... o siempre viste que las discusiones empiezan a la hora de comer en la mesa... La discusión, vos te sentás en la mesa y si es un tema u otro tema, casi siempre o es raro que no salga en la mesa... Pasa en muchos hogares y en la mayoría de los hogares que pasa eso, si no es por un tema es por otro, no todos los días ni... ni una rutina, pero se da... Se da y... y siempre la que come mal a veces es la mujer, o a veces es el hombre porque es la mujer la que pelea... se dan esos temas, entonces el día que se separa o que están solos... comen tranquilos... Y comen por lo que no pudieron comer antes, ese es el tema... Y cuál es el tema, que comen por lo que no pudieron comer antes, es el dolor que tienen de antes... Y entonces la comida le hace olvidar a veces las angustias. Cuántas personas hay que se le muere un hijo,

o se le muere la madre o se le muere el padre, muchos agarran el alcohol, otros agarran la comida y agarran vicios diferentes... Como se agarra el alcoholismo, agarra para la comida... y ahí tenés que hacer tratamiento, como hay para alcohólicos ¿viste?, están los gordos anónimos... que a mí siempre me han invitado y nunca, nunca fui... nunca fui, tengo muchos amigos que han ido y les ha hecho re-bien, pero yo siempre por falta de tiempo o por los horarios porque me gusta dormir la siesta... entonces yo prefiero ir a la mañana o, qué sé yo, después de que me levanto voy a la nutricionista y... y así... Pero yo todo lo que te digo, yo sé muchas cosas así, y por ahí digo no o por comodidad mía no lo hago... Pero soy consciente de lo que se debe hacer.

213-Y: pero ¿cómo por comodidad?

214-R: claro, porque a mí me han invitado cuando estaba gorda para ir a alcohólicos, a alcohólicos, a los gordos anónimos.

215-Y: ¿a ALCO?

216-R: a ALCO; nunca fui, por qué era, porque era en la escuela República de Chile o en la escuela Bavio, ahí era a las tres de la tarde... y para mí la siesta es sagrada... Entonces yo digo “si yo puedo ir y pagar una nutricionista”, o sacar una orden para la nutricionista, voy a la nutricionista y me da la misma dieta; y la hago, y si hay que caminar yo salgo y camino... Entonces por qué yo iba a ir donde estaban los otros.

217-Y: y ahí estabas haciendo algo, no era que no ibas a ALCO y no ibas nada, sino que...

218-R: sí, si yo siempre iba; por eso te digo, no es que yo no quería ir sino que era por mi comodidad... y hasta ahora; yo ahora voy a la nutricionista, pero no voy porque, porque ella me da la dieta y como ella me la da yo la doblo y la guardo en la cartera y la traigo, ni sé lo que ella me manda de comer, con eso te digo todo; pero yo sé que voy y ella me pesa y se pone contenta y dice “hay, bajaste tanto, te felicito, viste que la dieta te hizo bien”, “sí dra., al pelo, al pelo”; y bueno, voy al dr.----- “hay, la felicito, bajó sí”; voy al cardiólogo, me dice lo mismo; voy al que me trata el estómago, también.

219-Y: ¿eso cómo te hace sentir?

220-R: y me hace sentir bien; aparte yo me siento bien... aparte los vecinos mismos pasan “uh, cómo bajaste, qué hiciste para bajar que yo no puedo bajar” y así... Pero que no pueden bajar pero van con su botellita de vino o comen lo que no tienen que comer; como yo les digo

“vos en vez de comprarte un paquete de fideos, comprate medio kilo de lechuga, te comprás una zanahoria, te comprás un morrón, te comprás repollo, y te vas haciendo muchas ensaladas”. Yo me compro un lomo ponele, gasto una semana en un lomo, pero un lomo a mí me dura capaz que una semana, haciéndome un bifecito.

221-Y: a vos qué te parece, ¿a qué se debe esa dificultad de, como vos decís: que compren la verdura, que coman la verdura, todo, pero por qué no, por qué no pueden hacerlo? ¿Por qué no pueden lograrlo?

222-R: porque ya están acostumbrados a comer mal... yo antes cuando tenía la temporada de comer, también me costaba... me costaba, que cocinarme yo, que agarrar y servirme o sentarme en la mesa porque yo directamente desde que estuve enferma yo no, acá en casa prácticamente no hago nada; yo me siento en la mesa, me sirven y me levanto de ahí, me voy a ver mi novela, me voy a ver los informativos, o algo; entonces era más práctico que me sirvieran la comida general que se hace, que prepararme lo mío... Y ahora yo tengo, hasta me compré una heladera y ahí yo tengo todas las cosas para mi dieta.

223-Y: ¿vos creés que la persona que tiene obesidad tiene que hacer dieta de por vida o cómo es? ¿Cómo logra una persona mantenerse bien?

224-R: no, tenés que hacer la dieta de por vida, pero te podés, con una semanita podés darte, o una o dos veces a la semana, el gusto de comer lo que vos quieras; yo lo hago a eso, pero no es que todos los días voy a agarrar y voy a comer la comida general de todos.

225-Y: ahora, la persona que está delgada ¿está haciendo dieta de por vida?

226-R: no... pero ya es el organismo ya de ellos... yo tengo un hermano mío que come diez veces más que yo y él es un palito... Pero ya es el organismo de él así; que si yo comiera lo que él come... ya me hubiera muerto, porque yo con nada te engordo... yo me paso un poquito en la comida y ya te engordé.

227-Y: hay personas que están delgadas, pero tienen un estilo de vida en el que se cuidan...

228-R: claro, pero te comen un poquito de comida; te comen la medida exacta, comen de todo pero su medida... Y acá en casa tienen la costumbre de servirte un plato así... grande, por eso digo yo que cuando quiero comer la comida general, el plato dividido en cuatro... que es la cuarta parte de lo que se debe comer... entonces yo hago eso... En cambio mi hija no...

229-Y: y ¿es así con todas las comidas o...?

230-R: con todas, con todas las comidas.

231-Y: ¿con las verduras?

232-R: también come verduras, pero ahora come menos verduras porque le hace mal a los intestinos, pero le gusta la verdura, pero ahora por el problema de intestinos ella no puede comer verduras. Pero ella antes a la carne gorda, la grasita la apartaba y ahora se la come, y si vos le decís no lo comás se enoja.

233-Y: ¿cómo pensás que se va dando eso de que una persona que primero no comía la grasita, después sí...?

234-R: no le gusta, no le gusta que le lleven la contra... y como yo estoy todo el día encima de ella diciéndole “adelgazá, adelgazá, adelgazá”... a ella le parece de que yo la estoy obligando; pero yo lo hago por el bien de ella, es mi hija... Pero ella se ve gorda y no lo quiere asumir...

235-Y: asumiéndolo...

236-R: eh, si ella lo asumiera bien; por ahí yo, ahora porque ella trabaja, pero sino yo le digo “bueno, vamos a caminar”, si ella caminando se incentiva, ella caminando ya viene y hace dieta... Y ahora yo le dije “vamos a Jujuy”, que yo tengo un viaje con las comisiones vecinales, “no, que hace mucho calor”, “pero si yo he ido a viajes de 50 grados...” le digo “...pero el calor del norte no es el mismo calor que acá”, “no, que yo no voy porque voy a pasar mucho calor”; pero yo sé que no va porque ella está gorda. No va porque ella está gorda y si yo le hago ver eso se enoja... pero yo se lo hago ver, se lo digo, aunque se enoje se lo digo.

237-Y: pero y si no da resultado...

238-R: pero alguien se lo tiene que decir... Porque el marido por más que para tenerla conforme que no le diga nada, capaz que va y, ayer fue al supermercado y le trajo salame, le trajo queso, le trajo de todo... que yo no vi, cuando ellos vinieron yo ya estaba en mi pieza; pero hoy me levanté vengo a la heladera de ellos y abro y tenés queso, tenés salame, igual que la cerveza, ella se está tomando una cerveza por día, le digo “vos seguí así, un día te vas a tomar una, después te vas a tomar dos y vas a ser una alcohólica”... “vas a ser alcohólica”,

“no, mami cómo voy a ser alcohólica”, “te vas a hacer alcohólica” le digo, “tomá agua, si agua es lo más sano que hay”. A mí antes me gustaba tomarme en las comidas, un día domingo, un vaso de vino; pero yo sé que no lo puedo tomar, aunque el médico me dijo que media copita puedo tomar, pero no... no me llama. Yo ando con mi botella de agua, yo vivo tomando agua, tengo mi botella de un litro y medio creo que tiene, y a donde voy voy con mi botella, yo tomo mucha agua... Antes no tomaba, bueno ahora ella agua no prueba, no le gusta el agua... nunca le gustó.

239-Y: ¿cómo te sentís vos al ver que lo que le decís por ahí no...?

240-R: y yo me siento mal... me siento mal, porque por ahí hablamos, le digo “ah, estás de más de gorda, adelgazá”, “bueno mami, mañana empiezo”... Yo por lo menos ahora compré muchas cosas e iba a empezar a cocinar para las dos, pero qué pasa que ella ahora al mediodía se va... pero sino yo empiezo a hacer por lo menos, en vez de hacer un bife hago dos... Pero capaz que a la siesta, si está el marido, va y compra bizcochitos con grasa y se ponen a tomar mate y a mirar televisión con bizcochitos con grasa, entonces de qué te vale todo lo que vos preparaste al mediodía, las ensaladas, la carne, el pescado o el pollo, porque yo todos los días voy variando, si después vas y te comés medio kilo de bizcochos... Y mi yerno es también diabético, pero él no lo quiere asumir; él no te toma un medicamento, te come de todo y está así; como yo le digo, yo tengo mi hermano que vivía acá al lado una semana murió; el otro hermano ya le cortaron las dos piernas; mi hermana la mayor, eh, murió sin las dos piernas, sin un brazo y una parte del otro... pero a él vos le decís “cuidate, no comás eso” y te lo hace adrede, come más... No sé si es la misma enfermedad o qué.

241-Y: claro, por qué creés que se dá eso de que “yo sé que me está haciendo mal...

242-R: y lo siguen haciendo.

243-Y: ... y lo sigo haciendo”.

244-R: y lo sigue haciendo, eso no entiendo... Yo le dije a mi hija “hablale, decile que vaya a un psicólogo”, dice “mami, si no quiere, se enoja”, “que se enoje, no importa” le digo; conmigo se enoja a veces él, me dice “usted no se meta, no me diga nada”, “cómo que no te voy a decir nada”, le digo yo “estás enfermo, asumilo; estás diabético, estás como yo”, es lo mismo que yo no asuma que soy diabética; “la diabética, la diabetes no vas a sentir dolor pero te vas a quedar ciego, te van a cortar las piernas, si vos querés que tu mujer te vea con una

pierna menos, querés que tus hijos te vean con una pierna menos, querés quedarte ciego... seguí comiendo"... y parece que adrede va y se hace fideos con estofado y papa, batata y no sé, no sé si es por capricho, no, no, no, no lo entiendo, y es una excelente persona, es buenísimo... porque es buenísimo... Mirá que hace cuarenta y pico de años que están casados, no 25 años cumplieron y nunca nos hemos peleado; y acá todos al principio pensaban que él era mi hijo y que mi hija era mi nuera... pero no, no, no asume la enfermedad... entonces les falta un psicólogo o alguien que lo haga... que lo haga entender.

245-Y: y vos ¿cómo hiciste para asumir?

246-R: no, yo lo asumo enseguida.

247-Y: pero y cómo.

248-R: porque me dijeron "tenés diabetes y tenés que cuidarte".

249-Y: claro, pero a ellos también le dicen...

250-R: sí.

251-Y: ... "tenés diabetes" y no les resulta.

252-R: no, no, no. Yo sé que tengo la enfermedad, tampoco me hago el... me voy a poner depresiva o voy a vivir todo el día pensando; pero yo sé que, mi mamá murió ciega, mi hermano éste agarró un cáncer de páncreas, una semana duró... mi otro hermano hace seis meses le cortaron una pierna, la semana pasada le cortaron la otra... mi hermana la mayor, que falleció a los tres meses que falleció éste, le faltaban las dos piernas, un brazo y ya tenía un pedazo del otro... Entonces cómo yo no voy a... no me voy a cuidar. Y eso que a mí me agarró de grande... Yo te veo todos los dulces ahí, pero yo sé que no los tengo que comer... y si te como, te como un chiquito, pero primero voy, chac, me pincho el dedo, veo lo que tengo de azúcar y después como, pero tomo el medicamento antes de comer y después de comer... Y ahora con el corazón lo mismo, que si yo no me hubiera cuidado ya... estaría muerta directamente; como yo quiero vivir y quiero una vida buena, vivir bien, me cuido... Me quiero yo... porque se tiene que querer la persona primero; si vos no te querés te arruinás. Pero si vos te querés vos mismo... querés verte mejor.

253-Y: y eso... ¿qué es lo que le va pasando a la persona cuando va aumentando de peso? Para vos ¿qué es lo que está pasando ahí?

254-R: y que hay algún problema... Hay algún problema de algo.

255-Y: y ese problema ¿cómo le afecta?

256-R: lo descargás en la comida... Lo descargás en la comida... Pero cuando vos agarrás y pensás y decís “no, por qué este problema me va a poder a mí”, yo tengo que superarlo, tengo que ser más fuerte que él, tengo que buscar la vueltita por dónde vino, por qué fue así, por qué fue allá; hasta que llego al punto donde está ese problema, de ahí empiezo a, a deshojar las cosas.

257-Y: ahora ¿por qué creés que es en la comida?

258-R: porque es lo más fácil... es lo más fácil... Muchos lo agarran en el alcohol... Muchos se van al juego... a jugar... Pero el comer es lo más fácil de todo.

259-Y: pero estando tan aumentada la cantidad de gente que está teniendo obesidad y sobrepeso, ¿y por qué?

260-R: y bueno, pero esa es la, la; ahora en este momento, es la parte económica... es la parte económica... La parte económica, la propaganda de comida chatarra que te dan... Si vos ves que te dan puras tartas, que queso, que fideos, que esto y la gente ve y ya se ponen enseguida a hacerlo; y sino a veces por comodidad, viene todo hecho, van al quiosco y te compran un paquete de papas fritas, un paquete de chizitos... y le dan eso a los chicos, comen ellos y después ya se envician a comer eso... Haraganería por no cocinar.

261-Y: y cuando dicen “no, no tengo tiempo y por eso...”

262-R: van y compran; por haraganería... Porque vos al tiempo lo hacés, si no tenés tiempo de día dejate preparado, cortate unos bifés a la noche y los dejás en la heladera; lavá la verdura, la podés cortar, ponerla en un tupper sin condimentarla, al otro día ponés la plancha o la bifera lo que sea, ponés los bifecitos o la verdura o unos huevos duros lo que sea y... y chau... Te sale más barato, es más sano, más alimento y gastás menos.

263-Y: ahora vos ¿has notado en la persona que tiene obesidad alguna característica de la personalidad, alguna característica propia?

264-R: sí, sí, sí; se ponen, se irritan con facilidad, no le gusta que le digan que no coma, se ponen depresivos... lloran mucho... y no te dicen por qué.

265-Y: y ¿cómo creés que se comportan cuando están con otra gente y cuando están solos?

266-R: es que la persona que está muy obesa no sale... Únicamente que tenga la obesidad asumida, sino vos no ves una persona obesa que salga nada más que hasta la vereda y eso... Más se quedan encerrados.

267-Y: ¿por qué creés que pasa eso?

268-R: por vergüenza del cuerpo mismo, de ellos mismos... Gracias a Dios, a mí esa parte no me tocó, no me afectó; hasta ahí, hasta ese punto yo no llegué porque yo era de, soy de salir... Soy, yo sabía que estaba gorda, perfectamente lo entendía pero... no sentí tampoco ¿viste? la discriminación, y si por ahí alguno me la hacía, no le daba importancia... no le daba importancia.

269-Y: eso de la discriminación ¿en qué lo ves vos que pasa?

R: porque algunos pasa es que dicen “no, aquel es gordo” o “mirá que estás gordo”... o “el gordo de acá, el gordo de allá”, que te lo dicen con desprecio porque vos notás cuando te lo dicen con desprecio y cuando te lo dicen cariñosamente... A mí por lo menos “¡gorda!” así no me dicen, me dicen “gordi”, “gordita”, vos notás la gente, la misma voz de ellos, el mismo tono de voz, de la forma que te lo dicen.

270-Y: ¿y la forma de tomarlo? ¿La forma cómo lo tomás?

271-R: y la forma de tomarlo también, cómo lo tomás. Y según qué persona es la que te lo dice.

272-Y: hay personas a las que le dicen “gordi” cariñosamente y lo toman mal.

273-R: no, no, yo no, nunca lo tomé mal a eso, porque yo lo reconozco que soy gorda, lo asumí. Cuando vos no lo asumís es que te sentís mal... o si lo sentís que te lo dicen con desprecio, como yo te digo acá en el barrio a veces hay algunos vecinos, uno o dos serán, cuando era la presidenta de la comisión porque no le daba alguna cosa o algo “huy, la gorda aquella”... pero entonces no dándole, ni siquiera lo cuento, ahora lo cuento porque estamos hablando de este tema, pero yo ni siquiera lo repito porque... me pasa, me resbala; me interesa más la gente que me quiera que la que no me quiere, es problema de ellos, no es problema mío... Yo si vienen a pedirme algo hoy y tengo, se lo doy.

274-Y: bueno, una cosita más te voy a preguntar, cuando vos decís que lo tengo asumido,

¿qué es eso de asumir?

275-R: que yo sé que soy gorda, entonces no me afecta si me dicen “gorda”, porque tienen razón... tienen razón, no me voy a enojar porque me digan gorda, porque tienen razón de decirme gorda porque soy gorda... A mí hubo una época que me decían “flaca” y no me enojaba, entonces por qué me voy a enojar porque, si tienen razón... Yo lo tomo desde ese lado, no sé si hago bien o hago mal.

276-Y: ¿y eso ahora que has bajado...?

277-R: ahora que bajé, que todos dicen “huy, qué lindo que bajaste, qué hiciste, cómo está” y qué sé yo, aunque la mayoría sabe que lo hice por razones de salud, pero igual yo aunque no me hubiera enfermado ya venía, este, haciendo dieta; ya iba a aquagym y todo, si me descubrieron lo que me descubrieron del corazón porque un día le digo a la profesora “vamos a hacer natación” y empecé a mandarme debajo del agua y al aguantar la respiración fue que me descompuse, que si no hubiera sido eso; pero yo era para bajar más rápido de peso, y haciendo natación hacía más gimnasia... porque a mí siempre me gustó la gimnasia.

278-Y: en cuanto al movimiento ¿te mantuviste activa...?

279-R: sí, sí, sí, sí, sí, sí. Yo ahora porque no me puedo agachar, sino yo te toco el piso con la mano así.

280-Y: entonces la obesidad en tu caso...

281-R: a mí para hacer una gimnasia o algo no me afectó, ahora en este momento estoy afectada, pero es por el problema de corazón que no lo puedo hacer y no me voy a poner a hacerlo si yo sé que me va a... me va a matar directamente, si hago algo.

282-Y: entonces la obesidad en tu caso se debe a...

283-R: a la comida... pero yo si tenía que bailar, pero te bailaba toda la noche, no me afectaba, me encanta. Me encanta bailar, subir, trepar, subirme arriba de una mesa o de una silla yo lo hacía; que todos me decían “cómo podés hacer, vos sos tan ágil”; yo nunca me quedé, me quedé quieta... Cuando fuimos a La Cumbrecita en Córdoba, que son subidas así yo las subía; cuando fuimos al cerro de, a Jujuy arriba al cerro de los cuatro colores, yo andaba trepada como una chiva; subía escaleras, bajaba, todo; andaba y con 130-140 kilos... Pero yo siempre ¿viste? tuve, me mantuve en actividad; ahora sí, ahora sedentaria completa,

que sino hubiera bajado el doble yo.

284-Y: claro, pero es un sedentarismo obligado.

285-R: obligado, sí. Obligado, obligado. Que ahora que ya puedo empezar a caminar, el otro día probé una cuadra y media y te digo que me dejó... muerta; acá, pero en el centro yo me hice caminando casi ocho cuadras y no las sentí; después cuando vine acá sí, era un cansancio terrible, pero hace meses que yo no... no camino.

286-Y: pero siguiendo las indicaciones del médico...

287-R: siguiendo, porque yo sigo estrictamente lo que el médico me indica, yo no me paso; si el médico me lo dice... es palabra mayor; tanto el clínico, como el cardiólogo, todo, eso siempre yo lo rescato.

288-Y: bueno, muy bien, acá ya estaría todo.

289-R: espero poder serte útil.

290-Y: sí, muchísimas gracias.

2. c) Entrevista n°3, Carina:

Carina, 33 años, casada, ama de casa, peso aproximado 82,600 kg, estatura 1,58 mt, IMC 33.

C: Carina. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: Si no lo llamásemos obesidad, ¿de qué otra forma se le podría llamar?

2-C: y... pasa que la obesidad es una enfermedad, así que sería parte de la enfermedad de cada persona... Lo llamaría una enfermedad de cada organismo, porque cada persona tiene un organismo distinto y... todos padecen, no estamos todos de la misma... Si vos te ponés a mirar la gente, no todos tienen la misma obesidad; hay distintas clases de obesidad así que yo lo llamaría enfermedad, enfermedad del organismo.

3-Y: y a la persona que tiene obesidad, ¿de qué otra forma se le podría llamar?

4-C: y el doctor nos llama gorditos, así que si... o la... Para no ofender a la persona y si, gorditos. Nos reímos porque siempre dicen que el gordito es feliz así que... eh, le llamaría gorditos.

5-Y: y ¿cómo es eso de para no ofender a la persona?

6-C: porque la persona, la obes..., la persona que padece obesidad, nosotros, creen que no... decirles gorditos... “andá, vos que vivís comiendo”. Y nosotros tenemos una enfermedad que nos afecta, eh, aparte de lo físico, lo de la salud y psíquico también... ¿Viste? Hace que, que te digan a vos es... te ofende porque... como que vos te auto, autodiscriminás vos misma hasta padeciendo esta enfermedad, imaginate que te grite uno “¡eh, andá gorda!”; entonces ofende, ofende, te duele, te duele, te duele. Aparte un montón de cosas que, que suceden en espacios, lugares, en donde la persona ya obesa es discriminada.

7-Y: ¿eso de qué manera lo notás?

8-C: por ejemplo en los colectivos, en los asientos de los colectivos, eh, en los espacios para entrar al supermercado, a la hora de ir a comprarte ropa, si te vé entrar una persona te dice “no, para vos directamente no hay”, siendo que está la ley; para conseguir un trabajo, eh... eso es especial, porque totalmente... te digo yo cuando tenía 110 kilos siempre me acuerdo del supermercado, del espacio para entrar al supermercado, siempre entré de costado, nunca entrás de perfil; y bueno uno cuando va bajando de peso esas cosas se ven, por ahí el colectivo que no te podés sentar en asiento de a dos porque tu espacio de cuerpo ocupa dos asientos y la gente como que le da asco, te miran distinto; viste, todo eso influye.

9-Y: y en cuanto, ahora que decís de la gente, en cuanto a la mirada de los demás...

10-C: somos mirados como bichos feos, somos mirados como bichos feos, “mirá esa” o como te vuelvo a repetir es asco; porque no todos tenemos la misma obesidad, vos te ponés a mirar que hay gente que le sobresale el abdomen, eh lo que es la parte trasera, la cadera y ocupa mucho espacio y entonces se lo vé como que... da impresión; entonces a la persona la discriminan “no, el gordo no sirve”, “el gordo esto”. Pero si se acuerdan del gordo cuando sobra comida, eh... “total lo cargamos”, “total no le afecta”, entonces lo cargan “¡eh, gordo, vení para acá, eh, gordo, vení para allá!”. Y... eso es matador.

11-Y: y el gordo como vos lo llamaste recién; ¿cómo sería mejor que en esta entrevista nos refiramos a la persona que tiene obesidad?

12-C: y como la persona enferma de obesidad.

13-Y: una persona enferma de obesidad.

14-C: sí.

15-Y: y la persona enferma de obesidad entonces, ¿cómo es su relación con los demás?

16-C: y afecta primero el trabajo, vos sos joven; porque ahora fijate vos que ahora se está viendo la obesidad infantil muchísimo, es impresionante. Y va acompañada con todo lo otro que requiere hipertensión, diabetes y todo lo que requiere lo que arrastra; y bueno... en la escuela siempre la discriminación de los compañeros, vas a estudiar a la secundaria pasa lo mismo, querés ir a bailar también te miran de otra manera, después querés conseguir trabajo no respondés de la misma manera, no... la persona que te contrata dice “no, yo quiero esto más rápido” bueno, la capacidad de tu cuerpo no te da, y bueno, directamente no te contratan. Aparte el obeso como yo ya te dije eh... tiene otras enfermedades, en algunos casos tienen otras enfermedades entonces si te contratan en un lugar donde corresponde y te pasan en blanco más la obra social y somos un gasto... somos un gasto... Así que... afecta muchísimo, afecta mucho en la pareja si vos tenés tu pareja, eh en tu casa, en la hora de ponerte ropa; ya te digo te autodiscriminás vos solo. Ya te quedás adentro de tu casa, no querés salir porque no hay ropa, o la ropa que te conseguís es ropa fea, vieja; entonces vienen todos los problemas, problemas en tu familia, problemas y qué comés y qué comés. Porque dicen, “el obeso es, porque come engorda”, pero hay algo atrás, como había dicho de lo que es psicológico tiene mucho que ver.

17-Y: y ¿qué pondrías vos como primera causa de la obesidad?

18-C: y la primera causa en este tiempo es este la vida sedentaria, la vida sedentaria, la mala alimentación; a veces trabaja él, trabaja ella y bueno, venimos totalmente con un tiempo rapidísimo y “bueno no es mejor que hacer una milanesa”; o mucho tiempo en la computadora, entonces todo eso requiere que, que tengas una vida sedentaria, de alto contenido graso; es más fácil hacerte un, una milanesa frita con unos fideos que tener que hacerte la, las verduras, tener en cuenta esto lo otro para poder bajar de peso.

19-Y: y ¿otras causas?

20-C: eh, el hereditario. Hereditario, eso los genes tiene mucho que ver. En mi caso, mi abuela es obesa, mi mamá es obesa, yo obesa, la abuela paterna también, los tíos paternos

también; entonces eso más la vida sedentaria, más todo, más todo, que va sumando, vos vas sumando: los genes, la vida sedentaria, la mala alimentación, y bueno... Todo eso forma la obesidad.

21-Y: vos habías dicho también algún problema...

22-C: sí, a veces se despierta, a veces puede ser que ninguna de esas cosas sea; puede llegar a ser un, la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, eh unnn... que hayas peleado con tu novio, problemas en la pareja, problemas familiares, y bueno eso hace que se destape y te dediques solamente a cerrar todos tus problemas en la comida, viste, a comer a comer a comer.

23-Y: y ¿por qué en la comida y no en otra cosa?

24-C: y, viste, pareciera que sería lo más práctico, lo más accesible... Yo la verdad en ese sentido, yo sí, si estás triste comés, si estás contento comés, si tuviste un triunfo bien, si ahora venís a ALCO bajás de peso mucha gente se premia con comida, total si ya bajé un poquito más qué te hace. Y viste es como que, es lo más accesible que tenemos, total un poquito más qué te va a hacer, y un poquito más suma, suma, suma, suma, suma, y después cuando vos te ¡áhhhh!, no te entra la ropa que te entraba anteriormente.

25-Y: y ahí ¿qué pasa?

26-C: y en algunos casos te puede hacer ese click, que te dicen acá en ALCO, que dice el doctor que te hace ese click y te cambia; otros, en mi caso, bueno en mi enfermedad yo tengo diabetes, insulino dependiente y bueno, eso hizo que me moviera, pero mientras tanto, anteriormente a eso mi mamá siempre decía “Carina, cuidate, cuidate, cuidate”, báhhhh, vos volada. Hasta que vos llegás a un peso que con mi marido yo, él quería salir y yo no quería porque la ropa que te entró un fin de semana al otro fin de semana no te entró; viste, entonces... Y ahí hace, ahí es el click, es el click viste, que yo digo a algunos le hace click, como siempre dicen en el grupo no todos son para ALCO y ALCO no es para todos; hay gente que sí, se enganchó un tiempo, baja lo que quiere bajar y después se va, y ahí se viene y se cree que se sabe todo, se cree que puede solo, y solo no se puede; hay nutricionistas, hay de todo, pero no es lo mismo que el sostenimiento del grupo.

27-Y: así que ese sería un factor muy importante, ¿el acompañamiento sería?

28-C: si, el hecho de que te acompañen y vayas a un grupo que todos tienen el mismo problema que vos, la enfermedad que es la obesidad; no importa si seas petiso, alto, bajo, hermoso, lindo, feo; no importa, vos, hay una clave que es única, que es la que está principal, que es la obesidad, todos padecemos obesidad, y todos queremos bajar de peso, más allá de que sea estético o por salud.

29-Y: ajá, y a vos que te parece, las personas ¿buscan más la estética o la salud o es...?

30-C: y en esta altura, en el primer puesto es la salud; pero te digo estamos en una sociedad en donde te muestran la Barbie, te muestran en televisión, vas a comprarte ropa ya los talles, hoy un talle 46 no es el mismo que hace 10 años, entonces... La gente, la gente busca estar hecha una Barbie, una Barbie, no no, acá te enseñan a que vos tenés que estar, bajar de peso saludablemente; acá no te presentan una dieta, acá te presentan un plan de alimentación que hace que vos descendas de peso saludablemente. Si quedás hecha una Barbie para lucir la bikini bueno fenómeno, todo re bien, pero primero los logros son de a poquito, de a poquito.

31-Y: vos decías de cómo afecta la obesidad a la salud, ¿podrías ahondar un poquito más en eso?

32-C: y si porque la obesidad, vos ingresas grasas, ingresas azúcares, que hacen que bueno en el cuerpo tenemos órganos que son tapados por la grasa, más que nada el corazón, los riñones; bueno eso va, esa comida, viste, porque no es que vos después de que empezás ALCO no comés más esa comida, no, la comés, pero la comés acompañado con algo que te haga bien a tu organismo; por eso se dice la buena alimentación, que vos comas algo que te haga bien a tu cuerpo, que no te tape las arterias, que no te agarre diabetes, que no tengas hipertensión, que todo eso es a través de la comida; vos vas al médico porque estás enfermo y el médico te dice “bueno ¡hay que bajar de peso!”, bueno “para usted es re fácil porque no la padece”; bueno, bajás de peso y con el doctor, y ha pasado, con 5 kilos que vos bajás y ya los números de tu colesterol, el malo el bueno, todo lo que es toda la parte de análisis, empiezan a bajar. O sea que la mala alimentación, la vida sedentaria hace que vos te alimentés mal y dañás esos órganos. Y bueno, eso es lo que produce la obesidad; más si estás propenso a tener obesidad. El doctor nos dice que las personas, los hombres en la cintura tienen que medir menos de 100 y las mujeres menos de 90 ¿por qué?, porque el que está de moda ahora es el ACV, bueno eso también. Todas enfermedades que eran de los abuelos, hoy las padecemos gente joven, niños, bebés que nacen con diabetes, con lo que sea, porque no hubo un cuidado estricto en el

embarazo; “total la embarazada come por 2, que coma, que coma”; no no no no; hoy los estudios nos demuestran que no, que la embarazada, que los niños, que las personas; porque antes se decía “el gordito, tiene que comer porque si está gordito anda bien, saludable”; y ya no es eso, eso es de las abuelas, y ahora no, no es eso. La mala alimentación hace que vos te enfermés; porque sino si el médico te dice bajá de peso y vos bajás de peso y tus números de análisis no bajan, entonces quiere decir que no es la alimentación; sin embargo, yo en el caso de la diabetes, hay una pre diabetes que se cuida solamente con la alimentación, ya después la diabetes hay gente que es insulino dependiente que o se coloca insulina o toma medicación. Pero la pre diabetes, la que aparece, la que te llama la atención, que vos vas a hacerte un análisis y “¡hay mirá está alto!”, y bueno el médico te dice. Y es todo con alimentación; y vos te cuidás con alimentación y bajan tus cifras de salud... Viste, por eso te digo, la mala alimentación, la vida sedentaria, más los genes, que los pondría a los genes como tercer o cuarto, hace que te afecte, vos mismo te enfermes aparte de la obesidad, te enfermes de otras, como yo les digo: las primas de la obesidad. Vos si no tenés nada ahora, bienvenido sea; bien que hiciste en venir al grupo para bajar de peso, para esto, para lo otro; porque, no te digo ya, mañana, dentro de 5 o 10 años, pero cuando tengas 40 o 50 ahí podés llegar a padecer algún otro. Aquí hay alquitos, un grupo de chicos chicos, y te da una lástima tremenda. Vos te sentás en el parque nomás y ves pasar: el papá obeso, la mamá obesa, bueno, el niño obeso. Bueno, todo eso, y todo eso afecta mucho. Y la verdad es que a mí me da mucha tristeza ver chicos chiquitos que tengan que ya tomar pastillas para la presión; chicos chiquitos con la insulina, que uno la padece y no quiere saber nada, imaginate un chico chiquito, cómo le decís a un chico chico de 5 años cuando vaya a un cumpleaños “no no, de ese chizito no comás, de esa torta no comás, de eso no comás”, y cómo hacés, lo vas a tener atado a un niño de 5 años; qué, no lo vas a mandar a un cumpleaños, no lo vas a hacer vivir la vida. Todo eso, lamentablemente, la obesidad es... es una enfermedad que daña todos los organismos. Mucha gente se ha muerto de la misma obesidad; conocemos gente de 300 kilos, 400, 500, que cuando se dan cuenta se hace todo lo posible para hacer un bypass gástrico, para hacer un cinturón gástrico y no llegan, no llegan, se mueren en la operación... Y fijate cómo es, capaz que ni se dio cuenta que tenía 500 kilos; porque el obeso no se vé.

33-Y: ¿cómo es eso de no darse cuenta?

34-C: no se vé; vos en tu cabeza vos no te das cuenta, vos te mirás, por eso es una enfermedad, y también psicológico, porque vos te mirás, “yo no me veo gorda”. Yo me habré

bajado más de 40 kilos y yo todavía no me veo “ah sí, mirá qué flaca, mirá qué delgada”, salvo que lo veas en la ropa. Pero después tu cabeza, vos no ves que estás gorda; eso es como la bulimia y la anorexia, la anoréxica no se vé delgada, se vé gorda, entonces actúa como actúa. Y bueno, el obeso no se vé gordo; y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo, y va a seguir comiendo. Por eso, este tratamiento que dan acá el grupo de ALCO, que lo dice el doctor Cormillot, eh, no se cura; la obesidad no se cura, se controla, se trata. Y esto es de por vida; o sea, si vos vas a querer, o a lo mejor vos llegás a tu peso como yo te digo de llegar a Barbie o no, o a un peso saludable y... tenés que seguir, no decir hasta acá llegué no voy más al grupo, no... tenés que seguir, tenés que seguir porque donde pestañaste se te subieron o los kilos que bajaste o un poco más.

35-Y: y ¿cómo se explica esa cronicidad?

36-C: y eso... lleva tiempo, lleva estudio, lleva...en uno, uno de querer hacerlo también. Porque vos venís acá y... no viene fulano, no viene el otro y te dice “mirá, hoy comés esto”; las chicas, las coordinadoras no te vienen a cocinar a tu casa, sos vos, sos vos el que decís “yo freno, hasta acá como, hasta acá no como, esto no, por ahora no, si recién empecé, no, no”; pero eso vos, viniendo al grupo vas a ir aprendiendo a hacer todo eso. Más allá de que hace más de 10 años que estamos viniendo, hay cosas que no todavía no, no, no podemos aplicarlo; el comer lento, ¿quién come lento?, vos venís con un hambre bárbara y engullís, engullís, engullís, si pasa más rápido mejor. Y bueno, ves, a esas cosas no las aprendés así tan fácil. Y las mismas coordinadoras te dicen “yo no lo aprendí todavía” y vos venís con un hambre bárbara, no alcanzás ni a bajar un tenedor. Nosotros hemos ido a una capacitación y el doctor nos pide que mastiquemos 10 veces un bocado, bueno eso en una macita, un, dos, tres, pasó la macita... Y bueno, y dice que comer lento, todo esas, esas, esas metodologías, todo eso lleva educación, lectura porque aquí hay mucha literatura; entonces todo eso lleva educación. ¿Cómo aprendiste a caminar?, no saliste de la panza caminando, tuviste que hacer un cierto período para caminar. ¿Cómo hiciste para aprender a lavarte los dientes?, y bueno mamá me enseñó hasta que se te hizo un hábito. Y bueno, acá también, hasta que se te haga un hábito de aprender a comer, de saber que tenés que hacer actividad física, que tenés que venir al grupo, que tenés herramientas, el agua. Hay gente que jamás en su vida pone una botella de agua en la mesa, meta gaseosa, gaseosa, gaseosa; y cada vez con muy alto contenido graso y azúcar... Entonces todo eso, todo eso junta, junta, junta.

37-Y: y ¿cómo se van creando esos hábitos? Los que llevaron a la obesidad.

38-C: y esos hábitos y vienen de abajo. Y los hábitos nuevos cuestan muchísimo. Los hábitos, porque vos traés de tu casa; por ejemplo, el lunes pasado que tuvimos, que vimos que había un montón de gente joven obesa, que tenían que empezar a reducir, reducir si vos comías 6 empanadas, bueno reducir a comer 4. Y ¿cómo le hacés entender a una persona que eso tiene que ser como un hábito?, si viene comiendo como medio kilo de milanesas, como dos kilos de pan en el almuerzo. ¿Cómo hacés? Pero si vos querés, lo hacés. Porque si otros pudieron bajar 5, 10, 100 gramos, 10 kilos, 40, 50, 100, 110, 200 o 300, quiere decir que sí se puede; pero sos vos, la que vos decís “si hasta acá llego, porque si otro puede por qué yo no”. Viste, porque hay gente que acá no quiere hacer actividad física, y ¿por qué no? ¿Por qué no te vas ahí y hacés actividad física y te sentís re bien? Porque el mismo cuerpo después cuando vos bajás uno, dos kilos, vos te ponés contenta y la flexibilidad va cambiando. Estoy segura de que hay gente que no sabe lo que es estar delgado, porque es otra vida, es otra vida bajar de peso; vos te sacás una persona más, 70, 80 kilos; o bajás dos kilos tres kilos o lo que hayas venido a bajar... pero sos vos, sos vos.

39-Y: si tuvieras que mencionar alguna ventaja, algo positivo, algo bueno de la obesidad...

40-C: algo bueno, es que comés sin límite; pero nunca estás satisfecho. Que podés comer y decís “¡ah!”, siempre, eso de la comida, porque yo no, en el momento que yo no me daba cuenta no le encontraba más que satisfacción comer, nada más. Porque si después me quería atar los cordones, tenía que andar molestando a otro para que me ate los cordones, yo mi marido, yo me bañaba y la parte de adelante me secaba re bien, pero la parte de atrás, tenía que andar molestándole y decirle “¿me podés secar?”. Este, querés comprarte ropa, y es lo peor que había, era un trauma ir a comprarse ropa; así que de eso no le encuentro nada positivo. Podrá haber mucha gente que dice “sí, pero estás sentada y comés y comés”; y sí, pero y después de que terminaste de comer y te re llenaste y subís de peso: ¿cuál es la satisfacción? No le encuentro, yo la verdad que, después que despertás y te das cuenta no, no, no le encuentro ninguna. Porque uno se hace atracones de comida y dos por tres ¡shiiú! al médico porque que vómitos, que diarrea, que gastroenterocolitis, no, no, no, no, la verdad que no tendría que volver a pasar por eso te digo yo 10 años que no sé lo que es un vómito, no, no, no porque no quiero saber más nada con eso. Si he tenido vómitos, mirá, por la misma obesidad y por la misma diabetes, perdí un hijo; entonces, todo eso, viste, te... te toca. Entonces cuando te hacen así cosas así... por eso cuando vienen las chicas jóvenes, yo les

digo bienvenida si no tenés más nada; porque si solamente es la obesidad, dale, mandale; porque es horrible tener que padecer otra enfermedad aparte de la obesidad.

41-Y: y ¿psicológicamente?

42-C: y te hace pedazos, te hace pedazos saber que sos obesa, que querés comprarte algo de moda y no hay para vos. Te tira abajo, encima que vos te autodiscriminás, te discrimina la sociedad. Vos querés viajar en un avión y tenés que pagar dos asientos; si sos un obeso de más de 15 kilos. Y no es así, no es así, porque eso, sos un ser humano, sos un ser humano con sentimientos, con virtudes, con defectos, sos... una persona más y, no ten.... Y nos afecta un montón. Yo te digo, llorás, gritás, todo porque yo no bajé 40 kilos en un día para otro; esto me llevó dos años, y sin embargo hoy estoy en una recaída, por eso volví, porque bueno una trabajaba y todo lo demás, entonces dejaba de lado, y de a poquito vos dejás de lado y por eso te digo, se te suben los kilos; pero, y es normal que un obeso tenga una recaída, o profunda o leve.

43-Y: ¿cómo es eso de que es normal?

44-C: si porque la obesidad, este... en la obesidad no podés ser todo perfecto; nadie hace el plan cien por cien... eh; aparte la comida es la que manda, la que anda por todos, vos cocinás si sos cocinera, si sos ama de casa, le cocinás a tus hijos, vas a la panadería, vas al supermercado... y hay comida tentadora constantemente, y en algún momento vos podés caer en la tentación de comer y qué sé yo y... y parece que tiene memoria el paladar, que si vos comés un bizcocho más y se despierta y otro bizcocho, otro bizcocho, cuando te descuidás te comiste un cuarto, un medio y ahí a la miercole el plan. Entonces el plan te invita a que vos, una vez que hagas eso, volvé, retomá, agarrá tu libretita y volvé, retomá y volvé a iniciar el plan para que no siga; porque hay caídas que vos podés cuidarte en el momento y hay caídas que como no todo se educa tan rápido, son pronunciadas. Te digo, yo tengo una recaída de doce kilos seiscientos. Y darme cuenta de que tenía una recaída, lleva también su tiempo.

45-Y: y ¿cómo hace una persona o qué es lo que vos recomendarías para que una persona con obesidad pueda empezar a encaminarse en este nuevo estilo de vida?

46-C: y que venga al grupo. Primero, por supuesto tenés los doctores que te ¡te re comen! cuando te ven, a veces te dicen “bueno, la próxima vez que vengás no entrás por la puerta” te dicen, porque son muy duros los doctores, sí, son muy duros los doctores; algunos doctores

son muy duros. Y bueno... y bueno y ¿cómo hago?, si necesito bajar de peso, y bueno, la gente viene, primera vez viene muy desconfiada, la mira a la persona que viene a dar el grupo, “a ver qué tiene puesto”, “a ver cuánto bajó”, viste, vienen medio así. Pero, que vengan al grupo y que lo visiten, y que vengan y que le den tiempo. Como dice el doctor “hay que darle tiempo al plan”, de un día para el otro no se cambian los hábitos, los malos hábitos, de un día para otro. Los cambios hay que hacerlos de a poquito; bueno, que vengan y visiten, más o menos 3 meses y algo tenés que bajar en 3 meses, aunque sea 100 gramos, no me importa, porque si vos a esos 100 gramos le decís al súper o vas a la carnicería y le decís “pesame 100 gramos de grasa”, bueno, todo eso es lo que vos bajaste, y si vas a buscar el paquete de manteca de 100 gramos, bueno todo eso lo bajaste; elegilo donde vos quieras, en la cabeza, en lo que sea. Porque es impresionante en los lugares donde se almacena grasa; un ejemplo mío tonto, los anteojos, yo cuando tenía 110 tenía un antejo de sol, cuando fui bajando, que bajé 20 kilos, el antejo de sol se me caía... y vos decís, ¿la cabeza?, la cabeza. Los anillos ya no te aprietan, son un montón de cositas tontas. O la misma ropa interior, la primera, el primer detalle que vos notás es la ropa interior, esa es la primera, el primer espejo.

47-Y: y ¿eso cómo te hace sentir?

48-C: te hace sentir de 10, de 10. Yo estoy segura que un montón de gente de acá, compañeros míos, tienen el espejo del cuello para arriba; no tienen un espejo entero, porque uno cuando se da cuenta de que tiene obesidad, no te gusta tu cuerpo; y eso tiene que estar coordinado, tiene que estar coordinado tu cerebro con tu cuerpo; no podés quererte de acá para acá, tenés que quererte entero, y si te querés te vas a cuidar.

49-Y: entonces ¿el uso del espejo?

50-C: ¡tiene que ser entero! Si tenés coraje y sabés mirá tu cuerpo; y decirte, hablarte y decirte “así nunca más”; acá te enseñan que te saques fotos, todo; “¡así nunca más!”.

51-Y: ¿y el uso de la balanza?

52-C: el uso de la balanza, yo no me pesaba nunca, el uso de la balanza acá el grupo te enseña a que no te obsesiones a pesarte a la mañana, a la tarde, a la siesta, a la noche, no; venís una vez a la semana al grupo, te pesás y ahí vas controlando tu peso, porque sinó pasa a ser una obsesión; “no como esto porque pesa más de esto, no como esto porque pesa más de aquello”, no, no, no, no, viste.

53-Y: en cuanto a la forma de ser de la persona que tiene obesidad, ¿tiene una manera de ser, hay alguna característica de esa persona?

54-C: sí, al principio la persona tiene un hábito agresivo, porque a mí cuando me decían de la obesidad me decían justo al mediodía, ¡ah, te da ganas de tirar todo!, poner todo de, y sin embargo te lo decían, pero te lo decían por tu bien. Y la persona obesa, a veces, no quiere ver y cuando le dicen las cosas, este... es muy agresiva, enseguida se ofende, enseguida se enoja, y uno mismo también todavía le dicen las cosas y se ofende.

55-Y: y ¿qué pasa cuando se enoja?

56-C: y se enoja y es capaz de comerse todo lo que hay, todo lo que hay; adrede, hacerlo más todavía adrede, más fuerte, más; no sé, ese carácter que hace que, si así vos me decís y seguís comiendo igual. Porque es un desequilibrio, tanto mental como de la enfermedad de tu organismo, viste; así que es como un desequilibrio total, “¡bah, bah, bah, no me importa nada!” y le mandás para adentro. Como hay gente que se pone nerviosa y se le cierra el estomago, bueno a nosotros ojalá se nos cerrara el estomago. Yo me pongo nerviosa y ¡hay, corran!, corran con el pan porque... voy directo al pan.

57-Y: eso ¿por qué te parece que sucede?

58-C: y a eso lleva a qué se yo, es como que vos te descargás; obvio que después que te comiste todo no te sentís bien, la panza que te explota, todo, pero no te sentís bien; no satisfacés el... la culpa la seguís teniendo, viste, pero igual, vos te desquitás con la comida; por eso es la enfermedad. Porque es muy fácil decir “¡aahhh, si es fácil bajar de peso, si hay que dejar de comer!”; no, ojo... no requiere solo eso.

59-Y: ¿qué requiere?

60-C: requiere educación, requiere de que vos vengas y aprendas a alimentarte, comer cada tres hora, el agua, la actividad física, el agregar más frutas y verduras, más lácteos; dedicarte a comer, sentarte a comer, comé de a bocado, no engullas, sin el televisor, en familia. Y bueno, decimos ¿y en qué casa no hay problemas?, y el primer problema ¡fúuu!, a la heladera; y bueno, eso es lo que te enseñan a que vos no tengas problema, que todo problema tiene solución, enseguida o más adelante, pero... viste, eso lleva tiempo, lleva mucho tiempo. La educación lleva tiempo, lleva tiempo educar a una persona obesa que viene comiendo pero ¡a desorden! total; y lleva tiempo, lleva tiempo. Pero si vos, si esa persona quiere bajar de peso,

lo va a lograr; si no querés y le buscás las mil y una excusas, ah bueno, entonces no vas a bajar de peso.

61-Y: y una vez que bajó de peso, que está en su peso saludable, ¿cómo hace?

62-C: tenés que seguir el mantenimiento, tenés que seguir viniendo al grupo. La persona que viene acá y aprende todo lo que te van enseñando, la persona tiene que seguir; porque esto es de toda la vida, de toda la vida te tenés que cuidar, de toda la vida tenés que hacer las herramientas, hay muchas herramientas, tenés la curva de peso, esto, lo otro y... bueno, y sigue viniendo, hay gente de mantenimiento que sigue viniendo porque eso lo ayuda.

63-Y: y ¿a vos qué te parece que hacen las personas delgadas para estar así?

64-C: no, hay organismos. Yo tengo mi marido que es dos metros de alto y es flaco y come, come, come, y nunca engorda. Y bueno, yo ahí diría que es todo parte de la familia; porque la familia son todos unos palos vivientes... y bueno, viste, ese, ese es el organismo; por eso te digo si no se llamaría obesidad, se llamaría enfermedad del organismo.

65-Y: como vos lo llamás enfermedad, viste cuando los médicos dicen “tiene que bajar de peso por tal y tal cosa”, bueno, a esa indicación ¿qué le haría falta para que el tratamiento sea más fácil?, para que a la persona realmente se le facilite.

66-C: y un poco más de corazón. Yo he coordinado y han venido cardiólogos y “¡hay, con ustedes yo los quiero agarrar, porque...!”. Son muy frios, son muy frios. “¡Hay que bajar de peso, no te queda otra!”. O al nutricionista, ¡¿cuántas veces me habré peleado con la nutricionista?! Y bueno, qué va a hacer, porque, vos estás dos horas esperando que te atienda, que te atiende cinco minutitos y “bueno esto, pin, puf, paf”. Y bueno pero ¿y lo que vos pensás, y lo que vos sentís no importa?, ¿no importa entonces? Ha pasado en el hospital, a las tres de la mañana tenés que ir para que ella te atienda a las siete, “fulana”, entrás, “bueno, ¿bajaste?, bueno, me alegro, seguí haciendo el plan”... ¿Me entendés? Entonces...

67-Y: y ¿eso qué genera?

68-C: y rebote, rebote; decís “no voy más a la nutricionista, se van todos a la miércoles, tiro todo y se acabó”. Hay gente que los ayuda y hay otros a los que no; eso es como ALCO, ALCO no es para todos y todos no son para ALCO. Hay gente que se viene con esa idea de que, a ver, me siento y la miran a la coordinadora “bueno, ¡adelgazame!”. Pero si vos no

querés, la chica se va a matar explicándote, pero si vos no querés, y va a venir un lunes, dos lunes, tres lunes y no va a venir más.

69-Y: en algunas culturas la obesidad es vista como símbolo de belleza, de poder...

70-C: sí, sí. Antes la mujer bella era la mujer obesa; en algunos países lo mejor que hay es la persona obesa, pero no... no, doy gracias a Dios que no vivo ahí, jaja. La persona bella es esa persona que está bien, de su mente, de su salud, con su cuerpo, con su familia, con su Dios, ésa es la persona bella. La persona bella que ayuda, que comparte lo que tiene, ésa es la persona bella, no importa si por fuera le faltan todos los dientes, no importa, pero si esa persona es bella espiritualmente... Vos cuando conseguís novio, el novio no te mira el espíritu, siempre digo lo mismo.

71-Y: ¿hay algo más que quieras agregar?

72-C: no, no, yo ya me voy al grupo. Si el lunes que viene querés venir y seguimos hablando, no hay ningún problema.

73-Y: no, ya estaría todo. Muchas gracias.

74-C: bueno. No, por favor. Listo entonces.

2. d) Entrevista n°4, Ana:

Ana, 36 años, soltera, enfermera, 77 kilos, 1,57 mt, IMC 31,23.

A: Ana. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: si no lo llamásemos obesidad, ¿qué otro nombre le podríamos poner?

2-A: ...enfermedad... Enfermedad crónica.

3-Y: enfermedad crónica, y eso ¿cómo es?

4-A: y es una enfermedad de toda la vida.

5-Y: ¿por qué?

6-A: y porque toda la vida la llevamos; no nos curamos nunca. Nosotros tenemos que saber que es una enfermedad que va a ser para siempre, y que si nosotros no cambiamos nuestro estilo de vida, siempre vamos a seguir en lo mismo.

7-Y: y a las personas que están pasando por esta enfermedad, ¿cómo se las podría llamar?

8-A: ¿cómo se las podría llamar a estas personas?

9-Y: ajá.

10-A: ... ¿con un sentimiento, así?

11-Y: como quieras, una palabra que...

12-A: tristeza.

13-Y: tristeza.

14-A: si, porque. Nosotros los, los gordos somos, somos re alegres, re contentos, re dicharacheros; vos no vas a ver nunca un gordo triste, por fuera; pero por dentro, o sea, todo lo que pasamos y vivimos solamente lo sabemos nosotros. Y lo aprendí acá, en el grupo donde vengo, eh, cuando con todos mis pares pude saber que todos sentíamos casi igual o más, más que uno o menos a veces. Y que todos teníamos el mismo problema, que tenemos el mismo problema, porque todavía lo sigo teniendo.

15-Y: ¿cómo llegaste a esa definición de obesidad? Obesidad como vos dijiste, como enfermedad.

16-A: ¿Cómo enfermedad? Bueno, acá me hicieron entender que, que es una enfermedad, porque antes no lo pensaba, y yo, con mi profesión he estudiado y, o sea, siempre está como factor de riesgo pero nunca como una enfermedad.

17-Y: desde tu profesión te pregunto ahora ¿cómo es vista la obesidad?

18-A: y como factor de riesgo. Porque siempre te hablan de la enfermedad la hipertensión, la diabetes, que te lleva la, la obesidad. Que son, pero nunca, yo por lo menos nunca pensé que la obesidad iba a ser una enfermedad, una enfermedad en sí.

19-Y: en cuanto a las causas de la obesidad, ¿qué te parece, qué pondrías en primer lugar como causa de la obesidad?

20-A: y bueno, a mí me parece que generalmente es genético, me parece que siempre hay o debe haber algún factor de riesgo que algunos lo tienen y otros no, uno lo desarrolla más que otros no. Porque lo noto en mi familia, siempre fui la única persona obesa y como que mis hermanos tenían, o sea, no tenían un peso normal, pero eran personas normales; yo era siempre la que, de toda la vida después del desarrollo, eh, empecé con el problema de la obesidad o por ahí el problema, tiene un problema ehh, psicológico o algo y... o un trastorno y... te guiás en la comida y empezás a comer y... es como que todo lo desligás a través del alimento y bueno y te vas produciendo la misma enfermedad.

21-Y: y a vos qué te parece, ¿por qué en la comida y no en otras cosas?

22-A: ... y es más fácil me parece... Te agarra la ansiedad y vas y... y comés. Está ahí, es fácil, es cómodo... Porque acá nos enseñan si tenemos ansiedad vamos a caminar, a dar una vuelta, a bailar, qué se yo. Y antes de hacer eso no, en otro momento nos hubiésemos dedicado a comer.

23-Y: y ese cambio ¿cómo se da?

24-A: como que te empezás a valorar, como persona, entonces no querés llegar a lo que uno, a mí me pasa que no quiero llegar a lo mismo de antes; entonces hago cosas para no llegar, no volver al mismo estado porque es como, yo viví todo la vida obesa, fui obesa siempre y hubo una época que bajé bastantes kilos pero después volví a engordar porque dejé actividad física, dejé la dieta; y es como que... ahora me cambió el estilo de vida, no total porque eso nunca lo cambiás, qué sé yo, por ahí volvés a meter esos pecados así que, o aumentás de peso o bajás porque eh no, siempre no te lle..., no tenés la palabra sabia siempre, ahí en eso siempre pasa que, que te puede por ahí la comida y gana más la comida que uno mismo. Pero cuando vos, ahora más o menos como que uno comprende que si vos comiste más, al otro día te cuidás un poco más, o hacés una actividad física, o hacés algo no sé; eso se genera para no tener tan.

25-Y: y ¿qué necesita una persona que tiene que bajar de peso, ya sea porque le hayan dicho los médicos o porque quiere, qué necesita esa persona para poder bajar de peso?

26-A: a mí me pasó algo dis..., algo, yo empecé por salud, estaba en una situación muy difícil, tenía un problema renal a través de la diabetes, fui a mi médico de cabecera y en un estado mal, mal, mal, que ella me dijo “bueno, vos ya sabés lo que tenés que hacer; yo hace meses que te vengo diciendo”. Y bueno, y era venir acá a ALCO. Y un día dije “bueno, voy a

empezar”, sin conocer a nadie, sin saber qué era, y así empecé. Primero eran excusas, “no puedo porque trabajo, no puedo porque esto, no puedo...”, y es mentira, todo se puede. Y, eso te tiene que hacer un click a cada uno, a cada persona, porque hay personas que vienen y... y no les llega; y yo desde el primer momento que vine fue diferente, fue algo raro, hoy lo veníamos comentando con las chicas en el colectivo, yo nunca me voy a olvidar de la primera vez que vine porque uno de los coordinadores, yo levanté la mano y digo “no, yo a esto no lo voy a poder hacer”, y me dice “y ¿por qué?, y “no, porque yo desayunar nunca desayuno”, y bueno, me dice, “vos tenés que empezar a cambiar tu estilo de vida y si no lo cambiás vos, nadie lo va a hacer por vos”. Y es verdad, si uno no pone un esfuerzo por uno, nadie va a venir y te va a obligar a hacerlo. Y eso lo entendés a raíz de, cuando venís acá y... te explican y hablan; es muy importante eso.

27-Y: se dice que en la sociedad la obesidad y el sobrepeso van en aumento, ¿para vos a qué se debe eso?

28-A: a mí me parece el estilo de vida ya de uno que ha cambiado un poco. Eh... se come mal, no hay una buena alimentación, eh, como que no le prestan mucha atención a la actividad física, eh; que nunca le prestamos atención, es algo, algo secundario y es tan, es tan bueno y saludable. Y a mí me parece que sí, que va en aumento; cada vez es impresionante la gente joven y niños que se ven. Pero a mí me parece que es la mala alimentación; que si hubiera desde la casa, desde el principio una buena alimentación, con un desayuno, con un almuerzo, una merienda, una cena, y después entre medio de cada comida ingerir algún alimento, mejoraría. Porque es solamente eso, nada más. No es mucha ciencia.

29-Y: vos recién decías de la casa; la familia, ¿cómo contribuye a la obesidad?

30-A: mucho... o sea... mucho; tenés que tener la contención, te tienen que ayudar. Por ahí llega un momento en que vos te hacés tantos cambios que hasta en tu propia familia es como que choca que vos hagás, hagás cambios, que hagás cosas en tu vida, que vayas al gimnasio, que te dediques, que prestes atención a otras cosas... eeehhh, pero... en mi caso tengo la contención de mi familia, siempre está; preocupados si bajé de peso, si aumenté, cómo me fue, eh... siempre están. Pero también tuve eso de... cuestionamientos, “dos horas en el gimnasio, ¿por qué tanto?, no te dedicás tanto a nosotros”; claro, porque uno ya cuando nosotros somos, estamos gordos, estamos pendientes de todo el mundo, y cuando llegamos acá es como que nos enseñan a... a ser uno mismo, a dedicarnos a nosotros, que solamente es

lo que importa; un poco egoísta, pero es así. Egoísta en la parte nuestra, que... si... nadie se va a fijar en nosotros si tenemos para comer, si, solamente nosotros tenemos que comprarnos la comida, cocinarnos y... y hacernos todas las cosas; entonces no sé, es como que antes vos... estabas pendiente de todos y ahora, estás un poco en tu mundo... En tu mundo dedicado a esto, o sea, a hacer cosas para vos.

31-Y: en cuanto a la forma de ser de la persona que tiene obesidad, ¿hay una manera de ser, la persona se comporta de una manera determinada?

32-A: si, si, si. Yo ya lo dije al principio más o menos; bueno, es, o sea, nosotros demostramos alegría, eh, buena onda para todo el mundo, nunca estamos mal; eh, predisposición para todo el mundo, caemos bien a todo el mundo, ¿qué gordo le cae mal a alguien?, nadie; a todo el mundo le tenemos que caer bien porque... ya basta con ser gordo, para ser un gordo feo, forro y malo, ¿no? jaja... Así que somos buenos con todo el mundo, estamos pendientes de todo y creo que eso es, y somos mentirosos, muy mentirosos.

33-Y: y eso ¿cómo?

34-A: y suponete, te dicen, yo tenía en el trabajo me decían “vos debés vivir comiendo”, yo decía “nooo, yo no como nada”; porque en el trabajo no comía porque me daba vergüenza comer en el trabajo, porque qué iban a decir “la gorda vive comiendo”. Entonces era como que, les mentís y decís “no como”, bueno, en casa estaba de dieta y por ahí me comía algo, me lo tenía que robar y mentir que me lo había comido; porque sinó era como que defraudaba a todo el mundo. Y ahora aprendí a que eso a que no.

35-Y: y las personas de tu entorno, importantes, significativas para vos ¿te decían algo acerca de la obesidad...?

36-A: si, siempre, pero es como que uno no entra en razón; como que no se da cuenta. Estás en un pozo que no te das cuenta, ni; pensás que no, que no tenés nada, no, no, no, no tenés una enfermedad, que no te ves mal, no; yo no me notaba mal, me sacaba fotos, me miraba en el espejo y nunca me veía mal. Me pasa ahora, que me miro, no me reconozco y es como que me veo... eeehhh... más desfigurada que antes... Pero es porque no me reconozco yo ahora como estoy... me pasa eso. Que es normal me dijeron, que me pase.

37-Y: ¿y el uso del espejo?

38-A: ahora, eh, siempre lo tuve, siempre lo tuve; cuando era gordita siempre usaba ropa bien ajustada también, no usaba ropa suelta, odiaba usar ropa suelta, yyyy... y no tuve problema nunca; y ahora tampoco... Pero me cuesta aceptarme como estoy, no me reconozco, no me veo.

39-Y: ¿y en la vida social, para salidas, para actividades...?

40-A: no, no, no. Nunca tuve problema; eh bueno, lo que sí cuando salía así en grupo qué se yo, yyyy... y me sentía como que todos me observaban, como que todos me miraban, como que se reían de mí, lo hé notado y lo hé visto, y eso me ponía muy mal. Y ahora es como que no siento eso.

41-Y: ¿cómo creés que las demás personas, sean personas delgadas o con sobrepeso, o con obesidad, cómo creés que esas personas ven a quienes tienen obesidad?

42-A: hoy veníamos hablando, nos ven como que nos comemos todo; nos ven como que no tenemos... eh... no tenemos vida, que lo único que nosotros hacemos es comer. Yyy... tenemos vida, y sufrimos mucho, sufrimos mucho por ellos, por la gente que nos discrimina. Porque... eh... con un solo gesto, con una mirada ya... fuimos; yo soy muy observadora y me doy cuenta enseguida. Yo les decía que hasta había gente que no se relacionaba conmigo como se relaciona ahora que bajé de peso. Que es algo que uno nunca puede pensar, pero hay mucha gente que... como que ahora es como que me acepta como persona y que antes no me aceptaba porque era gorda.

43-Y: eso ¿cómo lo notás? ¿En qué lo notás?

44-A: lo noto con el diálogo, con la charla, que antes no tenía o la buena onda que ahora, que ahora se dispone así... O capaz es que yo he cambiado un poco y estoy un poco más accesible; pero se nota de que... Pero yo siempre fui accesible, todo, pero se nota ahí una, un cambio... Porque fui siempre de tener grupo de gente, nunca me quedé sola.

45-Y: otra cosa que te quiero preguntar es si la obesidad afecta a la salud...

46-A: sí, sí; mucho.

47-Y: ¿de qué manera afecta a la salud?

48-A: ¿de qué manera? Y bueno, yo te contaba que vine con un problema renal; bueno, con la diabetes yo no tengo más valores altos de glucemia, se me normalizó; no tengo más

hipertensión. Me retiré yo, o sea, yo estoy hipotensa ahora en vez de hipertensa; es decir que la medicación de la presión por ahí ahora no la tomo porque no la necesito; eh, me regularicé todo, yo era irregular en la parte hormonal y ahora soy regular; es como que todo vuelve a la normalidad. Que nunca fui, o sea, en el tema de salud nunca fui normal porque yo empecé desde los 16 años con hipertensión por la obesidad, con la diabetes empecé hace poco, hace más o menos 6 años y nunca revertía, y ahora que bajé de peso es como que mejoró todo; mi estado de ánimo, mi estado de vida y mi salud... Primero y principal porque fue por eso que entré.

49-Y: ahora que decís de tu estado de ánimo, psicológicamente la obesidad cómo...

50-A: sí, no, es terrible. Es terrible porque uno no se da cuenta, pero uno se va deprimiendo sola. Y capaz que va manifestando con muchas cosas y, es como que ahora lo reconoce, ahora con lo que bajé me siento bien, yo. Me reconozco como mujer, como que antes no me reconocía, eehhh... Muchas cosas, emocionalmente estoy mejor, con buen ánimo; siempre estuve con buen ánimo pero por ahí tenía esas decaídas, de bajones, qué sé yo, y ahora me siento bien.

51-Y: buenísimo. Eh, ¿qué tipo de cuerpo te parece saludable?

52-A: ...yyyy..., mirá... no mucho, o sea, con un peso normal, eehhh, creo que ya es saludable. Acorde a tu estatura... Pero... yo ahora que me faltan 11 kilos más o menos para llegar a mi peso posible, yo ya, o sea, estoy bien, con este peso. Quisiera llegar a mi peso si puedo, pero ya con esto ya me siento re bien. En salud súper bien.

53-Y: claro, ha habido un cambio importante.

54-A: sí; y ahora es como que te viene, te cues..., te cuestionás la parte física; los colgajos y todo lo que... pero eso hay que tirarlo, jaja.

55-Y: pero y eso cómo lo...

56-A: y bueno, eso a través de gimnasio y sino cirugía... Estamos pensando en eso. Sí, sí; gimnasio ya empecé y bueno y... pero no hay mucho, no revierte mucho pero bueno, tenemos la posibilidad de alguna cirugía por ahí... pero bueno, estamos ahí.

57-Y: ajá. Y ¿qué opinás de todo lo que se ofrece, sobre todo por televisión o revistas, que aparatos, que téis, que la semillita, que...?

58-A: nada, nada, nada. Yo he hecho semillita, he hecho planes, he hecho todo, creo que no me queda... no me queda nada... Pero esto es, todo natural me parece; la dieta, la actividad física, un cambio del estilo de vida y nada más.

59-Y: entonces, ¿cuál sería un tratamiento adecuado para la obesidad?

60-A: el tratamiento adecuado me parece que es acá. ALCO me cambió la vida; con las chicas, las coordinadoras que las dirige el doctor Cormillot... eh, es fantástico. Yo estuve en nutricionistas miles de veces, desde chica siempre, eeehh... y no; que la semillita también y todo, todo, y no encontré lo que encontré acá porque la contención de ellas, la contención del grupo que te ayuda, que estamos todos en lo mismo, que te enseñan y te dan... estrategias para poder... zafar de alguna forma. O tus mismas compañeras te cuentan lo que hacen en la semana para, que bajaron tanto de peso que después vos lo podés, eh, adquirir, lo vas haciendo y lo vas como incorporando y haciendo cosas que ellos también hicieron.

61-Y: y las personas que están delgadas, que son delgadas, ¿por qué son así, por qué están así? A vos ¿qué te parece?

62-A: y eso va en el metabolismo de cada uno... ¿Vos me decís las que nacen delgadas o las que bajaron y están delgadas?

63-Y: las que bajaron y siguen delgadas o las personas que siempre...

64-A: bueno, las que bajaron y siguen delgadas es porque siempre siguieron el tratamiento y vinieron acá a ALCO, porque si vos no, si vos dejás el grupo no, no seguís.

65-Y: y ¿eso por qué es?

66-A: y porque el mismo grupo te contiene y ellos te van controlando y vos vas sabiendo si bajaste o aumentaste; me pasó, yo vengo en una meseta que no puedo bajar, no puedo bajar, y es como que viviendo acá te dan fuerza para seguir y hacer las cosas como tenés que hacer.

67-Y: ¿querés agregar algo más, que te parezca importante y que nos hayamos olvidado de resaltar?

68-A: no sé, creo que... está todo, no sé. No sé a vos qué te parece, no sé... A mí me parece que, qué sé yo, que más o menos todo lo que se vive y lo que uno, lo que uno padece con esto...

69-Y: y ¿la obesidad tiene alguna ventaja, algo positivo, algo bueno?

70-A: ninguna, jaja. Nada, nada, nada, nada; yo no le veo nada positivo.

71-Y: y como desventaja ya mencionaste...

72-A: todas desventajas, sí. No, porque, en ventaja ninguna porque es contraproducente para la salud, para el estado de ánimo, eh... no, no tenés... libertad de nada porque estás atada a que no te podés mover, a que no podés, hasta, hasta a veces de ir a una fiesta y no saber, eso veníamos hablando hoy, y no saber, qué sé yo, sentarte porque por ahí son unas sillas de mala calidad y pasás vergüenza delante de todos; eh, hasta eso se te inhibe, hasta te podés ir a disfrutar una fiesta, a poder ir a disfrutar una comida que te están mirando, que... la misma gente que, que te sobre, que... no sé por qué, porque la verdad no tendrían, en vez de ayudar o algo, por ahí la gente hace lo contrario.

73-Y: y, a partir de pasar por esto de la obesidad, ¿rescatás algo bueno, algo que te haya quedado?

74-A: sí, que gracias a eso no voy, no quiero volver más a estar así, no.

75-Y: alguna fortaleza, algún recurso que hayas adquirido.

76-A: la fortaleza es eso, la fortaleza es que no querés volver más y que vas a hacer todo lo posible para, para seguir bajando de peso o mantenerte en lo que estás.

77-Y: bueno, muy bien. Muchas gracias.

78-A: Espero que te sirva. Después me das cómo te fue.

79-Y: sí, muchas gracias.

2. e) Entrevista n°5, Patricia:

Patricia, 56 años, casada, 3 hijos, empleada, 134 kilos, 1,65 mt, IMC 49,21.

P: Patricia. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: si no lo llamáramos obesidad, ¿qué otro nombre le podríamos poner? ¿De qué otra forma se le podría llamar?

2-P: ¿a los kilos de más? A los kilos decís vos...

3-Y: a la obesidad.

4-P: a la obesidad... La enfermedad de la obesidad.

5-Y: y a las personas que tienen obesidad, ¿de qué otra forma se les podría llamar o de qué manera se las podría llamar?

6-P: y bueno, viste que les llaman gordos, gordas.

7-Y: y durante esta entrevista, ¿cómo preferís que nos refiramos a la persona que tiene obesidad?

8-P: y con obesidad; con el nombre de obesidad.

9-Y: obesidad. A la persona, ¿obeso entonces?

10-P: claro.

11-Y: bueno. Vos decías enfermedad, ¿cómo es eso que la obesidad es enfermedad?

12-P: y yo mirá, eh, muy bien no lo entiendo. ¿Viste vos? Soy una persona obesa y no entiendo mucho que es una enfermedad. Cuando era más joven, no pensaba que era una enfermedad; pensaba que... que uno engordaba porque comía y... y no había otra. Después cuando fui más grande, y eso que iba a los grupos de ALCO que ahí se trata como una enfermedad, pero igual; hasta antes, lo que me pasaba cuando era más joven, queeee... a mí no me dolía nada; la obesidad no me molestaba para nada. Yo no le llamaba obesidad en ese momento, le llamaba kilos de más... kilos de más. Entonces que iba para... para que... porque tenía una fiesta o porque quería bajar y ponerme tal cosa; por estética. Y yo, vos sabés, escuchaba a las otras personas que decían que les dolía esto, que les dolía lo otro... y así mismo no me caía la ficha... Cuando pasaron los años, seguí con el tema de los kilos de más... hoy, me duele todo... Hoy me duele todo. Y vos fijate que cuando muere una persona que está con obesidad, no dicen “se murió de gordo”, “se murió porque le dio un ataque de presión...”. Bueno, yo tengo, tenía una prima que tenía obesidad, presión alta, no se cuidaba para nada... no se cuidaba para nada, ¿viste?; eh, y bueno, un día fue a tomarse la presión, a la tardecita, a la noche; eh... le había comprado una pizza al nieto y papas fritas, y vino de tomarse la presión y le dijeron que estaba altísima, no sé cuánto era que tenía; y se puso a picotear igual papas fritas. O sea, era como que ni miedo tenía ¿viste? Y después bueno, la

internaron con un derrame cerebral y aneurisma, y después de una semana y murió. Yo ya era... no hace muchos años, ya estaba grande yo, ya te digo, no era tan joven; yo te digo que, hablábamos siempre con mi hermana, ella murió de... murió de gorda, de... es así. Yo, eh, a pesar de que tengo 134 kilos... en realidad comer como sano... eh, no fumo y no tomo tampoco... no tomo... y estoy en movimiento... siempre en movimiento. Porque mi trabajo es de moverme, camino, eh, me gusta mucho la actividad física, me gusta; eh, así que, eso yo creo que, o sea no como frito ni nada, eso lo aprendí de ALCO y se lo inculqué a mis hijos que son delgados, porque mi esposo es bien delgado y viste que sacan o la genética de la mamá o del papá y gracias a Dios mis tres hijos sacaron del papá. Son altos y delgados; comen lo que sea, tienen un desorden alimentario y no pasa nada. Yo les digo a ellos, “ustedes tengan cuidado” porque el 60% dicen que es que tenés la probabilidad de cuando es tu mamá la obesa, el 60%; yo antes creía que era el 50 y 50, no; el 60 es si es tu mamá y el 40 si es tu papá. Bueno, mi hija que tiene 25 años, que ahora se fue a vivir a Cerrito, ella es delgadita, pero ahora empezó a engordar. Yo le digo “Laura hacé gimnasia”, tiene dos criaturas, está estresada; tiene dos criaturas terribles, terribles, 5 y 3 años. Ahora cuando los ubique en la escuela, qué se yo, yo le digo “bueno, ahí vas a tener tu tiempo para ir a un gimnasio”. Porque yo no quiero lo mismo para, para ninguno de los tres. Porque la verdad que con la obesidad... una que hay cosas que no las podés hacer... te limitás un montón de cosas... con la obesidad. Yo en este momento hay cosas que no las, que estoy limitada en un montón de cosas y me, y son cosas que a mí me encantan, me encantan; por ejemplo ir a la playa, pero tengo las piernas feísimas por la obesidad y todo eso, que no. Estuve años para poder ir a acuatergic, porque no quería que nadie me viera. Hasta que un día me decidí, tomé valor, coraje y bueno ya hace 4 años que voy y te digo la verdad... estoy chocha; para mí ahí tengo las mejores piernas, jajaja. Lo que pasa es que ahí todo el mundo va con problemas, por supuesto que van unos cuerpos espectaculares también, van de todo; pero es tan poco lo que te ven, porque si ya te metés al agua y ya está; no, no, no. Pero el placer que es hacer esa actividad en el agua, no me importa que me vean las piernas, jaja. Pero es una lástima, yo digo por qué perdí tantos años; porque a mí me encanta, lo del agua me gusta mucho. Pero por ejemplo a la playa... ahí estoy, ¿viste? Hace años no voy a la playa. Ya, es una cosa que a mí me gusta y que a mí me hace bien; admirar la naturaleza y todas esas cosas. No, no; y muchas cosas; por ejemplo, si hay sillas de plástico no voy, muchas cosas, muchas cosas ¿viste?; que yo tengo 56 años y estoy viviendo como si tuviera... no sé, yo creo que una mujer de 70 años hace muchas más cosas que yo que soy menor. Y una de las cosas que no voy también, por vergüenza, por la

obesidad, que me encanta, es a teatro... Teatro; por ahí yo digo “pero y si hay actrices gordas”, jajaja. En la pileta hay una señora que dice, pero yo estoy pensando, lo que yo un día le dije a ella ¿viste?, “hay una persona acá en Paraná” me dijo “que enseña teatro, que tiene obesidad” me dice; así que... Todos los años digo que me voy a animar a empezar, vamos a ver este año si es que no han empezado todavía, jaja. Me encanta. Yo por ahí digo, capaz que eso también es un incentivo... para bajar de peso. Ahora empecé con Jorgelina; y lo que yo tengo sabés con mis kilos de más... eehhh, lo que yo tengo, no tengo continuidad, ¿me entendés? Empiezo a bajar capaz, bajo 3, 4 kilos, dejo, los aumenté, vuelvo a empezar.

13-Y: y en tu historia personal, ¿has tenido sobrepeso siempre o no...?

14-P: sí, siempre sobrepeso; siempre. Pero... cuando era joven, era, era gordita... gordita; ahora soy gorda.

15-Y: y ¿qué hacías para...? ¿Hacías algo para bajar de peso o no...?

16-P: hacía ejercicio, siempre. Porque, vos sabés que cuando yo era chica, como era gordita, siempre fui gordita de chica ¿viste?, yo iba a la escuela Centenario, yyyy... yo no usaba, no me quería poner un buzo para ir a gimnasia... Y una vez dijo la maestra, la profesora, la maestra no sé, aunque ya ni me acuerdo que quién daba gimnasia, ahora cambió todo; dice... “todos...”; siempre yo tenía un motivo para no hacer la gimnasia, mirá vos con lo que me gusta, claro vés, con lo que me gustaba; entonces ella dice, me quedó grabado eso, “sean gorditos o no, todo el mundo se pone un pantalón, un buzo y se pone a hacer gimnasia”... Yo sé que lo dijo por mí, porque creo que no había más nadie gordit..., jeje. Sé que lo dijo por mí, ¿viste? Entonces es, a mí me parece que como toda esa gimnasia que yo no hice cuando yo era chica, cuando fui grande arranqué, claro. Arranqué. Porque yo me acuerdo que yo trabajaba en un supermercado, tenía 19 años, 18, y a la noche me iba al gimnasio... Pero, estee... y bueno, siempre, siempre estoy haciendo gimnasia; por ahí dejo y por ahí vuelvo, y así.

17-Y: y la persona que tiene sobrepeso, ¿qué es lo que necesita para empezar a bajar, o no solamente para bajar de peso, sino ya para tener un estilo de vida más saludable? ¿Qué es lo que necesitaría?

18-P: qué es lo que necesitaría... y mirá, eehhh... yo creo que un buen incentivo... O sea, yo te hablo de mi caso, no sé... Porque, fijate vos que ahora ya es por salud también... claro; por

salud. Porque a mí me duelen las rodillas, tengo los meniscos rotos de una rodilla; con este peso no me opero pero ni loca... Cuánto tiempo voy a estar para operarme... Eeehh... muy mal de mi ciático, muy mal... Y yo sé que todo eso es... por el sobrepeso; que si bajara, tengo que bajar, porque imagínate, estoy con 134 kilos, tengo que bajar mucho para sentir el alivio... Y bueno, eh, yo cuando era más joven, los primeros años de casada, todo eso... eh, tenía más incentivo, porque la vida era una cosa; ahora la vida... es otra cosa para mí, me pasan otras cosas... cosas tristes, tengo a mi marido enfermo, incapacitado, eh... quiero sacarlo de donde está, conseguir otro lugar para él, y no puedo, la obra social me responde que no, siempre le falta algo para ponerlo en otro lugar; porque tiene una hemiplejía en el cuerpo entero, pero su cabecita funciona bien, y tiene 57 años, y es muy triste; aparte quedé viste, trabajando yo sola... manteniendo toda una familia, con muuuy poco sueldo; yo trabajo en dos lugares. Entonces es como que... ¿viste?; cuando te va cambiando la vida, también te van cambiando los incentivos, por más que ahora sea por, por salud también... Y aparte tengo un hijo de 15 años, que tengo que terminar de criarlo, y todo eso.

19-Y: pero qué bueno, qué fuerza la tuya, porque en la situación en la que estás...

20-P: ahh, sí...

21-Y: ... así y todo vos venís, te preocupás por vos, estás haciendo algo; la verdad, buenísimo lo tuyo. (Este comentario surgió a raíz de que la persona entrevistada se emocionó mucho con su relato).

22-P: sí, sí; la remo ¿viste? jejeje. Es como dijo el otro día Jorgelina, “es remar en el dulce de leche”, jeje. La primera vez que lo escucho. Si yo remo en el dulce de leche le digo “voy a estar así” (gesto: probándolo). Jaja. No, no, no. Porque claro, remás en el dulce de leche, estás siempre en el mismo lugar ¿viste?...

23-Y: claro; pero qué bueno que vos así y todo vos estás haciendo algo.

24-P: síiii. No me, no me dejo. Aparte mi hijo de 29 años sufre de depresión; entonces es como que yo tengo un entorno así negativo y eso te hace mal... Y yo no soy una persona negativa, a pesar de todas las cosas, yo siempre tengo una sonrisa; qué sé yo, la gente que me conoce, que saben mis cosas dicen “hay pero a vos parece que no te pasa nada”... Y sí, y bueno... no vivo llorando todo el día por las cosas que me pasan ¿viste? Este... trato de solucionarlas, pero bueno... Yyy... bueno, eso.

25-Y: eso. Y en tu familia, de parte de tus padres, ¿ha habido sobrepeso?

26-P: de mi mamá. De mi mamá... Mi mamá eran tres hermanas... y las tres tenían sobrepeso; una, muuucho más... muuucho más... Pero, impresionante pobrecita de gorda... yo creo que yo me parezco mucho a ella; porque mi mamá ha tenido sobrepeso sí, pero nooo taaanto; nooo tanto.

27-Y: así que hay antecedentes familiares.

28-P: claro, sí, sí. Y ancha de cadera así como yo, ¿viste? Bueno eso, eran las tres hermanas anchas de cadera; porque a mí se me va a la cadera y a las piernas.

29-Y: y como causa de la obesidad, ¿qué pondrías vos?

30-P: ¿causa de la obesidad?... Causa, causa mala de la obesidad.

31-Y: causa en el sentido de ¿qué genera a la obesidad, qué es lo que produce la obesidad?

32-P: ... no sé, porque dicen que es algo genético; que es, no sé... que es la, la cabeza que no te da, que el cerebro no te responde. Yo no sé; no hace mucho vi a una persona que habían operado, no del estómago como los operan a todos, de no sé qué glándula que pasa por el estómago que va a la cabeza no sé cómo era el tema; había bajado un montón de peso... Porque ¿viste esas personas que se operan?, una persona un día escuché que dijo “me operaron del estómago, pero no de la cabeza... y mi cabeza sigue pidiendo... pidiendo comida”. Si bien dicen que los operados se sacian enseguida, pero de todos modos él quería seguir comiendo.

33-Y: y eso ¿cómo sería?, eso de la cabeza, ¿sería orgánico, psicológico, combinado; cómo sería?

34-P: y yo para mí es algo que uno ya nace con eso y... Y bueno; a mí me pasa una cosa, que no sé si te comenté Jorgelina, que no todos los gordos son así; yo, en ALCO le llaman comedores nocturnos... me levanto a comer... En el día, yo capaz que voy, compro una galletita que es para mi hijo de 15, bueno a él no se las abro porque me hace un juicio, si se las abro, jajaja. Pero por ejemplo, a ver, ayer venían mis nietos, entonces yo el día anterior fui y compré unas cosas, y compré unas galletitas que le gustan al de 15 porque ese es un mal enseñado, hijo de padres viejos, le gustan las dulces de chocolate, no me acuerdo ahora la marca; bueno, y compré otra Maná rellena de frutilla para tener para mis dos nietos... ¿Qué

me pasó? A la noche, yo sabía que estaban esas galletitas, las de mi hijo no las iba a tocar por supuesto; estuve a punto de abrirlas, gracias a Dios lo vencí... Porque yo de noche, me duermo y cuando me levanto... ella, Jorgelina, me dice que se me ha hecho un hábito, tengo que sacarlo; y me cuesta ¿viste? Cuando me levanto, porque es ir al baño, a hacer pis ¿viste?, es tremendo; bueno... cuando me levanto tengo que ir a comer algo. Y capaz que si no tengo nada, un pedacito de queso con azúcar, ¡azúcar!, que en el día ni la pruebo al azúcar, jeje, porque no me gusta el azúcar ¿viste?... Y sin embargo a la noche sí; o un pedacito de pan. Entonces, capaz que hice todo el día bien mi dieta, mi plan, y a la noche lo... lo malogro por eso de que me levanto a comer; y al otro día me levanto llena de culpa. Porque es como le digo a Jorgelina, prefiero, si tengo ganas de tarde comerme en una colación un alfajor... y lo como sin culpa, y no comérmelo a las tres de la mañana al alfajor... Eso es tremendo, es tremendo; vos sabés que toda la vida luché con eso. La noche que logro no levanta..., o sea, que me levanto a hacer pis y no como nada, para mí al otro día es un amanecer espectacular, hermoso.

35-Y: y entonces vos, ¿a qué creés que se debe eso?

36-P: eso no sé. Ella dice que es una ansiedad... Realmente no entiendo eso; porque a todos los obesos no les pasa eso.

37-Y: y eso ¿cuándo empezó, o siempre lo tuviste...?

38-P: siempre lo tuve.

39-Y: ¿desde chiquita?

40-P: no; ah no sé desde chiquita, pero de grande ya sí. De chica, no, no sé de chica ¿eh? Ni de señorita me parece que tampoco, cuando ya era señorita me parece que no me levantaba a comer. Yo tengo una hermana que es delgada, se levanta a comer igual que yo ¿vos sabés? No sé por qué. Te comeeee... ella dice que agarra, se hace un mate cocido con dulce con pan... jajaja.

41-Y: como vos decías de un hábito...

42-P: es un hábito.

43-Y: una vez que te creaste ese hábito...

44-P: te cuesta sacártelo, te cuesta sacártelo.

45-Y: bueno; otra pregunta que te quiero hacer es que se dice que en la sociedad la obesidad y el sobrepeso van en aumento, ¿a vos qué te parece, a qué se debe eso?

46-P: ... puede ser el estilo de vida que lleva la gente... Yo tengo tiempo como para cocinarme, qué sé yo, al mediodía llego cansada y por ahí no me da ganas de cocinarme; pero en realidad sí, tengo tiempo, porque ya la tarde la tengo libre; así que, no tengo problema... Puedo llegar a hacerme un... pero viste que hay gente que trabaja de mañana, de tarde, todo eso... Todo el mundo está diciendo que cada vez hay más obesos, cada vez hay más diabéticos...

47-Y: ahora que mencionás esto de los diabéticos, la obesidad ¿cómo afecta a la salud?

48-P: ... eh, la obesidad afecta mal a la salud... Yo hasta ahora, gracias a dios, no soy diabética. Todas las veces me sacan en los análisis ¿viste?... Pero me ha afectado a los huesos... Los huesos, eh, psicológicamente te hace mal...

49-Y: ¿cómo hace mal psicológicamente?

50-P: psicológicamente, porque siempre o te sentás en una silla y te sobra para los costados, o ya te digo, yo sé que silla de plástico no puedo ir. Entonces psicológicamente te hace mal a vos.

51-Y: ¿y socialmente?

52-P: claro, socialmente también. Socialmente también.

53-Y: y ¿cómo creés que las demás personas ven a una persona que tiene obesidad?

54-P: y la, ¿viste?, son pocos los que entienden a los obesos. Porque algunos flacos te dicen “y ¡cerráte la boca y vas a ver, ya está!”; te lo dicen así. O te dicen “y por algo estás así”; te miran de arriba abajo. O sea, hay muy pocas personas que entienden a los gor... a la obesidad; muy pocas personas.

55-Y: hay gente que tiene obesidad y dice, eh, trata de reunirse con otras personas que también tienen obesidad, porque dicen “el que no lo pasó, no lo entiende, no lo sabe”. ¿Vos qué opinás de eso?

56-P: yo pienso también que sí. ¿Reunirte para charlarlo o para qué?

57-Y: claro, hay personas que sí, que se reúnen para charlarlo, como ALCO por ejemplo; pero en algunos casos es como “no, este no lo vivió, no lo entiende, que ni me hable” una cosa así.

58-P: claro.

59-Y: entonces ¿vos qué opinás de eso?

60-P: no, no. Yo, no. Yo me reúno con cualquier persona, y cuando ya veo que no entienden el tema, si sale, no se habla más; yo ya, por la obesidad no discuto con nadie ya, antes sí, jaja. Una vez me decía una señora “vos tenés que comer todo descremado y vas a ver”... “aahh, sí” le digo “aahh, bueno, gracias”, jajaja. Encima son tan ricas las cosas descremadas; no eran cosas como antes. Pero este, entonces viene una persona así, que vos vés que no entiende nada, yo no discuto con nadie por mi obesidad.

61-Y: ajá. Y las personas significativas, importantes de tu vida ¿dicen algo sobre...?

62-P: no, no; eso no. No, no, no. No, en eso me entienden, mis hermanos, todos... en eso sí... mis hijos tampoco me dicen nada.

63-Y: y la persona que tiene obesidad, ¿tiene una forma de ser en particular, de comportarse? ¿Hay alguna forma de ser de la persona que tiene obesidad?

64-P: hay algunas personas que tienen obesidad y son como, así como antipáticas ¿viste?... Otras personas también que empiezan con una dieta y se ponen malísimamente mal. Vos sabés que, antes cuando yo era más joven, me pasaba así eso, como, te ponías como malhumorada; ahora no, al contrario... si estoy haciendo algo que me hace bien, no me pongo malhumorada. Aparte, eh, ¿viste? como cambió tanto, que antes era todo prohibido, y ahora no, no te prohíben nada ¿viste?, no, no te vas a comer todos los días facturas, cosas, jajaja, o una milanesa frita o eso, nada de esas cosas; pero realmente te podés dar un gusto, qué se yo, si querés comer un heladito o algo así. Pero antes te decían “¡no!”. Vos estabas de dieta y todo era ¡no! No había nada.

Y: claro. Y para vos un tratamiento adecuado, ¿cuál sería?

65-P: yo para mí un tratamiento adecuado es que no tengo que dejar... continuar.

66-Y: continuar con...

67-P: con la nutricionista, con el gimnasio, con todo... Eh, y que no me importe cuánto bajo; pero que sí, que sea continuado... Ese es el tema mío, ese es el tema. No sé por qué no puedo tener una continuidad, no sé... Enseguida, me, me, me... me tiro para abajo y... empiezo nuevamente, y dejo y ahí aumento enseguida.

68-Y: eso ¿a qué se debe?

69-P: a los estados de ánimo puede ser, digo yo, capaz...

70-Y: ¿cuáles serían las debilidades de una persona que tiene obesidad?

71-P: debilidades.

72-Y: debilidades.

73-P: ¿de comer decís vos?

74-Y: debilidades.

75-P: y debilidades el helado, jajajaja. Este, cuando estaba tan barato en Grido, ¿viste?, decía yo, “¡qué lindo!”, le decía a mi hermana “para comprar y guardar”, pero le digo “yo, no puedo”; mi hermana igual. Mi hermana tiene ochenta y pico de kilos, o sea, no es, está con un poquito de sobrepeso pero; y ella me dice “yo tampoco”. Guardar helado no puedo, yo si lo tengo lo voy a comer. Y me encanta el dulce de batata... Pero a mí me gusta todo, te digo la verdad. Así como te digo que me gusta el dulce de batata, me gusta el salame, jaja. Pero eso, te digo la verdad, no compro nunca yo; helado sí por ahí se compra, sí helado sí; si estamos reunidos todos capaz que compramos helado, y mucho no podés comer, porque somos muchos y...

76-Y: hay muchos para repartir.

77-P: claro, jaja. Repartís y te toca bien como tenés que comer. Pero una cosa así ¿viste? Pero ahora, dulce de batata y eso no; salame menos. Porque tuve un problemita de presión, así que esas cosas ya no ¿viste? Como con poca sal también; en realidad no con poca sal, él me manda algo sin sal, por ejemplo ella me dice “vos elegí”. Por ejemplo, yo hay comí arroz, y el arroz lo hiervo sin sal, le puse huevo picado y después le puse un poquito de mayonesa light; entonces esa es la sal que consumo. Hago así. O a las ensaladas ¿viste?, prefiero con un poquito de sal, entonces lo otro que coma, ya sea pollo o algo, lo como sin sal.

78-Y: y, yo recién te preguntaba por las debilidades; y ¿recursos, fortalezas que tenga la persona con obesidad?

79-P: bueno, yo pienso cuando empieza a... a afectarte la salud por la obesidad ¿viste?, como me está pasando a mí... Pienso que ahí vos decís “bueno... qué hago”, “o hago esto o...”. Mi salud, cada vez está, está peor.

80-Y: entonces como recurso sería la toma de decisión...

81-P: y sí, la toma de decisión, sí; y más si estás con un problema de salud. Porque todavía pueden venir muchos más problemas de salud. Pero (gesto de alto)... claro.

82-Y: otra cosa, ¿qué opinás vos de todo lo que se ofrece, sobre todo por televisión o las revistas, de que las pastillitas, que las semillitas, que los téis, que los aparatos; qué opinás de eso?

83-P: que son todas mentiras. Yo realmente no creo en nada de eso... Yo creo que para la obesidad... tiene que ser un plan alimentario, sano, eh, conducido por alguien, por un profesional... gimnasia... y bueno, y si no, si no podés, buscar la ayuda de una psicólogo..., de un psicólogo para que te ayude a afrontar este problema... Pero después... ¡de las zapatillas y eso!, ¿viste? El otro día me hablaron y me las ofrecieron... eh, yo las conozco, las he visto en unas amigas que las tienen; la verdad es que están bárbaras las zapatillas... Yo digo y por ahí para ir al gimnasio, qué sé yo... para ir a trabajar; no, no creo en nada de eso, no creo.

84-Y: claro, pero igual también controlarlo con los médicos porque depende, yo no sé cómo son las zapatillas pero...

85-P: claro, porque ¡son así! (gesto altas).

86-Y: claro, por ahí las articulaciones.

87-P: yo creo que yo no voy a poder caminar con eso. Viste que dicen “son muy cómodas”, pero vos tenés que caminar así, no sé cómo decirte. No son como unas comunes. Yo porque se las veo a mis amigas. Son así (altas). No, te vas a caer con eso; no, yo sigo con mis zapatillas comunes, jajaja.

88-Y: jajaja. Otra cosa, ¿cómo se podría prevenir la obesidad?

89-P: bueno, como están haciendo ahora, que están previniendo viste... Yo tengo mi nietito de 5 años, que él no tiene saciedad, ¿vos sabés? Estamos todos preocupados por eso... Él no tiene saciedad... él come, come, come; no es gordo, era gordo cuando era chiquito; ahora ya es inmenso. Y ayer le hicieron un electroencefalograma, porque yo no sé si vos sabés que hay una enfermedad que, nosotros el otro día lo buscamos por internet, tiene un nombre, que es cuando no tienen saciedad... Y ayer estuvo en casa y comió todo, todo, toda la heladera... Pasaba del yogurt a la leche chocolatada, a las galletitas, así... fueron al médico, se comió un helado... Eh, la mamá trata, le hace gelatina, todo, pero dice “mamá, no me puedo acostar más a la siesta, porque él se me levanta y todo lo que hay en la heladera lo come... si hay banana, este, todo, todo, todo”. Le sacaron un estudio, que era bajo sueño y ahí detectaron esa enfermedad. Por eso ¿viste?; a los otros, a todos los chicos, ahora que en los quioscos están vendiendo manzanas, y esas cosas me parecen muy bien, que de chiquitos les inculquen todas las cosas saludables que hay para comer y que no te engorde. Porque hay muchos chicos con obesidad... muchos chicos con obesidad. Yo veo; pero mi nieto no tiene obesidad, es morrudito pero no le sobra de ningún lado, es alto, alto; pero no tiene saciedad.

90-Y: claro, ya ahí hay otra cosa.

91-P: claro, hay otra cosa.

92-Y: y adelgazar, ¿qué beneficios traería? ¿Qué beneficios trae adelgazar?

93-P: bueno, eh, en mi caso por ejemplo, que se me alivie el dolor de los huesos; aparte se sube la autoestima, porque si vos te ves mejor, te ves la ropa mejor; yo ahora con estos kilos todo me lo veo igual... cualquier cosa me da igual... cualquier cosa me da igual; cualquier ropa. Entonces... te trae muchos beneficios buenos.

94-Y: y algo negativo, ¿traería adelgazar?

95-P: nooo; los celos de tu marido nomás, jajaja.

96-Y: así que, beneficios sí.

97-P: síiii. Todos beneficios. Todo, todo.

98-Y: vos ¿qué opinás de cuando a una persona los médicos le dicen que tiene que bajar de peso?, “usted tiene que bajar de peso”.

99-P: ah, sí. Hay médicos y médicos. Hay médicos que tampoco, hay médicos que siendo médicos que saben la problemática de la obesidad, que es una enfermedad, y te tratan como que... Un día yo fui atacada del ciático, a un traumatólogo y te dice “súbase a la camilla”, “¡no!” le digo, “no me puedo mover”, “ah” me dice “y usted ¿sabe por qué?”, “y sí, porque estoy atacada del ciático”, “y bueno, pero por los kilos que tiene de más... ¡adelgace!... ¡adelgace y va a ver!, como se le va a ir”. Después el otro, fui otra vez atacada del ciático y me dice “¡súbase a la balanza!”... Haaay, mirá, si ese día me acompañó mi hijo y mi sobrino; como pudieron me subieron a la balanza. Y me pesó y me dice “¿sabe por qué está atacada del ciático?, por todos estos kilos de más que tiene”; y sí, yo lo sé, pero mientras tanto ¿vos tenés que morirte con dolor o como sea?... Y nooo, es tremendo el tema de la salud, con la obesidad... es tremendo.

100-Y: y ¿en otros ámbitos?

101-P: ¿de negatividad decís vos?

102-Y: no, en general. Tanto cosas negativas como positivas, algo... porque también estaría bueno ver lo que se puede rescatar; porque a veces hablando con personas con obesidad, te dicen todo lo negativo; pero, ¿hay algo positivo o algo que por haber pasado por toda esta experiencia, algo que les haya quedado?

103-P: y, no sé si la obesidad te puede dejar algo positivo...

104-Y: la obesidad ¿tiene algo de positivo?

105-P: no, en nada; en nada. Porque yo veo a veces esas chicas jovencitas con una obesidad tremenda, y yo digo lo que deben estar suf..., ellas no sufren dolor, porque a esa edad no te duele nada; pero ellas, esa, viste ahora todas las chicas tienen unos cuerpos espectaculares, no hacen ni gimnasia algunas, porque es así; pero, entonces, yo pienso que no, que te trae sufrimiento la obesidad... Lo que pasa es que algunas personas no quieren decirlo ¿viste?, viste que a veces dicen “la comida es feliz”, pero no, eso es mentira; eso es una máscara que se pone la persona para... para salir adelante.

106-Y: claro, yo hoy te preguntaba que ¿cómo es la persona que tiene obesidad?, ¿hay diferencias cuando está sola, cuando está con otras personas?

107-P: y yo pienso que sí, porque el carácter te cambia un poco también; el carácter te cambia un poco también.

108-Y: y ahora que hablábamos de lo saludable, para vos ¿cómo es un cuerpo saludable?

109-P: un cuerpo saludable es, si bien a lo mejor le sobran unos kilitos, pero que sean unos kilitos, si le sobran; no tantos kilos como yo, imaginate, yo estoy sobrepasada de kilos. Yo mínimamente tengo que, mínimamente tengo que bajar a 100; mínimamente tengo que bajar los tres números, tengo que pesar aunque sea 99. Y bueno, me falta mucho para eso, pero...

110-Y: pero estás encaminada, estás en eso.

111-P: sí, jaja. Estoy en eso, jaja.

112-Y: eso es lo importante.

113-P: sí.

114-Y: Bueno, ¿quierés agregar algo más, algo que te parezca que nos haya faltado, que te parezca importante...?

115-P: no, no, no; que me gusta ahora que hay mucha información, mucha información sobre la obesidad. Se habla mucho de la obesidad, antes no se hablaba, antes era... antes no se hablaba mucho de la obesidad; ahora vos prendés la televisión y están hablando, hay psicólogos hablando, nutricionistas, dándote... este, consejos, pautas, cosas para hacer para la obesidad... Y lo que ha incrementado mucho es la actividad física, mucho... Viste que vos vas al médico y tengás lo que tengás te manda caminar y agua. Ahora es más fácil ser médico, jajaja. Caminar y agua, jajaja. Con eso arreglan todo; presión, colesterol, todo, jajaja. Todo el mundo camina y todo eso.

116-Y: así que eso sería.

117-P: sí, sí. En eso ha cambiado, pero es para bueno. Para bueno, para la obesidad ¿viste?, para bien. Se, se difunden muchas cosas, muchas cosas... o sea que ahora, es como que hay mucha ayuda... para la obesidad; hay mucha ayuda...

118-Y: bueno...

119-P: yo estuve a punto de hacerme la operación; después me, me asusté, no, me dio miedo... Me dio miedo y no... Yo lo iba a hacer antes de conocerla a Jorgelina... Después intenté una internación en el Adventista, pero la obra social no me lo reconoció, mejor, jajaja. Era como, porque sabés qué pasa, cuando vos tenés tantos kilos así como yo tengo, es como

que se hace... tener voluntad y... es bravo ¿viste?, se hace bravo... Porque vos decís “¡hay, tantos kilos!, que, cuándo los voy a bajar... no los voy a bajar nunca”. Entonces claro, porque en una internación vos salís con 10-15 kilos menos... y ahí tenés que seguir tirándole para adelante; pero bueno...

120-Y: y ¿cómo fue eso de decir “no, operación, no, mejor tomo este camino” como estás haciendo ahora?

121-P: y sí, claro, claro. Sí, pero para venir acá estuve también para decidirme... para venir... hasta que vine. Pero bueno, hace poco. Yo hoy le decía... entonces bueno, ahora vamos al agua y vamos a ver cómo; lo único que acá es bueno porque te controlan mucho el tema del peso, entonces, aparte de Jorgelina, ellos están toda la semana con el peso ¿viste?; entonces, este...

122-Y: ¿el uso de la balanza en tu caso?

123-P: yo vos sabés que trato de, antes era la loca de la balanza... Te enloquecés, porque todas las balanzas pesan distinto. ¿Viste?; todas las balanzas pesan distinto... ahora no, ya, eh, ya empecé acá, yo vengo y que me pesen acá. Porque ya no agarro esa costumbre. O bueno, cuando empezás el gimnasio, te pesan una vez por semana ellos, y anotan. Eh, y a veces ahora me peso allá en el gimnasio; ahora que estoy yendo al agua, a veces me peso; pero a veces no. Ya eso de la postura en la balanza no, no, no, no. Antes ¿viste?, me pesaba en una farmacia, en la otra, en la otra; pero eso cuando era más joven. Ahora no, si ya empecé un tratamiento con alguien, yo, eh, porque no quiero enloquecerme. Porque capaz que ayer me pesé en otro lado y capaz que no eran las expectativas que tenía... de bajada ponele, capaz que había, o capaz que estaba igual, o qué sé yo, y capaz que ayer me ponía a comer... y no era ese peso. Y hoy vengo a Jorgelina y realmente aumenté, porque comí ayer, por ese peso fallido de otra balanza. Entonces no hago más eso, porque antes hacía eso. Entonces no, vengo acá y bueno, ella me pesa. Si aumenté, bueno, aumenté, porque es la misma balanza.

124-Y: es la misma balanza, el mismo lugar.

125-P: claro, claro. La misma balanza, el mismo lugar.

126-Y: bueno, ¿alguna otra cosita que quieras agregar?

127-P: no; en esto hay que tener mucha voluntad. Mucha voluntad... Lo bueno, lo bueno ahora también es que los psicólogos tratan la obesidad ¿viste?

128-Y: claro, por eso esta investigación es para ver la obesidad pero desde el punto de vista de quien la está padeciendo; ¿qué significados le atribuyen a la obesidad las personas que están padeciendo obesidad? Me interesa ver qué es lo que tiene para decir la persona que lo está pasando.

129-P: claro, es la persona indicada... No sé si todos sienten lo mismo...

130-Y: y eso es lo lindo también, ver las similitudes, las diferencias.

131-P: claro; no sé si todos sienten lo mismo. Porque yo a veces veo personas que tienen obesidad pero ni te hablan de la obesidad... O vos los sentís hablar y son como personas que se sienten como delgados ¿viste? Esa es otra cosa también. Entonces vos ahí ya no tocás el tema, total. Hay gente que se ofende también.

132-Y: ¿por qué creés que se da eso de que algunos se ofenden y con otros se puede hablar libremente?

133-P: y porque... yo pienso que si vos la, lo aceptás ¿viste?; también según quién te lo diga y cómo te lo diga, sí. Yo tengo una señora ahí, una, jaja, pero hace muchos años, mi hija tiene 25 años y era chica; una vecina, una señora que me conoce desde chiquita, y en ese momento no estaba con este peso, estaba con mucho menos, no sé si estaba yendo a ALCO o qué, y ya iba bajando 10 kilos; imaginate, yo me sentía re flaca ¿viste? jajaja; entonces dice la mujer “¡hay, hasta cuándo vas a seguir engordando!”, una señora grande, “¡hasta cuándo vas a seguir engordando vos!” me dice, “vas a necesitar...”, mi hija tenía como 10 años, 9 o 10 años; “¡vas a necesitar un camión remolcador que te lleve!”, así me dijo. Entonces no; nunca más, soy vecina de ella, la saludé, jaja. Mi hija pobrecita me mira y me dice “mami, no te dejés decir eso, contestale, decile algo”. No, yo no le contesté; y ahora cuando yo paso ella me mira y dirá “ahora está peor de gorda” jajaja.

134-Y: y a una persona que quiera bajar de peso, ¿qué le dirías vos, qué cosa la podría ayudar?

135-P: y bueno, eh, ¿viste?, todo es según por el momento que esté pasando la persona, porque eso influye mucho en la persona obesa. El estado de ánimo. Pero Jorgelina, que es nutricionista, también te enseña ella, que uno a pesar “de”, hay que seguir, porque yo creo que es la única manera de llegar al objetivo. Porque problemas vamos a tener siempre; problemas tienen las personas delgadas, las personas gordas; todo el mundo tiene, lo que pasa es que

algunas personas tenemos problemas más fuertes y... claro, eso es lo que pasa. Entonces, este, pero bueno; yo creo que para no seguir agregando problemas a nuestra vida, la persona que tiene obesidad... tiene que cuidarse a pesar "de"... Remarla y, hacerse camino y decir "acá estoy yo" y... y seguirla.

136-Y: sí, eso es lindo, "acá estoy yo".

137-P: "acá estoy yo", porque... hacer así, codear y pasar ¿viste?, porque, codear y pasar. Porque sinó no hay otra. No hay otra, jajaja.

138-Y: bueno.

139-P: por ahí a mí, me pueden los problemas... y dejo de codear y dejo de decir "acá estoy yo"... Pero... no, pero hay que ser fuerte y decir "no, no, no; acá estoy yo". Si igual, vos tenés ese problema igual, igual; lo tenés igual... Es fuerza y voluntad y... constancia ¿viste?; que por ahí yo no lo tengo, jojojo...

140-Y: bueno, pero te das cuenta, "esto es lo que me falta", entonces por ahí hay que repasar un poquito.

141-P: claro, claro, claro.

142-Y: bueno.

143-P: bueno. Espero que te haya servido.

144-Y: sí; muchísimas gracias. La verdad que un gusto.

145-P: bueno. Si necesitás otro día, o dentro de un tiempo me podés entrevistar a ver cómo va mi, mis kilos. Yo digo, por esta charla ¿viste?, para ver cómo siguieron el tema de los kilos, ¿viste?

146-Y: eso estaría muy lindo.

147-P: bueno, me voy porque mi hijo...

148-Y: sí, mirá, al final nos extendimos un montón, hablamos un montón.

149-P: jajajaja.

150-Y: pero bueno, muchísimas gracias.

151-P: espero que te sirva, que te recibas.

2. f) Entrevista n°6, Hugo:

Hugo, 25 años, soltero, técnico informático, peso aproximado 190 kilos, estatura 1,84 mt, IMC 56,12.

H: Hugo. Y: Yamina (entrevistadora).

1-Y: si no lo llamáramos obesidad, ¿de qué otra manera se le podría llamar?

2-H: ...ni idea, no sé un término médico; sobrepeso.

3-Y: sobrepeso.

4-H: lo que pasa es que de sobrepeso a obesidad hay mucha diferencia, pero no sé cómo... no sé.

5-Y: y a las personas que tienen obesidad ¿cómo se las puede llamar?

6-H: de mil y una maneras, jeje. Claro; médicamente hablando no sé, pero...

7-Y: no, pero desde tu punto de vista; a mí me interesa tu punto de vista.

8-H: enfermo, porque es una enfermedad; gordo, qué sé yo lo que te puedo contestar... estoy fuera de mi área, je, así que...

9-Y: no, pero, mirá, a mí lo que me interesa es tu punto de vista, sobre todo como hombre; porque a quienes he entrevistado son todas mujeres, entonces estaría buenísimo el punto de vista masculino.

10-H: sí, eso. No tengo otro nom..., no me puse a reflexionar nunca nada de eso, así que es justo la primera vez, sobre el término así, obviamente sobre la obesidad, pero nunca sobre el término. Desde que nací lo conozco como obesidad, pasó de sobrepeso a obesidad, así que estoy familiarizado con el término ese, pero no, ningún otro.

11-Y: y ¿un concepto de obesidad? ¿Qué te parece que es?

12-H: una índice, un índice de masa muscular muy alta, que sobresale los límites de la salud, mucho más de los límites saludables.

13-Y: y como causa, ¿qué te parece que genera a la obesidad?

14-H: ¿como causa?

15-Y: como causa de la obesidad.

16-H: ¿Qué causa lo obesidad?

17-Y: claro, ¿qué causa la obesidad?

18-H: eeehhh... puede haber mil y un factores, en mi caso particular de familia, entonces ya, no voy a decir que es genético, pero vos estás en un ambiente que constantemente ehhh... es más o menos así, todos mis familiares son... yo creo que soy uno de los más, pero son todos, no hay uno que sea chiquito y flaco; son todos grandotes, corpulentos, robustos... Así que, ya es de, mi viejo, mis abuelos... Ya viene, entonces, es como que vino con la familia y se me fue sin darme cuenta; pasó una boludez pero se fue sin darse cuenta, así que no; para mí eso fue la causa que nunca... Mi viejo toda la vida luchó con la obesidad; mi vieja, no... la vez pasada bajó 15 kilos, que era el sobrepeso que ella tenía, pero no era mucho. Pero de parte de mi papá si, son... todos de sobrepeso importante.

19-Y: así que tenés antecedentes familiares.

20-H: claro. Como causa eso; pero después... yo he leído historias de tipos que sé yo, que se les va el papá y están angustiados, conozco esa situación de que se desahogan con la comida. No sé, eso son otra, yo te hablo de lo mío, en lo particular fue eso, que... En mi familia está bien visto comer, vos vas a la casa de un familiar y te ofrecen comida y no les comés es como faltarle el respeto, entonces ya nace de ahí, que cuanto más comés parece que están orgullosos, es así.

21-Y: así que la familia en la obesidad...

22-H: es totalmente importante.

23-Y: ajá. Se dice que en la sociedad, la obesidad y el sobrepeso van en aumento; ¿a vos qué te parece, a qué se debe eso?

24-H: al ritmo de vida, a... A que vos salís a comer y es muy poco lo que es sano. Vos salís a comer y lo que tenés... locales que, es lo que más abunda es la pizza, la comida rápida que se dice, que están sobrepasadas de calorías... Después, qué sé yo, el ritmo de... el sedentarismo, que hoy es muy común en los jóvenes porque... justamente a lo que más me dedico es a la instalación de todas esas cosas de juegos para los gurises y yo veo que están horas adelante de la computadora, comiendo boludeces y todas esas cosas. Más que nada me parece el ritmo de vida, justamente eso, que vos salís y no tenés muchos lugares que vos entrés y tengas comida saludable, son muy pocos. Y después el sedentarismo, no.

25-Y: otra cosa que te quiero preguntar, ¿cómo creés que la persona con obesidad se vé a sí misma?

26-H: no sé, las personas no sé, yo te puedo hablar de mi caso, preguntame directamente a mí porque yo no puedo hablar de los demás... Yo sé que tengo un problema; me veo al espejo y lo reconozco, todo, pero... estoy, estoy luchando, tratando de salir de ese... de esa situación; pero nooo... no me veo, enfermo me veo, qué sé yo. Pero nooo... no me veo un monstruo ni nada de eso, como quieren hacer que la gente se vea en algunos aspectos; pero no, a eso no lo veo... Capaz que otros lo ven, pero yo no.

27-Y: ¿y el uso del espejo?

28-H: a la mañana, a la tarde y a la noche. Al lavarme los dientes, no sé. Jaja.

29-Y: no, porque hay personas que dicen que se miran solamente el rostro o que tienen dificultades para mirarse.

30-H: no, en el gimnasio tengo un espejo así de grande. Si no me puedo ver, no puedo ir al gimnasio. No, no. Yo sé, admito lo que soy y conozco mi cuerpo, y veo lo que soy. No me lamento, nada, pero es lo que yo soy. Así, no tengo complejo con eso... Obviamente que estoy haciendo un tratamiento para cambiarla, pero no, no tengo complejo, no tengo problema.

31-Y: y ese tratamiento para cambiarla, ¿a partir de qué se dio esa toma de decisión para hacerlo?

32-H: qué sé yo, un día me fui a jugar a la pelota, corrí 50 metros y quedé muerto tirado en el piso... Fue una acumulación de cosas que empezó a dar cuenta que... Siempre fui gordo, pero siempre fui de hacer actividad física, de estar en movimiento; y cuando ya llega un punto,

porque ya llevo bajado veinti..., yo pesaba cuando arranqué con Jorgelina 216 kilos... Cuando llega ese punto de ver que subía una escalera y ver que me estaba ahogando mucho, ya ahí dije no, no puede ser. Aparte, soy joven, tengo 25 años recién. Hace un año, un mes y medio que arranqué con Jorgelina, creo. Eso más que nada, verme en mi situación, no sé cambié... Te digo que se fue dando sin darme cuenta hasta que un día me dí cuenta, es así.

33-Y: y cuando los médicos le dicen a una persona o en tu caso, no sé si te ha pasado, que te digan “tendrías que bajar de peso, o te conviene bajar de peso por cuestiones de salud”, ¿ahí cómo es tomada esa...?

34-H: según cómo te lo digan. Eso va todo en lo que te lo dicen, porque, si va de buena manera; siempre los médicos me lo dijeron... Los que me lo dicen de mala manera no los escucho... La que me lo dice, que me lo dice, no como un consejo, sino que te lo dice un profesional que te lo dice de buena manera, que te expone tu situación, que te la hace ver, sí. Ahora, el que te trata como si fueras una bestia y tenés que adelgazar porque no, porque no encajas en la sociedad, porque... El que te lo dice médicamente hablando sí lo entiendo, pero hay otros que camuflan, lo dicen médicamente porque se asombran de ver a un tipo tan grande, tan gordo; y a eso no le doy pelota... no le doy cabida.

35-Y: y las personas importantes de tu entorno, significativas para vos, ¿dicen algo acerca de esto o no...?

36-H: mi vieja, hace dieta junto conmigo, con Jorgelina; bueno, mi vieja ya llegó al peso de ella. Mi hermana, mi hermana no es gorda, pero tendrá 5 o 7 kilos de sobrepeso pero bueno porque también tuvo un bebé... Y no, al contrario; los que saben me preguntan cómo me va, me apoyan, no... no me dicen nada. Me apoyan, me preguntan cómo me va, cosas así, pero no. Si adelgazo y me preguntan si adelgacé, les digo que sí y se ponen contentos, y si adelgazo y les digo que no les importa un carajo, así que, jeje. A las únicas que les importa es a mi vieja y a mi hermana, así que no sé.

37-Y: y otras personas, ¿cómo te parece que ven en general, sea en tu caso o que hayas visto vos con otra persona con sobrepeso o con obesidad mejor...?

38-H: ah, eso tienen mucho prejuicio; piensa que... que por ser obeso sos algo raro en la sociedad. No es por ser obeso, eso se vé en todo... en todos distintos, eh... en distintas situaciones; un chico con una enfermedad ya lo ven totalmente que hay que apartarlo de la

sociedad, excluirlo porque no contribuye, no sirve... Yo en mi situación, yo lo veo porque he estado cerca con otras personas que también les ha pasado lo mismo, entonces ahí me di cuenta que no era sólo con la obesidad sino con todo otra... con otras situaciones, que tienen algunos, con enfermedad quiero decir, con otros que han adquirido otras enfermedades que... Hoy en día, qué sé yo, una persona que... fuma en un lugar que dice “no fumar”, “prohibido fumar”, fuma dentro de ese local, no se le dice nada... pero está sentado una persona con una capacidad distinta al otro, con algún problema distinto al otro, a esa persona están mirándola, remarcándola; pero a esa persona que está haciendo mucho más mal a todos los demás no se lo... pasa inapercibido... Sí, eso no...

39-Y: ¿vos a qué creés que se debe eso?

40-H: y a la cantidad de prejuicios; yo también los tengo a los prejuicios, así que... Todos discriminamos... Yo creo, la persona de naturaleza discrimina... entonces. Yo también lo hago, no, no, no te voy a... Alguna estupidez siempre digo; no soy, a ver, trato de ser más considerado por mi situación porque lo sufro, pero a veces se me escapa una estupidez, con un amigo alguna boludez... No lo digo con mala intención, pero a veces queriendo hacer una broma digo estupideces.

41-Y: en cuanto a la salud, ¿cómo te parece que afecta la obesidad a la salud?

42-H: no... Yo estoy constantemente con un médico; de mil y uno, diabetes, hipertensión, todos problemas que acarrear. Yo soy joven, pero yo sé que a la larga esto me va a traer mal; no al largo plazo, a los 5 o 6 años me va a traer muchas consecuencias... Por eso, hago lo que hago para tratar de... de amortiguar un poco eso.

43-Y: y ¿qué tipo de cuerpo te parece saludable?

44-H: ...humm, ninguno de los dos extremos, ni la gordura ni la delgadez. Hay un término medio que... no te lo puedo decir, no sé, tendría que tener algo para mostrártelo, pero no, jaja. Claro, no, ninguno de los dos extremos, porque ser flaco tampoco. En casa tengo un, mi vieja, un chico, un vecinito del barrio; los padres trabajan todo el día, entonces se lo cuidaba mi vieja. Este mes fue al médico ahora porque hace tres puntos y se desmaya, porque no está comiendo mucho. Hace un tiempo que ya va, va a casa pero a las pérdidas... Eso eh... el gurí está flaco y... y todo el mundo lo ve y dice que está bien... Pero nosotros lo vemos y decimos que no está bien, pero nosotros decimos que no y todo el mundo “¡ah, porque ustedes son

gordos!”. Báh, a mí en mi caso, porque mi vieja ya no es más gorda. Mi mamá ya no es gorda así que... jaja. No, pero yo le digo “no, ese gurí está flaco”, y me dicen “ah, porque vos estás gordo, estás acostumbrado a comer mucho”. Pero ese gurí no come nada, es el otro caso, entonces... ninguno de los dos casos, aunque la personas piensen que el único caso que... la gordura, el otro... el cuerpo perfecto.

45-Y: en algunas culturas, ahora que estamos hablando del que es muy delgado, del..., la obesidad, bueno, no es planteado como obesidad como enfermedad, pero es planteado la persona grande como símbolo de belleza, de prosperidad.

46-H: ah, sí. A eso lo ví en Nat Geo, en el programa Tabú, jaja.

47-Y: ¿qué te parece a vos eso?

48-H: son culturas, no las conozco así que no sé qué... No sé si está bien o está mal, es algo que no conozco, la cultura no la conozco... Acá... algunas de las culturas acá en la Argentina fue un tiempo, ahora va cambiando, era ser extremadamente delgado, para mí está mal; así que... Como digo, ninguno de los dos extremos son buenos así que para, debe estar mal; pero no conozco la cultura para... he visto el programa, pero no sé, jeje. He visto algunos, un rato, pero tampoco no... No conozco mucho la cultura para hacer una opinión. Pero diría que está mal, porque los dos extremos no son buenos, así que... ¡Ah!, pero vos te referís a la belleza.

49-Y: como belleza, o también como símbolo de poder...

50-H: ah, yo pensé que me decías en el caso del...

51-Y: sí, en el caso de esas culturas en que es visto como...

52-H: no, como belleza, la belleza no tiene cuerpo. Puede ser extremadamente delgado como extremadamente gordo, puede ser bello. No creo que sea... cuestión de cuerpo.

53-Y: otra cosa, en cuanto a los métodos, “tratamientos”, que se ofrecen por ahí en televisión, en las revistas...

54-H: no, no, no.

55-Y: ...los téis, las semillas, los aparatos...

56-H: no, me parece medio chanta, así que... nunca, nunca, nunca... Mi familia toda la vida, siempre todos lucharon para sa..., para hacer algo; el 99,9% falló. Pero siempre, lo que

siempre fue es ir a una nutricionista, un médico, ésa fue la experiencia de mi familia; yo te digo lo que conozco. En mi caso lo mismo; hice tres veces dieta en mi vida, una la dejé porque estaba estudiando, la otra estaba haciendo falleció mi viejo, la dejé, y ahora arranqué con Jorgelina. Y siempre hice el mismo método, todo lo otro me parece... me parece mentira, me parece que es solamente para estafar a la gente y robarle. Ni creo en las dietas que, en esas dietas que, la de la luna por ejemplo, esa dieta boluda no creo nada.

57-Y: vos decías el 99,9% fallaban, ¿a qué se debe eso?

58-H: un conjunto de condiciones; por ejemplo, todos mis familiares, el 90% vive en el campo, son gente de campo... tienen una vida que comparado con la ciudad es totalmente distinta. El otro día estaba con mi primo... y se levantan a las 5 de la mañana... y se acuestan a las 10 de la noche... Están todo el día trabajando, no conocen lo que es el desayuno, no conocen lo que son la colación, no conocen lo que es un almuerzo porque trabajan derecho, entonces a la noche llegan y se revientan comiendo... Yo creo que eso es uno de los casos; y cuando tienen que hacer, cuando van a hacer dieta... que tienen que hacer todo eso, mi primo está todo el día en el campo trabajando, no... Aparte ya viene con una mentalidad de... de los padres, de que... lo light no lo admito, porque no alimenta. Entonces... es el estilo de vida que llevan... Hacen una dieta y no la pueden sostener. O es el estilo, es el estilo de vida que, que más que un estilo de vida es... su trabajo; porque lo que hacen es trabajar hasta los domingos... o la dieta; y siempre... el trabajo, el estilo de vida.

59-Y: y para vos el tratamiento adecuado, ¿cuál sería?

60-H: el que me hace Jorgelina, el que me hace la otra nutricionista, 6 comidas... el desayuno, colación, almuerzo, merienda, colación y cena. El que siempre te da un nutricionista. Sustituir frituras por cosas hervidas... todas esas cosas... De común... Si lo hacés, te da éxito.

61-Y: si lo hacés decís.

62-H: sí, si no lo hacés, yo no lo hice un tiempo y fue mal, jaja... Yo un tiempo estuve trabajando, no hacía las colaciones, no hacía las meriendas, no hacía esas, desayuno no hacía; comía al mediodía y a la noche nomás cuando volvía y me fue desastroso; aunque no comiera nada frito, comiera lo que me dieran ellos, pero... Comía más por el hecho de estar tanto tiempo sin comer. Fue totalmente... me fue mal.

63-Y: y vos ahora ¿estabas por operarte...?

64-H: yo estoy haciendo el... justo, estoy... ¡hay!, el doctor Palma, estoy haciendo... el tratamiento, todo, para hacerme el bypass gástrico.

65-Y: y ¿cómo fue esa decisión...?

66-H: y no, porque... Estaba leyendo un día, estaba en una página, en un blog... y saltó un tipo que decía “mi experiencia después del bypass gástrico”. Me puse a leerlo, y según lo que contó el tipo, con foto todo, mejicano, creo que era mejicano o del sur de Estados Unidos, no me acuerdo... dice que después de que se hizo el bypass gástrico fue un paraíso su vida, porque las dietas no son tan estrictas, porque vos al reducir tantas cantidades, tenés más libertades... Yo para bajar de peso me tengo que matar haciendo actividad física, tengo que hacer una dieta recontra estricta... Y en, a largo plazo es... porque llega un momento que no lo sostenés. Caés... recaés, empezás a hacer, ya he recaído un montón de veces, a hacer mal las cosas. Después volvés y tenés que recuperarte, después recaés y así; entonces... Yo le..., lo que explicaba el tipo este, que le cambió totalmente su vida, porque, te explicaba lo que me pasaba a mí o lo que le pasa al... calculo que a cualquier otra persona con mucho sobrepeso; de... hacer la dieta, cansarte, recaer, volver, lucharla, y ahí es lucharla todo el tiempo; en cambio eso... es algo que... Es más directo, es más rápido, es más sencillo, es más fácil...

67-Y: así que tus expectativas con la operación, ¿cuáles serían?

68-H: no, ni idea. Tengo que bajar un montón de peso, todavía no me hice expectativas, porque tengo que bajar mucho peso para poder llegar a la cirugía.

69-Y: claro, pero una vez que hayas llegado al peso adecuado para poder hacerte la cirugía, ¿vos qué pensás que va a pasar una vez que ya estés operado?

70-H: lo primero que me despierten del quirófano, que, jajaja... Humm, no lo he pensado, no creo que cambie mucho mi vida; no... no sé, más que mi salud... no, no creo que mucho más que eso... no... Socialmente, tengo amigos, tengo todo así que no creo que eso... una vez que supuestamente llegue al peso que tenga que salir corriendo a buscar amigos, no. Voy a seguir siendo el mismo, solamente que... espero seguir siendo el mismo.

71-Y: ahora que decís de los amigos, viste que ya te había preguntado acerca de cómo afecta a la salud, socialmente en tu caso la obesidad...

72-H: oh, a mí me mata. Yo ahora me voy al cumpleaños de un amigo y sé que es para destrozos. Es tomar alcohol, comer cosas que... no sé si es tanto la comida, más que nada es

el alcohol en mi caso; en otra persona será la comida, no sé; en mi caso es el alcohol... Desarreglás... salís del ámbito en que te manejas todos los días y... es una noche, pero te mata esa noche. También me ha pasado que una noche he hecho... no sé si por la comida, pero... una vez que no sé cuánto había subido, que yo todos los días, todos los meses le traigo a Jorgelina la planilla; después de una noche que salí con mis amigos y me tomé todo y eso me explicó la cantidad de calorías y todo eso. Hacé de cuenta que me había comido... cinco comidas en una noche...

73-Y: claro, por las calorías del alcohol.

74-H: por las calorías del alcohol... Eso me mata... Pero... trato de si salgo, yo el fin de semana casi no salgo, salgo entre semana a la noche con mis amigos; claro, porque también trabajan, son, uno es farmacéutico, trabaja los fines de semana, el otro viaja, el otro tiene un negocio que lo atiende los fines de semana, así que... así que nos juntamos entre semana y zafó más de cuando salíamos los sábados o los viernes.

75-Y: o sea que en tu caso socialmente no te ha afectado, porque salís, tenés tus amigos...

76-H: no, no, no, no. Al contrario... he hecho más amigos cuando he... yo creo que, haber... mi sobrepeso mayor yo creo que cuando murió mi viejo, que hará 5 años, como mi viejo era el más estricto de la familia, que siempre te veía... que te decía “¡luchá, luchá, peleala, luchala!”, que te cuento murió mi viejo, pero no es por... por la... porque me... deprimí... Me sentí mal, todo; pero era como que me saqué..., no me saqué un peso de encima, pero era como que la persona que constantemente me estaba diciendo, me estaba recordando; y ahí aflojé... Pero en ese transcurso he hecho más amigos, así que no creo que... no va... Los amigos que tengo, verdaderamente no va por la apariencia, sino... por lo que uno es internamente.

77-Y: son amigos amigos.

78-H: sí. A menudo sí, jaja.

79-Y: jaja. Y, ya dijimos cómo afecta a la salud, socialmente, ¿y psicológicamente?

80-H: yo por ahí, no sé si deprimirme, pero te pone mal; de hecho yo estoy buscando trabajo, salir... y un tipo que esté menos capacitado que yo, tenga el puesto... que yo estoy bien capacitado, sólo por el hecho de que yo puedo faltar en el trabajo por mi situación física; cuando no es así. Eso por ahí te... te tira para abajo; pero tampoco... allá ellos, se joden ellos.

81-Y: se lo pierden.

82-H: jaja, no sé si se lo pierden pero se joden, jaja.

83-Y: qué te parece a vos, las personas que son delgadas, ¿por qué son así?

84-H: ... porque comen mucho menos de lo que yo, no sé por qué... Se alimentan bien supongo, no sé... Báh, tengo un amigo que supuestamente por el organismo come lo mismo que yo y es así (gesto, delgado), un palo... no, más flaco que mi dedo todavía... Yo como lo mismo que él y, te juro que es guaso; no sé si comerá todos los días en la casa así, capaz que no; pero cuando nos juntamos a comer da calambre. Pero no sé, pero, yo creo que... porque comen lo que tienen que comer, porque su, es una cuestión médica que su estómago llega hasta un punto. El estómago de una persona promedio, no le entra más de medio litro tengo entendido; en cambio el mío, dos litros y medio es el tamaño del estómago, para saciar esa saciedad..., llenarlo y sentir esa saciedad... Creo que por eso.

85-Y: si tuvieras que mencionar alguna ventaja de la obesidad...

86-H: ...pelearte y ser más grandote, nada más, pero, nada más. Yo no le encuentro ventaja... No, no le encuentro ninguna ventaja; todo lo contrario.

87-Y: ¿y como desventaja?

88-H: un montón. Lo primero es la salud. La primera y la más importante es la salud, la única... Después el prejuicio de los demás, como te decía hoy, pero... lo que más importa es la salud, el tema de la salud. Es la desventaja, para mí la única y la más importante. De las dos, es la única que me interesa y la más importante.

89-Y: bueno; ¿quierés agregar algo más? Algo que te parezca importante, que nos haya faltado, algo que quieras comentar.

90-H: no sé. Preguntame vos si me querés preguntar algo más, no tengo ni idea. Si querés preguntar, fijate lo que necesités.

91-Y: algo más que quieras agregar... eso lo pregunto porque a veces hay cosas que no las he tenido en cuenta, entonces me dicen "tal cosa", o por ejemplo, "se podría, para trabajar en prevención se podría hacer tal cosa", o "desde mi punto de vista, me parece que faltó tal cosa".

92-H: no... preguntaste... Vos sos la que me está entrevistando; no, no sé, la verdad que no sé.

93-Y: bueno, ahora que te decía de prevención, a vos qué te parece, ¿cómo se podría prevenir?

94-H: se podrían prevenir tantas otras enfermedades que no se previenen, lo que menos van a prevenir es la obesidad. Pero, qué sé yo; a mí la estupidez esa por ejemplo de... hac... haciendo una analogía, comparando, qué sé yo, el cáncer prevenirlo poniendo en un atado de puchos una persona que se... No, eso no es prevención... Prevención es más que nada educación. Yo creo que educación, tiene que partir de chiquitos, prevenir en la escuela, que es el ámbito donde yo creo que... donde se educan los chicos; los chicos no se educan en la casa, se educan en la escuela... y no hay. No hay una prevención... como tampoco lo hay justamente contra el tabaquismo... cuando las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos todo eso recién se dan en la secundaria cuando ya están todos súper desarrollados, que ya llegaron tarde; es como todo lo otro. No sé... otro tipo de... para mí en la prevención en eso están fallando, que creo que... En asistir a la familia, yo creo que no se asiste a la familia con sobrepeso o... que tienen problemas, en mi caso no, pero hay personas que capaz que necesitan algún tipo de otra ayuda, que creo que el Estado debería garantizarle y... tengo entendido que no hay... Como, justamente... para el fumador tampoco hay una ayuda, una asistencia, hay ONG, pero el Estado directamente no hay nada para ayudarlos, para... para asistirlos.

95-Y: ajá. Vos decías de con los chicos, en las escuelas; y con el grande, ¿cómo se hace?

96-H: ...y con el grande yo creo que si vos sos grande ya sabés lo que hacés y si no te das cuenta vos... La persona que está fumando sabe lo que está haciendo... La persona que está fumando sabe lo que está haciendo, las consecuencias. Vos matás a una persona, sabés lo que va a ser las consecuencias, las conocés, sos grande y lo entendés... Porque yo creo que en tu desarrollo vas comprendiendo las consecuencias de las acciones... Yo creo que la, que la prevención se tiene que dar desde chicos hasta la mediana edad; cuando vos ya sos grande sabés lo que tenés que hacer... Y si no lo hacés vos, bueno, jodete, es así. No creo que tenga... Yo creo que con un chico sí hubiera querido ir a golpearle la puerta de la casa y ayudarlo, pero a una persona grande... ir a golpearle la puerta de la casa cuando él sabe que se está matando a sí mismo, no; no tiene ayuda. No, no, no es que no tiene ayuda... no le

encuentro significado; si él mismo no se ayudó... por qué otra persona va a tener que ir a golpearle la puerta para ayudarlo.

97-Y: así que en el caso del grande... el responsable...

98-H: es la persona, es uno mismo... Porque vos cuando te fuiste creciendo, fuiste desarrollando, o tenés que ser muy estúpido, muy ignorante y no darte cuenta... Por eso yo directamente, como en el caso de las personas que conozco y tienen sobrepeso, que les importa un carajo y con... entonces jodete, sos vos... Yo no conozco a ninguna persona que no sepa las consecuencias de la obesidad... Personas grandes, porque cuando sos chico no conocés nada, no sabés nada, no te importa nada; pero cuando sos grande yo creo que todas las personas hasta... como te dije, tenés que ser verdaderamente un idiota totalmente, un analfabeto, bueno no analfabeto sino un... para no saber lo que significa lo que causa la enfermedad.

99-Y: ahora, qué pasa con el que sí sabe, que la obesidad te causa esto, te causa lo otro, que sabe todas las consecuencias y así y todo...

100-H: no, no sé si todas las consecuencias. Porque, capaz que clínicamente no sabe que... que le puede ocasionar diabetes, problemas corona... cardíacos, neurológicos, toda la... los problemas, la osteoporosis, todas las consecuencias que trae la obesidad... Pero, yo creo que una persona se da cuenta de que... debe ver a todas las personas “normales” y vos estando afuera de la normalidad algo, tu cuerpo va a pasar... algo... Yo veo a una persona, de 100 personas que veo soy el único que tengo sobrepeso, sé que hay algo mal en mí... Entonces vos, ahí tenés que darte cuenta que algo mal está en tu cuerpo y que algo mal está haciendo... y que alguna consecuencia puede traer eso... No sé si directamente vas a saber las consecuencias clínicas, médicas; pero tenés que darte cuenta.

101-Y: claro, y vos como decís, te das cuenta de que algo... algo, hay un algo ahí, y así y todo hay gente que no puede cambiar su estilo de vida por uno un poquito más saludable...

102-H: es que hay muchos factores... Los factores psicológicos para mí son una estupidez... hasta el... una persona que... El tema es la costumbre, la persona que es obesa tiene una costumbre, un hábito que lo desarrolló durante años y años... lo desarrolló, no es como un fumador que arrancó a fumar hace dos meses, y en dos meses pasó de fumarse un pucho diario a dos atados. El obeso va escalando y va escalando y va escalando... y se te va de las

manos y pero... el que no quiere cambiar, ¿cómo es la pregunta?, se me fue ¿qué me preguntabas?

103-Y: cuando sabés que hay un algo y así y todo no lo podés cambiar.

104-H: y que no te, hay personas que realmente no les interesa, no sé por qué tema, no sé; que para mí psicológicamente no es, sino que son personas que son cómodas, que les gusta lo fácil en la vida... y antes de... de, de... de tratar de hacer algo, algo, sacrificarse, hacer un esfuerzo; prefieren hacer el camino fácil, encerrarse en su casa, no salir, no tratar de lucharla, no... Entonces buscan el camino fácil, que es seguir haciendo la misma vida hasta donde, hasta donde den. No les importa si puede ser días o años, pero no les interesa o no les gusta cambiar o no quieren hacer sacrificio, no quieren esforzarse, nada más que eso... Psicológicamente, ése es el tema, el... de que no lo voy a hacer porque y si fracaso, y si fracaso se me van a reír, eso es una estupidez, para mí eso no es un justificativo, no existe, psicológicamente no hay; son unas personas que no les interesa cambiar porque les gusta lo fácil. Hay montones de personas que son; la obesidad creo que es uno de los... de las consecuencias es eso... cuando vos llegás a un punto en la obesidad querés todo fácil, no te querés esforzar, porque el cuerpo mismo te pide hacerlo fácil y estar quieto, que es el sedentarismo; entonces querés todo fácil. Y hacer las cosas te cuesta mucho. Una de las cosas, por ejemplo, hacer una dieta, sacrificarte, la regularidad... la continuidad, todo eso te cuesta mucho.

105-Y: así que el que toma la decisión y sí se pone a cambiar su estilo de vida... para vos ¿qué pasa ahí?

106-H: no es un héroe; es una persona consciente de su enfermedad y... y quiere hacer algo para cambiar su vida. Por distintos motivos, no sé, pero... se dio cuenta de su enfermedad... y no quiere hacerla fácil, no quiere... en mi caso yo no la quiero hacer fácil, porque si yo la quisiera hacer fácil me quedo todo el día tirado en mi casa... Pero no la quiero hacer fácil, la quiero luchar hasta donde pueda, hasta donde dé. No sé hasta dónde podré, porque nadie lo sabe; pero lucharla todos los días... hasta... hasta llegar a lo que más puedo.

107-Y: bueno; muchísimas gracias.

108-H: no, por nada.